

# ÖVERRAPPORTERING INOM ANESTESI- OCH INTENSIVVÅRD

Specialistsjuksköterskor inom anesthesi- och intensivvårds erfarenheter

**CASSANDRA ANKARSKÖLD-FLÜCK**

**MADELEINE BELLQVIST ENSTRÖM**

*Huvudområde:* Omvårdnad

*Nivå:* Avancerad

*Högskolepoäng:* 15 Hp

*Program:*

Specialistsjuksköterskeprogrammet inom  
anestesi

*Kursnamn:* Examensarbete i vårdvetenskap  
med inriktning mot anesthesiologisk vård

*Kurskod:* VAE225

*Examinator:* Karin Skoglund

*Halvtid-Seminariedatum:* 2021-01-13

*Betygsdatum:* 2021-06-18

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** En av de vanligaste orsakerna till avvikelse inom vården är brister i den muntliga kommunikationen vid överrapportering av patient mellan enheter. Dagligen sker överrapporteringar av patienter mellan specialistsjuksköterskor inom anesthesi- och intensivvård. Bristande överrapportering kan bidra till sämre vårdkvalité och ökad risk för komplikationer för patienterna.

**Syfte:** Att beskriva specialistsjuksköterskor inom anesthesi- och intensivvårds erfarenheter av överrapportering inom vården.

**Metod:** En kvalitativ enkätundersökning med demografiska och öppna frågor med induktiv ansats där 17 enkätsvar har analyserats.

**Resultat:** Efter analys framkom två kategorier med subkategorier. Den ena kategorin var Faktorer som främjar överrapportering med subkategorierna Att viktig information förmedlas och Att ha bra struktur vid överrapportering. Andra kategorin var Faktorer som stör överrapportering med subkategorierna Yttre faktorer påverkar överrapportering och När överrapportering brister.

**Slutsats:** Kommunikationsverktyg och checklistor behövs för att minska risken att viktig information uteblir vid överrapportering. Genom att ha ett gemensamt förhållningssätt av vilken information och hur informationen ska kommuniceras kan följsamheten i överrapportering öka i det dagliga arbetet.

**Nyckelord:** Överrapportering, anesthesisjuksköterska, intensivvårdssjuksköterska, vårdlidande, patientsäkerhet, kvalitativ metod

## ABSTRACT

**Background:** One of the most common causes for deviation in healthcare is deficiency of the verbal communication in handovers of a patient between units. The handovers of patients occur on a daily basis between anesthetist nurses and intensive care nurses. Deficiency in handovers can contribute to decreased quality of care and increased risk of complication for the patients.

**Aim:** To describe the experience of handover from anesthesia and intensive care nurses in healthcare.

**Method:** Qualitative survey with demographic and open questions with an inductive approach where 17 surveys were analyzed.

**Results:** The analysis resulted in two categories emerged with subcategories. One category was Factors that improves handover with the subcategories That important information is conveyed and To have good structure in handover. The other category was Factors that disturb handover with the subcategories External factors affect handover and When handover deficient.

**Conclusion:** This master thesis has demonstrated experiences from specialist nurses in anesthesia and intensive care with various factors that can promote and disrupt handover in healthcare. Communication tools could be seen as a common thread through the results where checklists reduced the risk for lack of important information. Through a common approach of what information and how the information is to be communicated, compliance of handover can increase in the daily work.

**Keywords:** Handover, nurse anesthetists, intensive care nurse, care suffering, patient safety, qualitative method

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
<b>2.1</b>	<b>Informatik och Säker vård</b> .....	<b>1</b>
<b>2.2</b>	<b>Lagar och styrdokument</b> .....	<b>2</b>
<b>2.3</b>	<b>Kommunikation inom vården</b> .....	<b>3</b>
2.3.1	<i>Överrapportering inom vården</i> .....	3
2.3.2	<i>Kommunikationsverktyg vid överrapportering</i> .....	4
2.3.3	<i>Överrapportering för specialistsjuksköterska inom anestesi- och intensivvård</i> .	6
<b>2.4</b>	<b>Teoretiskt perspektiv</b> .....	<b>6</b>
<b>2.5</b>	<b>Problemformulering</b> .....	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>SYFTE</b> .....	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>METOD</b> .....	<b>8</b>
<b>4.1</b>	<b>Design</b> .....	<b>8</b>
<b>4.2</b>	<b>Urval och datainsamling</b> .....	<b>8</b>
4.2.1	<i>Digital enkät</i> .....	9
<b>4.3</b>	<b>Genomförande och analys</b> .....	<b>10</b>
<b>5</b>	<b>ETISKA ÖVERVÄGANDEN</b> .....	<b>11</b>
<b>6</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>12</b>
<b>6.1</b>	<b>Faktorer som främjar överrapportering</b> .....	<b>12</b>
6.1.1	<i>Att viktig information förmedlas</i> .....	13
6.1.2	<i>Att ha bra struktur vid överrapportering</i> .....	14
<b>6.2</b>	<b>Faktorer som stör överrapportering</b> .....	<b>15</b>
6.2.1	<i>Yttre faktorer påverkar överrapportering</i> .....	15
6.2.2	<i>När överrapportering brister</i> .....	16
<b>7</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>17</b>
<b>7.1</b>	<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>17</b>

7.1.1	<i>Faktorer som främjar överrapportering</i> .....	17
7.1.2	<i>Faktorer som stör överrapportering</i> .....	19
7.2	<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>21</b>
7.3	<b>Etikdiskussion</b> .....	<b>23</b>
8	<b>SLUTSATS</b> .....	<b>24</b>
9	<b>FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING</b> .....	<b>24</b>
	<b>REFERENSLISTA</b> .....	<b>25</b>
	<b>BILAGA A</b>	
	<b>BILAGA B</b>	
	<b>BILAGA C</b>	
	<b>BILAGA D</b>	

# 1 INLEDNING

Genom vår yrkesroll som sjuksköterskor vi upplevt att överrapportering kan ske på olika sätt beroende på olika faktorer. Inom överrapportering är det naturligt att olika professioner eller specialiseringar har olika perspektiv och omvårdnads mål om vad som är väsentlig information som bör överrapporteras samt hur den mottas. Beroende på olika professioner och erfarenheter kan brister uppstå vid överrapporteringar på grund av olika erfarenheter. När en patient vårdas av en specialistsjuksköterska inom anestesi och/eller intensivvård har vi sett brister vid överrapportering som kan påverka patientsäkerheten. Olika erfarenheter har då uppmärksamats i vad som är viktigt i överrapporteringen beroende på om du har specialistsjuksköterskeutbildning inom anestesi- eller intensivvård. Med detta examensarbete vill vi undersöka specialistsjuksköterskor inom anestesi- och intensivvård erfarenheter av överrapportering mellan och i verksamheter. Vår förhoppning med detta examensarbete är att öka förståelsen och samarbetet i kommunikation mellan specialistsjuksköterskor inom anestesi- och intensivvård för att på så vis främja öka patientsäkerhet.

## 2 BAKGRUND

I bakgrunden presenteras tidigare forskning om informatik och säker vård, lagar och styrdokument, kommunikation inom vården, överrapportering inom vården, kommunikationsverktyg vid överrapportering och överrapportering för specialistsjuksköterskor inom anestesi- och intensivvård. Bakgrunden avslutas med teoretiskt perspektiv och problemformulering som mynnar ut till examensarbetets syfte.

### 2.1 Informatik och Säker vård

Informatik är en de sex kärnkompetenser som samtliga professioner i vården lutar sig mot (Svensk sjuksköterskeförening, 2020a). Informatik omfattar kunskap och metoder för insamling, bearbetning, presentation, kommunikation och all slags hantering av data, information och kunskap. Metoderna spelar en viktig roll för att effektivisera informationshanteringen inom bland annat vården för att åstadkomma en säker vård av hög kvalitet. Informationskunskap definieras som att använda information och teknologi för att kommunicera, hantera kunskap, minimera avvikelser och underlätta beslutsfattning (Quality & Safety Education for Nurses, 2011). Samtliga professioner ska kunna identifiera relevant information som måste finnas tillgänglig för att stödja patientens vård, genom att hantera information och använda elektroniska informationssystem för att stödja kliniska processer i vården. För att kunna samordna vården för patienten ska alla professioner använda sig av

standardiserad kommunikationsteknik. Genom att använda standardiserade begrepp och termer för kommunikation, möjliggörs kommunikationen såväl som inom och mellan professioner och organisationsgränser samt mellan olika informationssystem (Svensk sjuksköterskeförening, 2020a).

Säker vård är grunden för att skapa en vård av hög kvalitet, vilket innebär att ha kunskap om risker i vården och att arbeta på ett sätt att riskerna minimeras (Svensk sjuksköterskeförening, 2020a). Det ansvaret är gemensamt för vårdens alla professioner. Säker vård kräver ett samarbete med andra professioner och med patienter (Fabila m.fl., 2016). För att säkerställa säker vård förutsätter det ett utvecklingsarbete på många nivåer och områden. Exempel på detta är ett tydligt och engagerat ledarskap, samarbete i team och förmågan att använda standardiserade arbetsmetoder (Catchpole m.fl., 2007; Randmaa, Mårtensson, Swenne, & Engström, 2015, 2017). Utvecklingsarbetet appliceras för att en säker informationsöverföring och samverkan med patienter ska kunna ske. På det viset skapar säker vård förutsättningar för förbättrad vårdkvalitet och högre patientsäkerhet (Fabila m.fl., 2016; Krombach, Edwards, Marks & Radke, 2015; Loefgren Vretare & Anderzen – Carlsson, 2020; Manias, Geddes, Watson, Jones & Della, 2015; Matic, Davidson & Salamonson, 2010; Svensk sjuksköterskeförening, 2020b). Brister i dåligt samarbete i team och kommunikation är korrelerade till bristande patientsäkerhet (Rabøl m.fl., 2011; Randmaa, Mårtensson, Swenne, & Engström, 2014; Segall m.fl., 2012).

## 2.2 Lagar och styrdokument

För att fullgöra kraven ska hälso- och sjukvården ge god vård genom att se patientens behov av säkerhet, kontinuitet och trygghet (HSL 2017:30). I patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) betonas relevansen av att hälso- och sjukvårdspersonal utför sitt arbete med beprövad erfarenhet och vetenskap som bidrar till hög patientsäkerhet och minskar risk för vårdskador. Patientsäkerhet är en pågående process. Den ska inte ses som ett anseende som kan uppnås som ett färdigt resultat genom olika förbättringsarbeten inom patientsäkerhet. För att möjliggöra detta som en ständigt pågående process, behöver patientsäkerheten återuppträffa i varje kontakt, vilket menas till varje enskild patient, vid varje ledningsgruppsmöte, vid varje skiftbyte och vid varje överrapportering (Svensk sjuksköterskeförening, 2020b).

I Sverige inträffar upp mot 100 000 vårdskador varje år till följd av utebliven eller felaktig vård (Socialstyrelsen, 2020c). Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) definieras en vårdskada som lidande av både psykisk och kroppslig sjukdom eller skada. En vårdskada kan uppstå på grund av den behandling som uteblivit för patienten eller uppstå av den vård som patienten faktiskt erhållit (SFS 2010:659). Eriksson (2018) menar att i relation till en vårdskada kan ett vårdlidande för patienten då uppstå. Verksamheter har skyldighet att rapportera in avvikelser där vårdskada eller risk för vårdskada skett. Detta för att systematiskt kunna identifiera och analysera samband och mönster för att vidta åtgärder samt minska och förhindra vårdskador (SFS 2014:821). Vårdskador undviks genom god yrkeskunskap, ett etiskt förhållningssätt och ett tätt interprofessionellt och verksamhetsöverskridande samarbete. Det ska vara grundat på respekt för kännedom om sin egen och andra professioners kompetenser (Svensk sjuksköterskeförening, 2020b). Inom vården samt även inom bland annat verksamheterna anestesi- och intensivvård kan

kommunikativa barriärer finnas på grund av olika professioner. Förståelsen för varandra kan bli besvärliga och därmed kan kommunikationen kompliceras (Randmaa m.fl., 2014, 2015, 2017; Smith, Pope, Goodwin & Mort, 2008). En studie av Testa och Emery (2014) uppskattar att 80 % av de allvarligaste medicinska felen som led till vårdskador, var på grund av brister i kommunikationen som kunde ha förhindrats. Med ett strukturerat arbete genom att förbättra kommunikationen inom verksamheter kan risker minimeras och vårdskador förhindras (Cornell, Gervis, Yates & Vardaman, 2014; Jayaswal m.fl., 2011; Leonard, Graham & Bonacum, 2004; Onstott, Wolfe, Lucas, Herr & Calhoun, 2017; Randmaa m.fl., 2014, 2015, 2017; Smith m.fl., 2008).

## **2.3 Kommunikation inom vården**

Kommunikation är en välkänd del i vårdkedjan där det har visats att många misstag som begås inom vården beror på kommunikationsproblem och brister i överrapportering (Cornell m.fl., 2013; Fabila m.fl., 2016; Jayaswal m.fl., 2011; Jullia m.fl., 2017; Krishnan m.fl., 2020; Lambert & Adams., 2018; Leonard m.fl., 2004; Rabøl m.fl., 2011; Randmaa m.fl., 2014, 2015, 2017; Segall m.fl., 2012; Socialstyrelsen, 2020a; Testa & Emery, 2014). Enligt Manias m.fl. (2015) uppstår 50 procent av sentinel händelse på grund av kommunikationsbrister mellan hälso- och sjukvårdspersonal. Sentinel händelse är en oväntad händelse som inbegriper dödsfall eller allvarlig fysisk eller psykisk skada, eller risken att något av dessa ska inträffa (Onstott m.fl., 2017). Att förbättra hälso- och sjukvårdens säkerhet är hög prioritet genom eliminering av sentinel händelse. Vidare menar studier av Onstott m.fl. (2017) och Talley m.fl. (2019) att största grundorsaken till en dokumenterad sentinel händelse är kommunikationsproblem i sjukhusmiljön samt brist på kontinuitet och planering i vården. För att undvika kommunikationsproblem är ett säkert patientomhändertagande och en kvalitativ överrapportering mellan olika enheter av stor vikt (Anwari, 2002; Catchpole m.fl., 2007).

### **2.3.1 Överrapportering inom vården**

Cornell m.fl. (2014) beskriver hur fyra olika typer av överrapporteringar används inom vården. Dessa är muntliga överrapporteringar, bandinspelning/diktat, telefonsamtal och skriftliga överrapporteringar. För att bidra till en god och säker vård för patienter samt fungera som ett kommunikations- och arbetsverktyg för vårdpersonalen förs patientjournaler. Den muntliga överrapporteringen är den vanligaste formen vid personalskifte och rond (Valeberg, 2013). Stora krav ställs på hur kommunikationen genomförs, men även att överrapporteringen blir tydlig och klar för den som tar emot rapporten. Om överrapportering inte är konsekvent och strukturerad kan informationen bli missvisande redogör Cornell m.fl. (2014). Valeberg (2013) beskriver att det finns olika sätt att förbättra kommunikationen inom vården, men som även innebär otaliga risker vid överrapportering. Den muntliga överrapporteringen kan ske vid sängen med patienten närvarande, så kallad bedside-överrapportering (Johnson, Sanchez & Zheng, 2016). Det är vanligt förekommande mellan anesthesiavdelningen till uppvakningsavdelningen. På det viset inkluderas samt blir patienten delaktig i informationen som ges (Randmaa m.fl. 2017, Segall m.fl., 2012). Bedside-överrapportering sker även mellan anesthesiavdelningen till intensivvårdsavdelning (IVA) efter komplex kirurgi av patient (Catchpole m.fl., 2007; Fabila



m. fl., 2016; Lambert & Adams, 2018; Randmaa m.fl., 2017). Den typen av överrapportering har visat sig vara nyckel till att säkerställa patientsäkerheten och kontinuitet i vården för att få bäst resultat för de mest sårbara patienterna (Catchpole m.fl., 2007; Fabila m. fl., 2016). Det är en överrapportering från det anestesilogiska vårdlaget till vårdlaget på IVA, vilket inkluderar medicinteknisk övervakning och cirkulations- och ventilationsstöd. Utrustningen överförs två gånger inom femton minuter, från operationsavdelningen till en transportutrustning och vidare till IVA. Det är kombination av uppgifter som medför att denna process blir mottaglig för fel, vid en tidpunkt då patienten är som mest sårbar (Catchpole m.fl., 2007). Bedside – överrapportering är en tidsbesparande och effektiv informationsöverföring (Manias m.fl., 2015; Randmaa m.fl., 2017) och ger förutsättning att få veta vilken typ av information som kan förväntas samt en chans att upptäcka problem som har utelämnats av det avlämnade vårdlaget för att förbättra säkerheten och vårdkvalitén (Catchpole m.fl., 2007; Haney m.fl., 2016; Loefgren Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020; Randmaa m.fl., 2014, 2017; Segall m.fl., 2012; Talley m.fl., 2019; Testa & Emery, 2014).

Det är viktigt att ha tydliga arbetsrutiner och simulera hur överrapportering ska ske samt vilken information som är relevant att överrapportera (Jayawasal m.fl., 2011; Krombach m.fl., 2015). Att under utbildning börja med simulering i överrapportering var ett effektivt och pedagogiskt tillvägagångssätt och uppskattades av samtliga framtida professioner (Krishnan m.fl., 2020). Andra studier påvisade att träning i samarbete mellan personal och att standardisera överrapportering har visat sig vara en metod att förbättra kommunikationen mellan vårdpersonalen vilket medför ökad patientsäkerheten (Catchpole m.fl., 2007; Krombach m.fl., 2014; Leonard m.fl., 2014; Rabøl m.fl., 2011; Segall m.fl., 2012). Det är även vanligt att vården tar hjälp från utomstående experter med kombinerad kunskap från andra industrier, som exempelvis Formel 1 och flygindustrin där det bland annat lyfts att kontrollera att samtliga gruppmedlemmar är på plats vid en överrapportering (Catchpole m.fl., 2007; Fabila m.fl., 2016; Onstott m.fl., 2017; Segall m.fl., 2012). Riskfaktorer som kan påverka kvalitén på överrapportering är strukturen och varaktigheten, brister i arbetsrutin, tidsbrist, begränsade möjligheter att ställa frågor, överflödig information och avbrott under överrapportering (Anwari, 2002; Fabila m.fl., 2016; Haney m.fl., 2016; Johnson, Sanchez & Zheng, 2016; Loefgren Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020; Randmaa m.fl., 2015, 2017; Smith m.fl., 2008; Testa & Emery, 2014).

### **2.3.2 Kommunikationsverktyg vid överrapportering**

När en patient överrapporteras mellan olika enheter på sjukhus föreligger en stor risk att information missas eller glöms bort vilket kan leda till försämrad vård av patienten (Jayawasal m.fl., 2011; Krombach m.fl., 2015; Loefgren Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020; Matic m.fl., 2010; World Health Organization, 2011). Patientens säkerhet är dels beroende av ett gott samarbete mellan olika professioner som har hand om patienten samt att en god kvalitet och kontinuitet i kommunikationen bevaras (Leonard m.fl., 2004; Randmaa m.fl., 2014, 2015, 2017; Segall m.fl., 2012; Smith m.fl., 2008; Socialstyrelsen, 2015). För ökad struktur och för att säkerhetsställa att kommunikation och informationsöverföringen är god vid överrapportering av patienter har olika kommunikationsverktyg utvecklats (Catchpole m.fl., 2007; Cornell m.fl., 2014; Fabila m.fl., 2016; Jullia m.fl., 2017; Jayaswal m.fl., 2011; Lambert & Adams., 2018; Leonard m.fl., 2004; Onstott m.fl., 2017; Rabøl m.fl., 2011; Randmaa m.fl., 2014, 2015, 2017; Talley m.fl., 2019). Ett exempel på kommunikationsverktyg är egen utformade checklistor för verksamheten, som bidrar till strukturerad kommunikation vid

överrapporteringar mellan vårdpersonal på den enhet som de arbetar på (Catchpole m. fl., 2007; Fabila m.fl., 2016; Jayaswal m.fl., 2011; Jullia m.fl., 2017). Checklistor underlättade för att alla sjuksköterskor skulle överrapportera enhetligt, oavsett erfarenhet. En annan utarbetad version av kommunikationsverktyg som används vid överrapportering är Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendationer (SBAR) (Cornell m.fl., 2014; Fabila m.fl., 2016; Haddleton & Westfelt, 2019; Randmaa m.fl., 2014, 2015, 2017; Sveriges Kommuner och Landsting, 2020). Kommunikationsverktyget har SBAR utvecklats till att utgöra ett kommunikationsverktyg som är tillgängligt att applicera inom vården och används i högriskorganisationer som operation- och intensivvårdsavdelningar för att göra kommunikationen mer effektiv och konsekvent (Leonard m.fl., 2004; Randmaa m.fl., 2014, 2015, 2017). Randmaa m.fl., (2014) menar att lagarbete på operationssalar och IVA kräver enkel, tydlig och konsekvent kommunikation samt bra samarbete. Därmed skapar SBAR förutsättningar för att fokusera på den viktigaste informationen att förmedla och att överflödig information undviks (Cornell m.fl., 2014; Fabila m.fl., 2016; Leonard m.fl., 2004; Haddleton & Westfelt, 2019; Randmaa m.fl., 2014, 2015, 2017; Socialstyrelsen, 2020b; Sveriges Kommuner och Landsting, 2020). Socialstyrelsen (2020a) rekommenderar kommunikationsverktyget SBAR som kommunikationsverktyg för överföring av muntlig informatik. I och med kommunikationsverktyget SBAR ökade mottagarens andel av ihågkommen information och gav en känsla av trygghet och kontroll samt ett ökat samarbete mellan personalen (Cornell m.fl., 2014; Fabila m.fl., 2016; Leonard m.fl., 2004; Randmaa m.fl., 2014, 2015, 2017; Segall m.fl., 2012). Randmaa m.fl. (2015) beskriver användandet av checklistor likt World Health Organization's checklista för säkerhet vid kirurgi i samband med SBAR. Detta användande kan minska brister i kommunikationen vid överrapporteringar genom att vårdpersonal använder samma strukturerade kommunikationssätt. Tillsammans med kommunikationsverktyget SBAR kan ett strukturerat omhändertagande av patient enligt ABCDE användas. Det syftar primärt till att identifiera och behandla livshotande tillstånd i rätt ordning. Bokstäverna bygger på de engelska orden; Airway, Breathing, Circulation, Disability och Exposure (Thim, Krarup, Grove, Rohde, & Løfgren, 2012). Den strukturerade bedömning enligt ABCDE kompletterar den aktuella statusen för patienten under A i SBAR (Stenlund, 2020).

En bristande överrapportering utgör en risk för patientsäkerheten om den är tidsödande eller detaljer utelämnas vid informationsöverföringen, vilket kan leda till eventuella komplikationer för patienten (Lambert & Adams, 2018; Rabøl m.fl., 2011; Testa & Emery, 2014). Bristande överrapportering kan leda till försämrad återhämtning för patienter och skapa en ökad arbetsbelastning hos sjuksköterskor vid förlängd vårdtid (Talley m.fl., 2019). I studien av Talley m.fl. (2019) har IVA högre andel av sentinel händelse på grund av medicinska fel än andra enheter, beroende på bristfälliga postoperativa överrapporteringar från operationssalen till IVA. Intensivvårdspatienter är särskilt sårbara på grund av behovet av invasiv- och hemodynamisk övervakning, administrering av potenta läkemedel samt frekventa utföranden av invasiva förfaranden, som alla ger möjligheter till fel. Vikten av effektiv kommunikation mellan personalen ansågs vara starkt kopplad till att upprätthålla patientsäkerhet genom att ingen information blir utelämnad (Loefgren Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020; Matic m.fl. 2010). Enligt Randmaa m.fl. (2017) saknas det ett ömsesidig förståelse om vad som utgör en bra överrapportering. Det är viktigt att inse att få en bra överrapportering krävs kommunikation, lagarbete och samarbete professioner emellan. Dessutom är det viktigt att olika yrkesverksamma har en gemensam förståelse för varandras professioner. Det kan skilja sig i vårdfokus från sjuksköterskor baserat på vilken utbildning och vård som givits innan en överrapportering mellan vårdenheter sker. Sjuksköterskan som

ger rapport kan innefatta exempelvis en annan specialistutbildning och perspektiv än den som tar emot rapporten har (Randmaa m.fl., 2014). För att uppnå sådan förståelse är det viktigt att utveckla kunskap om varje professions syn på överrapporteringar. Det finns därför ett behov av att identifiera om det finns möjliga luckor mellan olika hälso- och sjukvårdspersonals uppfattningar om överrapporteringar som kan påverka patientsäkerheten (Randmaa m.fl. 2017).

### **2.3.3 Överrapportering för specialistsjuksköterska inom anesthesi- och intensivvård**

Anestesiologisk vård och intensivvård är verksamhetsområden som är i ständig utveckling vars syfte är att förbättra mötet med patienten samt tillgodose individuell och säker vård (Riksföreningen för anesthesi och intensivvård, 2019, 2020; Öhrn, 2015). Valeberg (2013) beskriver specialistsjuksköterskan inom anestesins uppgift att vid en överrapportering avge en muntlig rapport om händelseförloppet angående före, under och efter anesthesi. Även information om patientens premedicinering, administrerade läkemedel under anesthesin och effekt av dessa läkemedel för att ge ett underlag för vidare vård under det postoperativa förloppet. Det ska även framkomma i informationen om patientens psykologiska status före och efter anesthesi. Stubberud (2009) beskriver att specialistsjuksköterskan inom intensivvård innefattar vård på IVA, postoperativ vård, samt uppföljande och stödjande verksamhet inom sjukhuset. Specialistsjuksköterskor inom intensivvård arbetar med hela patientens vårdprocess. De arbetar även med strukturerad kommunikations- och informationsöverföring genom hela vårdprocessen. Då med särskilt fokus på vårdens övergångar då hen arbetar inom ett brett område. Fabila m.fl. (2016) beskriver att samarbete på operationssalar och IVA kräver enkel, tydlig och konsekvent kommunikation och bra samarbete. Överrapporteringar består av tre viktiga aspekter; överrapportering av information, ansvarskänsla och överrapportering i samband med teamet och i deras arbetsmiljöer. Randmaa m.fl. (2017) beskriver i sin studie att i Sverige är det vanligt med postoperativa överrapporteringar från anesthesiolog och specialistsjuksköterska inom anesthesi till specialistsjuksköterskor inom intensivvård som mottar rapporten. Däremot har professionerna olika förväntningar på innehållet vid en överrapportering och olika åsikter om vilken information som behövs vid en postoperativ överrapportering. Även om överrapportering av patient består i en överföring av ansvarskänsla så har det påvisats att det finns brist i ömsesidig förståelse bland professioner som berörs när överrapportering sker (Randmaa m.fl., 2015; 2017). Den som överrapporterar anser att mottagaren har ett ansvar för att vara fokuserad under rapporten och ta en paus från det de håller på med. Samtidigt som rapportören har en skyldighet att tydliggöra när överrapporteringen ska påbörjas (Randmaa m.fl. 2017).

## **2.4 Teoretiskt perspektiv**

Till examensarbetet valdes Erikssons teori om vårdande, hälsa och lidande som vårdvetenskaplig teori (Eriksson, 2018; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Vid brister i kommunikation och samarbete mellan vårdpersonal kan det leda till brister i överrapportering av patient. Detta kan leda till försämrad patientsäkerhet med sentinel händelse och vårdskador som påföljd. Därmed kan vårdlidande uppstå, ett onödigt lidande

som sker på grund av fel eller utebliven vård. Patientens hälsa och välbefinnande kan främjas ytterligare om sjuksköterskan kan se mer än bara patienten i sig, utan även människan i individen. Detta genom att patienten får känna sig sedd och bekräftad (Eriksson, 2018; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Att se, lyssna på och bekräfta människan är att ta patienten på allvar samt därigenom också beakta det lidande som patienten eventuellt upplever. Eriksson (2018) delar upp lidandet i tre kategorier, sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande. Sjukdomslidandet är det lidande som upplevs i direkt relation till sjukdom, olycksfall och behandling som följer. Livslidande är det lidande som kan upplevas i relation till livssituationen. Livssituationen kan påverkas av sjukdom eller olycksfall som vid exempelvis fysiskt lidande, svår smärta och då patientens lidande inte har kunnat lindras. När livssituationen förändras till det negativa kan det vara ett hot mot personens integritet och autonomi. Livslidande kan anknyta till vad det innebär att leva och vara människa. Vårdlidande är det lidande som finns närvarande i de flesta sammanhang där vård bedrivs och är en av de tre mer komplexa situationer vårdpersonal kan befinna sig i. Eriksson (2018) menar att vårdlidande ska ses som ett onödigt lidande, då det är orsakat av vården oavsett om det är omedvetet eller medvetet och bör med alla medel elimineras. Vårdlidande kan exempelvis vara kränkning, utebliven vård, nonchalans och bristande respekt, som kan ge upphov till kroppslig och själslig smärta. Som sjuksköterska är det av vikt att "se" patienten genom att bekräfta lidandet, då patienten kan i samband med vård eller utebliven vård kan uppleva kränkning orsakat av vårdpersonal. Detta kan ge en minskad känsla av egenvärde, starkt kopplat till vårdlidande. Om vårdlidandet är ett omedvetet handlande, som har sin grund i bristande kunskap och en avsaknad av reflektion, måste samtliga som är ansvariga för vårdandet se att dessa brister rättas till genom att reflektera över sitt agerande och hur det påverkar patienterna. (Eriksson, 2018; Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Målet med vårdandet är att främja hälsa och lindra lidande där Eriksson (2018) och Wiklund Gustin och Lindwall (2012) beskriver vikten av kommunikation och förståelse för varandras professioner. Speciellt i förbättringar av överföring av viktig information som syftar till att förebygga och minimera förekomsten av det onödiga lidandet för patienten.

## 2.5 Problemformulering

Tidigare forskning har påvisat att bristande kommunikation inom vården kan leda till ofullständig överrapportering. Detta kan ge ökad risk att patientsäkerheten brister och vårdskada uppstår. En specialistsjuksköterska som ger rapport kan ha en annan specialisering och perspektiv än den som mottar rapporten har, och med det kan det vara svårt att veta om den rapport som ges är tillräcklig. Om det är den ökande arbetsbelastningen med ökade risker som gör att viktig information uteblir. Tidigare forskning visar på ett problem i vården om vad som utgör en bra överrapportering. Det finns en kunskapslucka inom vården gällande specialistsjuksköterskor inom anestesi- och intensivvårds erfarenheter av överrapportering. Även vad som är viktig information att förmedla respektive erhålla vid överrapportering. Genom att beskriva specialistsjuksköterskors inom anestesi- och intensivvård erfarenheter av överrapportering kan ökad förståelse och samarbete genom förbättrad kommunikation främja patientsäkerheten.



Urvalet bestämdes genom att respektive avdelningschef på anestesi- och intensivvårdsavdelningen skickade ut information om examensarbetet i sitt veckobrev till samtliga anställda på respektive klinik. Detta gjordes en vecka innan start av enkät för att öka intresset för deltagande på kliniken. Henricson och Billhult (2012) beskriver hur information ska förmedlas i ett tidigt skede för att öka intresset för deltagande. Därefter anmälades frivilligt deltagande utifrån givna inklusions- och exklusionskriterier som beskrivits i den digitala enkäten. Henricson och Billhult (2017) menar på att vid ett kvalitativt examensarbete väljs deltagarna inte ut slumpmässigt. Istället tillfrågades deltagarna som hade erfarenheter av det som var i fokus för det aktuella examensarbetet. Kjellström (2012) beskriver att ett tydligt samtycke ska beskrivas. Godkännande av att skicka ut enkäten har inhämtats från verksamhetschef och avdelningschefer via mailkontakt med en samtyckesblankett. En gemensam mailadress för att erhålla en formell kontakt användes vid kontakt och som skickade ut "Brev till verksamhetschef" (BILAGA A) och "Brev till avdelningschef" (BILAGA B).

Datainsamlingen påbörjades med att information skickades ut till klinikkens medarbetare om att enkäten öppnats tillsammans med en länk till enkäten. En påminnelse om den digitala enkäten till avdelningscheferna att lägga till i avdelningarnas veckobrev en vecka innan avslutad insamling av data skickades ut. Relaterat till pågående Covid-19 pandemi och restriktioner från Socialstyrelsen (2020b) gjordes inga planerade besök på kliniken. Planeringen var att sätta upp informationsblad och presentera examensarbetet för verksamheten om restriktionerna och verksamhet tillät. Däremot fanns möjlighet för deltagare som önskade muntlig information om vad deltagande i examensarbetet innebar genom att få kontakt via mail eller telefon. Kjellström (2012) beskriver att deltagare ska känna sig delaktiga i sin medverkan. För att uppnå delaktighet kunde deltagare därmed bli kontaktade genom att en gemensam tid bestämdes. Åtkomsten till datainsamlingen säkerställdes genom att tillgången av inloggning till den digitala enkäten avvarades från obehöriga, vilket överensstämmer med Danielsons (2012a) beskrivning av skyddande integritet.

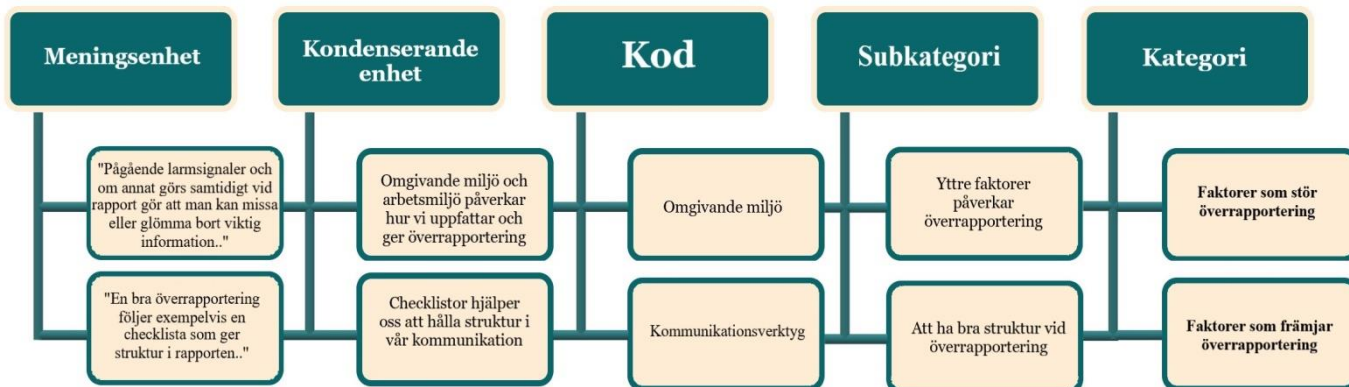
#### **4.2.1 Digital enkät**

Den digitala enkäten utformades med hjälp av ett enkätverktyg via Webbenkäter (<http://webbenkater.com>). Detta enkätverktyg valdes relaterat till att det skapa en enkel och neutral plattform som kunde delas och öppnas från flertalet digitala enheter. En annan aspekt till val av enkätverktyg var att enkätsvaren kunde exporteras till analysens Excel-dokument. Enkäten bestod demografiska frågor samt frågor med fokus på specialistsjuksköterskors erfarenheter av överrapportering av patient inom vården, se bilaga C. Enkäten inleddes med ett missivbrev till informanter med inklusions- och exklusionskriterier. Deltagaren kunde kryssa i "Ja" eller "Nej" angående deltagande i digitala enkäten och samtycke till att de uppgifter som lämnats behandlats på det sätt som beskrivits i inklusions- och exklusionskriterierna. Om svarsalternativ ja valdes påbörjades enkäten. Om svarsalternativ nej valdes omdirigerades deltagaren direkt till avslutande sidan i enkäten och hade således valt att inte medverka i enkäten. Henricson och Billhult (2012) beskriver att för att förhindra förvrängning av resultatet ska inte deltagare som inte angivit samtycke räknas in i resultatet. Kjellström (2012) beskriver att det ska tydliggöras för medverkande deltagare att avbrytande av deltagande är möjligt när och hur som helst och utan negativ påföljd. Sista frågan var en kontrollfråga gällande samtycke med svarsalternativ ja eller nej. Frågorna i

enkäten berörde specialistsjuksköterskor inom anestesi- och intensivvårds erfarenheter kring överrapportering. Deltagare fick beskriva med egna ord vad som var viktig information och hur informationen bör kommuniceras. Avslutningsvis fick deltagare beskriva vad som kan förbättras i överrapportering.

### 4.3 Genomförande och analys

En kvalitativ innehållsanalys i enlighet för Lindgren m.fl. (2020) och Lundman och Hällgren Graneheims (2017) med induktiv ansats har använts. Den induktiva ansatsen valdes för att examensarbetet skall vara så förutsättningslöst som möjligt och grundas på erfarenheter i enlighet med Danielsons (2012b) beskrivning av analysprocessen. Friberg (2017a) beskriver att analysprocessen kan med fördel börja genom att data skrivs ut på papper för att underlätta kodning och urskiljning. De besvarade enkäterna kan jämföras med transkriberad text från muntliga intervjuer, då enkäterna innehöll skriftliga svar från deltagare (Lantz, 2003). Enkäterna i examensarbetet skrevs därför ut direkt i anslutning till avslutad datainsamling för att kunna analysera fram ett resultat. Bearbetning och kodning genomfördes så att de besvarade enkäterna förseddes med en siffra mellan 1–17 för att särskilja och koda enkäterna. Analysen genomfördes sedan etappvis i enlighet med Lundman och Lindgren m.fl. (2020) och Lundman och Hällgren Graneheims (2017) beskrivning av innehållsanalys. Det första steget i innehållsanalysen var att insamlad data studerades flertalet gånger separat för att nå en helhetsbild. Danielson (2012a) beskriver att även detta är viktigt för att inte undgå detaljer och för att undvika enskild tolkning. I det andra steget togs examensarbetets syfte i relation till analysen för att få ut bärande meningsenheter. Bärande meningsenheter var erfarenheter som deltagare beskrev med ord eller meningar i relation till examensarbetets syfte. Genomförandet skedde av att markera meningar, citat och fraser av relevans för att sedan dokumenteras i ett enskilt Excel-dokument i enlighet med Lindgren m.fl. (2020) och Lundman och Hällgren Graneheims (2017) beskrivning. Hela meningar skrevs ut tillsammans med meningsenheterna för att inte förlora sammanhanget av texten. Författarna reflekterade tillsammans för jämförelse och kontroll att de bärande meningsenheterna svarade an till syftet. Det tredje steget innebar att kondensera meningsenheterna, vilket gjordes genom att korta ned meningarnas text utan att förlora hela innehållet. De kondenserade meningsenheterna tolkades enskilt för att sedan diskuteras tillsammans för en gemensam tolkning och för att undvika personlig påverkan i analysen. Därefter påbörjades det fjärde steget att skapa koder av de kondenserande enheterna för att sedan fördelas in i subkategorier som sammanbindes till kategorier under det femte och slutgiltiga steget. Det innebar att från det manifesta innehållet från subkategorier som belyste det centrala i enkäterna kunde kategorier definieras och mynna ut i ett resultat och slutsats för examensarbetets syfte.



Figur 1. Bild som visar exempel av analys från meningsenhet till kondenserande enhet till kod till subkategori och slutligen till kategori.

## 5 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

För examensarbetet har en etisk ansökan utförts och godkänts av Mälardalens högskolas avdelning för etikprövning av examensarbete på avancerad nivå inom akademien för hälsa, vård och välfärd. Under examensarbetets process har ett reflekterande förhållningssätt genom forskningsetiska överväganden och principer bibehållits i enlighet med Vetenskapsrådet (2002; 2017). Vetenskapsrådet (2002) beskriver fyra grundläggande skyddskrav för individer som innefattar informationskravet, samtyckeskravet, nyttjandekravet och konfidentialitetskravet. För att tillgodose informationskravet erhöi deltagare information genom ett informationsbrev om examensarbetets villkor för deltagande, genomförande samt syfte och metod. Deltagare fick även information om medförande för- och nackdelar av deltagande, att deltagande var frivilligt samt hur eventuella frågor från deltagare kunde besvaras. För att tillgodose samtyckeskravet gav verksamhetschef och avdelningschefer godkänt till att examensarbetets enkät fick genomföras på kliniken. Informerat samtycke inhämtades av deltagare genom att deltagare kryssade i samtycke till deltagande och fyllde i den digitala enkäten. Det förtydligades upprepade gånger i enkäten att deltagandet var frivilligt och kan avbrytas när som helst, utan orsak och utan negativ påföljd under hela examensarbetets process. För att tillgodose nyttjandekravet att säkerhetsställa, bevara och skydda deltagarnas personliga integritet efterfrågades enbart det som var väsentligt för att besvara syftet. För att tillgodose konfidentialitetskravet har deltagare framställts för enbart vilken specialistsjuksköterskeutbildning de innefattar. Det har presenterats utan annan demografisk data i hänseende att inte undanröja deltagares identitet. Konfidentialiteten bevarades ytterligare genom att utesluta tolkning av personlig skrift då en av författarna arbetat på kliniken. De utskrivna enkäterna och kodningen förvarades i två låsta skåp separat som enbart författarna hade kod till för att skydda deltagarnas personliga integritet. All data raderades efter publicerad studie.

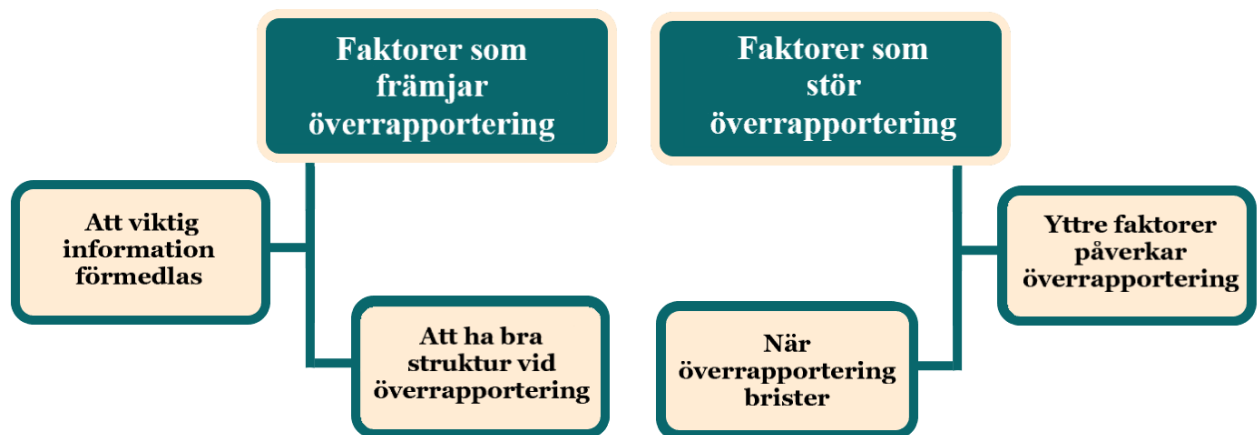
För etiska överväganden är rätt referens- och plagiatantering nödvändig enligt Friberg (2021b) och har tagits i beaktning. Gunnarsson (2012) menar att rätt typ av



referenshantering är av vikt för att behålla den vetenskapliga exaktheten och noggrannheten. Inom förförståelse beskriver Dahlberg (2014) att förförståelse är det faktum att människan kan och vet en del saker innan igångsättandet av ett examensarbete. Det har reflekterats över att det finns tidigare erfarenheter som kan påverka processen med examensarbetet, vilket beskrivs och diskuteras i diskussionen. Dahlberg (2014) beskriver genom att beskriva tidigare erfarenheter och syftet med det reflexiva förhållningssättet stärks examensarbetets pålitlighet. Detta genom att det subjektiva i kunskapsproduktionen hanteras på ett genomtänkt och för alla öppet sätt.

## 6 RESULTAT

Resultatet har delats in i två kategorier med subkategorier; Faktorer som främjar överrapportering med Att viktig information förmedlas och Att ha bra struktur vid överrapportering samt Faktorer som stör överrapportering med Yttre faktorer påverkar överrapportering och När överrapportering brister. Resultatet presenteras i figur 2 nedan.



Figur 2. Resultat presenterat i kategorier med subkategorier för att besvara syftet att beskriva specialistsjuksköterskor inom anestesi- och intensivvårds erfarenheter av överrapportering.

### 6.1 Faktorer som främjar överrapportering

Baserat på deltagarnas erfarenhet beskrevs positiva upplevelser om faktorer som främjar överrapportering. Vid överrapportering behövs en medvetenhet av vad som är viktig information och hur informationen kommuniceras på lämpligast sätt. Erfarenheter från deltagarna beskrev att överrapportering var personbundet och att det kunde vara skillnad från individ till individ. Deltagare redogjorde erfarenheter som främjar möjligheten till att förmedla viktig information på ett strukturerat sätt vid överrapportering.

### **6.1.1 Att viktig information förmedlas**

Ur resultatet framkom det erfarenheter från specialistsjuksköterskor inom anestesi- och intensivvårds gällande viktig information som påverkade överrapportering. Det kunde beskrivas som positiva erfarenheter att ta del av viktig information om patienten vid överrapportering. Viktig information var uppgifter om aktuell situation till av vilken anledning patienten var på avdelningen. Exempel på information inom aktuell situation var vilket ingrepp som genomförts och vilka åtgärder som utförts, vilket gav en tydlig bild av fortsatt vårdplanering för patienten. För att kunna optimera vårdandet av patienten behövde deltagare därav få veta vad som hade skett fram tills överrapportering ägde rum. Vidare beskrev deltagare att en utvärdering av operationen rent tekniskt och exempelvis hur patienten var vid sövning av vikt. "Det är viktigt att få information om det varit något speciellt som hänt. Och om det varit en situation där jag varit med och eventuellt vet något som är väldigt viktigt." (Specialistsjuksköterska inom anestesi, deltagare 7).

Deltagare beskrev att information som redogjorde för patientens bakgrund och häsohistorik var viktigt vid överrapportering. Exempel på information om patientens häsohistoria inkluderades bakomliggande grundsjukdomar och aktuella läkemedelsbehandlingar. Deltagare beskrev fördelar med att de fick en kort, men innehållsrik beskrivning av patientens anamnes. Det gjorde att helheten av patienten framställdes och som hade betydelse för den fortsatta vården. Med en tydlig anamnes hanterades exempelvis mätvärden för vitalparametrar individuellt för patienten lättare och en rimlighet diskuterades för aktuella målvärden. Ytterligare framkom erfarenheter från deltagare att belysa information om patientens allergier och då främst läkemedelsallergier i all typ av överrapportering. Vid utebliven information om allergier kunde ett antagande tas att det inte fanns några allergier och en eventuell risk för patienten kunde uppstå. Deltagare redogjorde för att få information om det fanns anledning att behandla patienten på ett speciellt sätt var av vikt. Exempelvis specialkost eller främjande åtgärder för att optimera mobilisering. Annan viktigt information var hur patienten var kommunikativt och neurologiskt preoperativt samt att lyfta patientens hänseende till sekretess om det var möjligt för vidare vård. Deltagare beskrev att sekretess var information som stundvis togs för givet, men som ansågs vara mycket viktigt vid överrapportering. Genom att förmedla sekretess kunde risker minska att exempelvis inte missa eventuella skyddade identiteter eller att förmedla känslig information till fel person. "Informativt en bra patientstatus där jag kan ta vid i den pågående vården. Om det finns anledning till att behandla patienten på ett specifikt sätt och där jag kan identifiera och prioritera för patienten." (Specialistsjuksköterska inom intensivvård, deltagare 4).

Specialistsjuksköterskor inom anestesi- och intensivvård beskrev att få information om patientens aktuella status var viktigt. Aktuell information var pågående status och tillstånd för patienten både fysiskt och psykiskt. Exempel på denna typ av information var om patientens aktuella luftväg och patientens respiratoriska respektive cirkulatoriska status, likväl hur förloppet varit. För att kunna utvärdera patientens vätskebalans beskrevs det positivt att erhålla information för givna, pågående och planerade läkemedel. Deltagare beskrev att de flesta patientgrupper hade generella läkemedelsgrupper som personal var medvetna om. Dock belyste deltagare att få information om patienten erhållit antibiotika, antikoagulantia och/eller smärtlindring var viktigt för att kunna planera vårdandet av patienten. Det upplevdes svårt för mottagande deltagare att få information om kompenserande infusioner erhållits för ersatt vätskeförlust, eller av annan anledning som kraftig hypotoni. Vårdandet upplevdes som optimerande när information om effekten av givna läkemedel och hur stora

volymen patienten hade erhållit angavs. Vidare beskrev deltagare att ofta framkom hur stor aktuell blödning varit, men inte om patienten varit lättblödande. Liknande erfarenheter framkom för genomgång av patientens hudstatus samt in- och utfarter. Patientens perifera venkatetrar beskrevs inte, medan sår, drän, urinkatetrar och liknande accesser framfördes av personen som överrapporterade patienten.

Det framkom även av deltagarnas erfarenheter där viktig information inom planering för patienten. Deltagare beskrev vikten av att få en beskrivning av rekommendationer, fortsatt behandling, observation och planering. Exempel på denna typ av information var om en patient var fortsatt intuberad att då förmedla när patienten planerades att extuberas. Andra exempel var att förmedla om det fanns behandlingsbegränsningar och aspekter som var av betydelse för den fortsatta vården. Även att förmedla om det fanns frågeställningar kring patienten som behövde lyftas med jourläkare eller vad som behövde prioriteras i första hand. Vidare beskrevs att viktig information kunde vara om det var något avvikande från det normala gällande planering samt postoperativa ordinationer. Att förmedla risker och komplikationer samt eventuella lärdomar, som exempelvis läkemedelseffekter under patientens vårdtid beskrevs som betydelsefullt av deltagare.

### **6.1.2 Att ha bra struktur vid överrapportering**

Erfarenheter beskrevs från specialistsjuksköterskor inom anesthesi- och intensivvård inom kommunikation där struktur påverkade överrapportering. Det beskrevs som positiva erfarenheter från deltagare när överrapporteringen mellan specialistsjuksköterskor inom anesthesi- och intensivvård var strukturerad. När överrapportering hölls strukturerad upplevdes det lättare för den som tar emot rapporten att få en tydlig överblick och för att inte missa viktiga aspekter. Det framkom erfarenheter från deltagare om att enhetlighet och tydliga strukturmallar var att föredra vid överrapportering. Det gjorde att det fanns en tydlighet i att alla använde samma system och riktlinjer. Det som underlättade kommunikationen var exempelvis att använda checklistor och kommunikationsverktyg som SBAR, ABCDE och PM för ronder. Datorer och digitala journalprogram användes även som kommunikationsverktyg. "Det behöver finnas ett gemensamt synsätt och språk inom vården för hur information ska kommuniceras fram, så att mottagaren förstår informationen som förmedlas." (Specialistsjuksköterska inom intensivvård, deltagare 5). Deltagare beskrev att kommunikationsverktyg oftast användes vid överrapportering, men att i särskilda situationer användes kommunikationsverktyg ibland inte. Andra exempel på kommunikationsverktyg var att använda avdelningens rondmall för bra struktur och ett hjälpmedel för att inte missa relevant information. Även SBAR beskrevs som ett bra kommunikationsverktyg som fungerade med både kort information, som vid exempelvis telefonsamtal till jourhavande läkare. Vid längre överrapporteringar på avdelning och/eller operationssal kunde även SBAR användas. Deltagare beskrev SBAR som ett informationstäckande, bra och lätt verktyg som var enkelt att följa. Det fanns även ett utvecklingsutrymme för tydligare struktur och handhavande enligt SBAR när avdelningar överrapporterade akuta patienter. Medverkande beskrev ABCDE som ett bra kommunikationsverktyg vid överrapportering av patientens aktuella status och som ett komplement i SBAR från specialistsjuksköterskor inom anesthesi- och intensivvård. "SBAR är en bra mall som fungerar med både kort information som vid exempelvis telefonsamtal till jour eller när vi har längre överrapporteringar till avdelning och/eller på sal." (Specialistsjuksköterska inom anesthesi, deltagare 2). Deltagare beskrev att det i sin helhet fungerade bra med

överskrifter mellan anesthesi- och intensivvården samt inom kliniken. Andra positiva erfarenheter från deltagare var att nya specialistsjuksköterskor inom anesthesi beskrevs som mycket bra på att hålla struktur vid överskrifter. Det framhölls att muntlig överskrifter i sin helhet fungerade bra, men också att kombinerad muntlig- och läsrapport optimerade överskrifteringen. I relation till läsrapport var vikten av att dokumentation i journalen var gjord på ett ansenligt och korrekt sätt. Deltagare beskrev att säkrare överskriftering upplevdes av att läsa det dokumenterade samt att ha journal och operationssystem öppet framför sig.

## **6.2 Faktorer som stör överskriftering**

Baserat på deltagarnas erfarenhet när överskriftering inte blir bra, beskrevs negativa upplevelser. Vid överskriftering fanns det olika faktorer som kan hämma förmedlingen av information och hur kommunikationen upplevdes. Deltagare beskrev även deras erfarenheter i relation till utveckling och förbättring. Deltagares erfarenheter som påverkar överskriftering var således både yttre faktorer och när överskriftering brister.

### **6.2.1 Yttre faktorer påverkar överskriftering**

Det framkom erfarenheter från specialistsjuksköterskor inom anesthesi- och intensivvård att den omgivande miljön och yttre faktorer påverkar överskriftering. Negativa erfarenheter från deltagare beskrevs när ljudmiljön påverkar koncentrationen och strukturen på överskrifteringen för närvarande. Deltagare beskrev behovet av en lugn och tyst omgivande miljö, vilket möjliggjorde bättre förutsättningar för överskriftering. Deltagare beskrev arbetsförhållanden med stress relaterat till tidsbrist och överbelastning riskerade patientsäkerheten vid överskriftering. De beskrev även situationer när överskriftering skedde samtidigt som personal utförde andra saker än att fokusera på överskrifteringen, vilket förtydligades att det upplevdes i relation till att optimera tiden. Exempelvis när överskriftering utfördes samtidigt som övervakningsutrustning, infusionspumpar och patienten flyttades över till mottagande enhet. Deltagare beskrev att överskrifteringen optimerades när båda enheter istället samarbetade vid överflyttning av utrustning och patient tillsammans, för att sedan överskriftera när patienten var på plats. Ett vanligt problem som framkom från deltagare var att pågående läkemedel ibland varit helt slut vid överskriftering av patient, vilket föranlett att mottagande personal behövt avbryta övertaget av patient för att gå iväg och iordningställa läkemedel. "Ibland har de bråttom till nästa operation eller är hungriga. I värsta fall har någon annan fått gå med patienten och vet inte speciellt mycket om patienten. Läkemedel kan nästan vara slut och man behöver rusa iväg för nytt." (Specialistsjuksköterska inom intensivvård, deltagare 11). Andra yttre faktorer som beskrevs av deltagare som störande var när överskrifteringen blev avbruten eller stressad personal. Avbrott i överskriftering beskrevs som att ständigt behöva börja om då en osäkerhet uppkom i vad som faktiskt sagts eller när personal var stressad att det föranledde till att felaktig information kunde ges. Det kunde även vara när det var rörigt runt om patienten med situationer när det inte fanns en patientansvarig specialistsjuksköterska närvarande. Vid tillfällena framkom det att personal som rapporterade inte kände patienten. Det kunde bero på att personal hade fått ta över patienten under transport, vilket upplevdes som en stor risk för patientsäkerheten. Deltagare beskrev situationer där specialistsjuksköterskor inom

anestesi ibland ville lämna över patienten för snabbt. Det redogjordes av specialistsjuksköterskor inom intensivvård att de själva ofta fick förklaringen att överrapporterande enhet var hungriga eller hade bråttom till nästa patient. "Om anestesi och intensivvården har ett ökat samarbete mellan sig, kommer vi få en gemensam plattform att arbeta utifrån med ökade förutsättningar." (Specialistsjuksköterska inom intensivvård, deltagare 9). Deltagare beskrev att vid akuta situationer var det vanligt med för många personer närvarade vid överrapporteringen. För många personer eller att inte rätt personal var på plats beskrevs som risker som kan påverka kvalitén på överrapporteringen. Det kunde i sin tur påverka kvalitén av överrapporteringen.

### **6.2.2 När överrapportering brister**

När överrapportering brister beskrev deltagare att deras erfarenheter inom vården gällde information- och kommuniaktionshantering. Negativa erfarenheter från deltagare beskrevs som vid olika risker för patientsäkerheten som framkom i samband med överrapportering. Deltagare beskrev situationer när överrapporteringen inte fungerat optimalt och där viktig information uteblivit eller missförstått. Det beskrevs att vid muntlig överrapportering kan viktiga aspekter missas då informationen helt utgår ifrån vad specialistsjuksköterskor inom anestesi- och intensivvård kom ihåg att redogöra för. "Muntlig överrapportering blir väldigt personbundet och det gör att ibland missas viktig information som vi behöver veta." (Specialistsjuksköterska inom anestesi, deltagare 1). Deltagare beskrev uppkommande språkförbistringar där personal sinsemellan inte förstod varandra och det blev fel i informationsutbytet. Negativa erfarenheter från deltagare som framkom var när överrapporteringen var ostrukturerad. Exempel var när överrapportering tog för lång tid eller svävade iväg för mycket. Patienter med lång vårdtid beskrevs av deltagare, var en utmaning vid överrapportering då mycket information skulle ges effektivt och innehållsrikt. För att främja detta område föreslog deltagare att utveckla verksamheten med utbildning om överrapportering specifikt för denna patientgrupp. Ett vanligt problem var även att överrapporterande enhet inte hunnit reflektera över patientens problem. Deltagare beskrev erfarenheter om att erhålla andrahandsinformation, att personal var dåligt pålästa och dåligt förberedda för överrapportering. Deltagare beskrev ytterligare erfarenheter där överrapporteringen ibland var för läkarstyrd. Läkare överrapporterade vanligtvis det medicinska och därmed uteblev viktig information kring omvårdnaden. Överrapporteringen upplevdes då bli inkomplett och ibland fanns en otydlighet i vem som skulle rapportera vad från läkare och specialistsjuksköterska inom anestesi- och intensivvård. Till följd av detta hade eller kunde vårdskada skett av att exempelvis inte fått information om patienten aktuella status eller tidpunkt när läkemedel var givna. "Ibland är överrapporteringen väldigt basal och ibland obefintlig. Känslan är att anestesi-personalen vill lämna över så fort som möjligt. Läkemedelsöverlämningen sker i praktiken nästan aldrig mellan oss." (Specialistsjuksköterska inom intensivvård, deltagare 8). Informationen i överrapportering upplevdes av deltagare stundtals som för basal och emellanåt obefintlig, från anestesi, med en upplevelse att snabbt få lämna över. Mottagande personal hann därmed inte ställa frågor, utan behövde ringa tillbaka vilket tog extra tid. Deltagare beskrev följder att inkompleta överrapporteringar gjorde att det missades viktig information som kan äventyra patientsäkerheten. Det beskrevs svårigheter i överrapportering från ambulans, på akuten vid traumalarm eller när personal slarvade och inte följde en struktur vid akuta situationer. Stressade situationer gjorde att överrapportering gick för fort eller att vid akuta situationer med ständigt nya uppgifter som inte hann bekräftas. Deltagare beskrev erfarenheter där det

uppkom missförstånd i överrapporteringen och där personal inte förstod allvaret i det som överrapporteras, trots uppmaning från den som överrapporterar. Det kunde exempelvis ske under pågående operation med komplikation eller på akutrummet där vederbörande inte förstod hur akut patientens läge var. "Vi måste förstå vikten av vad en bra överrapportering är och påminna varandra, tänka högt och lågt." (Specialistsjuksköterska inom anestesi, deltagare 17). Flertalet deltagare önskade ett projekt för utveckling av en utarbetad rapportmall där även komplement med relevanta sökord fanns. För att i sin tur kunna följa en mall och få möjligheten till att arbeta igenom mallen punkt för punkt. Andra erfarenheter från deltagare var att ge varandra förståelse av vad en bra överrapportering innebär, påminna varandra och tänka högt och lågt. Deltagare förtydligade vikten av att påminna varandra och att våga ge konstruktiv kritik och beröm i lärande syfte.

## 7 DISKUSSION

I detta avsnitt diskuteras resultat, metod och etiska överväganden.

### 7.1 Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen bygger på examensarbetets resultat från specialistsjuksköterskor inom anestesi- och intensivvårds erfarenheter av överrapportering inom vården. Ur resultatet kunde positiva och negativa erfarenheter från deltagare tydliggöras i huvudfynd för hur viktig information kommuniceras på rätt sätt. I resultatdiskussionen diskuteras resultatets två kategoriers innehåll mot tidigare forskning samt i relation till Erikssons (2018) teori om lidande och vårdlidande.

#### 7.1.1 Faktorer som främjar överrapportering

I resultatet framkom det att specialistsjuksköterskor inom anestesi- och intensivvård var eniga att all slags hantering av information var av stor vikt. Detta för att effektivisera informationshanteringen vid en överrapportering och för att åstadkomma en säker vård av hög kvalitet. Genom att få en informativ överrapportering kan specialistsjuksköterskan inom anestesi- och intensivvård med sin kunskap förvänta sig hur vårdprocessen kan fortgå. Eriksson (2018) menar att det är viktigt att synliggöra för att främja patientens hälsa och välbefinnande genom att se människan i individen. Detta är av yttersta vikt då patienten ibland inte själv har förmågan att förmedla sig, som efter ett operativt ingrepp och hen fortfarande är sövd.

Det framkom ur enkätsvaren från specialistsjuksköterskorna inom anestesi- och intensivvård att överrapportering var fördelaktig när den var strukturerad och checklistor eller mallar användes. Exempel var användandet av standardiserade kommunikationsverktyg vilket kunde ses som en röd tråd genom hela resultatet. Det överensstämmer med tidigare forskning om att strukturerade kommunikationsverktyg ökar patientsäkerheten och bidrar

till säker vård, genom att minska kommunikationsbrister (Cornell m.fl., 2014; Fabila m.fl., 2016; Leonard m.fl., 2004; Loefgren Vretare & Anderzén-Carlsson., 2020; Randmaa m.fl., 2014, 2015, 2017; Segall m.fl., 2012). Fabila m.fl. (2016) beskriver att de fann att kommunikationen och överrapporteringarna förbättrades efter införandet av ett nytt överrapporteringsverktyg som innefattade SBAR, med en time-out, liknande den checklista World Health Organization använder sig av vid operation. Fördelen med SBAR beskrevs som ett informativt och strukturerat kommunikationsverktyg. Resultatet redovisade att överrapportering blev tydligare när mottagande specialistsjuksköterska fick möjlighet till läsrapport innan eller samtidigt som den muntliga överrapporteringen inträffade. Det bidrog till en bättre förståelse för operationsförloppet och patientens bakgrund samt ökade patientsäkerheten när digitala system kompletterade överrapporteringen. Tidigare forskning menar att användandet av digitala journaler i samband med överrapporteringar är fördelaktigt då den inte är lika beroende av rapportörens minne, vilket bidrar till ökad struktur och effektivitet på överrapporteringen (Matic m.fl., 2010; Segall m.fl., 2012). Deltagare i examensarbetets enkät beskrev när specialistsjuksköterskor hjälpte varandra tillsammans i vårdlaget vid patientens ankomst. Genom samarbete kunde överrapportering optimeras av att professioner hjälptes åt att flytta över patienten med övervakningsutrustning för att därefter överrapportera fokuserat. Detta överensstämmer med tidigare forskning som beskrev att en överrapportering bedside var en mycket effektiv metod (Loefgren Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020; Manias m.fl., 2015). Överrapportering kan då ske samtidigt som det möjliggör till patientövervakning. Eriksson (2018) beskriver att göra patienten delaktig, gör att vårdpersonalen bevarar patientens integritet och värdighet. Detta genom att bekräfta människan i patienten och ta hen på allvar. Resultatet visade även att överrapportering bedside ger tillfälle att för konstruktiv kritik på överrapportering mellan personal samt förutsättningar för att nå en ömsesidig förståelse för varandras professioner. Det överensstämmer med tidigare forskning att bedside överrapporteringar ger förutsättningar att få veta vilken typ av information som kan förväntas och upptäcka eventuella problem i ett tidigt skede (Catchpole m.fl., 2007; Haney m.fl., 2016; Leonard m.fl., 2004; Manias m.fl., 2015; Matic m.fl., 2010; Onstott m.fl., 2017; Randmaa m.fl., 2015, 2017; Smith m. fl., 2008; Talley m.fl., 2019). Eriksson (2018) beskriver att vid patientnära omvårdnadsarbete kan personal beakta ett eventuellt lidandet som patienten upplever. Utifrån detta kan det ses som positivt att överrapportera bedside och fokuserat för att öka delaktigheten, men framför allt för att skapa en tydligare bild av patientens tillstånd.

Resultatet visade att arbetsmiljön och yttre faktorer påverkar överrapporteringen. En anesthesi- och intensivvårds miljö är både komplex, avancerad och högteknologisk med kritiska moment (Randmaa m.fl., 2015, 2017). Överrapporteringar som sker i komplexa miljöer grundas i att personalen ofta arbetar i arbetslag. Arbetslagen består av flera olika yrkesverksamma som arbetar tillsammans där avbrott kan påverka hur mycket och vad av överrapporteringen mottagaren minns. Randmaa m.fl. (2014) menar på att användandet av en strukturerad överrapportering är fördelaktigt att använda för att minimera risker. Utifrån detta kan det anses som en stor nytta att använda SBAR vid arbete med kritiska moment och för att presentera viktig fakta på ett snabbt och effektivt sätt. Checklistor är något som tidigare forskning styrker att kommunikationsverktyg bidrar till strukturerad kommunikation med god informationsöverföring (Catchpole m.fl., 2007; Cornell m.fl., 2014; Jullia m.fl., 2017; Krombach m.fl., 2015; Lambert & Adams, 2018; Leonard m.fl., 2008; Manias m.fl., 2015; Matic m.fl., 2010; Onstott m.fl., 2017; Randmaa m.fl., 2015, 2017; Segall m.fl., 2012; Talley m.fl., 2019). Ur enkätsvaren framkom det potential i att utveckla en gemensam överrapporteringsstruktur som är framtagen av specialistsjuksköterskor inom

anestesi- och intensivvård på kliniken. Eriksson (2018) menar på att förbättring av kommunikation och överrapportering av viktig information är väsentlig. Genom en ökad förståelse för varandras professioner förebyggs och minimeras förekomsten av det onödiga lidandet för patienten i komplexa miljöer. Utifrån detta kan det ses som att i sin tur främja förbättrad patientsäkerhet och minskat eventuellt vårdlidande för patienten.

### **7.1.2 Faktorer som stör överrapportering**

Ur enkätsvaren kunde det urskiljas att brister i överrapporteringen kan uppstå på grund av specialistsjuksköterskor inom anestesi- och intensivvård olika inriktningar och olika fokus om vilken information som ska förmedlas vid en överrapportering. Det har likheter med Randmaa m.fl. (2017) som beskriver i sin studie att specialistsjuksköterskor hade olika förväntningar på vilken information som skall ingå och hur den skulle kommuniceras. Resultatet visade även att bedside överrapportering kunde vara en anledning till att överrapporteringar ibland upplevdes ostrukturerade på grund av yttre faktorer i vårdmiljön som orsakade störningar. Detta styrks av tidigare forskning där överrapporteringar ofta sker mellan specialistsjuksköterskor inom anestesi- och intensivvård bedside (Loefgren Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020; Manias m.fl., 2015) och störande faktorer leder till en ostrukturerad och bristande överrapportering (Johnson m.fl., 2016; Rabøl m.fl., 2011; Segall m.fl., 2012). Andra negativa erfarenheter framkom när specialistsjuksköterskan inom anestesi hade ett tidspressat operationsschema, vilket påverkade överrapporteringen och viktig information utelämnades. Tidigare forskning styrker att det som påverkade kvaliteten på överrapporteringen var otillräckligt med tid för överrapportering (Johnson m.fl., 2016; Rabøl m.fl., 2011; Segall m.fl., 2012). Ibland utfördes andra uppgifter samtidigt vilket kunde ses som ett försök till att optimera tiden. Segall m.fl. (2018) beskriver att fokuset togs ifrån överrapporteringen och information om patienten blev lidande i liknande situationer. Enligt Eriksson (2018) är det vårdpersonalens ansvar att tillgodose patientens behov för att minska vårdskador. Detta för att ett sjukdomslidande inte ska uppstå på grund av utebliven vård. Utebliven vård för patienten utgör en stor del av lidandet, vilket kan vara både ofrivilligt och frivilligt från personalens sida. Utebliven vård kan ske ofrivilligt på grund av störande arbetsmiljö vilket påverkar överrapportering. Detta kan innebära att specialistsjuksköterskor bidrar till ett livslidande för patienten. Detta är förenligt med tidigare forskning som beskrev när överrapportering blev avbruten på grund av yttre påverkan kunde det leda till utebliven vård (Fabila m.fl., 2016; Jayaswal m.fl., 2011; Lambert & Adams, 2018; Loefgren Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020, Randmaa m.fl., 2014, 2015, 2017; Segall m.fl., 2012; Smith m.fl., 2008; Testa & Emery, 2014).

Deltagare i enkäten beskrev ostrukturerad överrapportering som innebar att de som deltog i överrapporteringen inte förstod eller var omedvetna om vad de behövde veta om patienterna och deras fortsatta vård. När en obalans uppstår i kommunikationen på grund av att det finns skillnader i sina ansvarsområden, eller att de strävar åt olika mål leder det till olika uppfattningar om vad som ska kommuniceras (Randmaa m.fl., 2017). Ett väl fungerande samarbete i vårdlag är viktigt, för att förstå varandra för en effektiv kommunikation vid överrapportering. Det framkom i resultatet att när överrapportering förmedlades av patientansvarig läkare på operation upplevdes den för medicinskt inriktad, där informationsöverföring av omvårdnad som kan vara viktig för fortsatt vård av patienten uteblev. Detta har likheter med en studie av Anwari (2002) som undersökte överrapporteringar mellan anestesiologer och sjuksköterskor på en postoperativ avdelningen.



Resultatet visade att vid yttre påverkan kan viktig information glömmas bort eller missas. Enligt Eriksson (2018) kan utebliven vård orsakad av vården både ske omedveten och medvetet, vilket kan ge patienten ett onödigt lidande och uppge vårdlidande. På grund av olikheter vad som anses viktigt att förmedla, kan oenighet uppstå vems ansvar och skyldighet överrapporteringen och informationsöverföringen är. Målet enligt Eriksson (2018) är att lindra lidandet, där syftet är att kommunicera, informera och ha förståelse för varandras professioner. Randmaa m.fl. (2014) menar att det sker genom att förbättra överrapportering av viktig information mellan professionerna. Det framkom i enkätsvaren värdet av en god relation till sina kollegor med högt och lågt i tak. Utifrån detta bör ett ökat samarbete eftersträvas för att öka förtroendet för informationen som förmedlas i den komplexa miljön.

Resultatet påvisade flertalet riskfaktorer som tidsbrist som påverkade överrapportering. Lambert & Adams (2018) beskriver i sin studie att det är av stor vikt att identifiera riskfaktorerna som bidrar till otillräckliga överrapporteringar som i sin tur kan medföra risk för patienten. Detta överensstämmer även med tidigare forskning där flertalet risker ses vid tidspress och personal behövde prioritera om sina planerade åtgärder (Anwari, 2002; Fabila m.fl., 2016; Johnsson m.fl., 2015; Loefgren Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020; Randmaa m.fl., 2015, 2017; Smith m.fl., 2008; Testa & Emery, 2014). Hur mycket en person minns av överrapportering var även det en riskfaktor till en otillräcklig överrapportering vilket påvisades i enkätsvaren. Detta kan bero på de olika professionernas olika fokus vid en överrapportering. När kommunikation och överrapportering inte sker, förbises också behovet av att bevara patientens integritet och värdighet enligt Eriksson (2018). Genom att öka förståelsen för varandras professioner skulle riskerna för kommunikationsbrister minska. Utifrån detta kan det ses att specialistsjuksköterskan inom anestesi- och intensivvård bör sträva till samma gemensamma mål likt övriga professioner inom vården; Att skapa en kontinuitet och trygghet för patienten genom att verka för ett interprofessionellt samarbete.

Utifrån resultatet kan det ses som att arbeta preventivt för att minska vårdskador i relation till överrapportering. Sverige erhåller varje år stora samhällsenliga kostnader i relation till att det inträffar upp mot 100 000 vårdskador varje år (Socialstyrelsen, 2020c). Det framkom även i resultatet att deltagare önskade utveckling och utbildning av en utarbetad överrapporteringsstruktur, som med fördel kunde utarbetas gemensamt mellan anestesi- och intensivvårdsavdelningen. Utbildning i överrapportering uppskattas av samtliga professioner och resultatet visade att utbildning var ett effektivt och pedagogiskt tillvägagångssätt att förbättra kvalitén på överrapportering. Detta bekräftas av tidigare forskning att både simulering och utbildning ökar kvaliteten på kommunikationen och informationen (Krishnan m.fl., 2020; Krombach m.fl., 2014; Leonard m.fl., 2014; Randmaa m.fl., 2014; Segall m.fl., 2012). Förbättringar i kommunikation och överrapportering samt förståelse för varandras professioner syftar till att förebygga och minska förekomst av onödigt lidande för patienten (Eriksson, 2018). Det är ett gemensamt mål för specialistsjuksköterskor inom anestesi- och intensivvård, att främja hälsa och lindra lidandet. Till följd av tidigare forskning och av examensarbetets resultat kan det finnas en vinst samhällsenligt i att införa rutiner kring överrapportering som är gemensamma för både specialistsjuksköterskor inom anestesi- och intensivvård. Att arbeta förebyggande för att förhindra vårdskador med fokus att erhålla en gemensam plattform för överrapportering skulle kunna öka patientsäkerheten. Med gemensamma rutiner kan patientsäkerheten främjas och vårdskador minska vilket kan leda till minimerande vårdkostnader. Med lägre vårdkostnader kan rätt form av resurser appliceras där de mest behövs inom vården. Med främjad patientsäkerhet kan minskade

vårdtider och vårdkostnader leda till ökade samhällsvinster genom preventivt arbete organisatoriskt.

## 7.2 Metoddiskussion

En empirisk kvalitativ enkätundersökning med demografiska och öppna frågor med induktiv ansats användes som metod för att besvara examensarbetets syfte. En kvalitativ metod valdes i relation till syftet som var att beskriva specialistsjuksköterskor inom anesthesi- och intensivvårds erfarenheter av överrapportering. En kvalitativ metod var förenlig med syftet då fokus var att lyfta erfarenheter ur specialistsjuksköterskor inom anesthesi- och intensivvårds perspektiv. Detta var i enlighet med hur Friberg (2017a) beskriver att kvalitativ design är avsedd för att ge en ökad förståelse för det valda ämnet. Den ökade förståelsen kan grundas på beskrivelse av upplevelser, förväntningar och erfarenheter. En litteraturöversikt hade varit en alternativ metod för syftet då det finns vetenskapliga artiklar att grunda detta på inom ämnet. Initialt fanns det skillnader i praktiken för vad som var av vikt vid överrapportering för olika specialistsjuksköterskor, därav fanns en tanke att jämföra erfarenheter kvantitativt. För syftet att beskriva erfarenheter lämpade sig en empirisk design med kvalitativ metod bättre metodologiskt för att bidra till mer inom valt kunskapsområde. För att uppnå en bredare förståelse av det fenomen som studeras bör deltagare ha varierade erfarenheter tillika varierande demografiska förhållanden som ålder och kön (Henricson, 2012; Lindgren m.fl., 2020; Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Det bör finnas en rimlighet i varför forskningen görs. Vilket beskrivs i problemformuleringen och även vilken kunskapslucka examensarbetet strävar efter att utveckla.

Wallengren och Henricson (2012) beskriver för att ett vetenskapligt kvalitativt examensarbete skall vara autentisk och tillförlitlig bör olika kriterium uppfyllas. Dessa kvalitetskriterier är huvudbegreppet trovärdighet tillsammans med pålitlighet, överförbarhet och bekräftelsebarhet. Gemensamt bildar de indikationer på att examensarbetet innehar god vetenskaplig kvalitet. Pålitligheten i arbetet stärks av att samma information delgavs till deltagarna genom att länken till den digitala enkäten skickades ut till samtliga deltagare. Det överensstämmer med Lindgren m.fl. (2020) och Lundman och Hällgren Graneheims (2017) beskrivning av att samma frågor bör ställas till samtliga deltagare. En svaghet i enkätfrågorna kan ses i att vissa frågor kunde misstolkas för slutna frågor vid snabb anblick. Även att deltagare upplevde vissa frågor som upprepande frågor. Detta sågs i svar som hänvisade till deltagarens tidigare svar. För att förhindra detta kunde en pilotstudie ha gjorts innan. En pilotstudie hade kunnat ses som en kvalitetsgranskning och givit en tydligare fingervisning i vad som saknades och vad som kunde anses som bra innehåll i enkätens frågor. Även en intervju via fysiskt möte, digitalt videosamtal eller telefonsamtal hade kunnat besvara dessa frågetecken och mer uttömmande svar hade kunnat ges, men valdes bort på grund av rådande pandemi. Trovärdigheten i arbetet stärks av att läsaren blir övertygad av examensarbetet där beskriven kunskap är aktuell och kan anses rimlig för syftet. I resultatet har data som inte svarar an till syftet eller inte har besvarats korrekt exkluderats. Exempel var när deltagare inte hade fyllt i båda samtyckessvaren eller att deltagare beskrev andra erfarenheter som inte besvarade syftet i enkäten. Exklusion av data kunde även bero på att deltagare som svarade inte ingick i inklusions- och exklusionskriterier eller om deltagare inte svarat på samtliga frågor i enkäten. Polit och Beck (2017) beskriver att ett examensarbetets resultat inte ska vara feltolkat eller förvrängt. Examensarbetets trovärdighet styrks av att

peer debriefing och triangulering använts, vilket tar stöd i Danielsons (2012) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. Detta har genomgåts genom handledning och diskussion i kursen med kursdeltagare, examinator och handledare till författarna samt att forskningsproblemet setts ur olika synvinklar. Trovärdigheten stärks i att insamlad data lästes och analyserade individuellt för att sedan jämföra och uppnå en gemensam uppfattning. Deltagarna var av bred variation för sina erfarenheter, men försvagas av ett fåtal deltagare som medverkade. En styrka i examensarbetet var en bred åldersgrupp mellan 20 till över 60 år och att urvalet var sex specialistsjuksköterskor inom anestesi och elva specialistsjuksköterskor inom intensivvård. Tre av dessa var män och fjorton kvinnor med en variation av arbetserfarenhet från två till trettiofem år som specialistsjuksköterska. Därav kan kvaliteten på data i resultatet ses som god och är en styrka i examensarbetet. En svaghet kan ses i ett fåtal deltagare på en klinik, vilket ger det möjlighet för kollegor på arbetsplatsen att kunna tänka sig vilka som svarat även om identiteter ej röjs i presenterad data.

För datamättnad bedöms omfattningen av datainsamlingens material till viss del vara tillräcklig för att besvara examensarbetets syfte. Eftersom frågor om exempelvis typ av kommunikationsverktyg och information som bör finnas vid överrapportering besvarades med liknande erfarenheter, kan datamättnad ses i dessa frågor. Medan frågor gällande hur väl överrapporteringar fungerade i dagsläget besvarades med helt skilda erfarenheter och därmed inte uppfyllde datamättnad. Nyexaminerade specialistsjuksköterskor inom anestesi- och intensivvård exkluderades i urvalet. Att exkludera nyexaminerade kunde ses som en nackdel då yrkesgruppen har en nära anslutning till vårdvetenskapen. Fördelar att exkludera nyexaminerade var att yrkesgruppen ansågs befinna sig i en pågående process för att hitta sig själva i sin nya yrkesroll. Fördelarna med att exkludera nyexaminerade var fler än nackdelarna, vilket stärker ställningstagandet att exkludera dessa personer. I hänseende till plagiat har källor kontrollerats noga individuellt och tillsammans för att förhindra felaktig referering eller felaktig användning av källor. Vidare beskriver Polit och Beck (2017) att trovärdighet innebär att ett korrekt handhavande av citathantering är av vikt, där delar av citat kan få felaktig riktning. I examensarbetet har enbart hela citat som besvarat syftet använts vilket kan anses som en styrka. Citaten har framförts i sin helhet för att inte förvränga innehållet och tas ur sitt sammanhang, men det kan ses som ett problem i och med att inte hela brödtexten står med. Citaten gav resultatet en kärnrikt och textnära kontext i form av presenterad rådata i relation till syftet.

En svaghet som kan ses är att författarna som genomfört examensarbetet inte har någon tidigare erfarenhet av empiriskt arbete. Detta kan bidra till minskad trovärdighet enligt Lindgren m.fl. (2020) och Lundman och Hällgren Graneheims (2017). Under arbetets gång har en medvetenhet om egna erfarenheter och förförståelse samt ett kritiskt förhållningssätt för att inte påverkar resultatet tillämpats. Polit och Beck (2017) beskriver pålitlighet som innebär att belysa medvetenhet av förförståelse och tidigare erfarenhet som kan ha påverkat dataanalys och datainsamling. En viss påverkan kan ha skett omedvetet i och med egna erfarenheter och bakgrund inom vården. En av författarna har arbetat på verksamheten där enkäten utfördes, den andra författaren hade ingen relation till verksamheten. Examensarbetets urval, datainsamling, genomförande och analys är beskrivet. Polit och Beck (2017) menar på att i analysen bekräftas pålitligheten med att andra forskare kan komma fram till samma resultat om det som ska analyseras för syftet faktiskt analyserats. Innehållsanalysen genomfördes i de olika stegen systematiskt, vilket ökar tillförlitligheten enligt Lindgren m.fl. (2020) och Lundman och Hällgren Graneheims (2017). Data skrevs ut och markerades med färg för tydligare översikt. Sedan färdigställdes den

gemensamma analysen i ett Excel-dokument online med färgmarkeringar. Utmaningar i analysprocessen var att hålla en enlighet i resultatet med subkategorier och kategorier då mycket av den insamlade data sammanträder. Vikt har lagts i att ha tillräcklig text i meningsenheter för att de inte skall bli för korta i enlighet med hur Lindgren m.fl. (2020) och Lundman och Hällgren Graneheims (2017) beskrivning. Genom att resultatet har studerats separat och gemensamt anses resultatet innefatta minskad tolkning och därav ha en ökad tillförlitlighet. Även i enlighet med hur Polit och Beck (2017) redogör för bekräftelsebarhet, fanns det ett beskrivet tidsspänn för examensarbetet samt en beskrivande analysprocess. Överförbarhet stärktes genom att möjligheten till att andra grupper kan transferera resultatet till ett liknande sammanhang. Kriteriet för att kunna applicera överförbarheten är att samtliga av bekräftelsebarhet, pålitlighet och trovärdighet finns med. Överförbarheten stärks i att det presenterade resultatet är överförbart inom fler vårdrelaterade överrapporteringar mellan sjuksköterskor med eller utan specialistsjuksköterskeutbildning. Däremot kan inte resultatet ses som överförbart till andra yrkesgrupper inom vården. För andra yrkesgrupper inom vården anses då finnas ett annat fokus och det är inte beskrivet i examensarbetet. Examensarbetet utfördes på enbart en klinik i mellersta Sverige, vilket kan ha påverkat resultatet i och med lokala rutiner samt kan ses som en påverkan i överförbarheten. Författarna kompletterade varandra i kunskap och arbetade med en ständig dialog under hela forskningsprocessen. Författarna har tillsammans bidragit till lika stor del av utformandet av examensarbetet. Gemensamt har båda författarna valt och läst samtliga artiklar till bakgrunden, valt metod, urval och datainsamling med utformning av enkät samt analyserat fram ett resultat tillsammans.

### 7.3 Etikdiskussion

För att tillgodose Vetenskapsrådet (2017) och erhålla en god kvalitet i examensarbetet har ett reflekterande etiskt förhållningssätt tillämpats under hela processen av examensarbetet. Kjellström (2012) beskriver att ett empiriskt arbete behöver vara etiskt godkänd för att utgå från respekt för människovärdet och inom etiska principer, därav var examensarbetet etiskt godkänt innan påbörjad datainsamling. Den digitala enkäten användes vid datainsamlingen i relation till den pågående Covid-19 pandemi för att inte utsätta deltagare och författare för utsatt position gällande smitta. Informationskravet tillgodosågs genom att verksamhetschef, avdelningschefer och deltagare tog del av information om examensarbetets utformning och syfte. Det ansågs viktigt att delge informationen för att kunna uppnå förtroende hos deltagare samt för att de skulle uppleva intresse och trygghet med att delta i enkäten. Samtyckeskravet tillgodosågs genom att deltagare fyllde i den digitala enkäten och valde att kryssa i att de samtyckte till att delta två gånger. Deltagare informerades om att deltagande i enkäten var frivilligt och kunde avbrytas när som helst, utan orsak och utan negativ påföljd under hela examensarbetets gång. Författarna fanns tillgängliga för deltagare under examensarbetets gång för att kunna besvara eventuella frågor via telefon eller mail. Nyttjandekravet tillämpades genom att insamlad data enbart svarade an till examensarbetets syfte. De utskrivna enkäterna och kodningen förvarades i två låsta skåp separat som enbart författarna hade kod till för att skydda deltagarnas personliga integritet för att stärka konfidentialitetskravet. Det kan ses som en utmaning att ha erfarenhet av arbetsplatsen där enkäten utfördes, men en kontinuerlig medvetenhet om sin förförståelse har åskådliggjorts under processen. Konfidentialiteten bevarades ytterligare genom att utesluta tolkning av personlig skrift i relation till att en av författarna arbetat på

kliniken. Författarnas erfarenheter för ämnet har kunnat ge en djupare beskrivning och förståelse av resultatet, men kan även ses problematiskt i tolkande aspekt. Henricson (2012) menar på att författarens förhållningssätt kan minska påverkan på resultatet genom sin förförståelse. De digitala enkäterna raderades efter att båda författarna kontrollerat att all information överensstämde med de utskrivna för att minska risk för dataintrång. Efter att examensarbetet godkänts raderades allt material från datainsamlingen.

## 8 SLUTSATS

Dagligen sker det muntliga överrapporteringar inom vården, vilket sätter höga krav på att kommunikationen mellan olika vårdlag fungerar. Detta examensarbete har påvisat erfarenheter från specialistsjuksköterskor inom anestesi- och intensivvård med olika faktorer som kan främja och störa överrapportering inom vården. Kommunikationsverktyg kunde ses som en röd tråd genom resultatet där checklistor minskade risken att viktig information uteblev. Vikten med att öppna upp för kommunikation inom vårdlaget och göra alla inblandade uppmärksammade på att en överrapportering av patient ska ske. Genom ett gemensamt förhållningssätt av vilken information och hur informationen skall kommuniceras kan följsamheten öka i det dagliga arbetet.

## 9 FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING

Förslag till vidare forskning är observationsstudier eller kvalitativa intervjustudier för överrapportering med kombinerad muntlig-, läs- och skriftlig överrapportering. I de kombinerade överrapporteringarna vore det intressant om personal fick möjlighet och tillgång till ORBIT, operations-journalsystem. Tillgång till tidsschema visuellt är en intressant aspekt att utvärdera om följsamheten förbättras för planering av mottagande och överrapportering av patient. Ytterligare förslag till framtida forskning är att utvärdera följsamheten av en checklista, likt WHO:s checklista för säkerhet vid kirurgi, inför överrapporteringar mellan anestesi- och intensivvårdsavdelningen. Det skulle även vara intressant att kombinera checklistan tillsammans med det standardiserade kommunikationsverktyget SBAR. Ett förslag är att integrera checklistan med befintliga kliniska informationssystemet för att fungera som ett stöd vid överrapportering. Vidare forskning av hur detta utvecklas i relation till vårdform och utvärdering kan bidra till ökad följsamhet och därmed främja utvecklingen av säker vård och patientsäkerhet.

## REFERENSLISTA

- Anwari J. S. (2002). Quality of handover to the postanaesthesia care unit nurse. *Anaesthesia*, 57(5), 488–493. <https://doi.org/10.1046/j.0003-2409.2001.02406.x>
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012), Kapitel 7: Enkäter. I M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 139-149). Lund: Studentlitteratur.
- Catchpole, K. R., de Leval, M. R., McEwan, A., Pigott, N., Elliott, M. J., McQuillan, A., MacDonald, C., & Goldman, A. J. (2007). Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. *Paediatric anaesthesia*, 17(5), 470–478. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2006.02239.x>
- Cornell, P., Gervis, M.T., Yates, L. & Vardaman, J.M. (2014). Impact of SBAR on a nurse shift reports and staff rounding. *Med Surg Nursning*, 23(5) 334- 342. PMID: 26292447
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Danielson E. (2012a), Kapitel 9: Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 163-175). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson E. (2012b), Kapitel 19: Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 329-342). Lund: Studentlitteratur.
- Dahlborg-Lyckhage, E. (2017), Att analysera berättelser (narrativer). I F. Friberg (red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 171-181). Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (2002). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber AB.
- Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: vetenskapen om vårdandet: om det tidlösa i tiden*. (Första upplagan). Stockholm: Liber.
- Fabila, T. S., Hee, H. I., Sultana, R., Assam, P. N., Kiew, A., & Chan, Y. H. (2016). Improving postoperative handover from anaesthetists to non-anaesthetists in a children's intensive care unit: the receiver's perception. *Singapore medical journal*, 57(5), 242–253. <https://doi.org/10.11622/smedj.2016090>
- Folkhälsomyndigheten (17 juni 2020). *Allmänna råd för allmänheten - en sammanfattning*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/a/allmanna-rad-for-allmanheten-en-sammanfattning/>
- Friberg, F. (2017a), Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 129-140). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2017b), Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 83-96). Lund: Studentlitteratur.

- Gunnarsson, I., (2012), Kapitel 29: Referenshantering med EndNote. I M. Henricson (red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 499-520). Lund: Studentlitteratur.
- Haddleton, E. & Westfelt, T., (2019) *Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation - SBAR i Vårdhandboken*.  
<https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/teamarbete-och-kommunikation/situation-bakgrund-aktuell-bedomning-rekommendation---sbar/>
- Haney, M., Eriksson, L I. & Fagerlund Jonsson, M. (2016). Övervakning. I S. G E. Lindahl, O. Winsö, J. Åkeson (Red.) *Anestesi*. (upplaga 3 s. 163). Liber AB.
- Henricson, M. (2012). Kapitel 2: Forskningsprocessen: problem, syfte och inledning/bakgrund. I M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 53 - 66). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ design. I M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 111-119). Lund: Studentlitteratur.
- Hälso- och sjukvårdslag, HSL (SFS 2017:30). *Socialdepartementet*.  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)
- Jayaswal, S., Berry, L., Leopold, R., Hart, S. R., Scuderi-Porter, H., Digiovanni, N., & Phillips, A. (2011). Evaluating safety of handoffs between anesthesia care providers. *The Ochsner journal*, 11(2), 99–101.
- Johnson, M., Sanchez, P., & Zheng, C. (2016). The impact of an integrated nursing handover system on nurses' satisfaction and work practices. *Journal of clinical nursing*, 25(1-2), 257–268. <https://doi.org/10.1111/jocn.13080>
- Jullia, M., Tronet, A., Fraumar, F., Minville, V., Fourcade, O., Alacoque, X., LeManach, Y., & Kurrek, M. 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. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000636>
- Kjellström, S., (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 70- 93). Lund: Studentlitteratur.
- Krishnan, S., Kumar, N., Diaz, E., Thornton, I., Ghoddoussi, F., & Ellis, T. A., 2nd (2020). Anesthesiology Handoff Simulation Case: A Handoff From Intensive Care Unit to Operating Room for Anesthesiology Learners. *Mededportal : the journal of teaching and learning resources*, 16, 10887. [https://doi.org/10.15766/mep\\_2374-8265.10887](https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10887)
- Krombach, J. W., Edwards, W. A., Marks, J. D., & Radke, O. C. (2015). Checklists and Other Cognitive Aids For Emergency And Routine Anesthesia Care-A Survey on the Perception of Anesthesia Providers From a Large Academic US Institution. *Anesthesiology and pain medicine*, 5(4), e26300. <https://doi.org/10.5812/aamp.26300v2>
- Lambert, L. H., & Adams, J. A. (2018). Improved Anesthesia Handoff After Implementation of the Written Handoff Anesthesia Tool (WHAT). *AANA journal*, 86(5), 361–370. *Improved Anesthesia Handoff After Implementation of the Written Handoff Anesthesia Tool (WHAT)*, PMID: 31584405

- Lantz, A. (2013). *Intervjumetodik*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality & safety in health care*, 13 Suppl 1(Suppl 1), i85–i90. [https://doi.org/10.1136/qhc.13.suppl\\_1.i85](https://doi.org/10.1136/qhc.13.suppl_1.i85)
- Lindwall, L. & Post, I.V. (2008). *Perioperativ vård: att förena teori och praxis*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Loefgren Vretare, L., & Anderzén-Carlsson, A. (2020). The critical care nurse's perception of handover: A phenomenographic study. *Intensive & critical care nursing*, 58, 102807. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102807>
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U., (2017). Kapitel 11: Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund-Nielsen & M. Granskär (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 211-225). Lund: Studentlitteratur.
- Lindgren, B. M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International journal of nursing studies*, 108, 103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Manias, E., Geddes, F., Watson, B., Jones, D., & Della, P. (2015). Perspectives of clinical handover processes: a multi-site survey across different health professionals. *Journal of clinical nursing*, 25(1-2), 80–91. <https://doi.org/10.1111/jocn.12986>
- Matic, J., Davidson, P. M., & Salamonson, Y. (2010). Review: bringing patient safety to the forefront through structured computerisation during clinical handover. *Journal of clinical nursing*, 20(1-2), 184–189. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/j.1365-2702.2010.03242.x>
- Onstott, T. A., Wolfe, J. J., Lucas, L., Herr, C., & Calhoun, S. V. (2017). Applying a Time-Out and Standardized Report Form in Anesthesia Handoffs. *Federal practitioner : for the health care professionals of the VA, DoD, and PHS*, 34(3), 20–23. PMID: [30766261](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30766261/)
- Patientsäkerhetslagen, PSL (SFS 2010:659). *Socialdepartementet*. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)
- Pettersson, A., Kjellin, D. & Wahlandt, A. (2021). *APA-lathunden: Baserad på APA 7*. <http://hdl.handle.net/2077/40505>
- Polit, D.F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Quality and Safety Education for Nurses. (2011). 9 november 2011. <http://www.qsen.org>
- Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. L., & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open* 2014;4:e004268. doi:10.1136
- Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. L., & Engström, M. (2015). An observational study of postoperative handover in anesthetic clinics; the content of verbal information and factors influencing receiver memory. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 30(2), 105–115. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.01.012>



- Randmaa, M., Engström, M., Swenne, C. L., & Mårtensson, G. (2017). The postoperative handover: a focus group interview study with nurse anaesthetists, anaesthesiologists and PACU nurses. *BMJ open*, 7(8), e015038. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015038>
- 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(3), 268–274. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040238>
- Riksförening för anestesi och intensivvård (2019). *Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård*. <https://aniva.se/wp-content/uploads/2019/11/kompetensbeskrivning-anestesi-2019-slutlig.pdf>
- Riksförening för anestesi och intensivvård (2020). *Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård*. <https://aniva.se/wp-content/uploads/2020/09/Kompetensbeskrivning-intensivva%CC%8Ard-2020.pdf>
- Segall, N., Bonifacio, A. S., Schroeder, R. A., Barbeito, A., Rogers, D., Thornlow, D. K., Emery, J., Kellum, S., Wright, M. C., Mark, J. B., & Durham VA Patient Safety Center of Inquiry (2012). Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesthesia and analgesia*, 115(1), 102–115. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e318253af4b>
- 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. <https://doi.org/10.1093/bja/aen168>
- Socialstyrelsen. (2020c). *Agera för säker vård. Nationell Handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020-2024*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564.pdf>
- Socialstyrelsen (31 Mars 2020a). *Kommunikation och informationsöverföring*. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varidskador/riskomraden/kommunikation-och-informationsoverforing/>
- Socialstyrelsen (Maj 2020b). *Checklista för ökad patientsäkerhet under pågående covid-19 pandemin*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/checklista-okad-patientsakerhet-covid19.pdf>
- Socialstyrelsen. (April 2015). *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015*. [Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015 \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/lagesrapport-inom-patientsakerhetsområdet-2015)
- Stenlund, D. (2020). *Bedömning enligt ABCDE - Översikt*. Översikt - Vårdhandboken (vardhandboken.se)
- Stubberud, D., (2009). Kapitel 1: Intensivvårdssjuksköterskans målgrupp och arbetsplats. I T. Gulbrandsen & D. Stubberud (red.). *Intensivvård: avancerad omvårdnad och behandling*. (s. 19-24) Lund: Studentlitteratur.
- Svensk sjuksköterskeförening (11 september 2020a). *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor inom hälsoinformatik*. [kompetensbeskrivning sjuksköterskor inom hälsoinformatik.pdf \(swenurse.se\)](https://www.svenurse.se/kompetensbeskrivning-sjukskoterskor-inom-halsoinformatik.pdf)

- Svensk sjuksköterskeförening (11 september 2020b). *Säker vård - en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner. säker vård 2016.pdf (swenurse.se)*
- Sveriges kommuner och landsting (7 april 2020). *SBAR – Kommuniserad struktur i vården.*  
<https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/sbarstruktureradkommunikation.748.html>
- Talley, D. A., Dunlap, E., Silverman, D., Katzer, S., Huffines, M., Dove, C., Anders, Galvagno, S. M., Samuel A. & Tisherman, S. A. (2019). Improving Postoperative Handoff in a Surgical Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 39 (5): 13–21.  
<https://doi.org/10.4037/ccn2019523>
- Testa, D., & Emery, S. (2014). Understanding the perceptions and experiences of Certified Registered Nurse Anaesthetists regarding handovers: a focus group study. *Nursing open*, 1(1), 32–41. <https://doi.org/10.1002/nop2.9>
- Thim, T., Krarup, N. H., Grove, E. L., Rohde, C. V., & Løfgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International journal of general medicine*, 5, 117–121.  
<https://doi.org/10.2147/IJGM.S28478>
- Valeberg, B. T., (2013) Rapportering och övervakning efter anestesi. I I.L. Hovind (red.) *Anestesiologisk omvårdnad*. (s. 351-357) Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. God forskningssed – Vetenskapsrådet. Hämtad den 10 januari 2021 från <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html>
- Vetenskapsrådet (2002) (Hämtad den 10 januari 2021 från <https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2002-01-08-forskningsetiska-principer-inom-humanistisk-samhallsvetenskaplig-forskning.html>
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Kapitel 28: Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 481–496). Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization. (2011). *Topic 2 Why applying human factors is important for patient safety*  
[http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/PSP\\_mpc\\_topic02.pdf](http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/PSP_mpc_topic02.pdf)
- Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Öhrn, A. (2015). Patientsäkerhet. I A-K. Edberg & F. Friberg, *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (s.180-210). Lund. Studentlitteratur.
- Östlundh, L. (2017). Kapitel 5: Informationssökning. I F. Friberg (red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 59- 82). Lund: Studentlitteratur.

# BILAGA A BREV TILL VERKSAMHETSCHEF



Akademien för hälsa, vård och välfärd  
Mälardalens högskola  
Datum 21/12 2020

## Förfrågan om tillåtelse att genomföra studie

Vi heter Cassandra Ankarsköld-Flück och Madeleine Bellqvist Enström och är studenter i specialistsjuksköterskeutbildningen i anesthesiologisk vård vid Mälardalens högskola, Västerås. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av en magisteruppsats där vi är författare till en studie med syftet att undersöka specialistsjuksköterska inom anesthesi- och intensivvårds erfarenheter av överrapportering.

Vi ber därför om tillåtelse att genomföra studien vid er enhet. Rent konkret skulle det innebära att medarbetare hos er med en anställning som sjuksköterska med specialisering inom anesthesi- eller intensivvård kan besvara den enkät vi bifogat via länk.

### **Inklusionskriterier för att delta i studien:**

- Har en aktuell anställning som legitimerad sjuksköterska med specialisering inom anesthesi eller intensivvård.
- Har arbetat i sin profession i mer än ett år.

### **Exklusionskriterier för studien:**

- Är legitimerad sjuksköterska utan specialisering inom anesthesi eller intensivvård.
- Är specialiserad sjuksköterska inom både anesthesi- och intensivvård.
- Har arbetat mindre än ett år inom sin specialiserade profession.

Vi önskar att enkäten besvaras digitalt relaterat till smittorisk för den pågående Covid-19 pandemin. Enkäten är uppbyggd med öppna och slutna frågor för deltagarna att själva formulera sina svar och tar cirka 30 minuter att besvara. Vi önskar vid möjlighet om en informationsnotis i veckobrev för studien samt om informationsblad för studien får sättas upp på er arbetsplats för ökat intresse och deltagande för studien.

Deltagande i studien är frivilligt och deltagarna kan dra sig ur när som helst utan förklaring och utan negativ påföljd.

### **Hantering av data och sekretess**

All insamlad data kommer att hanteras beaktande forskningsetiska krav, samt aidentifieras med respekt för konfidentialitet enligt Dataskyddsförordningen, General Data Protection Regulation (GDPR). Data behandlas konfidentiellt vilket innebär att alla uppgifter och data kodas och förvaras så att ingen utomstående kan ta del av insamlade uppgifter. I den färdiga uppsatsen kommer inga uppgifter att kunna härledas till deltagare eller verksamheter.

### **Eventuell risk/nytta**

Eventuella nackdelar kan kopplas till att deltagande i studien tar av verksamhetens tid. Fördelar kan vara reflektioner som kan ligga till grund för utveckling av rutiner och tillvägagångssätt vid överrapportering, där eventuella förbättringar kan tas med för utveckling till klinisk verksamhet med en djupare förståelse för angelägna behov och frågor.

### **Nytta i ett vidare perspektiv**

Denna studie förväntas bidra med ett vidgat perspektiv om specialistsjuksköterska inom anesthesi- och intensivvårds erfarenheter av överrapportering mellan och i verksamheter. Där erfarenhet och kunskap kan ses ha möjlighet att komplettera varandra i stort, men också för att expandera respektive vårdgivares syn- och förhållningssätt kring patienten och fortsatt vård för att minska vårdrelaterade patientskador.

### **Information om studiens resultat**

Resultaten kommer att publiceras i form av en självständig studie vid Mälardalens högskola. Ni kommer också, om ni så önskar, att få ta del av det färdiga resultatet.

**Länk till enkät: <https://www.webbenkater.com/s/389331f>**

*Ytterligare information lämnas av*

**Cassandra Ankarsköld-Flück**

ANEIVAstudie@outlook.com

0707599882

**Madeleine Bellqvist Enström**

ANEIVAstudie@outlook.com

0702040268

*Uppgifter till handledare:*

**Linda Sellin**

Linda.sellin@mdh.se

021-10 73 86

**Samtycke till genomförande av studien, "Överrapportering inom vården: Specialistsjuksköterskor inom anestesi- och intensivvårds erfarenheter":**

*Jag har skriftligen informerats om den aktuella studien och hur den ska genomföras. Jag har haft tillfälle att läsa igenom informationen om studien och att ställa frågor skriftligen eller muntligen genom att ta kontakt med författarna Cassandra och Madeleine.*

Jag ger därför min tillåtelse att studien genomförs på min enhet,

---

**Ort och datum**

---

**Underskrift**

---

**Namnförtydligande**

**Samtycke kan scannas in med underskrift och mailas åter till  
ANEIVAstudie@outlook.com**

# BILAGA B BREV TILL AVDELNINGSSCHEF



Akademien för hälsa, vård och välfärd  
Mälardalens högskola  
Datum 23/12 2020

## Förfrågan om tillåtelse att genomföra studie

Vi heter Cassandra Ankarsköld-Flück och Madeleine Bellqvist Enström och är studenter i specialistsjuksköterskeutbildningen i anesthesiologisk vård vid Mälardalens högskola, Västerås. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av en magisteruppsats där vi är författare till en studie med syftet att undersöka specialistsjuksköterska inom anesthesi- och intensivvårds erfarenheter av överrapportering.

Vi ber därför om tillåtelse att genomföra studien vid er enhet då vi fått godkänt från er verksamhetschef. Rent konkret skulle det innebära att medarbetare hos er med en anställning som sjuksköterska med specialisering inom anesthesi- eller intensivvård kan besvara den enkät vi bifogat via länk.

### **Inklusionskriterier för att delta i studien:**

- Har en aktuell anställning som legitimerad sjuksköterska med specialisering inom anesthesi eller intensivvård.
- Har arbetat i sin profession i mer än ett år.

### **Exklusionskriterier för studien:**

- Är legitimerad sjuksköterska utan specialisering inom anesthesi eller intensivvård.
- Är specialiserad sjuksköterska inom både anesthesi- och intensivvård.
- Har arbetat mindre än ett år inom sin specialiserade profession.

Vi önskar att enkäten besvaras digitalt relaterat till smittorisk för den pågående Covid-19 pandemin. Enkäten är uppbyggd med öppna och slutna frågor för deltagarna att själva formulera sina svar och tar cirka 30 minuter att besvara. Vi önskar vid möjlighet om en

informationsnotis i veckobrev för studien samt om informationsblad för studien får sättas upp på er arbetsplats för ökat intresse och deltagande för studien.

Deltagande i studien är frivilligt och deltagarna kan dra sig ur när som helst utan förklaring och utan negativ påföljd.

### **Hantering av data och sekretess**

All insamlad data kommer att hanteras beaktande forskningsetiska krav, samt aidentifieras med respekt för konfidentialitet enligt Dataskyddsförordningen, General Data Protection Regulation (GDPR). Data behandlas konfidentiellt vilket innebär att alla uppgifter och data kodas och förvaras så att ingen utomstående kan ta del av insamlade uppgifter. I den färdiga uppsatsen kommer inga uppgifter att kunna härledas till deltagare eller verksamheter.

### **Eventuell risk/nytta**

Eventuella nackdelar kan kopplas till att deltagande i studien tar av verksamhetens tid. Fördelar kan vara reflektioner som kan ligga till grund för utveckling av rutiner och tillvägagångssätt vid överrapportering, där eventuella förbättringar kan tas med för utveckling till klinisk verksamhet med en djupare förståelse för angelägna behov och frågor.

### **Nytta i ett vidare perspektiv**

Denna studie förväntas bidra med ett vidgat perspektiv om specialistsjuksköterska inom anesthesi- och intensivvårds erfarenheter av överrapportering mellan och i verksamheter. Där erfarenhet och kunskap kan ses ha möjlighet att komplettera varandra i stort, men också för att expandera respektive vårdgivares syn- och förhållningssätt kring patienten och fortsatt vård för att minska vårdrelaterade patientskador.

### **Information om studiens resultat**

Resultaten kommer att publiceras i form av en självständig studie vid Mälardalens högskola. Ni kommer också, om ni så önskar, att få ta del av det färdiga resultatet.

**Länk till enkät: <https://www.webbenkater.com/s/389331f>**

*Ytterligare information lämnas av*

**Cassandra Ankarsköld-Flück**

ANEIVAstudie@outlook.com

0707599882

**Madeleine Bellqvist Enström**

ANEIVAstudie@outlook.com

0702040268

*Uppgifter till handledare:*

**Linda Sellin**

Linda.sellin@mdh.se

021-10 73 86

**Samtycke till genomförande av studien, "Överrapportering mellan enheter:  
Specialistsjuksköterska inom anestesi- och intensivvårds erfarenheter":**

*Jag har skriftligen informerats om den aktuella studien och hur den ska genomföras. Jag har haft tillfälle att läsa igenom informationen om studien och att ställa frågor skriftligen eller muntligen genom att ta kontakt med författarna Cassandra och Madeleine.*

Jag ger därför min tillåtelse att studien genomförs på min enhet,

---

**Ort och datum**

---

**Underskrift**

---

**Namnförtydligande**

**Samtycke kan scannas in med underskrift och mailas åter till  
ANEIVAstudie@outlook.com**



## BILAGA C ENKÄT



### ÖVERRAPPORTERING MELLAN ENHETER

#### Specialistsjuksköterska inom anestesi- och intensivvårds erfarenheter

Välkommen till vår enkät för studien ” Överrapportering mellan enheter:

Specialistsjuksköterska inom anestesi- och intensivvårds erfarenheter av överrapportering”!

Vi heter Cassandra Ankarsköld-Flück och Madeleine Bellqvist Enström och är studenter i specialistsjuksköterskeutbildningen i anesthesiologisk vård vid Mälardalens högskola, Västerås. I utbildningen ingår ett självständigt arbete i form av en magisteruppsats. Syftet med studien är att undersöka specialistsjuksköterska inom anestesi- och intensivvårds erfarenheter av överrapportering.

Vår fråga till dig är om du vill delta i studien där medverkan är frivillig och när som helst kan avbrytas utan orsak och utan negativ påföljd.

Att delta i studien skulle för din del innebära att du besvarar en enkät med dels slutna frågor samt öppna frågor där du får besvara frågorna med dina egna ord. Att besvara enkäten tar cirka 30 minuter. Insamlade data från de besvarade enkäterna kommer bearbetas av författarna genom utskrift och därefter analysering för att kartlägga mönster, skillnader och

likheter. Därefter raderas data digitalt och utskrivna data kommer raderas efter publicering av studien.

### **Nackdelar och fördelar**

Eventuella nackdelar kan kopplas till att deltagande i denna studie tar av din arbetstid. Fördelar kan vara förändringar i rutin kring översäkringsmomentet där eventuella förbättringar kan tas med för utveckling till kliniska verksamhet. Diskussioner om arbetsmetod kan öppna upp för både erfarenheter och arbetsmetoder ur olika perspektiv. Andra fördelar för ditt deltagande är att du får ta del av studiens resultat som kan bidra med ett vidgat perspektiv av specialistsjuksköterska inom anesthesi- och intensivvårds erfarenheter av översäkring mellan och i verksamheter. Erfarenhet och kunskap i reflektion kan ses som underlag för att komplettera varandra i stort, men också för att expandera respektive vårdgivares syn- och förhållningssätt kring patienten och fortsatt vård.

### **Du kan när som helst avbryta din medverkan i studien utan att du behöver ange någon orsak och utan negativ påföljd.**

Data behandlas konfidentiellt vilket innebär att alla uppgifter och data koddas och förvaras så att ingen utomstående kan ta del av insamlade uppgifter. I den färdiga uppsatsen kommer inga uppgifter att kunna härledas till dig, din arbetsplats eller din verksamhet.

### **För att du ska kunna delta i studien är förutsättningarna att du:**

- Har en aktuell anställning som legitimerad sjuksköterska med specialisering inom anesthesi eller intensivvård.
- Har arbetat i din profession i mer än ett år.

### **Du kan ej delta i studien om du:**

- Är legitimerad sjuksköterska utan specialisering inom anesthesi eller intensivvård.
- Är specialiserad sjuksköterska inom både anesthesi- och intensivvård.
- Har arbetat mindre än ett år inom din specialiserade profession.

Genom att besvara den här enkätundersökningen bekräftar du ditt samtycke för deltagande i studien "Översäkring mellan enheter: Specialistsjuksköterska inom anesthesi- och intensivvårds erfarenheter".

Tveka inte att höra av dig om du har frågor eller önskar ytterligare upplysningar som kan lämnas av Cassandra och Madeleine eller vår handledare, Linda Sellin, se nedan.

Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar

Cassandra Ankarsköld-Flück

[ANEIVAstudie@outlook.com](mailto:ANEIVAstudie@outlook.com)

0707599882

Madeleine Bellqvist Enström

[ANEIVAstudie@outlook.com](mailto:ANEIVAstudie@outlook.com)

0702040268

Linda Sellin

[linda.sellin@mdh.se](mailto:linda.sellin@mdh.se)

021107386

1. Vill du delta i denna studie "Överrapportering mellan enheter: Specialistsjuksköterska inom anesthesi- och intensivvårds erfarenheter"? \*

Om jag väljer att svara JA är jag säker på att jag vill delta i denna studie och säkerhetsställt att jag ingår inom de inklusionskriterier som finns. Jag är även medveten om att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan orsak och utan negativ påföljd. Jag har även tagit del av ovan beskriven information.

JA, jag vill delta i studien "Överrapportering mellan enheter: Specialistsjuksköterska inom anesthesi- och intensivvårds erfarenheter", och jag samtycker till att de uppgifter jag lämnat behandlas på det sätt som beskrivits på enkäten.

NEJ, jag vill inte delta i studien "Överrapportering mellan enheter: Specialistsjuksköterska inom anesthesi- och intensivvårds erfarenheter"

2. Vilken är din specialistutbildning som du är anställd inom? \*

Anestesisjuksköterska

Intensivvårdssjuksköterska

3. Hur många år har du arbetat i din nuvarande profession som specialist? \*

4. Vilken åldersgrupp tillhör du?\*

- 20-30 år
- 30-40 år
- 40-50 år
- 50 -60 år
- 60 -65 år
- 65 år eller äldre

5. Vilket kön definierar du dig som? \*

6. Hur skulle du beskriva överrapportering? \*

7. Beskriv gärna hur du anser att överrapportering fungerar inom din verksamhet? \*

8. Vad är viktigt information att förmedla vid en överrapportering? \*

9. Vad är viktig information att få vid en överrapportering? \*

10. Vad upplever du kan bli bättre vid överrapporteringar av en patient och hur kan det uppnås? \*

11. Använder du något kommunikationsverktyg vid överrapportering? I så fall vilket och varför? \*

12. Varför blir det ibland fel vid överrapporteringar och hur skall dessa problem kunna förhindras? \*

13. Är du säker på att du vill skicka in dina svar och delta i denna studie? \*

- ja
- nej

**TACK FÖR DIN MEDVERKAN OCH INSATS FÖR VÅRAN STUDIE!**



Klicka på **KLAR** för att slutföra ditt deltagande.

## BILAGA D ARTIKELMATRIS

<b>Artikelreferens, författare, årtal, titel, tidskrift, nr sidnr, Doi</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>  <b>Ansats, design, urval, datainsamling, analys, etiska överväganden</b>	<b>Resultat</b>
<p>Anwari J. S. (2002). Quality of handover to the postanaesthesia care unit nurse. <i>Anaesthesia</i>, 57(5), 488–493. <a href="https://doi.org/10.1046/j.0003-2409.2001.02406.x">https://doi.org/10.1046/j.0003-2409.2001.02406.x</a></p>	<p>Syftet med studien var att titta på överlämningskvalitén av patient från narkosläkare till postop-sjuksköterska.</p>	<p>Icke-experimentell observationsstudie.</p> <p>287 frågeformulär samlades in varav 11 frågeformulär fick tas bort relaterat till fel ifyllt.</p> <p>Varje svar översattes i poäng som i ledde till 4 undergrupper av poäng. 1. Verbal information (VIS), 2. Patientens status (PCS), 3. Värdering av Narkosläkarens Beteende (ABS), 4. Sjuksköterskans Tillfredsställelse efter överlämning (NSS)</p> <p>Etiska överväganden framkommer</p>	<p>Poängen på de fyra undergrupperna sammanlades, för att få fram poäng på överlämningskvaliteten (QHS), total maximal poäng 20.</p> <p>Överlämningskvaliteten till sjuksköterskan på postoperativ avdelning är beroende av verbal information om patienten, patientens status efter operation till postop, narkosläkarens</p>

		ej.	beteende och attityd vid överlämnandet och postop-sjuksköterskans trygghet vid överlämnandet av patienten.
<p>Catchpole, K. R., de Leval, M. R., McEwan, A., Pigott, N., Elliott, M. J., McQuillan, A., MacDonald, C., &amp; Goldman, A. J. (2007). Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. <i>Paediatric anaesthesia</i>, 17(5), 470–478. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2006.02239.x">https://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2006.02239.x</a></p>	<p>Syftet var att öka kvaliteten och säkerheten vid överlämning av patienter från operation till intensivvårdsavdelning genom användning av Formel 1 depåstopp och expertis från flygindustrin.</p>	<p>En prospektiv observationsstudie som mätte skillnaden av genomförandet av överrapportering före och efter interventionen av en ny överrapporterings protokoll. Protokolltogs fram med hjälp av team från Formel 1 och flygtränings kaptener.</p> <p>Urvalet: av 50 patienter som genomgått operation. 23 innan interventionen och 27 efter interventionen.</p> <p>Tekniska problem och informations utelämnanden mättes genom checklistor. Samarbetet mättes genom poäng på Likert-skalan. Duration av överlämningen mättes.</p>	<p>Resultatet visade att tekniska problem och informativa utelämnanden minskade. Durationen av överlämnande minskade från 10,8 minuter till 9,4 minuter. 39% av patienter innan interventionen hade mer än ett fel i överlämningen. Efter interventionen hade 11,5% mer än ett fel i överlämningen. Resultatet visade även förbättringar i alla aspekter av överlämningen av patienterna.</p>



		<p>Analys: Regressions analys med two-tailed Pearson's product-moment correlation test. .</p> <p>Etiskt godkänd av the Local Research Ethics Committee.</p>	
<p>Cornell, P., Gervis, M.T., Yates, L. &amp; Vardaman, J.M. (2014). Impact of SBAR on a nurse shift reports and staff rounding. <i>MedSurg Nursning</i>, 23 (5) 334- 342 PMID: 26292447</p>	<p>Syftet med studien var att mäta SBAR: s användning under rapporter vid skiftbyte och tvärvetenskapliga omgångar av rapporttider, rapportinnehåll, informationskvalitet, journalhantering, transkriptionstider och patientgranskningstid.</p>	<p>Jämförande studie/komparativ metod.</p> <p>Implementering av SBAR protokoll för att förbättra överrapportering vid skiftbyten. Observationer utfördes både före och efter implementeringen av SBAR protokollet. Därefter infördes ett elektroniskt stöd av SBAR protokoll, följt av en tredje observation</p> <p>Urval: På ett sjukhus på en medicinsk-kirurgisk enhet med 48 platser.</p> <p>Etiska överväganden framgår ej.</p>	<p>SBAR utvecklade en mer fokuserad och konsekvent rapportering vid skiftbyten och främjade dialog mellan sjuksköterskor. För tvärvetenskapliga ronder minskade det väsentligt patientgranskningstiden och gjorde det möjligt för nya sjuksköterskor att överrapportera som erfarna. Dess användning rekommenderas för att förbättra kommunikationen sjuksköterska till sjuksköterska och</p>

			minska tiden som spenderas på aktiviteter och information som inte är viktiga under överrapportering vid skiftbyten och ronder.
<p>Fabila, T. S., Hee, H. I., Sultana, R., Assam, P. N., Kiew, A., &amp; Chan, Y. H.</p> <p>(2016)</p> <p>Improving postoperative handover from anaesthetists to non-anaesthetists in a children's intensive care unit: the receiver's perception.</p> <p><i>Singapore medical journal</i>, 57(5), 242–253.</p> <p><a href="https://doi.org/10.11622/smedj.2016090">https://doi.org/10.11622/smedj.2016090</a></p>	<p>Syfte att utvärdera en ny överlämningsprocess baserad på mottagarens perspektiv med fokus på fullgjord och övergripande kommunikation. Även på användbarheten av situationen, bakgrund, aktuellt och rekommendation (SBAR) utformning.</p>	<p>Interventionell tvärsnittsstudie med enkätfrågor.</p> <p>Totalt 52 vårdpersonal deltog, varav åtta inom pediatrik och 44 sjuksköterskor som arbetade skift.</p> <p>För analys användes R software, 2013. Nivån för statistiskt signifikans begränsades till 5%.</p> <p>Etiskt godkänd av Integrated Regulatory Board.</p>	<p>Resultatet visade att signifikant mer deltagare indikerade att den nya SBAR formen var den viktigaste överlämnings verktyget som även minskade misstag och fel. Resultatet visade även mottagaren perspektiv indikerade förbättring i informationen tillräcklighet och klarhet</p>
<p>Jayaswal, S., Berry, L., Leopold, R., Hart, S. R., Scuderi-Porter, H., Digiovanni, N., &amp; Phillips, A.</p> <p>(2011).</p> <p>Evaluating safety of handoffs between anesthesia care</p>	<p>Syftet var att avgöra om nuvarande struktur vid överrapportering var ineffektivt och om mer standardiserade</p>	<p>Jämförande studie med pilotstudie med hjälp av en undersökning före och efter implementering av elektroniskt överrapporteringsprotokoll.</p>	<p>Resultatet visade att majoriteten av anestesipersonalen tyckte att den befintliga överrapporteringsstrukt</p>

<p>providers.</p> <p><i>The Ochsner journal</i>, 11(2), 99–101.</p> <p>PMID: <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21734846/">21734846</a></p>	<p>metoder tillgängliga för utbyte av patientinformation kunde förbättra effektiviteten vid överrapportering.</p>	<p>Totalt 80 slutförda undersökningar som besvarats av anestesipersonal däribland anestesisyjuksköterskor angående det nuvarande protokollet för överrapportering.</p> <p>I pilotstudien involverades endast personal med erfarenhet av det elektroniska överrapporteringsprotokoll i uppföljarundersökningen.</p>	<p>uren var otillräcklig. Majoriteten menade även att en standardisering av överrapporteringsstrukturen skulle öka patientsäkerheten. Standardiserad överrapportering protokoll borde implementeras i den elektroniska journalen som hjälpmedel vid överrapportering för att minska komplikationer och för att öka patientsäkerheten i den dagliga patientvården.</p>
<p>Johnson, M., Sanchez, P., &amp; Zheng, C. (2016).</p> <p>The impact of an integrated nursing handover system on nurses' satisfaction and work practices.</p> <p><i>Journal of clinical nursing</i>, 25(1-2), 257–268.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13080">https://doi.org/10.1111/jocn.13080</a></p>	<p>Syftet med studien var att undersöka effekterna av implementeringen av ett anpassat överrapporteringssystem för sjuksköterskor och deras tillfredsställelse med överrapporteringar och</p>	<p>Pre- och postinterventionstudie. Mixad metod.</p> <p>Urval: Australiensiskt sjukhus. 40 sjuksköterskor deltog i preinterventionen och 80 sjuksköterskor deltog i postinterventionen i utvärderingen av överrapporteringssystemet.</p> <p>Analys: Utvärdering av</p>	<p>Ett anpassat överrapporteringssystem har implementerats med positiva resultat. Förbättrad sjukskötersketillfredsställelse vid överlämningar, sjuksköterskor som informeras om alla</p>

	förändringar i praktiken.	sjuusköterskornas tillfredsställelse mättes med hjälp av den modifierade Bradley Clinical Handover.  Etiska överväganden framgår ej i studien.	patienter, förbättrade patientöverföringar och förbättrad patientinformation för all hälso- och sjukvårdspersonal, framkom i resultatet.
<p>Jullia, M., Tronet, A., Fraumar, F., Minville, V., Fourcade, O., Alacoque, X., LeManach, Y., &amp; Kurrek, M. M.</p> <p>(2017)</p> <p>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.</p> <p><i>European journal of anaesthesiology</i>, 34(7), 471–476.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000636">https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000636</a></p>	Syfte att undersöka hypotesen om att träning av intraoperativa överrapporteringar och handhavande av checklista skulle förbättra kommunikation mellan anestesi vårdande under överlämning på operationsrummet.	<p>Interventionell kohort studie.</p> <p>Totalt 204 randomiserade överrapporteringar under sex månader mellan vårdpersonal inom anestesi på två olika sjukhus.</p> <p>Analys gjordes med ANOVA, HSD-test för föredetta analys. Median och IQR var kalkylerade för överrapporteringens duration. Skillnader jämfördes med Kruskal-Wallis rank sum test och Dunn's test för föredetta-analys. Tvåsidigt P-värde med statistisk skillnad med <math>P &lt; 0,05</math>. Överrapportering och dokumentation jämfördes med Fisher's test.</p> <p>Etiskt godkänd av Research</p>	<p>Resultatet visade att det inte var någon förbättring hos kontrollgruppen under de tre observations perioderna. I interventionsgruppen sågs en ökning av 43% under tre månaders perioden efter handhavandet av interventionen.</p>

		Ethics Board in Toulouse den 11 Februari 2016)	
<p>Krishnan, S., Kumar, N., Diaz, E., Thornton, I., Ghoddoussi, F., &amp; Ellis, T. A., 2nd (2020).</p> <p>Anesthesiology Handoff Simulation Case: A Handoff From Intensive Care Unit to Operating Room for Anesthesiology Learners.</p> <p><i>Mededportal : the journal of teaching and learning resources</i>, 16, e10887.</p> <p><a href="https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10887">https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10887</a></p>	<p>En simulering utformades i den perioperativa processen med syfte att förbättra kompetensen i överrapportering och introducerade den till studenter som läser till specialistsjuksköterska inom anestesijukvård, läkare som går anesthesiologisk inriktning samt till läkarstudenter.</p>	<p>Kvalitativ anestesifokuserad simulationsstudie för studenter i den peri operativa överlämningen.</p> <p>Urval var totalt 27 studenter. Nio som studerade till specialistsjuksköterska inom anesthesiologi, tolv läkare som går anesthesiologisk inriktning samt till sex läkarstudenter.</p> <p>Analys med Cronbach's alpha och test-retest.</p> <p>Studien är etiskt godkänd av The Saint Joseph Mercy Oakland Institutional Review Board.</p>	<p>Resultatet visade att simulera ett överlämnande av en patient var ett effektivt och pedagogiskt tillvägagångssätt och uppskattades av samtliga framtida professioner. Simuleringen utvecklades för att läkare som läser anesthesiologisk inriktning, anestesijuksköterskor och läkarstudenter ska utveckla och öka erfarenheten i att överrapportera och att lära sig vilken specifik information som är av vikt vid fullständig överlämning.</p>
Krombach, J. W., Edwards, W. A., Marks, J. D., &	Syfte att undersöka	Statistisk kvantitativ webbaserad	Resultatet visade att

<p>Radke, O. C. (2015)</p> <p>Checklists and Other Cognitive Aids For Emergency And Routine Anesthesia Care-A Survey on the Perception of Anesthesia Providers From a Large Academic US Institution.</p> <p><i>Anesthesiology and pain medicine</i>, 5(4), e26300.</p> <p><a href="https://doi.org/10.5812/aamp.26300v2">https://doi.org/10.5812/aamp.26300v2</a></p>	<p>nuvarande åsikter av vårdpersonal inom anestesi för användandet av checklista och annan kognitiv hjälp.</p>	<p>enkätstudie.</p> <p>Totalt 214 besvarade enkäter av 312 utskickade (69%) av vårdpersonal inom anestesi på ett sjukhus i Kalifornien, USA.</p> <p>Analys med IBM SPSS Statistic v22, Pearson Chi-Square test, Kruskal Wallis-test. <math>P &lt; 0,05</math> för signifikant statistisk skillnad.</p> <p>Etiskt godkänd av lokal IRB och för skriftlig informerat samtycke.</p>	<p>checklistor och andra kognitiva hjälpmedel rankades som ett viktigt redskap, vilket gällde i sammanhang där checklistor används vid vid procedurmässiga timeouts, anestesi-kris-situationer och andra rutinförfaranden.</p>
<p>Lambert, L. H., &amp; Adams, J. A. (2018).</p> <p>Improved Anesthesia Handoff After Implementation of the Written Handoff Anesthesia Tool (WHAT).</p> <p><i>AANA journal</i>, 86(5), 361–370.</p> <p><a href="#"><u>Improved Anesthesia Handoff After Implementation of the Written Handoff Anesthesia Tool (WHAT), AANA Journal, October 2018</u></a></p> <p>PMID: 31584405</p>	<p>Syftet med studien var att förbättra kvaliteten på överrapporteringar av patient på operationssalen och postoperativa avdelningen, för att öka patientsäkerheten, genom införandet av ett skriftligt kommunikationsverktyg som används av anestesijuksköterskor</p>	<p>En kvantitativ preintervention - postintervention design.</p> <p>Studien genomfördes på ett 350-bäddssjukhus, USA. Urval: 22 anestesijuksköterskor och 15 postopsjuksköterskor som deltog i preinterventionen av WHAT. Preinterventionen utvärderade anestesi- och postopsjuksköterskor tillfredsställelse med kommunikationsverktyget. Totalt</p>	<p>Genomförandet av det skriftliga anestesisformuläret (WHAT) ledde till evidensbaserade förändringar i praktiken, standardisering och förbättrad anestesi överlämningskommunikation</p>

	<p>vid överrapporteringar.</p>	<p>446 anestesi- och postoperationssjuksköterskor deltog i postinterventionen där ett verktyg användes för att avgöra om anestesiöverlämnanden uppfattades som adekvata och för att identifiera de faktorer som bidrar till otillräckliga överlämningar och utelämnade av patientuppgifter.</p> <p>Analys: Mann - Whitney test på data preintervention. <math>\chi^2</math>, Fisher exakt test, GraphPad Prism för att analysera data postintervention.</p> <p>Etiska överväganden: framgår ej i studien.</p>	
<p>Leonard, M., Graham, S., &amp; Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. <i>Quality &amp; safety in health care</i>, 13 Suppl 1(Suppl 1), i85–i90.</p>	<p>Syftet var att utbilda tolv kliniska team i mänskliga faktorer; lära dem de mänskliga faktorerna inom luftfarten och tillämpning av standardverktyg och standardbeteenden för</p>	<p>Observationsstudie</p> <p>De tolv teamen som ingick i studien representerade team från operationssal, intensivvårdsavdelning, uppvakningsavdelning, förlossningsavdelning och en hjärtvårdsavdelning. Utbildningen</p>	<p>Slutsatsen är att kommunikationsfel står för den överväldigande majoriteten av oförutsedda biverkningar hos patienter och att medicinsk vård är komplex vilket ökas av</p>

<p><a href="https://doi.org/10.1136/qhc.13.suppl_1.i85">https://doi.org/10.1136/qhc.13.suppl_1.i85</a></p>	<p>att förbättra säkerheten och säkerställa effektiv kommunikation, för att sedan tillämpa det kliniskt för att förbättra kvaliteten och säkerheten i patientvården.</p>	<p>skedde inom Kaiser Permanente, ett ideellt amerikanskt hälso- och sjukvårdssystem</p> <p>Analys med hjälp av Safety Attitude Questionnaire (SAQ).</p> <p>Etiska överväganden framgår ej</p>	<p>mänskliga faktorer. Effektivt lagarbete och kommunikation kan bidra till att de oundvikliga misstagen blir följdriktiga och skadar patienter och utövare. Standardiserade kommunikationsverktyg som SBAR kan bidra till att öka patientsäkerheten vilket även kan utjämna skillnaderna i kommunikationsstil mellan sjuksköterskor, läkare och andra vårdgivare som är resultatet av utbildningsprocessen.</p>
<p>Loefgren Vretare, L., &amp; Anderzén-Carlsson, A. (2020)</p> <p>The critical care nurse's perception of handover: A phenomenographic study.</p> <p><i>Intensive &amp; critical care nursing</i>, 58, e102807._</p>	<p>Syfte att beskriva variationer i intensivvårdssjuksköterskors upplevelse av överrapportering.</p>	<p>Kvalitativ tvärsnittsstudie med individuella intervjuer och inriktning fenomen.</p> <p>Nio intensivvårdssjuksköterskor från olika vårdavdelningar på tre sjukhus.</p>	<p>Resultatet blev indelat i fem kategorier. Kommunikation mellan personal, Möjlighet till lärande, Patientcentrerad information som grund</p>



<p><a href="https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102807">https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102807</a></p>		<p>Fenomenologisk analys till fem deskriptiva kategorier.</p> <p>Etiskt formad av Declaration of Helsinki. Karlstad Universitet bestämde att denna studie ej behövde ett formellt etiskt godkännande.</p>	<p>för kontinuerlig vård, Ansvar för transporter och Patientsäkerhet och kvalitet av vård. Överrapportering mellan sjuksköterskor är ett komplext fenomen och är relaterat till patientsäkerheten och vårdens kvalitet.</p>
<p>Manias, E., Geddes, F., Watson, B., Jones, D., &amp; Della, P. (2015). Perspectives of clinical handover processes: a multi-site survey across different health professionals. <i>Journal of clinical nursing</i>, 25(1-2), 80–91. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.12986">https://doi.org/10.1111/jocn.12986</a></p>	<p>Syfte att undersöka vårdpersonal inom olika professioners perspektiv av klinisk överrapportering.</p>	<p>Prospektiv tvärsnittsstudie med enkätfrågor om klinisk överrapportering</p> <p>707 deltagare med läkare, sjuksköterskor, dietister, farmaceuter och barnmorskor.</p> <p>Statistik analys med granskning av medel och medianvärde, frekvens och procent inom kategorier. Chi-square och Cramer's V statistik. (<math>p &gt; 0,05</math>)</p> <p>Etiskt godkänd av universitet, vårdinrättningar och sjukhus.</p>	<p>Resultatet visade att många deltagare var medvetna om omständigheter kring när sämre överrapportering sker. Uppgav skillnader från olika professioner kring hur snabbt och effektivt rapporten gavs. Skillnader av effektivitet vid rapportering bed-side eller inte, om patientens närstående var delaktiga,</p>

			mottagarens konfirmerande av rapporten från personens perspektiv, omgivningens påverkan och hur erfaren personal rapporterar till mindre erfarna kollegor.
<p>Matic, J., Davidson, P. M., &amp; Salamonson, Y. (2011).  Review: bringing patient safety to the forefront through structured computerisation during clinical handover.  <i>Journal of clinical nursing</i>, 20(1-2), 184–189.  <a href="https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/j.1365-2702.2010.03242.x">https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/j.1365-2702.2010.03242.x</a></p>	<p>Syftet var att granska litteraturen om metoder och leveranssätt av överlämnande/överskrifter som används i nuvarande vårdinställningar. Den undersöker också den föränderliga praxisen för klinisk överlämning och de senaste trenderna inom e-hälso- och kommunikationsstrategier som drivs av myndighetsrådgivningsorgan för att förbättra säkerheten för</p>	<p>Integrativ litteraturstudie.  Urval: Totalt 304 källor inklusive den publicerade och grå litteraturen inhämtades. Efter sökning med nyckelord samt med manuell sökning identifierades 126 publicerade artiklar.  Etisk granskning gick ej att utläsa.</p>	<p>Resultatet av litteraturstudien visade att klinisk överlämning är en förankrad omvårdnadsaktivitet och uppfattas allmänt som ett värdefullt kommunikationsverktyg för att tillhandahålla vård och omsorg av hög kvalitet och professionellt stöd. Däremot är processer och resultat av denna verksamhet och förhållandet till kliniska resultat fortfarande dåligt förstådda. Att öka strategier för att</p>

	patienterna.		systematisera information samt använda mekanismer för kvalitetssäkring för att övervaka tillförlitligheten och giltigheten hos klinisk information är de viktigaste rekommendationerna efter denna litteraturstudie.
<p>Onstott, T. A., Wolfe, J. J., Lucas, L., Herr, C., &amp; Calhoun, S. V. (2017). Applying a Time-Out and Standardized Report Form in Anesthesia Handoffs. <i>Federal Practitioner</i>. 34(3), 20-23. PMID: <a href="#">30766261</a></p>	<p>Syftet med studien var att utveckla ett simpelt, tillförlitligt och ett lätt genomförbart överlämningsprotokoll för en ökad patientsäkerhet och kontinuitet i vården.</p>	<p>Baslinjestudie</p> <p>Litteraturoversikt som utfördes av en tvärvetenskaplig patientöverlämningskommitté (SPHOC) för att få underlag för skapandet av ett protokoll för överrapportering.</p> <p>Efter att protokollet skapats av SPHOC implementerades de i verksamheterna, som användes vid överlämning av patient mellan anesthesi- och intensivvårdsavdelning/postoperativ avdelning. Protokollet utvärderades genom att ett</p>	<p>Resultatet visade att efter implementationen ökade användandet att överrapporteringsprotokoll från 33% till 98%. Time-outs ökade från 29% till 99%. Presentation av personal ökade från 83% till 97%. Rapport från anestesipersonal ökade från 79% till 99%. Resultatet visade att 80% av personalen upplevde mer teamkänsla med den nya</p>

		<p>frågeformulär besvarades frivilligt och anonymt av medarbetare som varit involverad i överlämningsprotokollet för att sedan analyseras och användas som baslinje för att utvärdera ytterligare förändringar i processen</p> <p>Urval: Implementeringen skedde på Memphis VA Medical Center på kirurgisk intensivvårdsavdelning och postoperativavdelning.</p> <p>Analys: 5 punkt Likertskala.</p> <p>Framgår ej om studien är etiskt godkänd.</p>	<p>processen.</p>
<p>Rabøl, L. I., Andersen, M. L., Østergaard, D., Bjørn, B., Lilja, B., &amp; Mogensen, T. (2011). Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals.</p>	<p>Syftet med studien var att granska RCA-rapporter, grundorsaksanalys, (RCAR) för beskrivningar och egenskaper hos verbala kommunikationsfel</p>	<p>Grundorsaksanalys (RCAR)</p> <p>Två oberoende granskare analyserade 84 RCAR som genomförts på 6 sjukhus i Danmark.</p> <p>Analys: De 84 RCAR analyserades oberoende, jämförelser utfördes</p>	<p>Mer än hälften av de medföljande RCAR beskrev felaktig verbal kommunikation mellan personalen som grundorsaker eller bidragande faktorer. Förlust av information under överlämnandet</p>

<p><i>BMJ quality &amp; safety</i>, 20(3), 268–274.</p> <p><a href="https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1136/bmjqs.2010.040238">https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1136/bmjqs.2010.040238</a></p>	<p>mellan sjukhuspersonal som en del av en behovsbedömning innan man utvecklar ett teamutbildningsprogram för att stärka patientsäkerheten.</p>	<p>och beräkningar gjordes med hjälp av Cohen's kappa coefficient (k).</p> <p>Studien fick tillåtelse av Enheten för patientsäkerhet, Danmarks huvudstadsregion.</p>	<p>och mellan personalgrupper beskrevs som den vanligaste egenskapen vid incidenterna. Studien har bidragit till att klargöra behovet av intervention. För att stödja teamarbete och kommunikation måste organisationerna tillhandahålla personalutbildning, färdigheter och attityder om säkert informationsutbyte vid överlämningar, mellan personalgrupper och specialiteter. I ett mänskligt perspektiv kommer det ha en större effekt om det stöds av standardiserade tekniker och checklistor.</p>
<p>Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C. &amp; Engström, M.</p>	<p>Syftet var att förstå personalens</p>	<p>Prospektiv interventionsstudie med jämförelsegrupp gällande</p>	<p>Resultatet visade att det var statistisk</p>

<p>(2014).</p> <p>SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study.</p> <p><i>BMJ Open</i> 2014;4:e004268.</p> <p>DOI: <a href="https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004268">10.1136/bmjopen-2013-004268</a></p>	<p>perspektiv av kommunikation inom och mellan olika professioner, attityder gällande säkerhet och psykologiska förbättringar och befogenheter till och efter implementation av SBAR på en anestesiklinik. Syftet var även att studera om det fanns någon förändring i avvikelserapportering orsakat av kommunikationsmissstag.</p>	<p>pre- och postutvärdering.</p> <p>Urvalet var totalt 100 stycken sjuksköterskor och läkare som arbetade på anestesikliniker på två sjukhus i Sverige.</p> <p>Analys av frågeformulär från en implementationsgrupp och en jämförelsegrupp. I analysen har deskriptiv statistik används och med Cronbach alpha, Wilcoxon Mann-whitney U test, Wilcoxon signed Rank Test och Fisher exact test. Signifikant skillnad var bestämd till <math>p &lt; 0,05</math> (two tailed).</p> <p>Etiska övervägande har gjorts med att alla deltagare har fått skriftlig information om syfte och studie och att studien var frivillig.</p>	<p>skillnad i interventionsgruppen för förbättringar i faktorerna "Mellan-grupper kommunikations precision" (<math>n &lt; 0,039</math>) och "Säkerhetsklimat" (<math>n &lt; 0,011</math>). Proportionerna av avvikelser gällande kommunikation minskade i interventionsgruppen från 31% till 11%.</p>
<p>Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. L., &amp; Engström, M.</p> <p>(2015).</p> <p>An observational study of postoperative handover in anesthetic clinics; the content of verbal information and</p>	<p>Syftet var att undersöka överlämningsprocessen på en uppvakningsavdelning, hur mycket mottagaren mindes, och vilka</p>	<p>En observationsstudie med en beskrivande och korrelationsdesign.</p> <p>Totalt 73 överlämnanden undersöktes och data samlades in med hjälp av observationer,</p>	<p>Brist på struktur och lång varaktighet av den verbala överlämningen minskar hur mycket mottagaren kommer att komma ihåg.</p>

<p>factors influencing receiver memory.</p> <p><i>Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses</i>, 30(2), 105–115.</p> <p><a href="https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.jopan.2014.01.012">https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.jopan.2014.01.012</a></p>	<p>faktorer som påverkat minnet.</p>	<p>inspelningar av ljudbandet av överlämningarna och patientens intraoperativa journal.</p> <p>Analys: beskrivande statistik för att beskriva hur postoperativa överlämningar sker. Kvalitativ innehållsanalys användes vid de verbala överlämningarna, vilka transkriberades ordagrant och informationssekvenser identifierades. Bivariata korrelationer (Spearman's rangkorrelationskoefficient, rs) mellan den beroende variabeln "procent (%) minns informationssekvenser" och de hypotetiska oberoende variablerna, användes för att undersöka faktorer som påverkar minnet..</p> <p>Studien godkändes (reg. Nr 2011/061) av Regional Ethical Review Board.</p>	<p>Huvudfynden i studien visade att avbrott inträffade vid 56 (77%) överlämningar och avsändaren uttryckte oklar information vid 51 (70%) överlämningar. Medelvärde av den muntligt givna informationen som mottagarna minns var 47%.</p>
<p>Randmaa, M., Engström, M., Swenne, C. L., &amp; Mårtensson, G. (2017).</p>	<p>Att undersöka olika yrkesgruppers (anestesisjuksköterska, anestesiläkare, och</p>	<p>En fokusgruppsintervjustudie med en beskrivande design med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>De yrkesverksammas uppfattningar om den postoperativa överlämningen skilde</p>

<p>The postoperative handover: a focus group interview study with nurse anaesthetists, anaesthesiologists and PACU nurses.</p> <p><i>BMJ open</i>, 7(8), e015038.</p> <p><a href="https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1136/bmjopen-2016-015038">https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1136/bmjopen-2016-015038</a></p>	<p>sjuusköterskor på uppvakningsavdelning) beskrivningar av och reflektioner över den postoperativa överlämningen</p>	<p>Sex fokusgrupper med 23 sjukvårdspersonal som arbetar med postoperativa överlämningar. Anestesisjuusköterskor(n=8), anestesiläkare (n=7) och Uppvakningssjuusköterska (n=8).</p> <p>Fokusgrupps intervjuerna analyserades induktivt, med hjälp av kvalitativ innehållsanalys</p> <p>Studien är etiskt godkänd av den regionala etikprövningsnämnden i Uppsala.</p>	<p>sig åt när det gällde tidsmässigt fokus och ansvar överlåtelse.</p> <p>Alla yrkesgrupper var osäkra på vilken information som behövs för att säkerställa kvaliteten på vården. De yrkesverksamma eftersträvade att säkerställa kvaliteten på överlämnandet genom att fokusera på händelser i vårdförloppet som avvek från det normala, med minnet till hjälp och genom strukturerad och skriftlig information och samarbete inom och mellan team. De menade att bedside överlämning förbättrar deras kontroll över patienten, men kan hota patientens</p>
--	---	---	--



			integritet och att frekventa avbrott kan vara störande vid sådan överlämning.
<p>Segall, N., Bonifacio, A. S., Schroeder, R. A., Barbeito, A., Rogers, D., Thornlow, D. K., Emery, J., Kellum, S., Wright, M. C., Mark, J. B., &amp; Durham, V. A. (2012).  Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature  <i>Anesthesia and analgesia</i>. 115(1), 102–115.  <a href="https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e318253af4b">https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e318253af4b</a></p>	<p>Syftet med studien var att presentera en genomgång av litteraturen om riskerna med postoperativa patient överlämningar och för att identifiera evidensbaserade metoder för att förbättra dem.</p>	<p>Systematisk litteraturgenomgång.  Litteratursökningar utfördes med PubMed och ProQuest databaser med termerna handover, handoff och patientöverföring och i kombinationer med postoperativ, anestesi, postanestesi, kirurgi, operation rum, ICU, kritisk vård, intensivvård, kirurgisk intensivvård, antagning, kommunikation och team. Alla studier som handlade om patient överföringar från operation till postoperativ avdelning eller intensivvårdsavdelning ingick i litteraturöversikten.  31 artiklar inkluderades i studien.  Etiska överväganden framgår ej i studien.</p>	<p>Ur litteraturgenomgången framgick det att Postoperativa patientöverlämningar är fyllda med tekniska fel och kommunikationsfel och kan påverka patientsäkerheten negativt. 24 av 31 artiklar rekommenderar att strukturera överlämningsprocessen eller informationsöverföringen. Andra rekommendationer var standardiseringsprocesser såsom checklistor och protokoll, slutföra brådskande uppgifter före informationsöverföringen.</p>

			n och endast tillåta patientspecifika diskussioner under patientöverlämningarna , vilket kräver att alla i teamet är närvarande. Det förutsätter att teamet får träna i kommunaiktion och öva på sina färdigheter.
<p>Smith, A. F., Pope, C., Goodwin, D., &amp; Mort, M. (2008).</p> <p>Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in the recovery room.</p> <p><i>British journal of anaesthesia</i>, 101(3). 332–337.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1093/bja/aen168">https://doi.org/10.1093/bja/aen168</a></p>	<p>Syfte att beskriva anestesilogers överrapporterings information och professionella ansvar till sjuksköterskor på uppvakningsavdelning.</p>	<p>Kvalitativ observationsstudie med ingående intervjufrågor.</p> <p>17 anesthesiologer och 15 sjuksköterskor</p> <p>Analys av 45 överrapporterings genom granskning av data för att se samband och mönster.</p> <p>Etiskt godkänd studie.</p>	<p>Resultatet visade tre kategorier. Att det gav möjlighet att förmedla anestesilogers kunskap om patientens perioperativa vård till den mottagande sjuksköterskan på uppvakningsavdelning för vidare vård av patienten. Markering av ansvarstagande vid överlämning från ena vårdgivaren till den andre. Det försedde även en granskningspunkt i vårdandet för att</p>

			förmedla vad som är utfört och plan för vidare planläggning.
<p>Talley, D. A., Dunlap, E., Silverman, D., Katzer, S., Huffines, M., Dove, C., Anders, Galvagno, S. M., Samuel A. &amp; Tisherman, S. A. (2019).  Improving Postoperative Handoff in a Surgical Intensive Care Unit.  <i>Critical Care Nurse</i>, 39 (5): sid.13–21.  <a href="https://doi.org/10.4037/ccn2019523">https://doi.org/10.4037/ccn2019523</a></p>	<p>Syfte att förbättra den postoperativa patientsäkerheten på den kirurgiska intensivvårdsavdelning en på ett akademiskt medicinskt centrum, genom att designa och implementera en muntlig och skriftlig överrapporterings verktyg.</p>	<p>Systematisk tvärvetenskaplig interventionsstudie.</p> <p>Införandet av ett muntligt och skriftligt överrapporteringsverktyg utfördes på en kirurgisk intensivvårdsavdelning med 24 platser på ett Universitetssjukhus i Maryland, Baltimore. Samtidigt utvecklade en tvärvetenskaplig grupp ett formell postoperativ överrapporteringsprocess, en time-out. Interventionen utvärderades med hjälp av en enkätundersökning före och efter införandet av överrapporteringsverktyget, med ett års mellanrum. 69 av 74 sjuksköterskor deltog i undersökningen före interventionen och 68st av 86 sjuksköterskor deltog i undersökningen efter interventionen.</p>	<p>Resultatet visade att efter ett år med interventionen med time-out ökade sjuksköterskornas upplevelse av god patientvård genom förbättrad kommunikation mellan vårdenheterna och en ökad känsla av delaktighet. Även en förbättrad känsla i att personalen ej behövde stanna upp i sina arbetsuppgifter för överrapportering.</p>

		<p>Analys: utfördes med Microsoft Excel för Windows. Data validerades med hjälp av dubbelinmatning. Beskrivande statistik skapades för varje objekt varav och 11 frågor använde olika varianter av Likert-skalar och 2 demografiska frågor med 7 olika tidsalternativ. Alla frågor utvärderades som dichotomösa variabler som jämförde preintervention- och postinterventiondata med hjälp av <math>\chi^2</math>-testet för oparade data. Analysen slutfördes inte på ihopparade data.</p> <p>Etiska överväganden: Studien granskades av University of Maryland, Baltimore, institutionell granskningskommitté. Studien genomfördes som ett kvalitetsförbättringsprojekt</p>	
<p>Testa, D., &amp; Emery, S. (2014). Understanding the perceptions and experiences of Certified Registered Nurse Anaesthetists regarding</p>	<p>Syfte med denna studie var att erhålla vidare inblick i perspektiv och erfarenheter av</p>	<p>Kvalitativ studie med fokusgrupper.  Två fokusgrupper med fem deltagare i varje, totalt 10</p>	<p>Resultatet visade fyra kategorier. Karaktär av omgivning är ett hot mot överrapporteringens</p>

<p>handovers: a focus group study.</p> <p><i>Nursing open</i>, 1(1), 32–41.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1002/nop2.9">https://doi.org/10.1002/nop2.9</a></p>	<p>anestesisjuksköterskor inom intraoperativa överrapporteringar.</p>	<p>deltagare. Insamling mellan mars 2012 till oktober 2013.</p> <p>Systematisk analys med skapande av fyra teman med relationsbaserad syn mellan och med anestesisjuksköterskor</p> <p>Studien var etisk godkänd av Institutional Review Board</p>	<p>kvalitet. Individuella karaktärsdrag har påverkan på överrapporteringens kvaliteten. Timeing av överrapportering representerade typen av kvalite. Individuella karaktärsdrag hos patient har en inverkan på överrapporteringens kvalitet.</p>
<p>Thim, T., Krarup, N. H., Grove, E. L., Rohde, C. V., &amp; Løfgren, B.</p> <p>(2012).</p> <p>Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach.</p> <p><i>International journal of general medicine</i>, 5, 117–121.</p> <p><a href="https://doi.org/10.2147/IJGM.S28478">https://doi.org/10.2147/IJGM.S28478</a></p>	<p>Syftet var att beskriva handhavandet i kliniska nödsituationer med hjälp ABCDE-metoden.</p>	<p>Litteraturöversikt Urval: 19 vetenskapliga artiklar. Analys framgår ej. Etiska överväganden framgår ej i litteraturöversikten.</p>	<p>ABCDE-metoden är ett starkt kliniskt verktyg för inledande bedömning och behandling av patienter i akuta medicinska och kirurgiska nödsituationer, inklusive både prehospital första hjälpen och sjukhusbehandling. Utbredd kunskap och färdigheter i ABCDE-metoden kommer sannolikt att förbättra</p>

			teamets ansträngningar och därmed förbättra patientresultatet.
--	--	--	---



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00  
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00  
**E-post:** [info@mdh.se](mailto:info@mdh.se) **Webb:** [www.mdh.se](http://www.mdh.se)