



**RÖDA KORSET'S HÖGSKOLA**  
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Omvårdnadsvetenskap  
15 hp, avancerad nivå  
Anestesi/Intensivvård  
2012

## **ÖVERRAPPORTERING I PERIOPERATIV MILJÖ – EN INTERVJUSTUDIE**

Handoff in a perioperative setting – an interview study

Författare

Carl Johan Rodmar och Karl Thermaenius

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Bristande kommunikation är en av de vanligaste orsakerna till vårdskador. Bristande kommunikation orsakar lidande för den enskilde patienten och en ökad belastning på vården med exempelvis extra vårdtygn. Kommunikation och informationsöverföring är av Socialstyrelsen identifierat som ett riskområde i vården. Flera studier samt nationella och internationella myndigheter rekommenderar standardiserade verktyg vid överrapportering. Den kirurgiska patienten är särskilt utsatt och råkar oftare ut för vårdskador. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva vad anesthesi-, operations-, och postoperativa sjuksköterskor upplever och fokuserar på vid överrapportering från operationsavdelning till postoperativ avdelning. **Metod:** Fokusgruppsintervjustudie, materialet har analyserats med kvalitativ innehållsanalys. Studien bestod av tre fokusgruppsintervjuer med tre deltagare i varje grupp. **Resultat:** Studiens resultat består av tre teman, *innehåll*, *struktur* och *miljö*. *Innehåll* består av den information som respektive fokusgrupp anser är viktig vid en överrapportering. *Struktur* beskriver på vilket sätt överrapporteringen sker. Överrapporteringen följer en informell struktur ibland med stöd av olika journalhandlingar. *Miljö* beskriver den kontext där överrapporteringen sker. Överrapporteringsmiljön upplevdes i många fall som stökig med flera distraherande moment. **Slutsats:** Samtliga sjuksköterskor upplevde överrapporteringssituationen på liknande sätt. Vad beträffade den innehållsmässiga och strukturella delen av rapporten upplevdes den av samtliga fokusgrupper som adekvat. Den miljömässiga aspekten av överrapporteringen upplevdes av samtliga som ett område med förbättringsmöjligheter.

**Nyckelord:** Perioperativ, Sjuksköterska, Överrapportering

## ABSTRACT

**Background:** Communication failure is one of the most common causes for medical injuries. Every year lack in communication causes suffering for the patient and an increased burden on healthcare, for example through extra care days. Communication and information transfer are identified by the National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen) as a risk area in healthcare. The surgical patient is particularly vulnerable and prone to medical injuries.

**Purpose:** The purpose of this study was to describe what anesthesia-, operating room- and postoperative care unit nurses experience and focus on in a handoff from the surgical unit to the postoperative care unit. **Method:** A focusgroup interview study was conducted; the data was analyzed using qualitative content analysis. The study consisted of three focusgroups, with three participants in each group. **Result:** The results of the study consists of three themes, *content*, *structure* and *environment*. *Content* entails the information that the focusgroups believes is important in an handoff. *Structure* describes how the handoff is done. The handoff follows an informal structure, sometimes with the support of various medical records. *Environment* describes the context in which the handoff is done. The handoff environment was perceived in many cases as messy with multiple distractions. **Conclusion:** All of the nurses described the handoff situation similarly. The content and structural part of the handoff was perceived by all of the focusgroups as adequate. The environmental aspect of the handoff was perceived by all as the area with most improvement possibilities.

**Keywords:** Handoff, Nurse, Perioperative

# INNEHÅLL

INLEDNING .....	1
BAKGRUND.....	2
Kommunikation.....	3
Postoperativ vård.....	4
Överrapportering från operationsavdelning till postoperativ avdelning.....	4
Forskning .....	5
PROBLEMFÖRMULERING .....	6
SYFTE .....	6
Frågeställningar .....	6
METOD .....	7
Design .....	7
Fokusgruppsintervjuer.....	7
Urval .....	7
Datainsamlingsmetod.....	8
Dataanalys .....	9
ETISKA ASPEKTER .....	10
RESULTAT .....	11
Anestesisjuksköterskors uppfattning av innehåll .....	11
Operationssjuksköterskor uppfattning av innehåll .....	13
Postoperativa sjuksköterskors behov av innehåll.....	14
Perioperativa sjuksköterskors upplevelser av struktur .....	15
Perioperativa sjuksköterskors upplevelser av miljö .....	17
METODDISKUSSION.....	19
Tillförlitlighet .....	19
Fokusgruppssammansättning.....	20
Trovärdighet .....	22
RESULTATDISKUSSION .....	22
Optimalt innehåll – för alla .....	22
Struktur - att bringa ordning.....	24
Miljöns brister .....	25
SLUTSATS.....	26
Klinisk betydelse .....	27
Förslag på vidare forskning/utveckling .....	27
REFERENSER .....	28
BILAGOR.....	34

## **INLEDNING**

Valet att göra en studie som belyser det mångfacetterade fenomenet överrapportering från operationsavdelning till postoperativ avdelning grundar sig i författarnas egna upplevelser av detsamma. Författarna bakom denna studie har själva erfarenhet av att arbeta/praktisera vid både operationsavdelning och postoperativ avdelning. I det arbetet har vi upplevt överrapporteringar av vitt skilda slag – en del bra sådana och en del mindre bra som lämnar mycket övrigt att önska. Vidare har vi upplevt att det finns en diskrepans mellan det som anestesijuksköterska och operationssjuksköterska rapporterar och det som den postoperativa personalen faktiskt vill veta för att optimera den postoperativa vården. Mot bakgrund av detta valde vi att genomföra en intervjustudie för att beskriva den perioperativa personalens upplevelser av att motta eller genomföra överrapportering.

## BAKGRUND

För definition av centrala begrepp se Bilaga 1.

I Sverige år 2007 drabbades omkring 105 000 patienter av någon form av vårdrelaterad skada. För den enskilde patienten innebar detta ett ökat lidande och ur en samhällsekonomisk synvinkel cirka 630 000 extra vårddygn. Omkring tio procent av de drabbade patienterna fick bestående men och i cirka tre procent av fallen var vårdskadan en bidragande orsak till patientens död. Varje vårdskada medförde omkring sex extra vårddygn (Socialstyrelsen, u.å.a).

Enligt Socialstyrelsen är vissa vårdprocesser särskilt riskfyllda. Kommunikation och informationsöverföring är en del av vårdprocessen och är av Socialstyrelsen identifierad som ett riskområde inom vården. Bristande kommunikation var enligt *Joint Commission* (USA:s motsvarighet till Socialstyrelsen) mellan åren 1995 – 2006 den enskilt vanligaste orsaken till vårdskador. I en granskning av 30 000 vårdskador i Australien fann man att omkring 11 % var relaterade till brister i kommunikationen. Vidare menar Socialstyrelsen att vissa patientgrupper löper en ökad risk att drabbas av en vårdskada (Socialstyrelsen u.å.b). I en studie av Brennan et al. (1991) gjordes en retrospektiv granskning av förekomsten av vårdskador i cirka 30 000 journaler. Forskarna fann att vårdskador förekom i 3.7 % av sjukhusbesöken. Vidare jämförde forskarna olika specialiteter och förekomsten av vårdskador och fann att förekomsten var vanligare hos kirurgpatienter. Exempelvis var förekomsten av vårdskada 4.5 gånger vanligare hos patienter inom kärlkirurgi jämfört med patienter inom allmänmedicin a.a). Den kirurgiska patienten är extra utsatt och känslig för brister i överlämningen från ett vårdteam till ett annat. Detta dels på grund av det stora antalet överlämningar som sker i den perioperativa fasen, och dels att i de olika faserna, preoperativ, peroperativ och postoperativ, ansvarar olika vårdteam för patienten med för dem specifika ansvarsområden och mål (Amato-Vealey, Barba & Vealey, 2008). Vid all typ av informationsöverföring inom vården finns risk för att information förändras och att information saknas i muntliga rapporter eller i journaler (Wallin & Thor, 2008).

## Kommunikation

Wallin och Thor (2008) skriver i läkartidningen: ”*I vårdlaget eller kedjan av vårdare runt patienten är informationsutbytet smörjoljan som får hälso- och sjukvården att fungera*” (s. 1922).

Kommunikation kan enligt Eide & Eide (2009) definieras som utbyte av meningsfulla tecken mellan två eller flera parter. Begreppet används inom en rad fenomen, från individuella samtal till masskommunikation. De tecken och signaler som utbyts är ofta invecklade och oavsett om de är verbala eller icke verbala måste de tolkas. Ord har ofta flera betydelser; de kan vara allt från vänliga till fientliga beroende på hur de sägs. Beroende på hur signalerna är och hur de tolkas kan de upplevas på olika sätt. Utöver det som sägs kan ickeverbala tecken ge orden en helt annan betydelse. Det är sällan vi vet med säkerhet att det vi uttrycker tolkas som vi avser då olika personer kan reagera mycket olika på samma signaler (a.a).

Den interprofessionella kommunikationen sker genom att två eller flera *interagerar* om *något* i ett specifikt *syfte*. Med *interagera* menas här att ha ett utbyte av information. Med *något* avser man det man vill samtala om och med *syfte* gäller det intentionen med samtalet (Dannermark, 2008). Omvårdnadskommunikation har ett omvårdnadsmässigt syfte och är en form av *professionell kommunikation*. Dess övergripande syfte är, oavsett arbetsområde och patientgrupp, enligt International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor ”att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt lindra lidande”. Den professionella kommunikationen är yrkesmässigt välgrundad och till hjälp för andra, i det här fallet kan andra utgöras av kollegor (Eide & Eide, 2009). Det finns nästan alltid ett glapp mellan vad som är tänkt, spekulerat och sagt jämfört med vad som är nedskrivet i journalen. Den muntliga kommunikationen är oftast informell då den ofta sker i otydliga och instabila situationer. Kommunikationen blir här en process där patientens tillstånd värderas, tolkas och diskuteras olika yrkesutövare emellan, vilket ger flera perspektiv som förstärker förståelsen kring patientens samlade tillstånd (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, 2011).

## **Postoperativ vård**

Historiskt har behovet av en speciell enhet för patienter som nyligen genomgått någon form av anestesi och kirurgi redan beskrivits av Florence Nightingale. Nightingale beskrev hur patienterna skulle placeras i ett litet rum i anslutning till operationsavdelningen. Det skulle vara fräsch sand på golvet och rena sängkläder (Hatfield & Tronson, 2009).

Dagens postoperativa avdelningar är en integrerad del av operationskliniken eller intensivvårdskliniken och är ofta lokaliserad i direkt anslutning till dessa. Ofta kan den postoperativa avdelningen vara en funktionell del av intensivvårdsavdelningen, dock upptar de två åtskilda utrymmen. Ett sådant arrangemang tillåter att både personal och utrustning delas av de båda enheterna. Den postoperativa avdelningen är enligt Hatfield & Tronson (2009) den viktigaste delen av ett sjukhus för det är där patienten löper störst risk att utsättas för oavsiktlig skada. Innan det fanns särskilda postoperativa avdelningar avled hälften av patienterna av behandlingsbara tillstånd som luftvägsobstruktion, aspiration och chock (a.a).

Målet med den postoperativa vården är att kritiskt granska och stabilisera patienter som genomgått någon form av kirurgisk eller icke-kirurgisk procedur där patienten antingen erhållit anestesi, analgesi eller sedering (Odom-Forren, 2010).

## **Överrapportering från operationsavdelning till postoperativ avdelning**

Överrapportering av information från exempelvis en operationsavdelning till en postoperativ avdelning syftar till att säkerställa kontinuiteten och öka patientsäkerheten (Odom-Forren, 2010; Smith & Mirshra, 2010). Överrapporteringen bör innehålla information om: patientens namn, genomgången kirurgi, anestesiemetod, blodförlust, vätskebehandling, vitalparametrar, komplikationer, tidigare sjukdomar och fortsatt vård (Hatfield & Tronson, 2009; Hellmuth & Valeberg, 2005; Odom-Forren, 2010; Rogovin, 2009). Överrapporteringen sker vanligen muntligt och skriftligt (olika journalhandlingar) (Hatfield & Tronson, 2009; Hellmuth & Valeberg, 2005). Den muntliga rapporten bör inte innehålla något som inte återfinns i den skriftliga journalhandlingen (Hatfield & Tronson, 2009). I den skriftliga journalen skall det enligt Socialstyrelsen dokumenteras med hjälp av nationellt fastställda begrepp och termer (Socialstyrelsens författningssamling [SOSFS], 2008:14, kap. 3, 2 §). Journalen skall



bland annat innehålla information om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar, uppgifter om ordinationer samt eventuell överkänslighet (SOSFS 2008:14, kap. 3, 6 §). Vidare är det ledningssystemets ansvar att utforma rutiner för hur exempelvis information om enskilda patienter överförs mellan olika yrkesgrupper eller enheter (SOSFS 2005:12, kap. 4, 4 §).

### **Forskning**

Överrapporteringar är något som sker dagligen i modern sjukvård världen över och är förenat med risker (Braaf, Manias & Riley, 2011; Botti et al., 2009; Greenberg et al., 2007; Kalkman, 2010; Smith & Mirhra, 2010; World Health Organization [WHO], 2007). På senare år bedrivs allt mer forskning inom området kommunikation och överrapportering. Bara för fem år sedan var det ett relativt outforskat område med få artiklar publicerade i ämnet (Kalkman, 2010). Flera studier har identifierat bidragande orsaker till brister i kommunikationen. Några sådana orsaker är: utelämnande av information, att överrapporteringen sker samtidigt som andra aktiviteter med flera vårdgivare involverade, att rapporteringen sker i en stressad miljö och mottagaren av rapporten kan ha hand om flera patienter samtidigt vilket utgör en distraktion (Smith & Mirshra, 2010; Smith, Pope, Goodwin & Mort, 2008).

Flera studier samt nationella och internationella myndigheter och organisationer rekommenderar användning av standardiserade verktyg som stöd vid överrapportering (Botti et al., 2009; Greenberg et al., 2007; Smith & Mirshra, 2010; Socialstyrelsen, u.å.a; WHO, 2007). Socialstyrelsen förespråkar en modell som kan användas vid informationsöverföring. Några av de delar som ingår i denna modell är: ett standardiserat sätt att överrapportera information mellan olika vårdenheter och verksamheter, avsätta tillräckligt med tid för överrapportering vilket ger möjlighet till motläsning och kontrollfrågor, begränsa innehållet i rapporten till det väsentliga och använda en standardiserad metodik för överrapporteringen, exempelvis SBAR (Socialstyrelsen, u.å.b). Överrapportering enligt SBAR struktureras genom *Situation, Bakgrund, Aktuellt status och Rekommendation*. Informationen överförs stegvis och information som inte passar in under något av stegen utelämnas. Informationen renodlas och risken för missförstånd hos mottagaren minimeras (Socialstyrelsen, u.å.c).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Att informationsöverföring i vården genom exempelvis överrapporteringar är förenat med risker står klart genom flera internationella studier. Att brister i kommunikationen ger vårdskador och ett ökat lidande för den enskilde patienten är också sedan tidigare känt. Olika orsaker till bristande kommunikation är också ett område som har studerats. Flera nationella och internationella myndigheter och studier rekommenderar standardiserade verktyg för en säker kommunikation i vården. Patienten som färdas genom det perioperativa landskapet passerar en rad olika vårdgivare med för dem specifika mål och fokusområden. Författarna vill genom denna studie beskriva vad de olika vårdteamen upplever och fokuserar på vid en överrapporteringssituation. Är informationen alltid situationsanpassad och ändamålsenlig?

## **SYFTE**

Syftet med studien var att beskriva vad anesthesi-, operations-, och postoperativa sjuksköterskor upplever och fokuserar på vid överrapportering från operationsavdelning till postoperativ avdelning.

### **Frågeställningar**

Vilken information är viktig för anesthesisjuksköterskan att förmedla till den postoperativa sjuksköterskan och varför?

Vilken information är viktig för operationssjuksköterskan att förmedla till den postoperativa sjuksköterskan och varför?

Vilken information efterfrågar den postoperativa sjuksköterskan och varför?

Hur upplever de perioperativa sjuksköterskorna överrapporteringssituationen?

# METOD

## Design

En strukturerad fokusgruppsintervjustudie genomfördes och intervjumaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

## Fokusgruppsintervjuer

Fokusgrupper är enligt Wibeck (2010) ”...en forskningsteknik där data samlas in genom gruppinteraktion runt ett ämne som bestämts av forskaren.” s. 25. Forskarens, eller moderatorns, aktiva inblandning i intervjun avgör huruvida fokusgruppsintervjun anses vara ostrukturerad eller strukturerad. Den ostrukturerade fokusgruppsintervjun kännetecknas av att deltagarna i stor utsträckning diskuterar med varandra. I den strukturerade fokusgruppsintervjun talar deltagarna i stor utsträckning med moderatorn, interaktionen och argumentationen gruppmedlemmarna emellan studeras inte. Ofta används en intervjuguide med en rad specifika frågor som skall besvaras, moderatorn styr frågorna och till viss del även gruppdynamiken. Utformningen av denna guide skiljer sig något åt beroende på om intervjun är strukturerad eller ostrukturerad. Vid den strukturerade intervjun är frågorna specificerade och fem olika typer av frågor bör förekomma, dessa är: öppningsfrågor, introduktionsfrågor, övergångsfrågor, nyckelfrågor och avslutande frågor. Öppningsfrågorna syftar till att bekanta de intervjuade med varandra, introduktionsfrågorna används för att presentera ämnet, övergångsfrågor används för att bredda deltagarnas perspektiv angående rådande ämne, nyckelfrågorna är de viktigaste och skall vara mellan två och fem stycken, avslutningsvis ställer moderatorn avslutande frågor som möjliggör reflektion kring det som har sagts (Wibeck, 2010).

## Urval

Urvalet gjordes strategiskt för att generera tre fokusgrupper med begränsad mellangrupsvariation och stor inomgrupsvariation (Trost, 2010). Fokusgrupperna bestod av tre sjuksköterskor från respektive arbetsområde i samma fokusgrupp. Det vill säga, en fokusgrupp med endast anestesijuksköterskor, en fokusgrupp med endast operationssjuksköterskor och en fokusgrupp med endast postoperativa sjuksköterskor.

Den postoperativa fokusgruppen bestod av en grundutbildad sjuksköterska, en anestesi- och en intensivvårdssjuksköterska. För att få begränsad mellangrupsvariation valdes sjuksköterskor till de olika fokusgrupperna med ungefär samma antal yrkesverksamma år. Inom respektive fokusgrupp valdes sjuksköterskor med varierande yrkeserfarenhet för att efterlikna den faktiska kompositionen som råder vid de olika enheterna och för att skapa stor inomgruppsvariation. Varje fokusgrupp bestod av en sjuksköterska med mindre än ett års yrkesverksam tid, en sjuksköterska med ett till tre års yrkesverksam tid och en sjuksköterska med mer än sju års yrkesverksam tid, vid respektive arbetsplats. Vidare fick författarna hjälp av sjuksköterskor i ledningsposition, vid de olika enheterna, för att identifiera lämpliga deltagare. Därutöver fick vi hjälp med att skapa utrymme i arbetsplaneringen som möjliggjorde att deltagarna kunde delta.

### **Datainsamlingsmetod**

Datainsamlingen i denna studie gjordes genom strukturerade fokusgruppsintervjuer med öppna frågor. Trost (2010) menar att denna typ av datainsamling låter de intervjuade föra ett samtal kring de öppna frågorna. Intervjuaren observerar och styr samtalet så att inte deltagarna tappar fokus från ämnet (a.a).

Intervjuerna utfördes på ett sjukhus i ett rum på deltagarnas arbetsplats, valet att förlägga intervjuerna på deltagarnas arbetsplats var för att underlätta deltagarnas medverkan i studien. Intervjuerna tog cirka 30 minuter och genomfördes på deltagarnas arbetstid, under denna tid skötte de intervjuades kollegor det ordinarie arbetet som fortlöpte på avdelningen. Intervjuerna genomfördes i ett litet rum som vanligtvis används till överrapportering. Rummet var neutralt inrett med en soffa, två fåtöljer och ett skrivbord. Enligt Wibeck (2010) medför ett neutralt litet rum flera fördelar, diskussionerna blir intensivare med tydligare åsikter och risken att deltagarna distraheras är mindre. Samma författare agerade moderator och den andra förde stödanteckningar, vid samtliga intervjuer. Intervjun spelades in med hjälp av diktafon för att senare kunna transkriberas. Innan intervjun startades klargjordes det för deltagarna att de när som helst kunde välja att avbryta sin medverkan i studien, samt att deltagande var på fullständig frivillig basis. Intervjun inleddes med en kort ämnesorientering och därefter startade intervjun. Intervjun genomfördes med stöd av en intervjuguide, Bilaga 2. Författarna till denna studie valde att endast använda sig av

övergångsfrågor, nyckelfrågor och avslutande frågor. Detta för att deltagarna kände varandra väl sedan tidigare och att författarna använde sig av en kort ämnesorientering innan intervjun startade.

### **Dataanalys**

Den inspelade ljudupptagningen från intervjuerna genomlyssnades och transkriberades ordagrant och gemensamt av båda författarna. Enligt Dahlberg (1997) blir texten lättare att hantera och jämförelser kan göras mellan de olika ljudupptagningarna. Den transkriberade textmassan analyserades med inspiration av vad Lundman & Hällgren-Graneheim (2008) benämner som kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Materialet genomlästes noggrant och enskilt, författarna gick därefter igenom materialet gemensamt och identifierade två *domäner* – *information* och *översäkringssituation*. Fortsättningsvis gjordes en grov uppdelning av den transkriberade textmassan under respektive *domän*. Därefter identifierades *meningsbärande enheter*, dessa sorterades efter snarlikt innehåll. De *meningsbärande enheterna kondenserades* och fördes in i en tabell (Tabell 1) för att skapa överblick av det insamlade materialet. De *kondenserade meningsbärande enheterna* förseddes med *koder*. I samband med skapandet av denna tabell utkristalliserades tre tydliga *teman* – *innehåll*, *struktur* och *miljö*. Koder vars innehåll var snarlika bildade respektive *tema*. Ovan nämnda analysmetod applicerades på samtliga tre intervjuer. Slutligen gjordes jämförelser mellan de tre olika intervjuerna, likheter och olikheter identifierades. Under hela analysprocessen kontrollerade författarna de högre abstraktionsnivåerna mot de lägre, dvs. jämförelse gjordes från *tema*, *kod*, *kondenserade meningsbärande enhet*, *meningsbärande enhet* och slutligen jämfördes den transkriberade icke bearbetade textmassan. Detta för att säkerställa att ingen central information hade försvunnit.

Tabell 1. Exempel på kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, inspirerad av Lundman & Hällgren-Graneheim (2008).

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Tema
”Jag går nog inte igenom tidigare läkemedel, om det inte är något speciellt läkemedel. Betablockerare eller något sådant.”	Läkemedel med särskild betydelse rapporteras	Särskilda läkemedel	Innehåll
”Då blir det ju en trygghet för oss, att det går efter ett visst mönster liksom, så man vet vad som kommer”	Struktur skapar trygghet vid överrapportering	Informell struktur	Struktur
”Det är skönare att sitta ner vid datorn också, ha tillgång till den, tycker jag. Och för jag vet inte om det blir mer ljuddämpat också, så man inte pratar inför alla andra patienter som ligger mer eller mindre vakna. Sekretessen skulle nog vara bättre”	Att sitta ner mer avskilt vid överrapportering medför ljuddämpning och minskar risken att obehöriga lyssnar, samt ger tillgång till datajournal.	Avskild överrapportering	Miljö

## ETISKA ASPEKTER

Innan intervjuerna startades införskaffades informerat samtycke av samtliga intervjupersoner. I detta framgick det även att intervjupersonerna kunde lämna studien när helst de själva ville, samt att det som framkommer under intervjuens gång kommer

att behandlas konfidentiellt. Vidare kodades intervjupersonerna och kodlistan handhades på ett sådant sätt att utomstående inte fick tillgång till den.

Trost (2010) menar att fokusgruppsintervjuer medför några speciella etiska övervägande som är viktiga att ta i beaktande. En fullständig tystnadsplikt kan aldrig helt garanteras, detta på grund av att det finns en möjlighet att de övriga deltagarna sprider information vidare. Dock skall man som intervjuare alltid poängtera tystnadsplikten som intervjuaren är ålagd med. Vidare är det viktigt att vara medveten om att intervjupersoner kan under en gruppintervju säga mindre eller mer än vad de egentligen vill (a,a). Författarna till denna studie valde att följa ovan beskrivna riktlinjer.

## **RESULTAT**

Resultatet som presenteras nedan bygger på tre fokusgruppsintervjuer med tre sjuksköterskor från anestesin, operation och från postoperativ avdelning i respektive grupp. Under analysarbetet identifierades tre återkommande teman, av betydelse för studiens syfte, i varje fokusgrupp – *inhåll*, *struktur* och *miljö*.

Anestesi- och operationssjuksköterskan har olika ansvarsområden när det gäller den innehållsmässiga delen av överrapporteringen. Den postoperativa sjuksköterskan är mottagaren av överrapporteringen och efterfrågar ett visst innehåll. Mot bakgrund av detta redovisas resultatet från temat *inhåll* separat för respektive fokusgruppsintervju. Författarna vill vidare genom denna disposition belysa de olika sjuksköterskornas roller och ansvarsområden avseende innehållet i överrapporteringen. Det redovisade resultatet för resterande två teman, *struktur* och *miljö*, utgörs av samtliga fokusgruppsintervjuer. Detta på grund av att överrapporteringen sker i samma kontext för samtliga deltagare med, om än informell, gemensam struktur.

### **Innehåll**

#### **Anestesisjuksköterskors uppfattning av innehåll**

Samtliga anestesisjuksköterskor lade stor vikt vid att rapportera patientens bakgrund till personalen vid den postoperativa avdelningen. Bakgrunden menar

anestesisjuksköterskorna alltid är viktig då den ger en bild av patientens hälsotillstånd före operationen, samt kan ge information om faktorer som kan påverka den postoperativa vården. Bakgrunden kunde här handla om patientens tidigare sjukdomar, läkemedel och nuvarande sjukdomar. Oftast rapporteras inte samtliga läkemedel som patienten står på sedan tidigare, utan specifika läkemedel som anestesisjuksköterskorna anser har betydelse för anestesi eller den postoperativa vården.

*”Jag går nog inte igenom tidigare läkemedel, om det inte är något speciellt läkemedel.  
Betablockerare eller något sådant.”*

*”Bakgrunden tycker jag alltid är viktig, sjukdomar som kan påverka tiden på postop”*

Vid okomplicerade och mindre ingrepp rapporterar anestesisjuksköterskorna för det mesta endast de delar som avviker från normalförloppet. Anestesisjuksköterskan väljer här innehållet i rapporten efter det som man själv skulle vilja få rapporterat till sig. Istället för att inkludera delar i rapporten som är allmängiltiga väljer sjuksköterskan att lägga fokus på och lyfta de delar som är patient- eller ingreppspecifika samt avvikelser från det normala.

*” /.../ men det här med respirationen så länge det har varit normalt så säger jag inte så mycket om respirationen, inte cirkulationen heller så mycket. De flesta ingrepp är ju relativt enkla för oss.”*

*”Man kan ju ändå poängtera om det har vart några konstigheter.”*

Anestesisjuksköterskorna enades kring ett antal punkter som de tycker är viktiga att ha med, eller åtminstone beröra, vid överrapportering till den postoperativa vårdavdelningen. Dessa punkter är: tidigare sjukdomar, nuvarande sjukdomar, läkemedel, genomförd operation, anestesi, respiration, cirkulation, vätskebalans, elimination och som avslutande punkt tycker anestesisjuksköterskorna att rapporten skall avslutas med en möjlighet för den postoperativa sjuksköterskan att ställa frågor.

*”Jag brukar alltid avsluta med att fråga: är det något som du undrar över? Då har dom ju chansen att fråga också.”*



## Operationssjuksköterskor uppfattning av innehåll

Operationssjuksköterskorna väljer vid överrapportering till den postoperativa vårdavdelningen att fokusera på utförd ingrepp/operation, vad som föranlett ingreppet, bakomliggande sjukdom, och hur operationen har gått tillväga.

Operationssjuksköterskorna menar att anestesisjuksköterskan överrapporterar helheten, exempelvis bakgrund, sjukdomshistoria och läkemedel, och operationssjuksköterskan överrapporterar det operationsspecifika och omvårdnadsmissiga.

*”/.../ ofta tycker jag att när man rapporterar att narkosen drar bakgrund och sjukdomshistoria  
/.../ Vi tar ju mer det omvårdnadsmissiga, vad som gjorts om det varit nåt speciellt.”*

Det operationsspecifika och omvårdnadsmissiga menar operationssjuksköterskan är exempelvis observationer kring operationssår, postoperativa ordinationer och observandum, hudstatus, lokalbedövning och positionering. De väljer att rapportera förband och dess beskaffenhet, om dränen är aktiva eller passiva – om de skall vara öppna eller stängda, har patienten KAD eller är nyligen bladderscannad. Hudstatus och positionering blir extra viktigt vid långa ingrepp med riskfylld positionering, menar operationssjuksköterskorna.

*”/ .../ särskilda ordinationer, om det ska spolras nån kateter eller ska hängas nått spoldropp /  
.../ om jag tycker ett förband sitter lite löst eller blöder igenom”*

*”Jag rapporterar också hudstatus om det är något speciellt, om dom har legat i axelstöd, om det har varit nått tryck, om man kan se nått speciellt som man tillfogat liksom under operationen.”*

Operationssjuksköterskorna enades kring ett antal punkter som de tycker är viktiga att ha med, eller åtminstone beröra, vid överrapportering till den postoperativa vårdavdelningen. Dessa punkter är: patientens id, genomfört ingrepp/operation samt orsaken, postoperativa ordinationer och observandum - kortsiktiga och långsiktiga.

*”Det finns ju både långtids- och korttidsperspektiv, vad är intressant att dom här inne på post vet. Kanske om jag har lagt om med det och det, kanske kommer blöda igenom så ni vet om det*

*/ .../ långtidsperspektivet vad som är tänkt sen, jo hon måste ha en gördel sen får inte komma upp utan den, och det ska ju vidare till avdelningen”*

### **Postoperativa sjuksköterskors behov av innehåll**

Postoperativa sjuksköterskor vill vid överrapportering från anesthesi/operationssjuksköterskor fram för allt få information som handlar om preoperativt status samt information som ger en föräning om hur det postoperativa förloppet kommer att se ut. Preoperativt status kan bland annat handla om vad patienten hade för blodtryck före operationen eller om patienten hade någon rörelseinskränkning. Information som ger en föräning om det postoperativa förloppet kan vara vilken typ av anesthesi, analgesi och genomfört ingrepp.

*”Det är viktig att ha nån status hur det var innan operationen tycker jag, så man vet vad man har att sträva efter / .../ en patient som har lågt blodtryck från början liksom, man vet att det ligger ganska lågt nu, så hittar man en förklaring i patientens sjukdomshistoria.”*

Den postoperativa sjuksköterskan upplever stor nytta av att få information om postoperativa ordinationer. Redan vid överrapporteringen börjar sjuksköterskan göra upp en plan för den fortsatta vården. Postoperativa ordinationer kan bestå av information som handlar om fasta, riktvärden för vitalparametrar, riktlinjer för fortsatt läkemedelsbehandling, särskilda observationer och omvårdnadsåtgärder. Utförliga postoperativa ordinationer underlättar den postoperativa sjuksköterskans arbete, mindre tid går åt till att exempelvis ringa efter telefonordinationer och planeringen underlättas. De postoperativa ordinationerna möjliggör ett mer självständigt arbete.

*”Sen en fråga som alltid kommer upp det är ju om patienten får äta eller dricka, asså om kirurgen säger det är det kanon om det står någon stans”*

*”/ .../ och skriver lite som att: vi vill ha ett MAP över 60, urinproduktion över 50ml/h, så slipper man ringa om dom här grejerna.”*

De postoperativa sjuksköterskorna enades kring ett antal punkter som de tycker är viktiga att anesthesi/operationssjuksköterskorna har med, eller åtminstone berör, vid överrapportering till den postoperativa vårdavdelningen. Dessa punkter är: tidigare

sjukdomar, nuvarande sjukdomar, genomfört ingrepp/operation, anestesi (läkemedel, intubation, epidural/spinal), vätskebalans, elimination, postoperativa ordinationer och observandum samt infarter.

*”Det är ganska bra att få en bra beskrivning från operationssjuksköterskan vad som är gjort, speciellt om det är något speciellt eller någon komplikation eller så”*

*”Ja men i praktiken att man går igenom allt lite snabbt så, hur det var innan operationen, vad är det för läkemedel, hur patienten mått.”*

## **Struktur**

### **Perioperativa sjuksköterskors upplevelser av struktur**

Samtliga sjuksköterskor i alla fokusgrupper menar att rapporteringen idag sker enligt någon form av informell struktur. Denna struktur kan antingen utgöras av en form av ”uppifrån och ner”-ordning, eller med en eller flera journalhandlingar (preanestesibedöming, anestesijournal, operationsjournal) som då utgör både innehållet och strukturen för överrapporteringen. Denna informella struktur menar sjuksköterskorna ibland kan förvärras genom att man härmar andra kollegor. Den postoperativa sjuksköterskan upplever den informella strukturen i överrapporteringen som ett stöd, den skapar ordning och föräning om vad som kan förvärras av överrapporteringen.

*”/ .../ fast jag kör väldigt mycket samma, jag går lite granna uppifrån”*

*”Då blir det ju en trygghet för oss, att det går efter ett visst mönster liksom, så man vet vad som kommer”*

Vid samtliga intervjuer framkom det att alla var positiva till införandet av ett klinikgemensamt överrapporteringsverktyg, SBAR. Där den informella strukturen ibland varierar på individnivå, kommer den standardiserade strukturen som alla följer leda till att rapporterna blir tydligare.

*”Det blir jättebra, då får man en struktur – alla gör lika”*

*”Gjorde vi på samma sätt och man hade det att gå efter skulle det säkert vara jättebra”*

I sin nuvarande form inleder operationssjuksköterskan överrapporteringen, därefter tar anestesijuksköterskan vid. Överrapporteringen sker ibland enskilt av respektive yrkeskategori. Denna ordning anser både operations- och anestesijuksköterskorna är bakvänd. Den postoperativa sjuksköterskan får först information om ingreppet och andra operationstekniska detaljer, därefter följer en mer övergripande rapport om patienten. En gemensam överrapportering, där anestesijuksköterskan inleder, tror sjuksköterskorna skulle kunna göra överrapporteringen tydligare och minska risken för att viktig information faller bort.

*”/ .../ på rapporteringen så är man före narkossystem, vilket innebär för den som lyssnar så blir det inga diagnoser, det blir ju bara vad vi har gjort. Det blir egentligen fel ordning för den som lyssnar, man börjar inte från början”*

Att gemensamt, i samband med överrapporteringen, gå fram och titta på patienten är något som samtliga sjuksköterskor upplever som positivt och bör göras oftare. En gemensam påtitt av patienten blir ett komplement till den muntliga överrapporteringen, där det ges möjlighet till att handgripligen visa exempelvis infarter, drän, katetrar, pumpar och omläggningar. Detta förfarande medför även att patienten får ett ansikte på den som skall ta vid i vårdkedjan. När denna påtitt skall ske råder det delade meningar om. Anestesi- och operationssjuksköterskorna ser gärna att någon är med redan från början vid ankomsten till postop. De postoperativa sjuksköterskorna föredrar att detta genomförs först efter att överrapporteringen är klar. Detta för att de vill ha patientens bakgrundsinformation innan. Samtliga sjuksköterskor menar att den gemensamma påtitten inte är nödvändig vid de enklare och mindre ingreppen, utan snarare har sin plats vid stora och komplicerade ingrepp.

*”/ .../ att gå till patienten för att titta på omläggningar och sånt tillsammans, det tycker jag det är brist på”*

*”Jag brukar på de stora, öppna gå fram till patienten, antingen före eller efter rapporten, jag tror att dom tycker att det är väldigt bra att man går dit / .../ Jag gör nog det om jag har haft en större operation, så där som har tagit hela dagen, man har flertalet nålar, man har EDA”*

En utförlig och väl strukturerad rapport underlättar arbetet för den postoperativa sjuksköterskan, detta framför allt i de fall sjuksköterskan inte själv hinner läsa i datorjournalen. Denna rapport borgar även för en bättre vidarerapportering till vårdavdelningen.

*”Men självklart underlättar det jättemycket om man får en lite mer utförlig rapport, framför allt när man har jättemånga här. Man hinner liksom inte gå och läsa.”*

*”Det blir ju lite så att den rapporten man får, den ger man vidare liksom.”*

## **Miljö**

### **Perioperativa sjuksköterskors upplevelser av miljö**

Överrapporteringsmiljön på den postoperativa vårdavdelningen upplevs av flera av sjuksköterskorna som stressig. Detta på grund av att den postoperativa sjuksköterskan ofta har flera arbetsuppgifter parallellt, samt att anesthesi- och operationssjuksköterskorna har bråttom tillbaka till operationssalen för att förbereda för nästa patient. Stressen och tidsbristen leder inte sällan till att den postoperativa sjuksköterskan inte själv hinner läsa utförligt i datorjournalen, därför underlättas arbetet mycket av en utförlig rapport.

*”Så det är också stressat över det där. Det är inte optimalt, inte från vår sida och inte liksom från anesthesi och opsyrror också.”*

Överrapporteringen sker idag kring en u-formad disk belägen centralt, med patienter på var sida, på den postoperativa avdelningen. Samtliga sjuksköterskor i de tre fokusgrupperna ser både för- och nackdelar med ett sådant förfarande. Några fördelar som nämns är bland annat att överblicken och närheten till patienterna bibehålls. Samtliga tycker dock att denna placering är bättre jämfört med tidigare då överrapporteringen skedde vid patientens fotända. Den största nackdelen med nuvarande överrapporteringsplats är att patienter som ligger i nära anslutning till disken lätt kan överhöra delar av innehållet i rapporten. Sekretessen kan således inte helt garanteras. Vidare förklarar några av sjuksköterskorna att bristen på avskildhet i

samband med överrapporteringen inte sällan leder till att perceptionen riktas mot annat än själva överrapporteringen.

*”Fast ibland när man står vid disken så hör dom / .../Jaja, dom hör. Speciellt första platsen /  
.../Man märker att patienten som ligger bakom lyssnar.”*

*”Det är ju ibland väldigt svårt att hålla fokus på det man gör för att det är ju liksom ingen ro,  
och ibland faller det bort det dom säger, och det ringer det är väldigt störigt.”*

Att ha ett speciellt rum som endast är avsett för överrapportering tror samtliga sjuksköterskor skulle ha en positiv inverkan på rapporteringen. Samtidigt anser samtliga att den typen av förfarande i dagsläget är ogörligt med tanke på postops nuvarande beskaffenhet. Bemanning, lokalutformning och arbetssituation är några av de hinder som omnämns av sjuksköterskorna. Att i nuläget ta sig tiden och sätta sig ner bakom den u-formade disken menar samtliga sjuksköterskor förbättrar överrapporteringssituationen avsevärt. Att sitta ner bakom disken möjliggör tillgång till datorn, förbättrar avskildheten och minskar risken för att obehöriga tar del av innehållet i rapporten.

*”Det skulle vara jättebra med ett rum / .../ Jag vet inte om det skulle funka, ibland kommer det så många patienter samtidigt, det kanske skulle bli kö dit rent av / .../ Asså patientsäkert skulle det vara perfekt, men det skulle aldrig fungera i praktiken, inte med den bemanningen som finns”*

*”Det är skönare att sitta ner vid datorn också, ha tillgång till den, tycker jag. Och för jag vet inte om det blir mer ljuddämpat också, så man inte pratar inför alla andra patienter som ligger mer eller mindre vakna. Sekretessen skulle nog vara bättre”*

# METODDISKUSSION

## Tillförlitlighet

Valet att använda strukturerade fokusgruppsintervjuer som undersökningsmetod för denna studie grundar sig i att författarna ville belysa upplevelser av överrapportering på ett mer brett och mångfacetterat sätt. Flera individers uppfattningar och åsikter ville belysas, studien sökte bredd – inte djup. Wibeck (2010) menar att just fokusgruppsintervjuer är lämpade när forskaren önskar en bredare skala av idéer. Vidare menar Wibeck att fokusgruppsintervjun tillåter deltagarna att gemensamt genom diskussion resonera sig fram till åsikter, dessa åsikter prövas och omformuleras under intervjuens gång. Fokusgruppsintervjun möjliggör för deltagarna att dela med sig av sina erfarenheter och upplevelser kring en viss situation med varandra, forskaren följer diskussionen och observerar (a.a).

Den strukturerade fokusgruppsintervjun medför större och aktiv inblandning av moderatorn jämfört med den ostrukturerade varianten (Wibeck, 2010). Den strukturerade modellen möjliggjorde för moderatorn att aktivt gå in och styra diskussionen så att den bibehölls ämnesnära. Moderatoren påverkade även gruppdynamiken, i de fall det var nödvändigt, genom att fördela ordet till de olika deltagarna – på så vis lyftes samtliga deltagares åsikter fram. Risken med den strukturerade modellen, enligt Wibeck (2010), är att moderatorns/forskargruppens förförståelse färgar deltagarnas diskussion och kan således påverka resultatet. Denna aspekt av den strukturerade modellen diskuterades igenom innan genomförandet av intervjuerna och några åtgärder vidtogs för att minimera risken för att färga deltagarnas diskussion. En intervjuguide skapades som användes under samtliga fokusgruppsintervjuer och i de fall ytterligare frågor behövde ställas var dessa ej ledande i sin karaktär.

Författarna till denna studie anser att valet att använda sig av strukturerade fokusgruppsintervjuer som undersökningsmetod var adekvat. Under studiens gång har dock några nackdelar med denna typ av metod identifierats. Att på en arbetsplats med hög belastning samtidigt få tillgång till tre sjuksköterskor inom samma yrkesområde, på arbetstid, kan te sig nära nog omöjligt. Författarna fick under rekryteringsperioden och

genomförandet av intervjuerna mycket hjälp av annan personal i verksamheten, detta anser författarna möjliggjorde studiens genomförande. Ett annat problem uppstod i samband med att intervjuerna skulle transkriberas. Stundtals upplevdes svårigheter att höra vad var och en av deltagarna sade under intervjun. Framför allt de delar av intervjun då flera deltagare pratade samtidigt. Detta problem löstes genom upprepad och gemensam genomlyssning samt justering av hastigheten av ljuduppspelningen. Dessa två ovan beskrivna problem är vanligt förekommande i samband med fokusgruppsintervjuer enligt Wibeck (2010).

Enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008), Trost (2010) och Wibeck (2010) är vägen till ett tillförlitligt resultat en noggrann beskriven analysdel. Författarna till denna studie anser sig ha beskrivit analysdelen på ett noggrant och sanningsenligt sätt. Dessutom exemplifieras en del av analysarbetet med en tabell (Tabell 1) i metodbeskrivningen. Författarna har från datainsamling till analys och slutligen färdigt resultat arbetat tillsammans. Ett sådant förfarande, menar Lundman och Hällgren-Graneheim (2008), leder till en reflektion kring alternativa tolkningsmöjligheter av materialet och ökar således tillförlitligheten. Kontinuerligt under analysarbetes gång har högre abstraktionsnivåer jämförts med lägre. Lundman och Hällgren-Graneheim (2008), Polit och Beck (2012) och Wibeck (2010) menar att ett sådant tillvägagångssätt minskar risken för informationsförlust och feltolkningar. Teman, koder och meningsbärande enheter kan granskas av externa bedömare och jämföras mot den transkriberade textmassan, på så vis verifieras resultatet (a.a). Externa bedömare har inte genomfört ovan beskrivna granskning av denna studie, något som kan ses som en svaghet och minska studiens tillförlitlighet.

### **Fokusgruppssammansättning**

Deltagarna valdes till de olika fokusgrupperna genom strategiskt urval, då en specifik situation ämnades studeras. Wibeck (2010) anser att strategiskt urval lämpar sig utomordentligt väl när målet med studien är tydligt. Deltagare väljs således på grund av sin anledning till att förhålla sig till situationen (a. a). Fokusgruppssammansättningen var homogen beträffande yrkeskategori i respektive fokusgrupp. Att, enligt Polit och Beck (2012), använda sig av homogena grupper är bra när forskaren vill förstå en viss kategori av människor särskilt väl. Forskarna i denna studie valde en representativ



yrkeserfarenhetsspridning inom respektive fokusgrupp. Sjuksköterskor med varierande yrkeserfarenhet inkluderades i de olika fokusgrupperna för att efterlikna utseendet vid de olika enheterna. Polit och Beck (2012) menar att en sådan gruppammansättning bidrar till att belysa hur den valda situationen manifesterar sig under normala betingelser.

Antalet medlemmar vid en fokusgruppsintervju anser Wibeck (2010) bör vara fyra till sex individer. Mindre grupper underlättar kommunikationen mellan deltagarna och ger respektive medlem större utrymme. Den lilla gruppen ger även deltagarna en större känsla av inflytande och samhörighet (a.a). I denna studie har deltagarantalet varit tre individer i respektive fokusgruppsintervju, vilket enligt Wibeck (2010) är för lite. Dock anser Dunbar (1997) att den övre gränsen för antal deltagare är fyra. Fler än fyra innebär en ökad risk för bristande uppmärksamhet och delaktighet (a.a). Tre deltagare innebär särskilda risker enligt Simmel (1964). En deltagare kan bli passiv och hamna utanför alternativt spela ut de övriga två deltagarna mot varandra. Det finns också en risk att någon av deltagarna ikläder sig rollen som medlare mellan de övriga (a.a). Av de ovan beskrivna riskerna med tre deltagare förkom det vid några av fokusgruppsintervjuerna deltagare som var mer passiva än andra. Moderatören identifierade detta under intervjuens gång och delaktiggjorde dessa deltagare genom frågor.

Antalet fokusgrupper var tre till antalet. Valet att använda sig av tre fokusgrupper grundar sig i definitionen av den perioperativa sjuksköterskan, tre fokusgrupper var således det naturliga antalet då det rörde sig om tre olika yrkeskategorier. Vidare var tre fokusgrupper det som författarna ansåg som praktiskt genomförbart inom tidsramen för examensarbetet. Att genomföra fler än tre fokusgruppsintervjuer hade dessutom krävt ett större engagemang från verksamheten, att få tillgång till personal för intervjuer var svårt nog med rådande antal fokusgrupper. Hur stort antalet grupper som tarvas för att uppnå mättnad i resultatet anser Wibeck (2010) beror på hur komplext ämnet är som skall studeras. När en ny fokusgrupp inte tillför någon ny information anses ämnet mättat (a.a). Resultatet som framträdde efter analys av de tre fokusgruppsintervjuerna var samstämmigt och flera delar återkom i de olika intervjuerna, detta trots att det var fråga om tre olika yrkeskategorier. Författarna anser dock att slutsatsen att resultatet är mättat ändå inte helt kan styrkas, på grund av studiens ringa omfång.

Någon pilotintervju genomfördes ej, detta kan ses som en svaghet. En pilotintervju hade kunnat möjliggöra en utvärdering av intervjuguiden och en revidering av delar av den vid behov.

### **Trovärdighet**

Flera faktorer kan påverka trovärdigheten i en fokusgruppsintervju. Krueger (1998) menar att en sådan faktor är fokusgruppsstudien som sådan med dess rådande gruppdynamik. Deltagarna kan undanhålla åsikter på grund av grupstryck eller överdriva åsikter för att påverka andra deltagares uppfattningar (a.a). Om ämnet som diskuteras är av känslig karaktär kan deltagare välja att avstå från åsikter som inte är socialt accepterade, eller för att de inte vill blotta sig själv inför gruppen (Trost, 2010 & Wibeck, 2010). Att deltagarna i denna studie kan ha påverkat varandras åsikter kan ej helt uteslutas. Dock upplevde författarna gruppintervjusektionerna som avslappnade med en tillåtande atmosfär – ingen åsikt var felaktig och samtliga deltagare var aktiva. Därutöver kände deltagarna varandra väl sedan tidigare och ämnet som diskuterades var inte av känslig karaktär. Trost (2010) och Wibeck (2010) nämner ytterligare en faktor som kan ha en hämmande effekt på deltagarnas frispråkighet. De menar att användandet av en diktafon kan leda till att deltagarna känner sig obekväma vilket kan hämma deras benägenhet till åsiktsyttringar (a.a). Användningen av en diktafon var inget som någon deltagare reagerade över. Därmed inte sagt att den inte hade en hämmande effekt på deltagarna.

## **RESULTATDISKUSSION**

### **Optimalt innehåll – för alla**

Resultatet i denna studie antyder att det innehåll som anesthesi- och operationssjuksköterskan valde att förmedla stämde väl överens med vad den postoperativa sjuksköterskan efterfrågade vid en överrapportering. Samtliga delar av innehållet i överrapporteringen från fokusgrupperna anesthesi- och

operationssjuksköterskor efterfrågades av fokusgruppen postoperativa sjuksköterskor. Vidare stämde innehållet som anesthesi- och operationssjuksköterskorna valde att förmedla vid en överrapportering väl överens med vad litteratur i det aktuella ämnet rekommenderar (Hatfield & Tronson, 2009; Hellmuth & Valeberg, 2005; Odom-Forren, 2010; Rogovin, 2009). Anestesisjuksköterskorna i denna studie valde att vid enklare ingrepp endast rapportera det som varit avvikande från normalförloppet. Innehållet i överrapporteringen minskades ner och endast det väsentliga/avvikande förmedlades till den postoperativa sjuksköterskan. Streeter (2010) har i sin avhandling kommit fram till ett liknande resultat där sjuksköterskor beskriver att de begränsar innehållsmängden i överrapporteringen till endast det som avviker från det normala. Alternativt förmedlades endast sådan information som hade med patienten omedelbara behov att göra (a.a). Patterson, Roth, Woods, Chow och Gomes (2004) menar att innehållet i överrapporteringen skall kretsa kring patientens specifika problem och syfta till att vidarebefordra aktuella arbetsuppgifter.

Pothier, Monteiro, Mooktiar och Shaw (2005) genomförde en pilotstudie som syftade till att jämföra informationsförlusten mellan tre vanliga sätt att överrapportera: endast muntligt, muntligt med stöd av journalhandling och muntligt där mottagaren av rapporten förde stödanteckningar. Minst förlust av information gav överrapportering som skedde muntligen med stöd av journalhandling. Störst informationsförlust medförde rapporten som skedde endast muntligt (a.a). Studiens resultat visar att innehållet i överrapporteringen förmedlades muntligen och med stöd av journalhandlingar av både anesthesi- och operationssjuksköterskan. Detta förfarande skulle då enligt ovan nämnda pilotstudie vara det säkraste sättet att överrapportera.

Anestesisjuksköterskorna i denna studie brukade vanligtvis avsluta överrapporteringen med att fråga de postoperativa sjuksköterskorna om det var något de undrade över. Detta som ett sätt att bjuda in till ytterligare frågor samt för att säkerställa att den förmedlade informationen hade uppfattats korrekt. Att ställa motfrågor och kontrollera att informationen gått fram är något som Dixon, Larison och Zabari (2006) menar minskar risken för informationsförlust. Att ge och få postoperativa ordinationer var något som lyftes av två av fokusgrupperna i studiens resultat. De postoperativa sjuksköterskorna framhöll vikten av att få information om postoperativa rekommendationer. Operationssjuksköterskorna nämnde postoperativa ordinationer

som en viktig del av innehållet i överrapporteringen. Att ge en form av *rekommendation* i samband med överrapportering är något som flera studier och myndigheter framhåller som särskilt viktigt. I överrapporteringsverktyget SBAR, som rekommenderas av Socialstyrelsen (u.å.b) och WHO (2007), står ”R” för just *rekommendation*. Streeter (2010) och Socialstyrelsen (u.å.c) menar att rekommendationer kan utgöras av ordinationer eller tankar kring den fortsatta vården.

### **Struktur - att bringa ordning**

Samtliga sjuksköterskor upplevde att överrapporteringen skedde genom en informell struktur. Den informella strukturen var inte gemensam och klinikövergripande. En del sjuksköterskor använde sig av olika journalhandlingar som underlag vid överrapporteringen, exempelvis preanestesibedömning, anestesijournal- eller operationsjournal. Andra sjuksköterskor rapporterade enligt en form av uppifrån och ner systematik, vilket innebar en systematisk genomgång av patienten från huvud till tå. I en enkät- och observationsstudie av Bomba och Prakash (2005) framgick det att överrapportering inom sjukvården vanligen följde en informell struktur. Denna informella struktur menade forskarna kunde vara en bidragande orsak till bristande vård (a.a). Den postoperativa sjuksköterskan i denna studie uppskattade dock denna form av informella struktur, då den gav en föränning om rapportens innehållsmässiga disposition. Vidare menade sjuksköterskorna att den informella strukturen dels förvärfvas genom observationer av andra kollegor och dels genom ökad yrkeserfarenhet. Enligt Ottewill, Urben och Elson (2007), Webster (1999) och Sexton et al. (2004) är bristande kontinuitet och struktur vanligt förekommande i samband med överrapportering som sker utan formell struktur.

Det framkom i resultatet av denna studie att samtliga sjuksköterskor var positivt inställda och såg fram emot införandet av ett formellt klinikgemensamt överrapporteringsverktyg, SBAR. Ett strukturerat överrapporteringsverktyg är något som flera studier har visat minskar risken för att viktig information försvinner i samband med en överrapportering (Catchpole et al., 2007; Popovich, 2011; WHO, 2007). En av utvecklarna av SBAR nämner i en intervju av Groff och Augello (2003) att SBAR fungerar som ett stöd för den oerfarne sjuksköterskan och guidar denne att göra adekvata bedömningar samt ge rekommendationer.

Samtliga sjuksköterskor uttryckte en önskan att någon gång under överrapporteringen gemensamt gå till patienten. Detta i syfte att gå igenom exempelvis infusioner, infarter drän och operationssår, påtitten av patienten utgjorde ett komplement till den muntliga rapporten. Vidare menade sjuksköterskorna att patienten får ett ansikte på den person som skall ta vid i vårdkedjan. Det finns flera fördelar med att ha överrapporteringen, eller delar av rapporten, vid patienten. Enligt Anderson och Mangino (2006), Streeter (2010) och Webster (1999) medför en patientnära överrapportering en patientcentrerad vård, ett bättre samarbete mellan personalen och patienten, patienten blir lugnare, innehållet i rapporten är ofta mer ändamålsenligt och det ges möjlighet att demonstrera utrustning, infusioner och läkemedel.

### **Miljöns brister**

Att arbeta i en rörig miljö och att bli avbruten/distraherad i samband med utförandet av sina arbetsuppgifter har genom flera studier visats sig öka risken för förekomsten av fel i vården, samt försämrar sjuksköterskans uppmärksamhet och produktivitet (Carey et al., 2001; Fairbanks, Bisantz & Sunm 2007; Rhodes, Vieth, He, Miller & Howes 2004). I en observationsstudie på en akutmottagning noterades att sjuksköterskor i snitt blev störda ett hundratal gånger under ett normalt arbetspass (Brixey et al. 2008). Stress och att överrapporteringen ibland skedde i en rörig miljö var två faktorer som upplevdes inverka negativt på rapporten enligt sjuksköterskorna i denna studie. Flera studier har sedan tidigare identifierat dessa två faktorer som bidragande orsaker till bristfällig rapportering. En miljö fylld av distraherande moment, exempelvis telefoner, larmsignaler, flera arbetsuppgifter som pågår parallellt, och där rapporten sker i en stressig miljö ökar risken för bristande kommunikation (Smith & Mirshra, 2010; Smith, Pope, Goodwin & Mort, 2008; Streeter, 2010; Calleja, Aitken & Cooke, 2011).

Överrapporteringen skedde vanligtvis ståendes på utsidan av en u-formad disk. Sjuksköterskorna i denna studie menade att denna plats var suboptimal framförallt beträffande bristen på avskildhet, vilket både äventyrade patientsekretessen och försvårade överrapporteringen, och den begränsade tillgången till dator. Att istället sitta ner innanför disken var något sjuksköterskorna upplevde förbättrade överrapporteringssituationen avsevärt. Att sitta ner gav en större känsla av avskildhet

och tillgång till dator. Streeter (2010) har i sin avhandling funnit ett liknande resultat, där sjuksköterskorna beskrev den bästa överrapporteringsmiljön som lugn och avskild med minimal distraktion från personal, patienter och anhöriga. En bidragande orsak till varför sjuksköterskorna i denna studie inte tar sig tiden att sätta sig ner bakom disken kan vara stress och tidspress. Studiens resultat ger en antydning om att denna stress och tidspress kan ha sin förklaring i att operations- och anestesijuksköterskan har bråttom tillbaka in till operationssalen, samt att den postoperativa sjuksköterskan har fullt upp med flertalet arbetsuppgifter.

## **SLUTSATS**

Författarnas förutfattade mening om att det skulle finnas en diskrepans mellan det som den postoperativa sjuksköterskan efterfrågade vid en överrapportering och det som anesthesi- och operationssjuksköterskan lade vikt vid att förmedla, framkom ej i denna studie. Tvärtom var den postoperativa sjuksköterskan nöjd med både innehåll och struktur i överrapporteringen. De perioperativa sjuksköterskorna som deltog i denna studie resonerade mycket lika kring överrapporteringsituationen. Överrapporteringen, som den är beskriven av anesthesi- och operationssjuksköterskorna i denna studie, innehåller den information som litteratur i det aktuella ämnet rekommenderar. Dessutom var det denna information som den postoperativa sjuksköterskan i denna studie efterfrågade. Det rådde även en kongruens mellan de tre grupperna av sjuksköterskor hur de valde att beskriva dels den rådande överrapporteringsmiljön och dels hur denna skulle kunna förbättras. Samtliga tre grupper var överens om att överrapporteringen idag ofta skedde i en stökig miljö med många störande moment. Överrapporteringen skedde enligt en informell struktur som deltagarna i denna studie var nöjda med. Dock var deltagarna positivt inställda till ett införande av en klinikgemensam formell struktur, då den skulle kunna leda till ytterligare förbättring av överrapporteringen.

### **Klinisk betydelse**

Något som kom fram i samtliga tre fokusgrupper var att överrapporteringsmiljön ibland var suboptimal – fram för allt vad gällde val av rapporteringsplats och dess stökiga närmiljö. Att genomföra överrapporteringen på en mer avskild plats, med bibehållen översikt över patienterna, tror författarna kan påverka rapporteringen positivt. I framtida nybyggnationer/ombyggnationer tror författarna att denna aspekt kan vara viktigt att ta i beaktande.

### **Förslag på vidare forskning/utveckling**

Denna studie genomfördes på en operationsavdelning där ett formellt överrapporteringsverktyg ännu inte är infört. Att genomföra en liknande studie efter införandet av ett sådant verktyg tror författarna skulle kunna vara värdefullt. En sådan studie skulle kunna belysa om personalen upplever någon förändring vad gäller överrapporteringen.

## REFERENSER

- Amato-Vealey, E.J., Barba, M.P. & Vealey, R.J. (2008). Hand-off communication: A requisite for perioperative patient safety. *Aorna Journal*, 88(5), 763-774.
- Anderson, C.D. & Mangino, R.R. (2006). Nurse shift report: Who says you can't talk in front of the patient?. *Nurs Admin Q* 30(2), 112-122.
- Benner, P.E., Hooper-Kyriakidis, P.L. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach* (2nd ed.). New York: Springer.
- Bomba, D.T. & Prakash, R. (2005). A description of handover processes in an Australian public hospital. *Australian Health Review*, 29(1), 68-79.
- Botti, M., Bucknall, T., Cameron, P., Johnstone, M.J., Redley, B., Evans, S. & Jeffcott, S. (2009). Examining communication and team performance during clinical handover in a complex environment: the private sector post-anaesthetic care unit. *The Medical Journal of Australia* 190(11), 157-160.
- Brennan, T.A., Leape, L.L., Laird, N.M., Hebert, L., Localio, A.R., Lawthers, A.G., ... Hiatt, H.H. (1991). Incidents of adverse events and negligence in hospitalized patients: Result of the Harvard medical practice study I. *The New England Journal of Medicine*, 324(6), 370-376.
- Braaf, S., Manias, E. & Riley, R. (2011). The role of documents and documentation in communication failure across the perioperative pathway. *International Journal of Nursing Studies* 48(8), 1024-1038.
- Brixey, J.J., Tang, Z., Robinson, D.J., Johnson, C.W., Johnson, T.R., Turley, J.P., ... Zhang, J. (2008). Interruptions in a level one trauma center: A case study. *International Journal of Medical Informatics* 77(4), 235-241.



Calleja, P., Aitken, L.M. & Cooke, M.L. (2011). Information transfer for multi-trauma patients on discharge from the emergency department: mixed-method narrative review. *Journal of Advance Nursing* 67(1), 4-18.

Catchpole, K.R., Leval, M.R., McEvan, A., Pigott, N., Elliott, M.J., McQuillan, A., ... Goldman, A.J. (2007). Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. *Pediatric Anesthesia* 17(5), 470-478.

Carey, D., Chisholm, M.D., Amanda, M., Dornfeld, B.S., David, R., Nelson, M.S. ... Cordell, M.D. (2001). Work interrupted: A comparison of workplace interruptions in emergency departments and primary care offices. *Annals of Emergency Medicine* 38(2), 146-151.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Dannermark, B. (2008). Interprofessionell kommunikation, kunskap och makt. I R. Stål (red.), *Vårdkommunikation i teori och praktik* (1. uppl., s. 81-101). Lund: Studentlitteratur.

Dixon, J.F., Larison, K. & Zabari, M. (2006). Skilled communication: making it real. *Advanced Critical Care* 17(4), 376-382.

Dunbar, R. (1997). *Samvaro, skvaller och språkets uppkomst* (1. uppl.) Stockholm: Norstedt.

Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning* (2. rev. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Fairbanks, R., Bisantz, A. & Sunm, M. (2007). Emergency department communication links and patterns. *Annals of Emergency Medicine* 50(4), 396-406.

Greenberg, C.C, Regenbogen, S.E., Studdert, D.M., Lipsitz, S.R., Rogers, S.O., Zinner, M.J. & Gawande, A.A. (2007). Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *Journal of the American College of Surgeons* 204(4), 533-540.

Groff, G. & Augello, T. (2003). From theory to practice: an interview with Dr. Michael Leonad. *Crico Strategies*. Hämtad från <http://www.rmfstrategies.com/>

Hatfield, A. & Tronson, M. (2009). *The complete recovery room book (4th ed.)*. Oxford: Oxford University Press.

Hellmuth, L. & Valeberg, B.T. (2005). Dokumentation, rapportering och övervakning efter anestesi. I I.L. Hovind (red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 61-69). Lund: Studentlitteratur.

Kalkman, C.J. (2010). Handover in the perioperative care process. *Current Opinion in Anesthesiology* 23(6), 749-753.

Kluger, M.T. & Bullock, M.F. (2002). Recovery room incidents: a review of 419 reports from the Anaesthetic Incident Monitoring Study (AIMS). *Anaesthesia* 57(11), 1060-1066.

Krueger, R.A. (red.) (1998). *Focus group kit. Vol. 6, Analyzing & reporting focus group results*. Thousand Oaks, Ca: SAGE Publications.

Lindwall, L. & von Post, I. (2008). Perioperativ vård: att förena teori och praxis. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Odom-Forren, J. (2010). Postanesthesia recovery. In J.J. Nagelhout & L.P. Plaus (Eds.), *Nurse Anesthesia* (4<sup>th</sup> ed., pp. 1218-1238). St. Louis: Saunders/Elsevier.

Ottewill, M., Urben J. & Elson, D. (2007). Safe hand-over: safe care. *Midwives (10)*11, 508-509.

Patterson, E.S., Roth, E.M., Woods, D.D., Chow, R., Gomes, J.O. (2004). Handoff strategies in settings with high consequences for failure: lessons for health care operations. *International Journal for Quality in Health Care* 16(2), 125-132.

Polit, D.F & Beck C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Popovich, D. (2011). 30-second head-to-toe tool in pediatric nursing: cultivating safety in handoff communication. *Pediatric Nursing* 37(2), 55-60.

Pothier, D., Monteiro, P., Mooktiar, M., Shaw, A. (2005). Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *British Journal of Nursing* 14(20), 1090-1093.

Rhodes, K.V., Vieth, T., He, T., Miller, A. & Howes, D. (2004). Resuscitating the physician-patient relationship: Emergency department communication in an academic medical center. *Annals of Emergency Medicine* 44(3), 262-267.

Rogovin, C. (2009). The postanesthesia patient. In P.G. Morton & D.K. Fontaine (Eds.), *Critical care nursing: A holistic approach* (9<sup>th</sup> ed., pp. 171-184). Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins.

Simmel, G. (1964). *The sociology of Georg Simmel*. (5<sup>th</sup> ed.). New York: Free Press.

Smith, A.F. & Mirshra, K. (2010). Interaction between anaesthetist, their patients, and the anaesthesia team. *British Journal of Anaesthesia* 105(1), 60-68.

Smith, A.F., Pope, C., Goodwin, D & Mort. M. (2008). Interprofessional handover and patient safety in anesthesia: observational study of handovers in the recovery room. *British Journal of Anaesthesia* 101(3), 332-337.

Sexton, A., Chan, C., Elliott, M., Stuart, J., Jayasuriya, R., Crookes, P. (2004). Nursing handovers: do we really need them?. *Journal of Nursing Management* 12(1), 37-42.

SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Stockholm: Riksdagen.

SOSFS 2008:14. *Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 2005:12. *Socialstyrelsen föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (u.å.a). *Studier och statistik om vårdskador*. Stockholm:

Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/varadskadematningar>

Socialstyrelsen. (u.å.b). *Informationsöverföring och kommunikation*. Stockholm:

Socialstyrelsen. Från

<http://www.socialstyrels.en.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation>

Socialstyrelsen. (u.å.c). *Verktyg för säker kommunikation i vården*. Stockholm:

Socialstyrelsen. Från

<http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/kommunicera>

Soini, K. & Stjernström, H. (2005). Organisation av en intensivvårdsavdelning. I A. Larsson & S. Rubertsson (red.), *Intensivvård* (1. uppl., s. 13-17). Stockholm: Liber

Streeter, A.C.R. (2010). *What nurses say: Communication behaviors associated with the competent nursing handoff*. Doctoral dissertation, University of Kentucky, College of Communications and Information Studies.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4. Uppl.). Lund: Studentlitteratur

Wallin, C.J. & Thor, J. (2008). *SBAR – Modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal*. *Läkartidningen* 105(26)-27, 1922-1925.

Webster, J. (1999). Practitioner-centred research: an evaluation of the implementation of the bedside hand-over. *Journal of Advanced Nursing* 30(6), 1375-1382.

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod* (2a. Uppl.). Lund: Studentlitteratur

World Health Organization. (2007). *Communication during patient hand-overs*. Geneva: World Health Organization. Från <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>

# BILAGOR

## Definitioner av centrala begrepp

Bilaga 1.

*Vårdskada* är, enligt Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2005:28), ”lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid en patients kontakt med hälso- och sjukvården” (kap. 2, 1 §).

Med *överrapportering* avses processen i vilken patientspecifik information överförs från en vårdgivare till en annan, från ett team av vårdgivare till ett annat, eller från vårdgivare till patient och familj för att säkerställa patientsäkerheten och kontinuiteten i vården (WHO, 2007).

*Perioperativ vård/fas* är den vård som sker inom en operationsavdelnings verksamhetsområde, det vill säga pre-, per- och postoperativ vård (Lindwall & Post, 2008).

Med *postoperativ vård* avses den vård som tar vid efter ett kirurgiskt eller icke-kirurgiskt ingrepp i vilket patienten har erhållit någon form av anestesi, analgesi eller sedering, fram tills dess att patienten skrivs ut till en vanlig vårdavdelning, alternativt hem (Odom-Forren, 2010).

*Journalhandling* är enligt Patientdatalagen (Svensk författningssamling [SFS], 2008:355) en “Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder” (kap. 1, 3 §).

*Anestesisjuksköterska* är en specialistutbildad legitimerad sjuksköterska som ansvarar för övervakningen och/eller utförande av lokal och generell anestesi, analgesi och sedering (Lindwall & Post, 2008).

*Operationssjuksköterska* är en specialistutbildad legitimerad sjuksköterska som medverkar vid operationer, behandlingar och undersökningar och ansvarar för omvårdnaden av patienten och information till patienten (Lindwall & Post, 2008).

*Intensivvårdssjuksköterska* är en specialistutbildad legitimerad sjuksköterska som är ansvarig för akut och allvarligt sjuka patienter. Intensivvårdssjuksköterskor arbetar i en miljö där patienten kräver ständig övervakning, avancerade behandling och kontinuerliga interventioner (Soini & Stjernström, 2005).

Med *postoperativ sjuksköterska* avses i denna studie grundutbildad sjuksköterska samt sjuksköterska med specialistutbildning inom antingen intensivvård eller anestesijukvård.

*Perioperativ sjuksköterska* utgörs i denna studie av de tre ovan definierad sjuksköterskorna samt den grundutbildade sjuksköterskan, yrkesverksamma vid antingen en operationsavdelning eller en postoperativ avdelning.

### Ämnesorientering

Syftet med studien är att beskriva hur ni upplever överrapporteringen på postop. Vi kommer att ha tre olika fokusgruppsintervjuer, en med anesthesisjuksköterskor, en med operationssjuksköterskor och en med sjuksköterskor som jobbar på postop. Till anesthesi- och operationssjuksköterskorna kommer vi fråga vilken information som är viktigt att förmedla till sjuksköterskorna på postop. Till sjuksköterskorna på postop kommer vi att fråga vilken information som är viktigt att få av anesthesi- och operationssjuksköterskorna. Intervjuerna kommer att utgöra resultatdelen av vårt examensarbete. Bakomliggande orsaken till studien är att ta reda på vad man fokuserar på vid de olika enheterna vid en överrapportering. Intervjun kommer att spelas in med hjälp av diktafon. Det som sägs under intervjun kommer endast att genomlyssnas av författarna och resultatet kommer att presenteras konfidentiellt. För att detta skall vara görbart ställer det vissa krav på er som deltagare, att man inte diskuterar det som sägs idag med någon utomstående – detta är för er egen skull. Tanken är att ni har ett samtal kring ett antal öppna frågor, här finns inga riktiga eller felaktiga åsikter – vi är ute efter det ni har att säga angående ämnet. Vår roll är att se till att vi håller oss till ämnet och föra samtalet vidare. En av författarna kommer under samtalets gång att föra stödanteckningar.

### Frågor till anesthesisjuksköterskor och operationssjuksköterskor

1. Hur upplever ni överrapporteringen idag?
2. Vilken information är viktigt för dig/er att förmedla till personalen på postop vid överrapportering?
3. Varför?
4. Finns det något ni skulle vilja ändra på vad gäller nuvarande rapporteringssätt?
5. Kan ni komma överens/rangordnad de fem viktigaste sakerna att förmedla till personalen på postop?
6. Är det någon som vill tillägga någonting?

### Frågor till sjuksköterskorna på postop

1. Hur upplever ni överrapporteringen idag?
2. Vilken information är viktigt för dig/er att få vid överrapportering från anesthesisjuksköterskan och operationssjuksköterskan?
3. Varför?
4. Finns det något ni skulle vilja ändra på vad gäller nuvarande rapporteringssätt?
5. Kan ni komma överens/rangordnad de fem viktigaste sakerna att få överrapporterade till er av anesthesi/operationssjuksköterskan?
6. Är det någon som vill tillägga någonting?