

Omvårdnadsvetenskap
15 hp, avancerad nivå
Operationssjukvård
2012

”Viskleken”

- **Informationsöverföringen från operationsavdelning till vårdavdelning.**

“Chinese Whispers”

- **Information transfer from surgical ward to care unit.**

Lotta Paulsson och Victoria Helgeson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: En bra kommunikation är en förutsättning för god kvalitet och patientsäkerhet i vården och när två olika system används har vi funderat över vad som händer med omvårdnadsdokumentationen när patienten förflyttas mellan vårdenheterna. **Syftet:** Vårt syfte med studien var att undersöka om de omvårdnadsåtgärder som operations-sjuksköterskan dokumenterat i operationsplaneringssystemet och rapporterat vidare, återfinns i omvårdnadsjournalen. **Metod:** En kvalitetsgranskning av journalanteckningar har utförts. Inklusionskriterierna var att patienterna opererats under minst tre timmar och att vårdtiden efter operationen var minst 24 timmar, då det var det första dygnets journalföring som kvalitetsgranskades. Sammanlagt granskades 40 stycken journaler. **Resultat:** I studien granskades sex stycken sökord ur operationsplaneringssystemet, vilka var; hudstatus, operationsläge, dränage, KAD, förband samt hudsuturer. Studien visade att överföringen av informationen var bristfällig. I en del fall framkommer det att information saknades eller förändrades när patienten förflyttades från operationsavdelningen till vårdavdelningen. Vidare framkom det att patienten förflyttades mer än en gång mellan vårdenheter. **Slutsats:** Resultatet i vår studie anser vi tyder på att en gemensam standardiserad journal med tydliga riktlinjer skulle underlätta för informationsöverföringen mellan de olika enheterna. **Klinisk betydelse:** Risken för att fel eller missförstånd uppstår minskar om ett gemensamt journalsystem används, vilket vi anser ökar patientsäkerheten.

Nyckelord: Patientsäkerhet, Omvårdnadsdokumentation, Perioperativ dokumentering, Elektronisk omvårdnadsjournal.

ABSTRACT

Background: Good communication is prerequisite for good quality and patient safety in health care and when two different systems are used, we wondered what happens to the nursing documentation when the patient moves between different care units. **Aim:** The aim of the study was to examine whether the operation theatre nurses nursing care documentations in the operations planning system was reported on and can be found in the nursing journal. **Method:** A quality review of nursing care journal documentations was performed. Inclusion criteria was that the patient should have had an operation for at least three hours and aftercare for at least 24 hours, since it was the nursing care documentation that were done during the first day that were being quality reviewed. A total of 40 journals were examined. **Results:** Six keywords out of the operation planning system were examined, which are; skin status, operation position, drainage, KAD, dressing and skin sutures. Result of the study showed that the transfer of data was incomplete. In some cases it revealed that information was missing or altered when the patient was moved from the surgical ward to the care unit. Furthermore, it was found that the patient was moved more than once between different units. **Conclusion:** According to our study, we suggest that a common standardized journal with clear guidelines could make it easier to transfer the information between the different units. **Clinical significance:** Risk of error or misunderstandings are reduced in a common journal system, which we believe increases the patient safety.

Keywords: Patient safety, Nursing documentation, Perioperative documentation, Electronic nursing journals.

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	2
Perioperativ omvårdnad	2
Informationssystemen på vårdenheterna	3
Patientsäkerhet.....	3
Kommunikation och informationsöverföring mellan vårdenheter	4
Hudstatus	5
Positionering.....	6
Dränage.....	6
KAD - katetrisering av urinblåsan	7
Förband	7
Hudsuturer	7
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	9
Design	9
Urval	9
Datainsamlingsmetod	9
Dataanalys	10
ETISKA ASPEKTER	11
RESULTAT	13
Hudstatus	13
Positionering.....	14
Dränage.....	14
KAD.....	15
Förband.....	16
Hudsuturer	16
DISKUSSION	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion	20
Slutsats.....	24
Klinisk betydelse	25
Förslag på vidare forskning/utveckling	25
Bilaga 1	33
Bilaga 2	34

INLEDNING

Journalföring är till för att relevant information ska följa patienten i vårdkedjan och är viktig för att patienten ska få en säker vård. På operationsavdelningen, där studien genomfördes, sker dokumentationen i ett operationsplaneringssystem till skillnad från vårdavdelningen som journalför i en elektronisk patientjournal för att följa patientens vård. Operationsplaneringssystemet är ett planeringsverktyg för de opererande enheterna där det ingår bland annat operationsanmälan, operationsschema samt en översikt över operationssalarna. I operationsplaneringssystemet dokumenterar operationssjuksköterskan bland annat den perioperativa omvårdnaden och vilka åtgärder som gjorts under operationen.

När patienten flyttas från operationsavdelningen till en annan vårdenhets (intensivvårdsavdelning, postoperativvårdavdelning eller annan vårdavdelning) och ny personal ska ta över omvårdnaden sker en överrapportering. Överlämnandet av informationen sker av en operationssjuksköterska, anestesijunksköterska och/eller läkare och överrapporteringen sker muntligt då inte samma journalsystem används. I och med att det som rapporteras över inte är journalfört i omvårdnadsjournalen vill vi med studien undersöka vad som händer med den informationen som dokumenterats perioperativt.

BAKGRUND

Perioperativ omvårdnad

Operationssjuksköterskans omvårdnad sker i tre olika faser: pre-, intra- och postoperativ fas som tillsammans benämns perioperativt.

Den preoperativa fasen börjar då patienten får information om när han/hon ska opereras till dess att han/hon kommer in till operationssalen (Holm & Hansen, 2000). I den preoperativa fasen förbereds patienten inför operationen, bland annat kontrolleras patientens hälsotillstånd, hudstatus och om eventuell rörelseinskränkning finns inför positioneringen och anestesen (DeLamar, 2011). Under den preoperativa fasen ska operationssjuksköterskan skapa en relation till patienten. Ofta känner sig patienten maktlös över sin situation och en god preoperativ omvårdnad kan minska den otrygghet som patienten kan känna (Holm & Hansen, 2000).

Den intraoperativa omvårdnaden börjar då patienten fått hjälp över till operationsbordet och slutar då operationen är klar och ett förband har lagts över operationssåret. I den intraoperativa fasen ingår bland annat positionering, som utvärderas under hela förloppet (Lindwall & von Post, 2008). Inför positioneringen ska patientens hud inspekteras för att observera eventuella skador eller andra hudanmärkningar, för att kunna utföra en optimal hudavlastning och förebygga ytterligare åverkan på huden. Patientens allmäntillstånd och eventuella medicinering ska även den uppmärksammas då det kan påverka patientens cirkulation (Heizenroth, 2011). Omvårdnadsåtgärder som hudförberedelser är viktigt för att bland annat minska risken för infektion och skada, så som nervskada postoperativt. I hudförberedelser ingår polstring, desinfektion och drapering med rätt material för patienten (Gustavsson & Kolvered, 2003; DeLamar, 2011). Ytterligare omvårdnadsåtgärder intraoperativt är att hålla patienten varm då kroppen beroende på anestesi-läkemedel får en nedsatt förmåga att reglera kroppstemperaturen. Vid nedkylning drar kärlen ihop sig och det påverkar sår-läkningen negativt (Holm & Hansen, 2000). Då läkemedel administreras intraoperativt ska det kontrolleras med patientens identitet och med vilket

läkemedel samt styrka som ordinerats för att sedan signeras med namn och datum efter att det givits (SOSFS 2000:1). Förutom läkemedel ska allt som tagits fram under operation dokumenteras i operationsplaneringssystemet och kontrolleras som till exempel instrument, dukar och material.

Den postoperativa omvårdnaden börjar då operationen är klar och efter att förbandet har applicerats. Därefter avvecklas draperingen, huden inspekteras och vid eventuell reaktion, som till exempel rodnad, dokumenteras det i operationsplaneringssystemet. Huden inspekteras även för eventuell förändring på grund av till exempel tryck och väta (Odom-Forren, 2011).

Informationssystemen på vårdenheter

På operationsavdelningen dokumenterar operationssjuksköterskan i ett operationsplaneringssystem vilket är utvecklat för att underlätta för planeringen av operationsverksamheten. Syftet med operationsplaneringssystemet är att det ger en överskådligare bild av de planerade operationerna och att resurserna kan utnyttjas effektivare. I operationsplaneringssystemet kan parametrar läggas in, till exempel dokumenteras längden på operationen samt omkostnaden för varje operation. Här finns även kommentars fält där operationssjuksköterskor dokumenterar de omvårdnadsåtgärder som utförts perioperativt (Orbit, u.å.).

På vårdavdelningarna journalför sjuksköterskan i ett journalsystem som är uppbyggt för att hantera alla beställningar elektroniskt, som till exempel röntgenundersökningar eller konsultationer. Patientens omvårdnadsjournal journalförs i systemet med eventuella åtgärder som vidtagits och vidare journalförs bland annat den medicinska journalen, läkemedel och provsvar i journalsystemet (CSTC Centrum Samverkan TakeCare, u.å.).

Patientsäkerhet

En legitimerad sjuksköterska är ålagd att dokumentera i patientens journal. För att dokumentera används idag ofta elektronisk journal. Journalföringens syfte är att kunna säkerställa en god och säker vård för patienten men journalföringen ska även leda till att patienten själv ska kunna följa sin vård (SFS 2008:355). För att kunna spåra de åtgärder som vidtagits i patientens tidigare omvårdnad, ska ledningssystem säkerställa att det finns rutiner för att identifiera tidigare

journalföring (SOSFS 2005:12). Vidare ska journalföringen vara en informationskälla för bland annat forskning, uppföljning och utveckling av verksamhet. För att kunna ge patienten en god och säker vård ska det i journalen, förutom patientens identitet och bakgrunden till patientens vård även journalföras vilka åtgärder som har planerats. Journalen ska signeras vid uppdateringar med namn och datum (SFS 2008:355). Ledningssystemet ska säkerställa att rutiner för informationsöverföring finns så att kvalitet och patientsäkerhet upprätthålls (SOSFS 2005:12).

Kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) tar bland annat upp att en legitimerad sjuksköterska ska, utifrån patientens omvårdnadsanamnes, ha kunskap i hur patientens omvårdnadsbehov planeras. Efter planeringen av omvårdnaden ska sjuksköterskan kunna genomföra, utvärdera och journalföra den omvårdnadsåtgärd som vidtagits. En bra dokumentering ska innehålla relevanta uppgifter och vara saklig. Journalföringen ska vidareförmedla omvårdnadsåtgärder, medicinsk uppföljning och planering till andra i vårdkedjan vilket även det tas upp i kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor. Allt för att vården ska vara så kontinuerlig som möjligt och för att säkra vårdens kvalitet. Här framgår också att legitimerade sjuksköterskor ska efter behandlingar följa upp patientens tillstånd (a.a.).

I kompetensbeskrivningen för operationssjuksköterskor framgår det hur operationssjuksköterskan ska bidra i den perioperativa kedjan genom att

”Initiera och genomföra adekvat informationsöverföring för att uppnå kontinuitet, kvalitet, patientsäkerhet och effektivitet i samband med patientens kirurgiska ingrepp” (Riksföreningen, 2011, s. 8).

Kommunikation och informationsöverföring mellan vårdenheter

Kommunikation är en förutsättning för att en kvalitets- och patientsäker vård ska kunna genomföras. Dokumentation och kommunikation brister lätt i den perioperativa verksamheten då många yrkesgrupper är inblandade vilket kan leda till att det journalförs på olika sätt (Gartlan et al., 2010). Misstag i kommunikationen kan hindra information att komma fram och det kan i sin tur påverka patientsäkerheten (Ådal,

2012; Braaf, Manias & Riley, 2011; Lillebo, Seim & Faxvaag, 2011). En bra kommunikation är en förutsättning för att en kvalitets- och patientsäker vård ska kunna ges. Detta är extra viktigt då patienten, i ett dåligt tillstånd eller medvetlös, förflyttas mellan olika instanser och då olika journalsystem används (Junttila m fl, 2010). Det leder till dubbelarbete vilket kan bidra till oklarheter och kan påverka patientsäkerheten (Junttila m fl, 2010; Lillebo & Seim's, 2011). Vid muntlig överrapportering är risken för att viktig information försvinner påtagligare (Pothier m fl, 2005) och om inte all information följer med patienten kan det äventyra patientens säkerhet och fortsatta omvårdnad (Junttila m fl, 2010). Tidigare studier visar även på att muntlig informationsöverföring kan leda till att informationen förändras, framförallt då patienten byter avdelning (Andrea m fl, 2001) och att journalföring är viktig för att säkerställa patientens vidare vård (Thoroddsen, Ehnfors 2006; Törnvall, Wahren & Wilhelmsson 2009). Alla de åtgärder som vidtagits under patientens vårdtid ska kunna spåras i patientjournalen i efterhand (Björvell & Engström, 2001).

För operationssjuksköterskan finns en mall i operationsplaneringssystemet där han/hon bland annat dokumenterar antal dukar, suturer och vilka instrument som tagits upp eller till exempel vilken diatermiapparat som har använts (bilaga 1). Övrigt som dokumenteras i operationsplaneringssystemet är omvårdnadsåtgärder som presenteras utförligare nedan.

Hudstatus

Huden, som är kroppens största organ, är viktigast för att förhindra postoperativa infektioner. Postoperativa sårinfektioner är en vanlig komplikation vilket kan leda till hälsoproblem eller att patienten avlider (McEwen, 2011). För att kunna identifiera om det finns risker för patienten, som till exempel trycksår, är det viktigt att alla vårdgivare kan ta del av de åtgärder som vidtagits tidigare i vårdkedjan (Björvell & Engström, 2001). Det har betydelse när patienten ska planeras inför operation då huden under operationen utsätts för tryck under hela ingreppet från bland annat kroppens gravitationstryck eller till exempel från instrument och hakar som används (Heizenroth, 2011).

Positionering

Inför operation är det en viktig del att patienten positioneras korrekt på operationsbordet. Positioneringen utförs så att den hud och vävnad som inte är aktuell för ingreppet blir så lite påverkat som möjligt och detta för att lindra lidandet för patienten postoperativt. Det ska vara åtkomst för det kirurgiska ingreppet men det är viktigt att även observera om patienten har någon tidigare sjukdom, vilka eventuella läkemedel som patienten har administrerat och som kan påverka patientens cirkulation och respiration (Heizenroth, 2011). Patienten bör inför operationen genomgå en riskbedömning för trycksår. I bedömningen poängsätts bland annat patientens rörlighet, näring- och hudtillstånd samt hälsotillstånd för att utvärdera om patienten riskerar att utveckla trycksår (Riskbedömning, u.å.). Bedömningen görs på grund av att det aldrig går att förutse hur lång operationen kommer att bli, hur länge patienten kommer att vara positionerad på operationsbordet eller hur patienten kommer att reagera på anestesi (Heizenroth, 2011). Hur patienten har varit positionerad under operation och framför allt vid längre operationer kan vara av stor betydelse då patienten riskerar att ådra sig skador som till exempel compartment syndrom (Saullo, 2011).

Dränage

Dränage appliceras för att såret ska kunna hållas fri från luft och vätska som till exempel blod och serum. Beroende av vilken operation som utförts och på den underliggande vävnaden finns det olika sorters dränage och dränaget kan fixeras med sutur i huden eller med hjälp av ett förband. I operationsplaneringssystemet dokumenterar operationssjuksköterskan dränagets lokalisation, vilken sorts dränage som applicerats samt om det är klippt. Även en funktionskontroll av dränaget görs innan patienten lämnar operationsavdelningen. Informationen som dokumenteras är viktig för patientens fortsatta omvårdnad (McEwen, 2011). Dränaget kan vara aktivt eller passivt. Det passiva dränaget används då trycket inne i såret är högre än utanför (Durai & Philip, 2010). Det aktiva dränaget används genom att ett negativt tryck evakuerar vätska eller luft ur såret, om vakuumet försvinner blir det ineffektivt. Då ett aktivt dränage används är det viktigt att dränagets position inte ändras då det kan medföra skada på vävnaden (Batstone et al., 2009).

KAD - katetrisering av urinblåsan

Om patienten får en KAD ska det dokumenteras i patientens journal, där bland annat in- respektive utsättningsdatum, storlek och vilken sorts KAD ska dokumenteras (Ehnfors, Ehrenberg, & Thorell-Ekstrand, 2005). Vidare nämner Marley (2011) att den som har utfört kateteriseringen ska namnges. Katetrarna ser olika ut beroende på bland annat patientens anatomi eller vilken operation som ska utföras. Vid till exempel operationer av prostatan kan en hematurikateter (bilaga 2) användas för att bland annat möjliggöra upphängning av spoldropp (bilaga 2) postoperativt (a.a.).

En vanlig vårdrelaterad infektion är UVI (urinvägsinfektion). Risken för UVI är som störst vid behandling av kateter och främst då katetern blir kvarliggande. För varje dag som patienten har katetern ökar risken för UVI med 10% (Kateterisering, u.å.).

Förband

Förband, som oftast appliceras i slutet av operationen skyddar såret bland annat från yttre skada och bakteriell kontaminering. Det används olika sorters förband beroende av bland annat hur såret ser ut, om det vätskar mycket och var någonstans på kroppen såret sitter (McEwen, 2011). Det som är viktigt då förbandet applicerats är att signera med datum och vilken sorts förband som lagts. Detta för att kunna utvärdera effekten av förbandet, att vid byte av förband kunna kontrollera med journalen och jämföra så att det blir rätt förband till rätt sår och att miljön under förbandet blir optimal för sår läkningen (Lachenbruch & VanGilder, 2012).

Hudsuturer

Beroende av hur huden har förslutits är det viktigt att kontrollera läkningsprocessen. Att beakta är om ett resorberbart material används, som till exempel olika sorters resorberbara suturer, eller om ett icke resorberbart material används, så som stapler eller icke resorberbara suturer. Vidare kan det material som används vid hudförslutning påverka läkningsprocessen (Guglielmi & Hunter, 2011). Beroende på vilket material som har använts kan den postoperativa infektionsrisken minska (Kobayashi, Kobayashi, Nishizawa & Saito, 2010).

PROBLEMFORMULERING

På operationsavdelningen utförs dokumentationen i ett operationsplaneringssystem som inte är anslutet till det journalsystem som vårdavdelningen använder för att journalföra patientens vård. Överrapporteringen mellan operationssjuksköterskan och vårdavdelningssjuksköterskan sker muntligt och i de fall operationssjuksköterskan inte är med vid överrapporteringen, får den vidtagande vårdenheten information genom en annan yrkesgrupp. Ett känt begrepp är viskleken eller ”Chinese Whispers” som går ut på att en person viskar ett meddelande till en annan person och som i sin tur viskar vidare till nästa person. Meddelandet förs vidare via ett antal personer och den sista i ledet talar om vilket meddelandet är. Det sista meddelandet skiljer sig oftast från det ursprungliga meddelandet, antingen har personerna hört eller kommit ihåg fel. Då inte samma journalsystem används på de olika enheterna kan det försvåra för vårdavdelningen att ta del av den information som dokumenterats perioperativt. Detta på grund av att operationssjuksköterskan inte alltid kan ge informationen direkt utan får rapportera över till en annan yrkesgrupp som sedan vidareförmedlar informationen till vårdavdelningen. Med vår studie vill vi undersöka vad som händer med de omvårdnadsåtgärder som dokumenterats perioperativt eftersom bristande kommunikation är en av de vanligaste orsakerna till tillbud och händelser i vården (SBAR, u.å.).

SYFTE

Syftet är att undersöka om de omvårdnadsåtgärder som operationssjuksköterskan dokumenterat i operationsplaneringssystemet och rapporterat vidare återfinns i omvårdnadsjournalen.

METOD

Design

Studien baseras på granskning ur operationssjuksköterskans perioperativa dokumentation som sedan kvalitetsgranskas med det som journalförts i vårdavdelnings omvårdnadsjournal. Ur operationssystemet har operationssjuksköterskans anteckningar perioperativt jämförts med det som sjuksköterskan journalfört i vårdavdelningens omvårdnadsjournal.

Urval

Urvalet var patienter som opererats på en centraloperationsavdelning på ett universitetssjukhus i Sverige, under december månad, år 2011. Inklusionskriterier var att patienterna ska ha opererats under minst tre timmar och att vårdtiden efter operation är minst 24 timmar. Minst 24 timmar då det var första dygnets omvårdnadsdokumentation vi avsåg att följa och att operationen ska ha pågått i minst tre timmar valde vi eftersom patienten då varit positionerad under en längre tid. Totalt kvalitetsgranskades 40 stycken journaler.

Datainsamlingsmetod

Papperskopior skrevs ut, dels av operationssjuksköterskans anteckningar i operationsplaneringssystemet och dels av den elektroniska omvårdnadsjournalen. Kopiorna granskades i syfte att hitta information angående omvårdnadsåtgärder som operationssjuksköterskan har dokumenterat under den perioperativa omvårdnaden. I samband med granskningen av operationssjuksköterskans omvårdnadsdokumentation kvalitetsgranskas det som journalförts i vårdavdelningens omvårdnadsjournal. Journalgranskningen genomfördes utifrån sökord; *Hudstatus, Operationsläge, Dränage, KAD, Förband* samt *Hudsuturer*. Sökorden identifierades ur operationssjuksköterskans perioperativa mall (bilaga 1) med hänsyn till VIPS-modellen där vikt läggs bland annat på att främja och återställa hälsa och välbefinnande (VIPS-boken, 2005). Ur de 40 journalerna kvalitetsgranskades alla sökorden i respektive journal.

Dataanalys

Ur operationssjuksköterskans dokumentation i operationsplaneringssystemet har vi identifierat sex sökord, vilka sedan har jämförts med det journalförts i omvårdnadsjournalen. Insamlad data har sedan bearbetats i ett exceldokument där varje sökord har analyserats var för sig (se tabell 1). Resultatet sammanställdes därefter i tabeller och i text.

Tabell 1. Den utförda jämförelsen mellan operationsplaneringssystemet och omvårdnadsjournalen ur en journal presenteras i tabellen.

<i>Sökord</i>	Operationsplaneringssystem	Omvårdnadsjournal	Resultat
<i>Hudstatus</i>	ua	Op sår ua	
<i>Op läge</i>	rygg	-	
<i>Dränage</i>	Blakedrän 19, klippt 20 cm, passivt, fastsytt, vid leverresektionsytan	Passivt	
<i>KAD</i>	tempKAD, ch 12, xylocain, kuffad med 10 ml	KAD: ja	
<i>Förband</i>	Sårfilm med pad	ua	
<i>Hudsuturer</i>	staplers	-	

ETISKA ASPEKTER

För att genomföra kvalitetsgranskningen av journalerna fick vi godkännande av verksamhetschefen samt Forsknings- och Utbildningsavdelningen på det sjukhuset där kvalitetsgranskningen genomfördes. Vi har utgått från och beaktat Röda Korsets Högskola etiska ställningstagande som gäller vid forskning. Etiska aspekter att ta hänsyn till vid granskning av journaler har vi hämtat ur Helsingforsdeklarationens (Helsingforsdeklarationen, 2002) fyra principer; autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada samt rättvisepincipen (Etik, u.å.).

Autonomiprincipen har vi uppfyllt genom att beakta att vår granskning ur journalen inte ska komma till skada för patienten. Efter att ha fått tillstånd från verksamhetschefen har vi gjort studien i ett kvalitetsutvecklande syfte om behov finns för att förbättra patientsäkerheten vad gäller informationsöverföring. Godhetsprincipen har vi uppfyllt genom att vår studie kan leda till att kommunikationen och omvårdnadsdokumentationen mellan sjuksköterskan på operationsavdelningen och sjuksköterskan på vårdavdelningen förbättras och det i sin tur kommer patienten till godo i enlighet med SFS 2003:460. Personuppgifter får enligt Patientdatalagen (SFS 2008:355) behandlas inom hälso- och sjukvården under förutsättning att kvaliteten i verksamheten behöver utvecklas. Författarna vill genom att kvalitetsgranska journalerna belysa eventuella behov av förbättringar i omvårdnadsdokumentationen. Vidare görs en bedömning mellan kunskapsvinster och risker för att patienten inte ska komma till skada (Etikprövning av forskning som avser människor, u.å.).

De granskade journalerna har avidentifierats och menprövats en efter en. Menprövning görs då det finns risk för att personuppgifter kan röjas. Allt som kan knytas till en individ raderas innan sekretessbelagda uppgifter förmedlas vidare (Sekretessbelagda uppgifter, u.å.). För att stärka anonymiteten har vi valt att inte ta med citat ur journalerna. Vidare framgår inte vilken avdelning journalen är hämtade från, vilken sorts operation som är utförd, vilken ålder, kön eller etnisk bakgrund patienten har. Ingen information angående patientens identitet har sparats, vare sig i papperskopia eller elektroniskt. Det finns endast en uppsättning

av utskrifterna vilka förvaras inlåsta och endast författarna har tillgång till dem.
All information som kommer fram behandlas konfidentiellt för att bevara integriteten i enlighet med socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:14).

Eftersom vi kvalitetsgranskat dokumentation och omvårdnadsjournaler är rättvisprincipen inte applicerbar i vår studie.

RESULTAT

Journalföringen som sjuksköterskan har utfört i omvårdningsjournalen har granskats och jämförts med den perioperativa omvårdningsdokumentationen. Totalt var det 40 journaler som granskades och vi använde operationssjuksköterskans dokument i operationsplaneringssystemet som mall (bilaga 1). Den omvårdningsdokumentation som granskades är den som dokumenterats under de första 24 timmarna efter avslutad operation. I tabell 2 ses en sammanfattning av resultatet där det har framgått någon form av information angående respektive sökord och även hur många journaler som har exkluderats.

Tabell 2. En översikt av antal faktiskt granskade dokument/journaler samt antal exkluderade i respektive sökord.

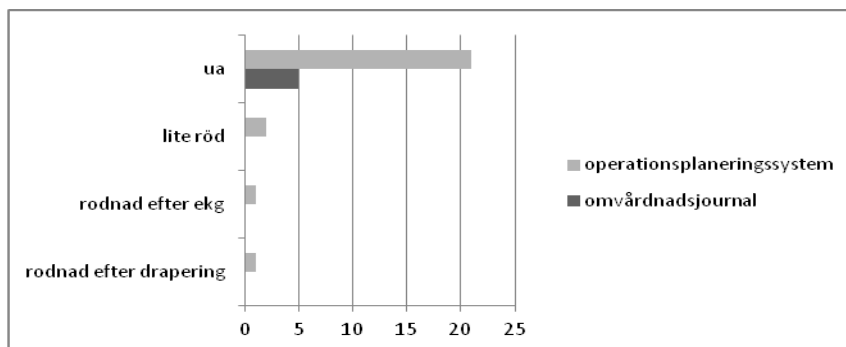
	Operationsplanerings-system	Omvårdnings-journal	Exkluderade
<i>Hudstatus</i>	25	5	15
<i>Op läge</i>	40	0	0
<i>Dränage</i>	24	24	16
<i>KAD</i>	35	28	5
<i>Förband</i>	36	31	4
<i>Hudsuturer</i>	35	2	5

Nedan presenteras resultatet utifrån de sökord vi granskat.

Hudstatus

Av de 40 journalerna är det femton stycken som inte är medräknade i resultatet på grund av att informationen saknades i operationsplaneringssystemet, se tabell 2. Under hudstatus framgår det inte exakt vad sökordet ”Hudstatus” innefattar i de olika systemen. I operationsplaneringssystemet finns det ett fält att markera om huden är ua (utan anmärkning) eller ok. Vid någon form av anmärkning på huden, som till exempel rodnad, finns det kommentars fält där det är möjligt att göra en egen beskrivning av huden. De fälten ska fyllas i både före och efter operation. Vid granskningen framkom

det att dokumentationen inte alltid var utförd och när en notering är gjord om en avvikelse före operation har det i några dokument noterats med ett ok efter operation, utan någon uppföljning. Under hudstatus i omvårdnadsjournalen framkommer det i fem av 25 fall en notering och då endast om operationssåret, figur 1.



Figur 1. Dokumentering av hudstatus i operationsplaneringssystemet respektive i omvårdnadsjournalen (n=25).

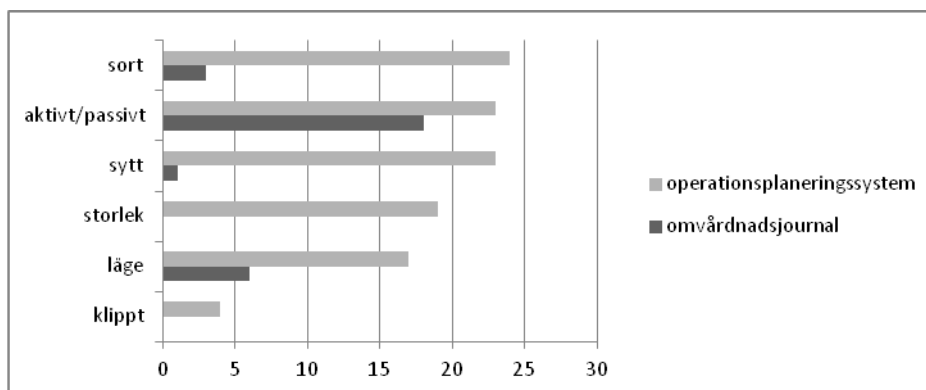
Positionering

I samtliga granskade perioperativa dokumenteringar framkommer det att patienten positionerats under operationen. I 31 fall har patienten positionerats i ryggläge under operationen, i sex fall i lithotomiläge och i tre fall i sidoläge. Vid granskningen av omvårdnadsjournalerna framkommer det inte någon information angående patientens position under operationen.

Dränage

I figur 2 redovisas granskningen av dränage och utav 40 perioperativa dokument är det i sexton som inte är medräknade eftersom det saknas information om dem i operationsplaneringssystemet. I de första omvårdnadsanteckningarna har informationen varit sparsam men har sedan fyllts på i senare anteckningar. I en omvårdnadsjournal framkom det att operationssjuksköterskan dokumenterat att patienten fått ett passivt dränage i samband med operation. I den första omvårdnadsanteckningen var det journalfört att patienten hade ett aktivt dränage vilket var ändrat till passivt dränage i en senare anteckning. Vidare framkom det att en patient hade fått två dränage, vilket inte var dokumenterat i operationsplaneringssystemet. Det var dock journalfört i den andra

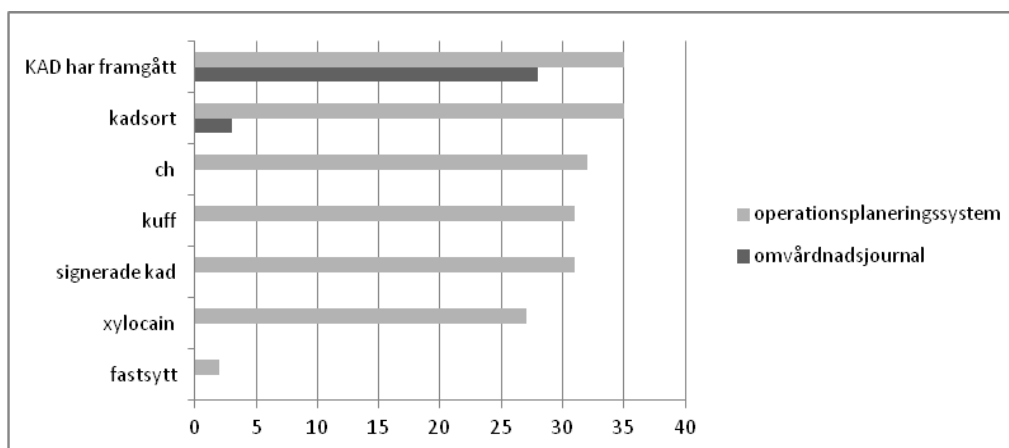
omvårdnadsanteckningen. Granskningen visade att i de 24 omvårdnadsjournalerna fanns någon form av information angående dränage, figur 2.



Figur 2. Dokumentering av dränage i operationsplaneringssystemet respektive i omvårdnadsjournalen (n=24).

KAD

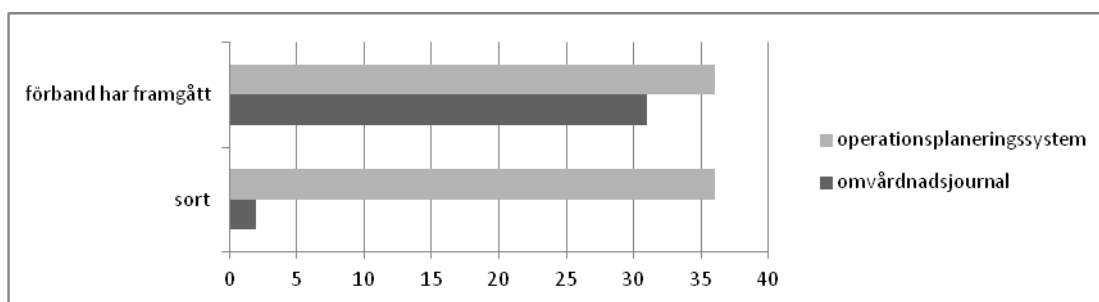
Av 40 journaler är två journaler inte medräknade i resultatet under KAD på grund av att informationen saknades i operationsplaneringssystemet. Ytterligare tre journaler är inte medräknade då patienten hade fått KAD preoperativt på vårdavdelningen. Det som framkom vid granskningen var att vid dokumenteringen så var det flera steg som måste göras för ett korrekt ifyllt dokument. Förutom KAD framkom sort, ch (storlek), kuff (ml som KAD kuffats med), vem som utfört appliceringen, om xylocain använts samt om den sytts fast. Av de återstående 35 perioperativa dokument framkom i 28 omvårdnadsjournaler någon form av information om att patienten hade KAD, se figur 3.



Figur 3. Dokumentering av KAD i operationsplaneringssystemet respektive i omvårdnadsjournalen (n=35).

Förband

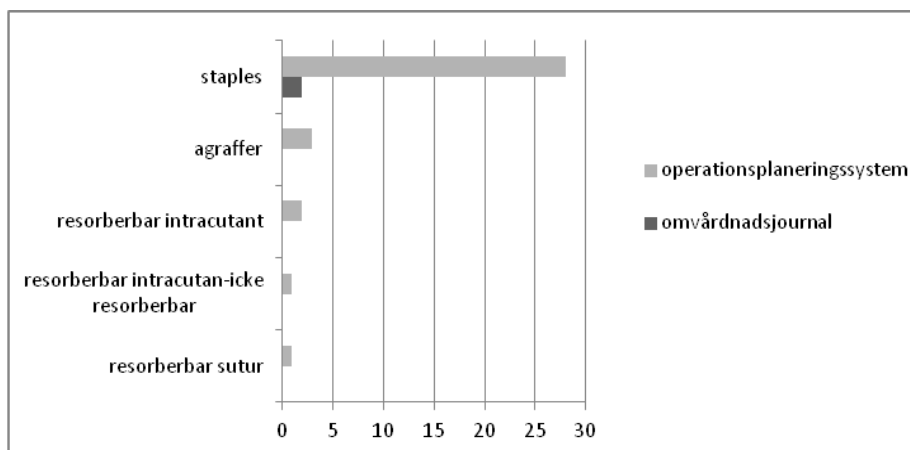
Vid jämförelse av information angående förband framkom det att av de 40 perioperativa dokumentationerna är det i 36 av dem som dokumentering har gjorts angående förband. När dessa jämfördes med omvårdnadsjournalerna framkom att i 31 av journalerna har det framgått att patienten har ett förband, se figur 4. I operationsplaneringssystemet dokumenteras vilket sorts förband som applicerats medan det i omvårdnadsjournalen journalförs vilket utseende förbandet har, till exempel torrt, genomblödning eller ua. I två av omvårdnadsjournalerna är det ordagrant journalfört vad som dokumenterats i operationsplaneringssystemet.



Figur 4. Dokumentering av förband i operationsplaneringssystemet respektive i omvårdnadsjournalen (n=36).

Hudsuturer

I de 40 ursprungliga dokumenten från operationsplaneringssystemet var det fem dokument som inte räknades med i resultatet eftersom det saknades information om detta i operationsplaneringssystemet. Av de resterande 35 dokumenten i operationsplaneringssystemet som kunde jämföras med omvårdnadsjournalerna var det i två förekommande fall som någon information påträffades angående suturer. Vi fann även att hudsuturer benämns olika i både operationsplaneringssystemen och i omvårdnadsjournalen, som till exempel staples och agraffer. Som ett exempel framgår det att i en av omvårdnadsjournalerna att huden hade förslutits med agraffer medan det i den perioperativa dokumenteringen framgår det att det använts staples. Om patienten har resorberbara eller icke resorberbara suturer framgår inte i omvårdnadsjournalen dock framgår det i samtliga dokument från operationsplaneringssystemet, figur 5.



Figur 5. Dokumentering av hudsuturer i operationsplaneringssystemet respektive i omvårdnadsjournalen (n=35).

Övrigt i resultatet framkom det skillnader mellan den perioperativa dokumentationen och omvårdnadsjournalen. Det som bland annat framkom var att av de 40 granskade fallen var det 29 som hade förflyttats mellan två vårdande enheter under de närmaste 24 timmarna efter avslutad operation. Bland de 29 patienterna var det i 14 omvårdnadsjournaler som den perioperativa dokumenteringen framkom först efter att patienten förflyttats en andra gång efter operation. Vid granskningen av dränage framkom det i den första omvårdnadsjournalanteckningen att dränaget var aktivt. I den andra anteckningen var den informationen dock ändrad till passivt vilket även var dokumenterat i operationsplaneringssystemet. I fem av de granskade fallen framkom att information saknas i operationsplaneringssystemet men att det sedan finns dokumenterat i omvårdnadsjournalen.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Sökorden i studien granskades i respektive journal. I de perioperativa dokumenten bestod flera av sökorden av kryssrutor och vid en del sökord även tillhörande fritext fält. I omvårdnadsjournalen finns möjlighet att journalföra i fritext direkt under sökorden vilket försvårar att få informationen enhetlig. Bryman (2011) skriver att om det finns en risk att samma frågeställning kan ge olika resultat kan det påverka reliabiliteten. Eftersom vi har utgått från förutbestämda sökord, gav det vid granskningen olika svar och i några av granskningsfallen har vi fått söka i hela omvårdnadsjournalen för att hitta information om studiens sökord gick att återfinna. Detta kan ha påverkat reliabiliteten negativt i studien eftersom att risk för författarnas egna förförståelse kan påverkat tolkningen av informationen (Bryman, 2011), som till exempel informationen i hudstatus. Att det i femton fall saknas information i den perioperativa dokumentationen är en brist i vårt metodval då det eventuellt kan bero på vilken sorts operation som utförts. Endoskopiska operationer (Endoskopi, u.å.) kan möjligtvis ha påverkat journalföringen under sökordet hudstatus, då hudkostymen är intakt under operationen. För att stärka reliabiliteten kunde ett test av sökorden utförts innan studien påbörjades (Bryman, 2011; Polit & Beck, 2009) för att få reda på vilken information som är relevant för vårdavdelningen. Vi ställdes inför ett problem då den klinik som vi valt för att hämta journaler från slagits ihop med två andra kliniker under urvalsperioden. Det medförde att den mall som vi valt att utgå ifrån bestod av tre mallar, en mall från vardera klinik. Sökorden var lite olika beroende på vilken enhet mallen tillhörde. För att underlätta presentationen av resultatet kunde vi ha valt ut ett specifikt ingrepp, därefter granskat och genom det eventuellt fått ett enhetligare svar.

Eftersom vi i studien har granskat 40 fall, vilket är lågt antal i jämförelse med de antal operationer som årligen utförs på universitetssjukhuset, kan det ha försvagat validiteten (Polit & Beck, 2009). Med tanke på syftet med vår studie, kan validiteten stärkas då det i den perioperativa dokumenteringen framkommer avvikelser i några fall, som sedan inte går att finna i omvårdnadsjournalen. Som tidigare studier visar kan detta bero på att informationen givits muntligt och riskerar då att gå förlorad (Junttilla m fl, 2010).

Bryman (2011) skriver att forskare gärna vill att deras studier skall kunna vara generaliserbara men att dra slutsatser om att så är fallet skall göras med försiktighet. Då studien gjorts utifrån specifika mallar som endast rör den undersökta avdelningen skulle metoden kunna generaliseras på den undersökta avdelningen men dock inte på andra ställen där andra mallar och förutsättningar gäller.

Braaf m fl (2011) utgick från intervjuer med personal för att få fram vad som inte fungerar vid informationsöverföring. Som metodval skulle även vi kunnat använda oss av intervjuer vilket eventuellt skulle ha gagnat de etiska aspekterna.

Resultatdiskussion

I resultatet framkommer det att mycket av den information som dokumenterats perioperativt av operationssjuksköterskan saknas i omvårdnadsjournalen.

I många fall i operationssjuksköterskans perioperativa dokumentation förekommer anmärkningar angående till exempel hudstatus, som rodnad efter draperingsmaterial, efter EKG-elektroder eller rodnad på hälar, saknas det i omvårdnadsjournalen. Under hudstatus i omvårdnadsjournalen var det endast i fem journaler där det framgick någon form av information och då endast om operationssåret och inte om hela hudkostymen. Som det framgår i Foster och Moore's (1999) studie, har information om hudstatus en stor betydelse för att bland annat kunna följa läkningsprocessen och för att i ett tidigt skede kunna vidta åtgärd. Enligt Heizenroth (2011) är det viktigt att en notering angående hela hudkostymen görs och framför allt efter längre operationer, detta för att förebygga eventuell skada och patientlidande (SOSFS 2005:12). Anmärkningsvärt är att det i hela femton fall av de perioperativa dokumenten inte framgår någon information om patientens hudstatus vare sig före eller efter operationen.

Vidare framkommer det ingen information om hur patienten varit positionerad under operation. Med tanke på att patienten varit positionerad i över tre timmar kan det vara viktigt att informationen följer med patienten. Detta för att bland annat möjliggöra adekvat tryckavlastning för att förebygga trycksår och vidare mobilisering av patienten (Walton-Geer, 2009). Beroende av vilken position patienten haft under operation kan det vara olika delar av kroppen som behöver observeras. Vid en operation då patienten till exempel varit positionerad i lithotomiläge (Heizenroth, 2011) är det viktigt att patientens extremiteter observeras (Beraldo & Dodds, 2006). Med hjälp av observationer och information angående patientens positionering under operationen kan relevanta åtgärder vidtas vid till exempel tecken på smärta.

Vid granskningen av omvårdnadsjournalerna vad gäller KAD har vi sett att det inte finns journalfört på den första avdelningen som patienten kommer till utan först då patienten förflyttats till den andra avdelningen efter operation.

Vid granskningen ur dokumentationen av dränage framkom det i fyra fall att dränaget hade blivit klippt. Det hade operationssjuksköterskan dokumenterat men det framkom inte då vi granskade omvårdnadsjournalen. Vid granskning i ytterligare en omvårdnadsjournal framkom det att patienten hade fått två olika sorters dränage. En läkare hade tillkallats, men enligt anteckningarna visste ingen om båda dränagen hade lagts vid den senaste operationen eller om dränagen applicerats tidigare samt att läget på ett av dränagen var okänt. I ett annat fall av granskningen framkom det att operationssjuksköterskan perioperativt dokumenterat att patienten fått ett aktivt dränage med angiven lokalisation samt att det var fastsytt. Inget av det var journalfört i omvårdnadsjournalen. Ett tydligt exempel på det som framkom i Ådahl's studie (2012), att information riskerar att försvinna då patienten förflyttas mellan avdelningar. I det fall det inte har varit något avvikande är det likväl viktigt att överrapportering sker för att undvika att information går förlorad (Pothier m fl, 2005).

Vidare i granskningen av dränage framkom det att i flertalet av omvårdnadsjournalerna var det utförligt journalfört men då inte i den första anteckningen utan i senare anteckningar. Det som var journalfört i omvårdnadsjournalen var ordagrant hämtat ur antingen operationssjuksköterskans dokumentation eller ur operationsberättelsen. Det väcker frågan hur informationen har kommit över från operationssjuksköterskans perioperativa dokumentation till omvårdnadsjournalen. En förklaring skulle kunna vara att en överrapportering har skett muntligt, det vill säga att sjuksköterskan har fått fylla i och signera vad någon annan har utfört, att sjuksköterskan har läst/lyssnat på diktat eller att informationen har stått på dränaget och sjuksköterskan har fått hämta uppgifterna därifrån. Som det framkommer i Mandal m fl's studie (2005) och som nämnts tidigare, är det lätt att information förloras eller förändras och då framförallt vid muntlig överföring. Detta framkom bland annat i omvårdnadsjournal då det i den första anteckningen var noterat att patienten hade ett aktivt dränage medan det i den andra anteckningen var det ändrat till ett passivt, vilket var dokumenterat i operationssjuksköterskedokumentet. Ett tydligt belägg på att vårdavdelningspersonal saknar information från operationssjuköterskan och att överrapporteringen inte fungerat.

Vidare i granskningen av dränage framkommer det att information saknas även från operationssjuksköterskan.

För att en kvalitets- och patientsäker vård ska kunna ges är en bra kommunikation en förutsättning. Detta är extra viktigt då patienten, i ett dåligt tillstånd eller medvetlös förflyttas mellan olika instanser och då olika journalsystem används. I resultatet framkommer det att patienten i 29 fall förflyttats mer än en gång mellan de vårdande enheterna under det första dygnet efter operation. Oklarheter i överrapporteringen kan påverka patientsäkerheten (Junttila m fl, 2010). När patienten lämnas över till den postoperativa enheten sker överrapportering av operationssjuksköterskan, anestesijüksköterskan och/eller anestesiolagen till vårdavdelningspersonalen. Att dubbelkontrollera informationen är svårt eftersom operationssjuksköterskan dokumenterar i ett annat journalsystem. Då information rapporteras muntligt är det en rekommendation att använda sig av hjälpmedel som SBAR. Att viktig information går förlorad minskar då en given mall används för hur informationsöverföring ska gå till (SBAR, u.å.). Även då rapportering sker efter en mall, visar studier på att det finns en risk för att informationen förändras när den ges muntligt och då framför allt när patienten byter avdelning (Andrea m fl, 2001). Enligt Foster och Moore (1999) kan en mall med riktlinjer göra det lättare att skapa sig en helhetssyn av patienten och att riktlinjer kan bidra till att dokumentationen blir mer noggrann vilket har en positiv påverkan på kvaliteten av dokumentationen (Foster & Moore, 1999; Daskein, 2009). Om en strukturerad mall används blir dokumentationen mer patientsäker då eventuella komplikationer kan identifieras snabbare (Murff m fl, 2011) och som resultatet visar kan det vara viktigt då inte alla har tillgång till operationsplaneringssystemet. Vid muntlig överrapportering visar studier på att risken för att viktig information försvinner är större. Tidigare visar studier på att vid muntlig överrapportering är risken större för att viktig information försvinner (Pothier m fl, 2005), vilket även har framkommit i vårt resultat.

Vid kvalitetsgranskningen framkom det att det ibland hänvisades till operationsberättelsen. Det leder till dubbelarbete då personalen, som det även framkom i Lillebo och Seim's (2011) studie, får gå in i operationsberättelsen och läsa, alternativt ringa till operationsavdelningen för vidare information. I resultatet framkom att information i några journaler var ordagrant hämtat ur antingen operationsberättelsen eller ur operationssjuksköterskans dokumentation. Det som kan bli svårt när två olika

system används, är att i efterhand gå in i journalen för att utvärdera patientens vård eller för att identifiera risker (Björvell & Engström, 2001).

Vid kvalitetsgranskningen av dokumentationen av hudsuturer, framkom det i operationssjuksköterskans perioperativa dokumentation att patientens hud förslutits med hudstapler. I omvårdnadsjournalen framkommer det att sjuksköterskan har läst i operationsberättelsen. Det som sedan är journalfört i omvårdnadsjournalen är ordagrant hämtat ur operationssjuksköterskans perioperativa dokumentation. Sjuksköterskan har alltså varit tvungen att leta fram informationen i ett annat system än det som används på avdelningen. Därefter har informationen, som någon annan har signerat, flyttats över till omvårdnadsjournalen. Med olika dokumentationssystem finns risk för dubbelarbete, som i det här fallet och som det framkom i Widgrens m fl's (2009) studie kan det leda till bristande informationsöverföring eller att information försvinner.

I en studie av Junttilla m fl (2010) var det 30% av de som ingick i studien som journalförde ofullständigt efter det att de hade läst sig till information av andras journalföring. Ett exempel i vårt resultat var att det i omvårdnadsjournalen framkom att huden var försluten med agraffer. Det framgick först då patienten flyttats till en andra vårdenheter efter operation. Eftersom informationen inte finns med i den tidigare omvårdnadsjournalen utan först i den andra, när patienten bytt enhet, är frågan om personalen/sjuksköterskan fått det som en muntlig information (andra hands uppgift) eller läst/lyssnat sig till det genom läkarens diktat. Utan samma journalsystem kan det lätt hända och som Junttilla m fl (2010) tar upp, att information går förlorad på grund av olika journaler som avdelningspersonalen läser samt att den muntliga informationen är en risk i sig.

I resultatet framkom även att det används olika termer men att det syftar på samma sak. I operationssjuksköterskans perioperativa dokumentation framkommer till exempel att huden försluts med stapel medan det i omvårdnadsjournalen står agraffer. Vidare i det elektroniska journalsystemet har vi sett att sökorden inte används konsekvent. Dränage, till exempel, har vi sett under cirkulation, dränage, hud/vävnad eller under elimination. Det som också framkommit är att inte alla sökord finns med i operationsmallen beroende på vilken sektion det dokumenteras på. I en av operationsmallarna går det inte att dokumentera hudstatus postoperativt annat än i ett kommentarsfält.

I Junttila m fl's studie (2005) framkommer det att erfarenhet har betydelse för hur överrapporteringen sker då olika hjälpmedel erhålls, som till exempel egen skrivna dokument. Med hjälp av en standardisering skulle gemensamma beslut lättare kunna fattas genom att adekvat information ges. Som det framkommer i Törnvall och Wilhelmsson studie (2008) är informationen som överförs när patienten förflyttas, beroende av vilka rutiner som används vid överlämnandet.

Tidigare nämnda exempel visar på att det som dokumenteras i operationsplaneringssystemet inte alltid följer med patienten till den postoperativa enheten vilket, som även framkom i Junttila m fl's studie (2010), kan påverka patientsäkerheten.

Slutsats

Resultatet i studien anser vi tyder på att en gemensam standardiserad journal med tydliga riktlinjer skulle underlätta för informationsöverföringen mellan de olika enheterna. En standardisering av patientjournalen skulle enligt oss stärka patientsäkerheten i och med att relevantare dokumentation överförs och risker för att information går förlorad minskar. I Törnvall m fl (2009) studie framkommer också att en standardisering av journaler ger en bättre översyn av patientens tillstånd och därmed bli mer patientsäkert. För att i ett tidigt stadium kunna vidta åtgärder vid till exempel läkningsprocessen är det viktigt att det dokumenteras (Andreae, Ekstedt & Snellman, 2011) och för att inte behöva utforma journaler vid varje tillfälle kan en standardisering underlätta (Törnvall m fl, 2009; Andreae m fl 2011). Att inte informationen som operationssjuksköterskan perioperativt dokumenterat förs över till vårdavdelningen kan enligt oss påverka patientens fortsatta vård, något som styrks av Grazia De Marinis m fl, (2009). Vikten av att dokumenteringen blir så bra som möjligt framkommer också i Ådals avhandling (2012) där det kommer fram att ett flertal patienter årligen tar skada bland annat vid överlämnandet mellan olika enheter. Ådals (2012) avhandling visar att risken för att fel uppstår är som störst vid överlämnandet. En standardiserad dokumentation anser vi, liksom det framkommer i studien av Beyea (2001), strukturerar upp och hjälper till att kategorisera informationen, vilket underlättar att ge en god omvårdnad.

Klinisk betydelse

Resultatet visar på att ett gemensamt journalsystem underlättar kontinuiteten i omvårdnaden och därmed ökar patientsäkerheten. En dialog med vårdavdelningen skulle även kunna säkerställa vilken information som är relevant för den fortsatta vården (Beyeas, 2001).

Förslag på vidare forskning/utveckling

Resultatet i vår studie visar på att en djupare studie behöver göras där förslagsvis sökord används istället för att utgå från operationsmallen. Sökord möjliggör granskning av både operationsmallen och omvårdnadsjournalen.

En kontinuerlig uppföljning och utvärdering av vilken information som vårdavdelningen behöver för patientens fortsatta omvårdnad.

REFERENSER

Andreae, C., Ekstedt, M. & Snellman, I. (2011). Patient's Participation as It Appears in the Nursing Documentation, When Care Is Ruled by Standardized Care Plans.

International Scholarly Research Network ISRN Nursing, 2011, 1-7.

doi:10.5402/2011/707601

Batstone, M.D., Lowe, D., Shaw, R. J., Brown, J. S., Vaughan, E. D. & Rogers, S. N. (2009). Passive versus active drainage following neck dissection: a non-randomised prospective study. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 266*(1), 121-124.

Doi:10.1007/s00405-008-0723-8

Beraldo, S. & Dodds, S. R. (2006). Lower Limb Acute Compartment Syndrome After Colorectal Surgery in Prolonged Lithotomy Position. *Diseases of the Colon & Rectum, 49*(11), 1771-1780.

Beyea, C. S. (2001). The ideal state for perioperative nursing. *AORN Journal, 73*(5), 897-901.

Björvell, H. & Engström, B. (2001). Kvalitetsindikatorer för patientutbildning. I E. Idvall (Red.), *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad* (3:e uppl., s. 73-84). Stockholm: Gothia.

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2:a uppl.). Malmö: Liber AB.

Braaf, S., Manias, E. & Riley, R. (2011). The role of documents and documentation in communication failure across the perioperative pathway. A literature review.

International Journal of Nursing Studies, 48(8), 1024 - 1038.

CSTC Centrum Samverkan TakeCare. (u.å.). Hämtad 4 januari, 2012, från

http://www.samverkantc.se/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=153

Daskein, R., Moyle, W. & Creedy, D. (2009) Aged-care nurses' knowledge of nursing documentation: an Australian perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 18(14), 2087-2095.

Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects. (u.å.). I *World medical association*. Hämtad 8 februari, 2012, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

DeLamar, L. M. (2011). Anesthesia. I E. L. Alexander, J. C. Rothrock, & D. R. McEwen (Red.), *Alexander's Care of the Patient in Surgery* (14. ed., s. 111-143). St. Louis Missouri, USA: Elsevier/ Mosby.

Durai, R. & Philip, C. H. (2010). Surgical Vacuum Drains: Types, Uses, and Complications. *AORN journal*, 91(2), 266-274.

EKG. (u.å.). I *Vårdguiden*. Hämtad 8 mars, 2012, från <http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Undersokningar/EKG/>

Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2005). *VIPS-boken: om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*. (1. Uppl.) Stockholm: Vårdförbundet.

Endoskopi. (u.å.). I *Karolinska Universitetssjukhuset*. Hämtad 1 mars, 2012, från <http://www.karolinska.se/Verksamheternas/Undersokningar/Mage--matsmaltning/Endoskopi/>

Etik. (u.å.). I *Landstinget i Kalmar län*. Hämtad 20 mars, 2012, från <http://www2.ltkalmar.se/pallvard/pdf/Etik,%20flik%207.pdf>

Etikprövning av forskning som avser människor (u.å.). I *EPN*. Hämtad 10 februari, 2012, från <http://www.epn.se/start/startside.aspx>

Foster, L. & Moore, P. (1999). Acute surgical wound care 4: the importance of documentation. *British Journal of Nursing*, 8(5), 288-92.

Gartlan, J., Smith, A., Clennett, S., Walshe, D., Tomlinson-Smith, A., Boas, L. & Robinson, A. (2010). An audit of the adequacy of acute wound care documentation of surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2207-2214.

Grazia de Marinis, M., Piredda, M., Pascarella, M. C., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglino, D., Alvaro, R. & Matarese, M. (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!?' consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Critical Nursing*, 19(11-12), 1544-1552.

Guglielmi, C., & Hunter, S. (2011). Sutures, Needles, and Instruments. I E. L. Alexander, J. C. Rothrock, & D. R. McEwen (Red.), *Alexander's Care of the Patient in Surgery* (14. ed., s. 174-203). St. Louis Missouri, USA: Elsevier/ Mosby.

Gustavsson, Å. B., & Kolvered, M. (2003). *PeriOp-VIPS*. Lund: Studentlitteratur.

Heizenroth, P. A. (2011). Positioning the Patient for Surgery. I E. L. Alexander, J. C. Rothrock, & D. R. McEwen (Red.), *Alexander's Care of the Patient in Surgery* (14. ed., s. 144-173). St. Louis Missouri, USA: Elsevier/ Mosby.

Helsingforsdeklarationen (2002). Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration Etiska principer för medicinsk forskning som omfattar människor. *Läkartidningen*, 11,(99), 1214-1216.

Holm, S. & Hansen, E. (2000). *Pre - och postoperative omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Junttil, K., Hupli, M. & Salanterä, S. (2010). The Use of Nursing Diagnoses in Perioperative Documentation. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21(2), 57-68.

Junttila, K., Salanterä, S. & Hupli, M. (2005). Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation. *Journal of Advanced Nursing* 52(3), 271-280.

Kateterisering av urinblåsan. (u.å.). I *Vårdhandboken*. Hämtad 24 januari, 2012, från <http://vardhandboken.se/Texter/Kateterisering-av-urinblasa/Oversikt/>

Kobayashi, S., Ito, M., Sugito, M., Kobayashi, A., Nishizawa, Y. & Saito, N. (2010). Association Between Incisional Surgical Site Infection and the Type of Skin Closure After Stoma Closure. *Surgery Today* , 41(7), 941-945.

Lachenbruch, C. & VanGilder, C. (2012). Estimates of Evaporation Rate from Wounds for Various Dressing/Support Surface Combinations. *Advances in Skin & Wound Care*, 25(1), 29-36.

Lillebo, B., Seim, A. & Faxvaag, A. (2011). Information and Communication Needs of Health Workers in the Perioperative Domain. *European Federation for Medical Informatics* , 169, 364-8.

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

Mandal, K., Adams, W. & Fraser, S. (2005). "Near misses" in a cataract theatre: how do we improve understanding and documentation?. *British Journal of Ophthalmology*, 89, 1565-1568.

Marley, H. K. (2011). Genitourinary Surgery. I E. L. Alexander, J. C. Rothrock, & D. R. McEwen (Red.), *Alexander's Care of the Patient in Surgery* (14. ed., s. 478-565). St. Louis Missouri, USA: Elsevier/ Mosby.

McEwen, D. R. (2011). Wound Healing, Dressings, and Drains. I E. L. Alexander, J. C. Rothrock, & D. R. McEwen (Red.), *Alexander's Care of the Patient in Surgery* (14. ed., s. 250-266). St. Louis Missouri, USA: Elsevier/ Mosby.

Murff, H. J., FitzHenry, F., Matheny, M. E., Gentry, N., Kotter, K. L., Crimin, K., Dittus, R. S., Rosen, A. K., Elkin, P. L., Brown, S. H. & Speroff, T. (2011). Automated Identification of Postoperative Complications Within an Electronic Medical Record Using Natural Language Processing. *American Medical Association*, 306(8), 848-855.

Odom-Forren, J. (2011). Postoperative Patient Care and Pain Management. I E. L. Alexander, J. C. Rothrock, & D. R. McEwen (Red.), *Alexander's Care of the Patient in Surgery* (14. ed., s. 267-293). St. Louis Missouri, USA: Elsevier/ Mosby.

Orbit. (u.å.). I *EDB ErgoGroup SYSteam*. Hämtad 5 januari, 2012, från <http://www.system.se/se/Branscher/HealthCare/Planering-och-uppfoljning-vid-operation/>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2009). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7. ed.). Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

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.

R. f. (2011). *Kompetensbeskrivning För legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård*.

Riskbedömning. (u.å.). I *Vårdhandboken*. Hämtad 9 mars, 2012,
<http://www.vardhandboken.se/Texter/Trycksar/Riskbedomning/>

Saullo, D. C. (2011). Trauma Surgery. I E. L. Alexander, J. C. Rothrock, & D. R. McEwen (Red.), *Alexander's Care of the Patient in Surgery* (14. ed., s. 1183-1215). St. Louis Missouri, USA: Elsevier/ Mosby.

SBAR. (u.å.). I *Patientförsäkringen LÖF*. Hämtad 16 februari, 2012, från
<http://www.patientforsakring.se/SBAR.html>

Sekretessbelagda uppgifter. (u.å.). I *Vårdhandboken*. Hämtad 8 mars, 2012,
<http://vardhandboken.se/Texter/Sekretess/Sekretessbelagda-uppgifter/>

SFS 2003:460. *Etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 9 mars, 2012
från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20030460.htm>

SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Hämtad 4 januari, 2012, från
<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20080355.htm>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.
Stockholm.

SOSFS 2000:1. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 4 januari, 2012, från
<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2000-1>

SOSFS 2005:12. *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 4 januari, 2012, från
http://www.sls.se/Global/cpd/SOSFS%202005_12.pdf

SOSFS 2008:14. *Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 4 januari, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-14>

Thoroddsen, A. & Ehnfors, M. (2006) Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1826-1838.

Törnvall, E. & Wilhelmsson, S. (2008). Nursing documentation for communication and evaluating care. *Journal of Critical Nursing*, 17(16), 2116-2124.

Törnvall, E., Wahren, L. K. & Wilhelmsson, S. (2009). Advancing nursing documentation - An intervention study using patients with leg ulcer as an example. *International Journal of Medical Informatics*, 78, 605-617.

Walton-Geer, P. S. (2009). Prevention of Pressure Ulcers in the Surgical Patient. *Aorn Journal*, 89(3), 538-552.

Widgren, B., Grauman, S., Örringe, P. & Thörn, K. (2009). Akutvården säkrare och effektivare med gemensamma metoder. *Läkartidningen*, 49(106), 3348-3349.

Ådahl, K. (2012). *On Decision Support in Participatory Medicine Supporting Health Care Empowerment*. Doctoral dissertation, Blekinge Institute of Technology.

Hematurikateter - är en förstärkt trevägskateter som används då det är blod i urinen samt då det är risk för att blodet lever sig (Marley, 2011).

Positionering - Patientens placering på operationsbordet

Spoldropp - till en hematurikateter är det möjligt att hänga upp ett dropp för kontinuerlig spolning av urinblåsan samt urinvägarna (Marley, 2011).