



LUNDS
UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Överrapportering enligt S-BAR modellen mellan anesthesi- och intensivvårdspersonal

-en kvantitativ observationsstudie avseende
följsamhet

Författare: Malin Rullander och Frida Jönsson

Handledare: Anders Johansson

Magisteruppsats

Januari 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Överrapportering enligt S-BAR modellen mellan anesthesi- och intensivvårdspersonal.

-en kvantitativ observationsstudie avseende följsamhet

Författare: Malin Rullander och Frida Jönsson

Handledare: Anders Johansson

Magisteruppsats

Januari 2013

Abstrakt

Bakgrund: Bristande kommunikation inom vården är en av de vanligaste orsakerna som leder till att patienter kommer till skada. God kommunikation är av största vikt vid överrapporteringssituationer, speciellt för patienter som genomgår operation. För att minimera riskerna vid överrapporteringssituationer har det utarbetats olika standardiserade verktyg, ett exempel på detta är S-BAR modellen. S-BAR modellen är implementerad och skall användas vid alla överrapporteringssituationer på sjukhuset där studien utfördes. **Syfte:** Syftet med studien var att undersöka följsamheten av S-BAR modellen vid överrapporteringssituationer samt att jämföra eventuella skillnader mellan olika ASA-klasser. **Metod:** Metoden som användes i studien var en kvantitativ observationsstudie. Observationerna var strukturerade, direkta och icke deltagande. **Resultat:** Resultatet visade att följsamheten av S-BAR varierade mellan 3.3 - 100 % och att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan låga och höga klassificeringsnivåer. **Konklusion och implikation:** Vid införande av standardiserade mallar är det viktigt med välfungerande implementering och träning för bästa resultat. Denna studie visar låg följsamhet till S-BAR.

Nyckelord

SBAR, Kommunikation, Rapportering, Överrapportering, ASA-klasser, Patientsäkerhet

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	2
PROBLEMBESKRIVNING	3
BAKGRUND	4
<i>Kommunikation</i>	4
<i>Överrapportering</i>	5
<i>S-BAR</i>	6
<i>Patientöverlämnandet på den postoperativa avdelningen</i>	7
<i>ASA-klassifikation</i>	8
SYFTE	9
METOD	9
PERSPEKTIV OCH UTGÅNGSPUNKT	10
URVAL AV UNDERSÖKNINGSGRUPP	11
INSTRUMENT	11
GENOMFÖRANDE AV DATAINSAMLING	12
GENOMFÖRANDE AV DATABEARBETNING	13
FORSKNINGSETISKA AVVÄGNINGAR	13
RESULTAT	15
SITUATION	15
BAKGRUND	16
AKTUELLT TILLSTÅND	16
REKOMMENDATION	18
DISKUSSION	19
DISKUSSION AV VALD METOD	19
DISKUSSION AV FRAMTAGET RESULTAT	21
KONKLUSION	24
REFERENSER	25
BILAGA 1	29

Problembeskrivning

Enligt en rapport från Institute of Medicine var medicinska misstag den ledande orsaken till skada och död inom vården i USA (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). I rapporten påpekades att vikten inte skulle läggas på att utse en syndabock för misstagen som begåtts, utan istället fokusera på hur man skulle organisera för att motverka att det hände igen (a.a.). För att kunna förebygga medicinska misstag i vården var det viktigt att undersöka vad som orsakade dessa. Rapporten av Kohn et al. (2000) bekräftades i många studier som påvisade att bristande kommunikation inom vården var en av de vanligaste orsakerna som ledde till att patienter kom till skada (Leonard, Graham & Bonacum, 2004; Marshall, Harrison & Flanagan, 2009; Wallin & Thor, 2008). Ett sätt att förbättra kommunikationen var att utarbeta protokoll eller andra verktyg för att minimera riskerna för misstag (Kohn et al., 2000). Ett tillfälle då bra kommunikation visade sig vara av stor vikt var vid överrapporteringar och en studie visade att överrapporteringar utgör ett kritiskt moment för patienter som genomgått operation (Siassakos et al., 2011).

En tidigare observationsstudie utförd i Toronto, Kanada, undersökte överrapporteringstillfället mellan anestesipersonalen och personalen på den postoperativa avdelningen med hjälp av ett förutbestämt observationsprotokoll, därtill 29 observationspunkter (Siddiqui et al., 2012). Studien visade att det endast var två observationspunkter som observerades vid mer än 90 % av överrapporteringssituationerna (typ av operation och anestesi), och tre observationspunkter som observerades vid mer än 80 % av överrapporteringssituationerna (intubationssvårigheter, jourbyte, anamnes). Många av observationspunkterna som forskningspersonerna i efterhand uppgett varit viktiga för en komplett överrapportering saknades i de observerade överrapporteringarna, till exempel allergier och blodsmitta (a.a.).

Vid genomgång av litteratur i Sverige påträffades endast två studier om överrapporteringar enligt S-BAR. Dessa studier var utförda i norra Sverige och undersökte överrapporteringar mellan ambulanspersonal och personal på akutmottagning (Bruce & Suserud, 2005; Holmstedt & Löfvenius-Grelz, 2011). Den ena studien hade undersökt personalens uppfattningar av överrapporteringar med hjälp av intervjuer (Bruce & Suserud, 2005), den andra studien hade med en observationsstudie undersökt följsamheten av

kommunikationsmodellen S-BAR mellan ambulanspersonal och personal på akutmottagning (Holmstedt & Löfvenius- Grelz, 2011).

Under författarnas verksamhetsförlagda utbildning påträffades PM/riktlinjer om överrapporteringen på den postoperativa avdelningen. Vid diskussion med de olika personalgrupperna om dessa PM/riktlinjer framkom det att personalen tyckte detta var svårt att följa och att PM:et behövde uppdateras. Därför ansåg författarna att rationalitet förelåg för studien. Då studier har visat att överrapporteringar utgjorde en kritisk punkt för patienter (Siassakos et al., 2011; Smith, Pope, Goodwin & Mort, 2008) var studien viktig för att kunna fortsätta utveckla och förbättra överrapportering enligt S-BAR. Med tanke på detta var studien även viktig ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Bakgrund

Kommunikation

Ordet ”kommunikation” kan härledas från det latinska ordet ”communicare” som betyder gemensam. Kommunikation är en process där två eller fler personer skickar budskap till varandra (Ilan et al., 2012; Nilsson & Waldemarson, 2007). Kommunikation grundas på relationer som är kärnan i sjuksköterskans arbete och bygger på sjuksköterskans förmåga att lyssna, tolka, samla in och dela informationen (Manning, 2006). Socialstyrelsen (2008) visade i en rapport att grunden för att lyckas med kommunikationen i vården var professionalitet och förmåga att lyssna. För att detta skulle fungera behövdes kunskap, utbildning och träning av en professionell handledare.

Sveriges kommuner och landsting (SKL) har i sin rapport beskrivit att kommunikation är ett redskap som används inom sjukvården. Kommunikation var en förutsättning för god och säker vård, speciellt i akuta situationer (SKL, 2010), och var direkt avgörande för patientsäkerheten (Bågenholm-Nilsson & Stensmyren, 2010). Wallin och Thor (2008) har beskrivit i sin artikel att när patienter skulle flyttas mellan olika avdelningar fanns en stor risk att viktig information försvann både i den skriftliga och muntliga rapporten. Författarna menade att detta dels kunde beror på att olika professioner kommunicerade på skilda vis och dels på grund av olikheter i utbildning och utbildningsmetoder redan på grundnivå (a.a.).

Sjuksköterskor syftade till att vara mer beskrivande och detaljerad i sin kommunikation medan läkare var mer fåordiga och tenderade att sammanfatta sina budskap i koder som inte alltid var självklara att mottagaren hade kompetens att förstå (Haig, Sutton & Whittington, 2006; Manning, 2006; Socialstyrelsen, 2008; Wallin & Thor, 2008).

En studie från Australien visade att 11 % av 30 000 granskade fall där patienter kommit till skada berodde på kommunikationsbrister (WHO, 2007). En annan studie från USA, där man granskat rapporterade misstag mellan 1995-2006 framkom det att kommunikationsbrister var den ledande orsaken till att dessa rapporteringar hade gjorts (Socialstyrelsen, 2008).

I Sverige rapporteras händelser som begås till länens patientnämnder men det finns även ett system för att rapportera händelser som lett till eller hade kunnat leda till vårdskador, Lex Maria. Det har visats i en rapport från Socialstyrelsen (2008) att år 2003 inkom det 3392 anmälningar rörande bristande kommunikation eller information till patientnämnderna (a.a.). Slutsatsen av dessa artiklar och rapporter borde vara att utvecklingen av kommunikation inom vården är mycket viktig för att kunna förbättra patientsäkerheten. På SKL:s patientsäkerhetskonferens har det nyligen fokuserats på kommunikationen inom vården (Bågenholm-Nilsson & Stensmyren, 2010). Slutsatsen av konferensen var att bra kommunikation ledde till en tryggare och säkrare vård och att motsatsen, bristande kommunikation, var den vanligaste orsaken till tillbud och misslyckande (a.a.).

Överrapportering

Överrapportering beskrivs som överlämnandet av det professionella ansvaret för en patient och dess fortsatta vård till en annan personalgrupp, tillfälligt eller permanent (Nagpal et al., 2010). Överrapporteringar sker mellan personal i olika led, till exempel mellan arbetspass, mellan akutmottagning och vårdavdelning och mellan olika vårdinrättningar (a.a.). Denna överföring av information var och är ett vanligt moment inom sjukvården och sker flertalet gånger per dag på ett sjukhus (Stevens, Bader, Luna & Johnson, 2011). Målet med överrapporteringen är att korrekt information om patientens vård och tillstånd ska förmedlas så att fortsatt säker och kontinuerlig vård kan fortgå (Nagpal et al., 2010).

Patienter som genomgått operation kommer i kontakt med många olika vårdgivare under sin vårdtid. För att vårdkedjan ska fungera för dessa patienter samt för att patientsäkerheten ska kunna tillgodoses krävs att kommunikationen mellan vårdgivare fungerar optimalt (Stevens et al., 2011). Studier har visat att en kritisk tidpunkt för patienter som genomgått operation var vid överrapporteringen mellan anestesipersonal och postoperativa avdelningens personal (Siassakos et al., 2011; Stevens et al., 2011). Brister i överrapporteringen kunde resultera i medicinska misstag samt i slöseri med tid och resurser och därmed en kostnad för sjukhuset och samhället (Nagpal et al., 2010).

För att minimera risker för fel och misstolkningar vid överföring av information mellan vårdgivare bör PM/riktlinjer finnas. Det finns även en vinst med att använda olika typer av strukturerade modeller som kan leda till enklare och säkrare informationsöverföring och ökad patientsäkerhet. En sådan fastställd struktur för kommunikation minskar riskerna för att information tappas bort. Ett exempel på en sådan modell är S-BAR (SKL, 2010), och den kan användas i både skriftlig som muntlig kommunikation (Wallin & Thor, 2008).

Inom Region Skåne har det beslutats att allt informationsutbyte och alla överrapporteringar ska följa den utarbetade S-BAR modellen och på sjukhuset där denna studie utfördes infördes modellen 2011-10-01 (Helsingborgs lasarett, 2011). S-BAR modellen infördes som ett standardiserat, sjukhusövergripande rapporteringsverktyg. Implementeringen bestod av ett antal studiedagar där information om modellen framfördes. Personalen fick modellen i fickformat och avdelningarna fick modellen upptryckt på musmatta (a.a.).

S-BAR

S-BAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation) är en modell som utvecklats till följd av de problem som uppstått vid tidspressat arbete som innefattat en stor mängd informationsöverföring. S-BAR modellen togs ursprungligen fram av den amerikanska marinen. De hade insett behovet av en strukturerad modell för kommunikation och nu har den anpassats till den svenska Hälso- och sjukvården (Bågenholm-Nilsson & Stensmyren, 2010; WHO, 2007). Modellen syftar till att ge en gemensam och strukturerad kommunikation, där fokus ligger på det primära budskapet samt att fakta skall presenteras på ett snabbt och effektivt sätt (Bågenholm-Nilsson & Stensmyren, 2010; Manning, 2006). Det är viktigt att

modellen modifieras för att passa in i den vård eller verksamhet i vilken den ska tillämpas (Manning, 2006). I SKL:s information om S-BAR modellen underströks vikten av utbildning samt scenarioträning för personalen innan implementering av modellen genomförs (SKL, 2010). Studier har påvisat att personal som genomgått S-BAR utbildning med scenarioträning hade högre resultat och bättre kommunikation än dem som inte hade fått utbildning (Donahue, Miller, Smith, Dykes & Fitzpatrick, 2011; Marshall et al., 2009).

Rapportering med S-BAR modellen bör ske enligt följande:

S – Situation:

Sändaren skall här kortfattat beskriva varför man tar kontakt med mottagaren. Det skall framkomma vad sändaren heter, titel och avdelning. Därefter skall patientens namn, ålder, personnummer och problem presenteras.

B – Bakgrund:

Relevant, kortfattad information om patientens sjukdomshistoria beskrivs till mottagaren. Här kan även tidigare diagnoser, utredningar och behandling beskrivas.

A – Aktuellt tillstånd:

Sändaren rapporterar här om nuläget. Vad har gjorts hittills, fakta om det aktuella tillståndet samt eventuella förändringar i patientens vitalparametrar. Sändaren kan också uppge troliga orsaker till varför problemet uppstått.

R – Rekommendation:

Både sändare och mottagare skall presentera sina förslag på åtgärder och komma översens om vidare planering för patientens vårdförlopp. Här finns också utrymme till frågor kring oklarheter. S-BAR kommunikationen avslutas när båda parter har enats och bekräftat att man är överens, så kallad closed loop kommunikation (SKL, 2010).

Patientöverlämnandet på den postoperativa avdelningen

På den postoperativa avdelningen samarbetar olika yrkeskategorier. Det är av vikt att samarbetet fungerar optimalt för att patientens postoperativa vård och fortsatta rehabilitering skall bli så bra som möjligt. För anestesipersonalen är överrapportering ett arbetsmoment som tar stor del av deras arbetsdag (Siassakos et al., 2011). På en postoperativ avdelning består överrapporteringen av tre komponenter: ett tillfälle för anestesipersonalen att förmedla sin kunskap om patientens peri-operativa vård, en markering av överlämnandet av ansvar samt ett

forum för att få en bild av vad som är gjort och vad som är planen för fortsatt vård (Smith et al., 2008).

Riksföreningen för anestesi och intensivvård (SFAI) och Svensk sjuksköterskeförening har tillsammans utvecklat en kompetensbeskrivning för anestesisjuksköterskor (Kompetensbeskrivning, 2012a). I kompetensbeskrivningen förklaras att anestesisjuksköterskan ansvarar för att muntligt och skriftligt dokumentera, rapportera samt kritiskt utvärdera den peri-operativa vården. Dessutom skall anestesisjuksköterskan arbeta preventivt och planera för patientens postoperativa vård och rehabilitering (a.a.).

Enligt kompetensbeskrivningen för intensivvårdssjuksköterskor framkommer att intensivvårdssjuksköterskan skall arbeta preventivt för god postoperativ återhämtning (Kompetensbeskrivning, 2012b). Efter överrapporteringen från anestesipersonalen överförs ansvaret för den opererade patienten till intensivvårdssjuksköterskan på den postoperativa avdelningen (Smith et al., 2008).

ASA-klassifikation

American Society of Anaesthesiologists (ASA) har utvecklat ett riskbedömningssystem för patienter som skall genomgå operativa ingrepp. ASA-klassifikation är till för att gradera patienters sjukdomsstatus inför operation och utarbetades 1963 (Strand Finstad & Valeberg, 2005). ASA-klassifikation används nu runt om i världen av många anesthesiologer och har i flertalet studier visat sig vara av värde för både personal och patienter (Daabiss, 2011; Froehner, Litz, Heller, Oehlschlaeger & Wirth, 2003; Ringdal et al., 2012). I kompetensbeskrivningen för anestesisjuksköterskor skall anestesisjuksköterskan på ordination av anesthesiolog självständigt genomföra generell anestesi på patienter med ASA-klass I-II. Patienter med ASA-klass III-V skall anestesisjuksköterskan tillsammans med anesthesiolog planera och genomföra generell anestesi på (Strand Finstad & Valeberg, 2005).

ASA-klassificering:

ASA I: En i övrigt frisk patient.

ASA II: En patient med mild systemsjukdom utan större funktionell begränsning.

ASA III: En patient med svår systemsjukdom med definitiv funktionell inskränkning.

ASA IV: En patient med mycket svår systemsjukdom som utgör ett konstant livshot.

ASA V: En moribund patient som inte anses överleva 24 timmar med eller utan kirurgi.

ASA VI: Organdonator med total hjärninfarkt (Strand Finstad & Valeberg, 2005; SFAI, 2006).

ASA-klassificeringen fungerar som ett hjälpmedel och kan förutspå riskerna för peri- och postoperativa komplikationer, där höga ASA-klasser har högre risk för komplikationer (Daabiss, 2011). För att minimera dessa risker för patienter med höga ASA-klasser är det viktigt att all information angående den peri-operativa vården överrapporteras till intensivvårdspersonalen (Nagpal et al., 2010). Därför kan det antas att överrapporteringarna bör bli mer utförliga vid höga ASA-klasser, dock påträffades inga studier som har styrkt denna hypotes.

Syfte

Studien syftade till att undersöka följsamheten av S-BAR modellen vid överrapporteringssituationen mellan anesthesi- och intensivvårdspersonal samt att jämföra eventuella skillnader mellan olika ASA-klasser.

Metod

Metoden som användes i denna studie var en kvantitativ observationsstudie. Då studien syftade till att undersöka frekvensen av förutbestämda händelser och observera hur personer betedde sig i ett visst sammanhang lämpade det sig väl att använda en observationsstudie (Polit & Beck, 2010). Data som insamlades, jämfördes och sammanställdes numeriskt vilket gjordes bäst med hjälp av en kvantitativ metod (a.a.). Observationerna utfördes med hjälp av ett observationsprotokoll som innan studiens start pilottestades.

Observationerna var strukturerade, direkta och icke deltagande. Syftet med direkta observationer var att iaktta det som utspelade sig framför och omkring oss. Observatören skulle vara passiv och interagerade inte med omgivningen. Strukturerade observationer

betydde att författarna i förväg hade utarbetat ett protokoll där olika kategorier observerades och på detta sätt framgick det exakt vad det var som observerades (Olsson & Sörensen, 2011; Polit & Beck, 2010). För att få ut mest av observationerna skall ett observationsprotokoll finnas, detta för att observatören inte skall distraheras av annat som händer runt om kring som kan vara oväsentligt för studien. Det är viktigt med en välstrukturerad observationsmall då detta har betydelse för resultatet, en mindre strukturerad mall har visats ge en mer nyanserad bild av vad som studerats (Einarsson & Hammar Chirac, 2002).

Perspektiv och utgångspunkt

En vetenskaplig frågeställning kan formuleras som en hypotes eller teori, vilka kan vara relaterade med varandra (Olsson & Sörensen, 2011). En vetenskaplig hypotes är ett antagande som formuleras för att kunna prövas genom att verifieras eller falsifieras/förkastas. En vetenskaplig hypotes utgörs ofta av provisoriska antaganden (provisorisk arbetshypotes) för att förklara relationen mellan olika begrepp. Däremot omfattar ofta en vetenskaplig teori ett system av olika hypoteser, och/eller satser. Inom ett område kan det därför uppstå en relation mellan dessa olika företeelser för att förklara ett nytt samband och/eller göra ett eventuellt mönster förståeligt, därför utvecklar en teori ofta nya begreppsrelationer (a.a.).

Föreliggande uppsats utgick från en generell positivistisk teoriantsats och ett forskningsperspektiv som metodologiskt sett tog fasta på ett hypotetiskt deduktivt arbetssätt. Enligt positivismen skulle man kunna göra observationer och utifrån dessa observationer kunna dra slutsatser om vad som är sant (= induktion) (Jakobsson, 2011; Olsson & Sörensen, 2011). Österrikiska filosofen Karl Popper, var kritisk till den logiska positivismens empiriska induktionsmetod och menade att trots många observationer kunde man aldrig vara säker på att en hypotes var hundra procentig sann. Däremot kunde man försöka påvisa om den var falsk och Popper menade att när man forskar skall strävan vara att försöka falsifiera/förkasta våra egna hypoteser. Om man misslyckats med att falsifiera/förkasta hypoteser kan det sägas att hypotesen var sann vilket då skiljer vetenskapliga teorier från de icke vetenskapliga metafysiska teorierna. Popper publicerade dessa tankegångar första gången redan år 1934 och de signifikansanalyser som används idag inom den moderna statistiken (och i föreliggande studie) arbetar på detta sätt med att försöka falsifiera/förkasta en nollhypotes (a.a.).

Urval av undersökningsgrupp

Urvalet bestod av anestesijuksköterskor som rapporterade över opererade patienter med olika ASA-klasser till personalen på den postoperativa avdelningen på ett sjukhus i södra Sverige. Då syftet med studien var att jämföra eventuella skillnader i följsamheten av S-BAR mellan olika ASA-klasser bestod urvalet av femton (15) överrapporteringsituationer med patienter tillhörande ASA-klass I och II och femton (15) överrapporteringsituationer med ASA-klass III och uppåt, uppdelat på tio (10) observationstillfällen. Uppdelningen av ASA-klasser gjordes utifrån de rutiner som fanns på den postoperativa avdelningen, där ASA-klass I – II blir utskrivna självständigt av sjuksköterskan medan ASA-klass III och uppåt blir utskrivna i samråd med läkare (Kompetensbeskrivning 2012a). Målet var att inte observera samma försöksperson mer än två gånger, vilket uppnåddes. Beroende på hur patientflödet var in till den postoperativa avdelningen pågick observationerna vid olika tidpunkter på dygnet. Patienter under 18 år exkluderades ur studien då dessa patienter överrapporteras av narkosläkare. Det skedde inget bortfall under observationerna, det vill säga att de observationer som var avsedda att utföras genomfördes som planerat och inga observationer behövde uteslutas.

Instrument

Datainsamlingen genomfördes med hjälp av ett förutbestämt observationsprotokoll. Observationsprotokollet som användes i studien inspirerades av en tidigare observationsstudie där följsamheten av S-BAR modellen undersöktes vid en akutmottagning (Holmstedt & Löfvenius-Grelz, 2011). Föreliggande protokoll reviderades med hänsyn till studiens syfte och omarbetades efter utförd pilotstudie, se bilaga 1. Pilotstudien utfördes i september månad 2012 genom att båda författarna observerade samma överrapporteringsstillfälle och därefter jämförde sina resultat för att kunna utvärdera i hur stor grad observationerna samstämde och utifrån detta reviderades observationsprotokollet (Bell, 2008; Polit & Beck, 2010).

Författarna befann sig på den postoperativa avdelningen strax innan lunchtid privatklädda och när en patient anlände för att rapporteras över från anesthesi- till intensivvårdspersonalen satt författarna på var sin stol och lyssnade och antecknade i observationsprotokollet. Efter rapporten jämförde författarna resultatet och det visade sig att samstämmigheten var 68 %.

Efter diskussion om överslagningen och protokollet, ändrades observationsprotokollet och en ny observation utfördes, denna gång med en samstämmighet på 89 %. Författarna ändrade en sista gång i observationsprotokollet och nu blev samstämmigheten 94 % vid två olika tillfällen. Den slutliga versionen av observationsprotokollet var den som användes under datainsamlingen, se bilaga 1.

Observationsprotokollet innehöll kategorier utifrån vad S-BAR modellen rekommenderar att en överslagning borde innehålla och även i den ordning som rekommenderades.

Observationsprotokollet bestod av fyra svarsalternativ: *Ja, Ja fel ordning, Delvis och Nej*.

Svarsalternativ *Ja* innebar att rapportören fullständigt framfört informationen avsedd för kategorin och i rätt ordningsföljd. Svarsalternativ *Ja, fel ordning* innebar att rapportören fullständigt framfört informationen i kategorin fast i fel ordning. Svarsalternativ *Delvis* innebar att rapportören påbörjat informationen men utelämnat någon del som borde tillhöra avsedd kategori. Svarsalternativ *Nej* innebar att rapportören utelämnat all information som borde tillhört avsedd kategori.

Genomförande av datainsamling

Efter att ha fått godkännande av verksamhetschef för anestesi/intensivvård och postoperativa avdelningen avtalades tid för att hålla ett kort informationsmöte. Författarna informerade muntligt om studien till personalen på anestesi- och intensivvårdsavdelningen vid deras morgonmöte. Informationsbrev delades därefter ut till alla sjuksköterskor inom respektive område i deras privata fack, där information om studien framkom, att det var frivilligt och att om forskningspersonen inte ville delta kunde denne avbryta när som helst utan att ange skäl.

Studien utfördes i oktober 2012 och författarna gick på undersökningsdagarnas morgnar igenom operationsprogrammet inne på den postoperativa avdelningen. Operationsprogrammet hade färgkoder som indikerade när patienten beräknades ankomma till den postoperativa avdelningen. Till exempel vid operationsstart hade patienten färgkod rosa och vid färgkod lila beräknades operationen vara slut om 20 minuter. Där kunde även information inhämtas om vilken ASA-klass patienten tillhörde. På detta sätt utarbetade författarna en plan för

observationerna under dagen och med hjälp av detta kunde författarna styra sitt urval så det passade de förutbestämda inklusionskriterierna.

För att observationerna skulle bli så sanningsenliga som möjligt var det viktigt att de utfördes utan att observatörerna påverkade personen som blev observerad (Bell, 2008). Därför placerade författarna sig på ett sådant sätt så inte överrapporteringen stördes. Observationerna genomfördes enskilt eller gemensamt, dock var det endast ett observationsprotokoll som fylldes i per observation. Ingen av forskningspersonerna framförde att de icke ville delta i studien och ingen fick heller se observationsprotokollet innan eller efter observationerna.

Genomförande av databearbetning

Resultatet som framkom vid observationstillfällena kategoriserades i Excel (version 2007) där varje kategori sedan kodades om till siffror och därefter bearbetades med hjälp av programmet SPSS (version 20). Skillnader på klassificeringsnivå (ASA-klasser) analyserades med Fichers Exact test. För att påvisa en signifikant skillnad bestämdes alfavärdet till 0.05 ($p > 0.05$, nollhypotes = ingen skillnad föreligger mellan klassificeringsnivåerna). Angående resultatets relativa frekvenser (%) framställdes dessa utifrån att femton (15) observationer var 100 %. (ex. en observation i procent var $100/15 = 6.6666667$ vilket avrundades uppåt till 6.7 %). Avseende Totalvärdet framställdes detta utifrån att trettio (30) observationer var 100 % (ex. en observation i procent var $100/30 = 3.3333333$ vilket avrundades till 3.3 % och två observationer var 6.6666666 vilket avrundades till 6.7 %). Resultatet förtydligades med tabeller innehållande absoluta (n) och relativa (%) frekvenser samt totalvärde (se tabell 1-4).

Forskningsetiska avvägningar

Rådgivande yttrande för studien inhämtades från Vårdvetenskapliga Etik Nämnden (VEN), diarienummer 113-12. Information och ansökan om tillstånd för studien söktes hos verksamhetschef vid anesthesi/op/intensivvård på sjukhuset där observationerna utfördes. Berörd personal fick allmän information om föreliggande studie muntligt vid ett avdelningsmöte, både på anesiavdelningen och på intensivvårdsavdelningen (informationskrav). Dessutom fick alla sjuksköterskor ett informationsbrev i sina personliga

postlådor i god tid innan observationerna utfördes. I både den muntliga och den skriftliga informationen framfördes att deltagandet var frivilligt och att forskningspersonen kunde avbryta sitt deltagande när som helst under observationen utan att behöva ange skäl för detta (informerat samtycke). Inga uppgifter om patienters eller forskningspersonens identitet antecknades under observationerna och konfidentialitet utlovades till alla deltagare (konfidentialitetskrav). Nedskrivet material användes endast för föreliggande studie och förvarades inlåst på ett sådant sätt att bara författarna kom att ha tillgång till det under studiens gång. Efter examination destruerades allt material (nyttjandekrav) (SFS, 2003:460 § 5-8, § 12-17).

Resultat

Resultatet baseras på trettio (30) observationer där forskningspersonerna observerades mellan en till två gånger. Resultatet framställs i underrubrikerna som är hämtade från S-BAR modellen (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation) och jämförelser av de olika ASA-klasserna, se tabell 1- 4.

Situation

För samtliga kategorier i huvudkategorin *Situation* varierade det helt korrekta överrapporteringarna (svar Ja) mellan 3.3–96.7 %. I kategorin *Situation* tillhörde observationspunkterna presentation av *Rapportörens namn*, *Befattning*, *Patientens namn/kön* och *Ålder/personnummer*. Resultatet visade att i 87-100 % (svar Nej) av överrapporteringarna presenterade sig inte rapportören varken med *Rapportörens namn* eller *Befattning*. *Patientens namn/kön* presenterades däremot mellan 93-100 % av tillfällena (svar Ja). *Patientens Ålder/personnummer* rapporterades 53.3- 80 % av gångerna (svar Ja), dock mer frekvent när patienterna hade låga ASA-klasser. Det fanns ingen signifikant skillnad med hänsyn till de olika ASA-klasserna (Tabell 1).

Tabell 1: Observationspunkterna *Rapportören namn*, *Befattning*, *Patientens namn/kön* och *Ålder/personnummer*, angivna som absoluta- (n) och relativa (%) frekvenser.

		Observationer [n (%)]				
		Ja	Ja fel ordn	Delvis	Nej	p-värde
Presentation						
	ASA 1-2	1 (6.7)	0 (0)	1 (6.7)	13 (86.7)	
	ASA 3-6	0 (0)	0 (0)	0 (0)	15 (100)	p=0.483
S	Totalvärde	1 (3.3)	0 (0)	1 (3.3)	28 (93.3)	
I Befattning						
	ASA 1-2	1 (6.7)	0 (0)	0 (0)	14 (93.3)	
	ASA 3-6	0 (0)	0 (0)	0 (0)	15 (100)	p=1.000
A	Totalvärde	1 (3.3)	0 (0)	0 (0)	29 (96.7)	
T Namn/Kön						
	ASA 1-2	15 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	ASA 3-6	14 (93.3)	0 (0)	0 (0)	1 (6.7)	p=1.000
N	Totalvärde	29 (96.7)	0 (0)	0 (0)	1 (3.3)	
Ålder/Persnr						
	ASA 1-2	12 (80)	0 (0)	0 (0)	3 (20)	
	ASA 3-6	8 (53.3)	0 (0)	0 (0)	7 (46.7)	p=0.245
	Totalvärde	20 (66.7)	0 (0)	0 (0)	10 (33.3)	

Fichers Exact test $p \leq 0.05$

Bakgrund

Summeringen av alla korrekta överrapporteringar (svar Ja) i huvudkategorin *Bakgrund* varierade mellan 3.3–80 %. I kategorin *Bakgrund* tillhörde observationspunkterna *Tidigare sjukdomar*, *Nuvarande sjukdomar*, *Allergier* och *Blodsmitta/övrig smitta*. Resultatet visade att i 86.7- 93.4 % (svar Ja + Ja fel ordn) rapporterades patientens *Tidigare sjukdomar*. Patienternas *Nuvarande sjukdomar* rapporterades 86.7- 93.3 % (svar Ja + Ja fel ordn). *Blodsmitta och övrig smitta* rapporterades mellan 0-13.4 % (svar Ja + Ja fel ordn). Resultatet visade ingen signifikant skillnad mellan de olika ASA-klasserna (Tabell 2).

Tabell 2: Observationspunkterna *Tidigare sjukdomar*, *Nuvarande sjukdomar*, *Allergier* och *Blodsmitta/övrig smitta*, angivna som absoluta- (n) och relativa (%) frekvenser.

		<i>Observationer</i> [n (%)]				
		Ja	Ja fel ordn	Delvis	Nej	<i>p</i> -värde
Tid sjukdom						
ASA 1-2		7 (46.7)	6 (40)	0 (0)	2 (13.3)	
ASA 3-6		13 (86.7)	1 (6.7)	0 (0)	1 (6.7)	<i>p</i> =0.670
B	Totalvärde	20 (66.7)	7 (23.3)	0 (0)	3 (10)	
A Nuv sjukdom						
ASA 1-2		11 (73.3)	3 (20)	0 (0)	1 (6.7)	
ASA 3-6		13 (86.7)	0 (0)	0 (0)	2 (13.3)	<i>p</i> =0.397
R	Totalvärde	24 (80)	3 (10)	0 (0)	3 (10)	
U Allergier						
ASA 1-2		3 (20)	4 (26.7)	0 (0)	8 (53.3)	
ASA 3-6		2 (13.3)	3 (20)	0 (0)	10 (66.7)	<i>p</i> =0.781
	Totalvärde	5 (16.7)	7 (23.3)	0 (0)	18 (60)	
Blodsmitta						
ASA 1-2		0 (0)	0 (0)	0 (0)	15 (100)	
ASA 3-6		1 (6.7)	1 (6.7)	0 (0)	13 (86.7)	<i>p</i> =0.483
	Totalvärde	1 (3.3)	1 (3.3)	0 (0)	28 (93.3)	

Fichers Exact test $p \leq 0.05$

Aktuellt tillstånd

För samtliga kategorier i huvudkategorin *Aktuellt tillstånd* varierade det helt korrekta överrapporteringarna (svar Ja) mellan 3.3–70 %. I kategorin *Aktuellt tillstånd* tillhörde observationspunkterna *typ av Operation*, *typ av Anestesi*, *A - luftväg*, *B - andning*, *C - cirkulation*, *D - medvetandegrad/smärta/neurologi* och *E - temperatur/urin/färg/hud*. Resultatet visade att i 100 % överrapporterades vilken *typ av Operation* patienten genomgått,

dock i fel ordning 60 % av gångerna i båda ASA-klasserna. *Typ av Anestesi* överrapporterades 86.6- 93.4 % (svar Ja + Ja fel ordn). Förutom *typ av Operation* och *typ av Anestesi* var det endast *C - cirkulation* som rapporterades mer än 60 % av gångerna. *C - cirkulation* rapporterades 86.6 % (svar Ja + Ja fel ordn), dock övervägande i fel ordning. Observationspunkterna *D - medvetandegrad/smärta/ neurologi* rapporterades endast fullständigt 6.7 % och delvis i 73.3- 80 % av observationerna. *E - temp/urin/färg/hud* rapporterades fullständigt endast 13.4 % och delvis i 53.3- 86.7 %. Resultatet visade ingen signifikant skillnad mellan de olika ASA-klasserna (Tabell 3).

Tabell 3: Observationspunkterna *typ av Operation*, *typ av Anestesi*, *A - luftväg*, *B - andning*, *C - cirkulation*, *D - medvetandegrad/smärta/neurologi* och *E - temperatur/urin/färg/hud*, angivna som absoluta- (n) och relativa (%) frekvenser.

		Observationer [n (%)]				
		Ja	Ja fel ordn	Delvis	Nej	<i>p</i> -värde
Operation						
	ASA 1-2	6 (40)	9 (60)	0 (0)	0 (0)	
	ASA 3-6	6 (40)	9 (60)	0 (0)	0 (0)	<i>p</i> =1.000
	Totalvärde	12 (40)	18 (60)	0 (0)	0 (0)	
Anestesi						
A	ASA 1-2	10 (66.7)	4 (26.7)	0 (0)	1 (6.7)	
K	ASA 3-6	11 (73.3)	2 (13.3)	0 (0)	2 (13.3)	<i>p</i> =0.727
T	Totalvärde	21 (70)	6 (20)	0 (0)	3 (10)	
U	A – Luftväg					
E	ASA 1-2	7 (46.7)	2 (13.3)	0 (0)	6 (40)	
L	ASA 3-6	5 (33.3)	0 (0)	0 (0)	10 (66.7)	<i>p</i> =0.243
L	Totalvärde	12 (40)	2 (6.7)	0 (0)	16 (53.3)	
T	B - Andning					
	ASA 1-2	2 (13.3)	2 (13.3)	0 (0)	11 (73.3)	
T	ASA 3-6	3 (20)	2 (13.3)	0 (0)	10 (66.7)	<i>p</i> =1.000
I	Totalvärde	5 (16.7)	4 (13.3)	0 (0)	21 (70)	
L	C - Cirkulation					
L	ASA 1-2	5 (33.3)	8 (53.3)	1 (6.7)	1 (6.7)	
S	ASA 3-6	5 (33.3)	8 (53.3)	0 (0)	2 (13.3)	<i>p</i> =1.000
T	Totalvärde	10 (33.3)	16 (53.3)	1 (3.3)	3 (10)	
Å	D - MedSmNeuro					
N	ASA 1-2	0 (0)	0 (0)	11 (73.3)	4 (26.7)	
D	ASA 3-6	1 (6.7)	0 (0)	12 (80)	2 (13.3)	<i>p</i> =0.651
	Totalvärde	1 (3.3)	0 (0)	23 (76.7)	6 (20)	
	E - TempUrinFärg					
	ASA 1-2	1 (6.7)	1 (6.7)	8 (53.3)	5 (33.3)	
	ASA 3-6	0 (0)	0 (0)	13 (86.7)	2 (13.3)	<i>p</i> =0.135
	Totalvärde	1 (3.3)	1 (3.3)	21 (70)	7 (23.3)	

Fichers Exact test $p \leq 0.05$

Rekommendation

Summeringen av alla korrekta överrapporteringar (svar Ja) i huvudkategorin *Rekommendation* varierade mellan 36.7–40 %. I kategorin *Rekommendation* tillhörde observationspunkterna *Fortsatt planering* och *är vi Överens/övriga frågor* (closed loop kommunikation). Resultatet visade att observationspunkten *Fortsatt planering* rapporterades i högre grad hos patienter med högre ASA-klass, 86.7 % jämfört med 46.7 % (svar Ja + Ja fel ordn). Det fanns ingen signifikant skillnad mellan de olika ASA-klasserna. Observationspunkten *är vi Överens/övriga frågor* rapporterades övervägande inte i 60- 66.7 % av observationerna (Tabell 4).

Tabell 4: Observationspunkterna *Fortsatt planering* och *Överens/övriga frågor*, angivna som absoluta- (n) och relativa (%) frekvenser.

R		Observationer[n(%)]				p=värde
		Ja	Ja fel ordn	Delvis	Nej	
E						
K						
O	Forts. plan					
M	ASA 1-2	3 (20)	4 (26.7)	2 (13.3)	6 (40)	
M	ASA 3-6	9 (60)	4 (26.7)	0 (0)	2 (13.3)	p=0.073
E	Totalvärde	12 (40)	8 (26.7)	2 (6.7)	8 (26.7)	
N	Överens/Frågor					
D	ASA 1-2	5 (33.3)	0 (0)	0 (0)	10 (66.7)	
A	ASA 3-6	6 (40)	0 (0)	0 (0)	9 (60)	p=1.000
T	Totalvärde	11 (36.7)	0 (0)	0 (0)	19 (63.3)	
I	Fichers Exact test $p \leq 0.05$					
O						
N						

Diskussion

Diskussion av vald metod

Metoden som användes i denna studie var en kvantitativ observationsstudie. Syftet med studien var att undersöka följsamheten av S-BAR modellen i överrapportering mellan anesthesi- och intensivvårdspersonal. Enligt Olsson och Sörensen (2011) bör metodvalet beslutas utifrån aktuellt syfte med studien. En arbetshypotes skapades som innebar att författarna ville undersöka om överrapporteringssituationen enligt S-BAR modellen skiljde sig beroende på vilken ASA-klass patienten tillhörde. Då denna arbetshypotes skapades redan innan studien påbörjades, är enligt Olsson och Sörensen (2011) utsett metodval lämpligt för just detta syfte och studie då hypotesprövning ingår. Nollhypotes kan antingen verifieras eller falsifieras/förkastas, men utgångspunkten var att falsifiera/förkasta nollhypotesen i denna studie genom signifikansanalys (a.a.).

En fördel med att ha använt en observationsstudie till vald undersökning var att dessa direkta observationer medförde en förståelse och att man kunde iaktta överrapporteringssituationen i dess naturliga kontext. En nackdel med denna observationsstudie var att resultatet endast speglar hur överrapporteringarna genomfördes och inte varför. Ytterligare perspektiv kan vara att undersöka hur anestesipersonalen upplever S-BAR modellen och hur den tillämpas med till exempel en intervjustudie.

Då tiden för genomförandet av studien var begränsad utfördes trettio (30) observationer. Materialet baserades också på att några anesthesijuksköterskor blev observerade mer än en gång. Hade mer tid funnits skulle det varit att föredra att man gjort en total undersökning av alla tjänstgörande anesthesijuksköterskor. Urvalet bör alltså betraktas som ett stickprov från en större population. Urvalet skedde slumpmässigt till en början då författarna observerade de anesthesijuksköterskor som vid vald dag och tidpunkt var i tjänst och överrapporterade patienter till den postoperativa avdelningen. Då urvalet även innefattade överrapporteringssituationer med patienter tillhörande olika ASA-klasser var författarna tvungna att i slutet av datainsamlingen övergå till ett stratifierat urval, det vill säga att man endast observerade överrapporteringssituationer där patienterna tillhörde den grupp där rätt

antal observationer saknades. Angående nämnd stratifiering anser författarna trots allt att detta ökade förutsättningarna för jämförelseanalysen (falsifiera nollhypotes).

Angående studiens externa validitet, som är ett mått på generaliserbarheten, anser författarna att denna kan vara påtagligt god gällande övriga anestesijuksköterskor på det observerade sjukhuset. Vi tror att resultaten kan sägas gälla för målpopulationen då den observerade situationen möjligtvis tillhör en rutin. Däremot om vårt resultat kan generaliseras till andra sjukhus är nog begränsat då andra rutiner och utbildningsinsatser utifrån implementering av S-BAR kan te sig annorlunda.

Studien baserades på ett observationsprotokoll som pilottestades innan datainsamlingen påbörjades och observationsprotokollet som användes har tidigare använt i en liknande studie (Holmstedt & Löfvenius-Grelz, 2011). Dessutom var observationsprotokollet specifikt grundat på S-BAR modellen och därmed anpassad till syftet med studien. För att få hög validitet är det viktigt att mätinstrumentet verkligen mäter det vi ville mäta (Olsson & Sörensen, 2011). I och med att observationsprotokollet tidigare var använt borde detta medföra en tillfredställande intern validitet (dvs. minimera systematiska fel).

En svårighet med observationsprotokollet har dock varit svarsalternativet *Delvis*, framförallt i kategorierna *A – E*, se bilaga 1. När författarna pilottestade observationsprotokollet upptäcktes att det var svårt att särskilja när rapporteringen i de olika kategorierna var fullständiga, det vill säga svarsalternativ *Ja*, respektive ofullständiga, det vill säga svarsalternativ *Delvis*.

Författarna diskuterade sig fram till, med hjälp av S-BAR modellen vad som skulle ingå i de olika kategorierna. Ett exempel på detta var i kategorin *C – Cirkulation* att fullständig information innebar att puls, blodtryck, blödning/Hb och intravenös vätska rapporterades, saknades någon information blev svaret *Delvis*. På grund av detta anser författarna att reliabiliteten i studien kunde varit högre om observationsprotokollet hade varit mer innehållsrikt och detaljerat. Dock pilottestades observationsprotokollet vid fyra överrapporteringsituationer, kontinuerliga diskussioner fördes mellan författarna och tillslut erhöles en samstämmighet på 94 % mellan observatörerna.

Författarna förde diskussion om vad informationsbrev och informationsmötena till forskningspersonerna skulle innehålla under våren 2012 inför projektplansseminariet. Då författarna ville att överrapporteringsituationerna skulle vara så ”verkliga” som möjligt ville

vi inte informera om att det var S – BAR modellen som skulle observeras utan endast överrapporteringssituationen. Denna information fick först skriftligt godkännande från områdeschef men efter VEN:s rekommendationer ombads författarna att ändra informationen och även informera att det var S-BAR modellen som observerades samt erhålla godkännande från verksamhetschef. Vid datainsamlingen var det vid flertalet tillfälle forskningspersoner som kommenterade att författarna var där och att det var S-BAR modellen som observerades. Detta kan naturligtvis ha påverkat resultatet, med andra ord, att designa forskningsprojekt som minimerar bias kan ibland komma i konflikt med informations- och samtyckeskrav enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460 §5-7, §13-17) .

Angående databearbetning utfördes jämförelseanalyser med Fischers exact test. Detta är en statistisk analysmetod för att analysera små urval, dvs. när normala förutsättningar för Chi-två test inte är uppfyllda (när mer än 20 % av cellerna i en jämförelsetabell uppvisar förväntade värden mindre än 5). Totalt utfördes 17 jämförelseanalyser och ett fenomen som skall beaktas är eventuell uppkommen ”mass-signifikans”. För att belysa fenomenet antar vi en signifikansnivå på 5 %, och ett jämförelseanalysantal på 100, då skulle detta kunna innebära en sannolikhet att i 5 fall förkasta en nollhypotes felaktigt. Detta skulle omvänt kunna innebära att i våra sjutton (17) analyser har vi inte funnit en skillnad som kanske finns (Jakobsson, 2011).

Diskussion av framtaget resultat

Angående kategorin *Situation* visade resultatet att i 86.7 – 100 % av överrapporteringarna *presenterade sig inte rapportören varken med namn eller titel* (tabell 1). Författarna tror att detta berodde på att anestesipersonalen och personalen på den postoperativa avdelningen hade arbetat ihop under en längre period och på detta sätt kände varandra. Om så var fallet fyller det ingen funktion att presentera sig med namn och befattning, det borde då strykas från S-BAR modellen i detta sammanhang. Holmstedt och Löfvenius-Grelz (2011) har i sin studie fått fram liknande resultat, där presenterade sig ingen varken med befattning eller namn och majoriteten var kända för varandra sedan tidigare.

Beträffande *Bakgrund* visade resultatet att kategorierna *Blodsmitta och Allergier* övervägande inte rapporterades (tabell 2). Detta kan ha berott på att patienterna inte hade några allergier

eller någon blodsmitta, möjligheten finns att informationen om detta därför utelämnades. Anestesisjuksköterskorna dokumenterade även skriftligt på anestesi-bladet, där det fanns möjlighet att fylla i eventuella allergier och blodsmitta. Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (2008:14 kap 3 § 6) säger att överkänslighet och smitta ska dokumenteras tydligt i journalen men inget om att det ska framkomma i den muntliga överslagningen. Det framkommer även i Nagpal et al. (2010) att allergier och smittor sällan överslagngas.

Under kategorin Aktuellt tillstånd, som innehåller *typ av operation och typ av anestesi* rapporterades det mellan 90-100 % av överslagngssituationerna (tabell 3). Detta tror författarna berodde på att det var huvudbudskapet i överslagngssituationen mellan anestesi-personal från operation till personalen på den postoperativa avdelningen. Beroende på typ av operation fortsätter den postoperativa vården utifrån PM och riktlinjer. Det framkom även i Siddiqui et al. (2012) att typ av operation och anestesi ofta rapporterades.

Ilan et al. (2012) visade i sin rapport att S-BAR modellens Rekommendation överslagngades dåligt, och var helt uteslutet i över 50 % av deras observationer. Förklaringen tror författarna berodde på att rapportören inte vill underminera mottagarens kunskaper genom att föreslå fortsatta åtgärder. I vår studie framkom överslagngande positivt resultat för kategorin Rekommendation (tabell 4). I 66.7 % av överslagngssituationerna rapporterades *Fortsatt planering*, vilket författarna tror berodde på att den informationen ordinerades från operatören vid operationsslut, t.ex. fortsatta Hb-kontroller.

Anledningen till ovan presenterade resultat kanske beror på implementering av S-BAR. Resultatet visade att följsamheten av S-BAR var relativt låg, detta kan ha orsakats av dålig kvalitet på implementeringen. Marshall et al. (2009) visade att just implementering av S-BAR modellen påverkade hur den senare användes. Där visade det sig att följsamheten av S-BAR ökade hos de personer som genomgått utbildning och träning (a.a.). Många studier framhäver att just träning och utbildning förbättrar effekten av standardiserade, strukturerade överslagngssituationer-/mallar och även att det var viktigt att all personal inklusive ledningen är involverade i implementeringsprocessen (Donahue et al., 2011; Haig et al., 2006; Leonard et al., 2004; Manning, 2006).

Övriga faktorer som kan ha påverkat resultatet kan ha berott på att överrapporteringssituationen är ett samtal mellan anestesijuksköterskan och intensivvårdssjuksköterskan och kan påverkas av den person som tar emot rapporten, det vill säga intensivvårdssjuksköterskan. Resultatet hade stärkts om författarna även hade observerat intensivvårdssjuksköterskornas mottagande av överrapporteringarna. Dessa tankar stöds av Ilan et al. (2012) som i sin studie framhåvt att överrapporteringssituationen var en interaktiv tvåvägskommunikation där frågor från mottagaren var av största vikt för en lyckad överrapportering.

Resultatet påvisar inga signifikanta skillnader mellan klassificerade låga och höga ASA-klasser i överrapporteringssituationerna. Detta tyder på att oavsett vilken patient som överrapporteras följer personalen en rutin som inte innefattar S-BAR modellen. Den troliga förklaringen till att S-BAR modellen inte användes som rutin är att implementeringen inte lyckats med att ta hänsyn till att vid användande av standardiserade, strukturerade mallar bör utbildning och fortlöpande scenarioträning utföras (Donahue et al., 2011; Haig et al., 2006; Leonard et al., 2004; Manning, 2006; Marshall et al., 2009). Det visade i många studier att standardiserade och strukturerade mallar förbättrade kommunikationen i olika överrapporteringssituationer och därmed ökade patientsäkerheten (Leonard et al., 2004; Manning, 2006; Nagpal et al., 2012; Smith et al., 2008).

Resultatet visar att följsamheten av S-BAR var låg. Författarna tror att effekten av detta kan ha blivit att viktig information om patienter inte uppmärksammats av intensivvårdspersonalen på den postoperativa avdelningen. Arbetsmiljön för intensivvårdssjuksköterskan kan vara hektisk, dessutom befinner sig patienterna efter operation i en utsatt situation då de bland annat fortfarande har sederande och lugnande läkemedel kvar i kroppen. På grund av detta behöver intensivvårdssjuksköterskan kunna förlita sig på den information om patienten som framkommer muntligt från överrapporteringen från anestesijuksköterskan då tid för fördjupning av patientens skrivna journal kan vara knapp. Kommunikationsbrister i överrapporteringarna kan i värsta fall leda till skada, felbedömningar och felbehandlingar för den nyopererade patienten. Används S-BAR modellen som ett överrapporteringsverktyg framkommer alltid samma information om patienterna oavsett vem som överrapporterar och vem som mottar överrapporteringen och på detta sätt minskar ovan nämnda risker för patienten. Författarna tror att en ny implementeringsfas av S-BAR modellen med regelbundna

scenarioträningar och förtryckta S-BAR mallar skulle kunna underlätta för personalen och öka följsamheten av S-BAR modellen vid överrapporteringsituationer.

Konklusion

Följsamheten av överrapporteringsituationen med S-BAR modellen mellan anesthesi- och intensivvårdspersonal varierar mellan 3.3-100 %, inkluderat rätt information men även i fel ordning. Ingen skillnad förekommer mellan ASA klass I-II jämfört med III-V.

Referenser

Bell, J. (2008). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Bruce, K. & Suserud, BO. (2005). The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experience of emergency nurses. *Nursing in critical care*, 10(4), 201-09.

Bågenholm-Nilsson, E. & Stensmyren, H. (2010). Kommunikation- en säkerhetsfråga. *Läkartidningen*, 107(7), 411.

Daabiss, M. (2011). American Society of anaesthesiologists physical status classification. *Indian Journal of Anaesthesia*, 55(2), 111-115.

Donahue, M., Miller, M., Smith, L., Dykes, P. & Fitzpatrick, JJ. (2011) A leadership initiative to improve communication and enhance safety. *American Journal of Medical Quality*, 26(3), 206-11.

Einarsson, C. & Hammar Chirac, E. (2002). *Gruppobservationer - teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Froehner, M., Koch, R., Litz, R., Heller, A., Oehlschlaeger, S. & Wirth, MP. (2003). Comparison of the american society of anesthesiologists physical status classification with the charlson score as predictors of survival after radical prostatectomy. *Adult urology*, 62, 698-701.

Haig, K., Sutton, S. & Whittington, J. (2006). SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commission Journal of Quality and Patient Safety*, 32(3), 167-75.

Helsingborgs lasarett. (2011) Årsredovisning s.24, 3:11. Hämtad 26 April, 2012, från <http://www.helsingborgslasarett.se/download/18.8a6d45d1355bf5f55f80001741/%C3%85RR+2011+120207.pdf>.

Holmstedt, C. & Löfvenius-Grelz, B. (2011) Jämförelse av ambulanspersonals överskriftnings till akutmottagning mot SBAR-protokollet: en observationsstudie. Hämtad 25 April, 2012, från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:miun:diva-14671>.

Ilan, R., LeBaron, CD., Christianson, MK., Heyland, DK., Day, A & Cohen MD. (2012). Handover patterns: an observational study of critical care physicians. *BMC Health Services Research*, 12:11, 1-10.

Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer och begrepp*. Lund: Studentlitteratur.

Kohn, LT., Corrigan, JM. & Donaldson, MS. (2000). *To err is human – Building a Safer Health System*. National Academies Press.

Kompetensbeskrivning. (2012a). Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 10 september, 2012, från <http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/kompanestesiWEBB.pdf>.

Kompetensbeskrivning. (2012b). Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 12 december, 2012, från <http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/kompbeskr.anestesi.och.intensivvard.pdf>.

Leonard, M., Graham, S. & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(1), 85-90.

Manning, ML. (2006). Improving clinical communication through structured conversation. *Nursing Economics*, 24(5), 268-71.

Marshall, S., Harrison, J. & Flanagan, B. (2009). The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Qual Safe Health Care*, 18(2), 137-40.

Nagpal, K., Arora, S., Abboudi, M., Vats, A., Wong, H., Manchanda, C., Vincent, C. & Moorthy, K. (2010). Postoperative Handover – Problems, Pitfalls, and Prevention of Error. *Annals of Surgery*, 252, 171-76.

Nilsson, B. & Waldemarson, AK. (tredje upplagan)(2007). *Kommunikation. Samspel mellan människor*. Studentlitteratur, Lund.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och Kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Polit, DF. & Beck, CT. (2010) *Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (sjunde upplagan). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ringdal, KG., Skaga, NO., Steen, PA., Hestnes, M., Laake, P., Jones, JM. & Lossius, HM. (2012). Classification of comorbidity in trauma: The reliability of pre-injury ASA physical status classification. *International Journal of the Care of the Injured*, 44(1), 29-35.

SFS 2003:460. Hälsa och sjukvårdslagen. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 12 September, 2012, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

Siassakos, D., Bristowe, K., Draycott, TJ., Angouri, J., Hambly, H., Winter, C., Crofts, JF., Hunt, LP. & Fox, R. (2011). Clinical efficiency in a simulated emergency and relationship to team behaviours: a multisite cross-sectional study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(5), 596-607.

Siddiqui, N., Arzola, C., Iqbal, M., Sritharan, K., Guerina, L., Chung, F. & Friedman, Z. (2012). Deficits in information transfer between anaesthesiologist and postanesthesia care unit staff: an analysis of patient handover. *European Journal of Anaesthesiology*, 29(9), 438-45.

Smith, AF., Pope, C., Goodwin, D. & Mort, M. (2008). Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in the recovery room. *British Journal of Anaesthesia*, 101(3), 332-7.

Socialstyrelsen. (2008). *Tema patientsäkerhet. Kommunikation i vården*, (2), 1-11.
Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 24 April, 2012, från
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8633/2008-109-9_200810991.pdf.

SOSFS 2008:12. Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Hämtad 12 September, 2012, från
<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2008-14>.

Stevens, JD., Bader, MK., Luna, MA. & Johnson, LM. (2011). Implementing standardized reporting and safety checklists. *The American Journal of Nursing*, 111(5), 48-53.

Strand Finstad, A. & Valeberg, BT. (2005). Preoperativ information och bedömning. I L. Hovind (Red.). *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 27-39). Studentlitteratur: Lund.

Svensk förening för anestesi och intensivvård, SFAI. (2006). Hämtad 26 April, 2012, från sfai.se/files/Anestesi_060920.pdf.

Sveriges kommuner & landsting, SKL. (2010). *SBAR för strukturerad kommunikation*. Stockholm: Hämtad 23 April, 2012, från Sveriges Kommuner och Landstings nätverk för patientsäkerhet.
http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=92b39f34-1f2c-46fd-bbe1-abf89b43ad41&MediaArchive_ForceDownload=true.

Wallin, CJ. & Thor, J. (2008). SBAR- modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. *Läkartidningen*, 105(26-27), 1922-5.

World Health Organization, WHO. (2007). Communication during patient hand-overs. *Patient Safety Solutions*, 1:(3). Hämtad 23 April, 2012, från
<http://www.ccforpatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/presskit/PS-Solution3.pdf>.



LUNDS
UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Bilaga 1

OBSERVATIONSPROTOKOLL

Observationer	Ja	Ja, fel ordning	Delvis	Nej	Kommentarer
Situation					
Rapportörens och mottagarens presentation med namn					
Befattning					
Patientens namn/kön					
Patientens ålder/personnummer					
Bakgrund					
Tidigare sjukdomar/behandlingar					
Nuvarande sjukdomar					
Allergier					
Blodsmitta/Övrig smitta					
Aktuellt tillstånd					
Aktuellt problem/typ av OP					
Vilken form av anestesi					
A Luftväg					
B Andning					
C Cirkulation					
D Medvetandegrad, neurologi, smärta					
E Temp, hud, färg, urin					
Rekommendation					
Fortsatt planering					
Är vi överens/ finns fler frågor?					

ASA-klass: