

Ingvild Victoria Hauståker Fiskerstrand

# Anesthesiyskepleiers bruk av ISBAR i pasientoverlevering

Veiledere: Berit T. Valeberg og Fiona M. Flynn



Universitetet i Sørøst-Norge  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap  
Postboks 235  
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2019 Ingvild Victoria Hauståker Fiskerstrand

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

## Sammendrag

**Hensikt og bakgrunn med studien:** I postoperative pasientoverleveringer er det viktig at den riktige informasjonen blir kommunisert for å unngå at feil blir gjort.

Anestesisykepleieren har derfor en sentral rolle når det gjelder å overføre informasjon om pasientens tilstand. ISBAR (Identitet, situasjon, bakgrunn, aktuelt og råd) tas i bruk på norske sykehus som et ledd i pasientsikkerhetskampanjen i «trygge hender 24-7».

Hensikten med denne studien er å undersøke hva anestesisykepleierne synes om bruk av ISBAR i pasientoverleveringen, og om bruk av ISBAR leder til bedre pasientsikkerhet.

**Metode:** Denne studien har et kvalitativt design, og funnene er innhentet ved bruk av forskningsintervju. Intervjuene er gjort på et lokalsykehus i Norge, der seks anestesisykepleiere var deltakere. Analyse av resultatene er gjort med bruk av innholdsanalyse.

**Funn:** Innholdsanalysen resulterte i fire temaer. Disse fire var: Pasientsikkerhet, systematikk versus skjønn, samhandling og mangel på oversikt. Deltakerne belyste flere faktorer som kan påvirke pasientsikkerheten i en pasientoverlevering.

**Konklusjon:** Deltakerne beskriver pasientoverleveringen som en kompleks oppgave. Bruk av ISBAR kan være med å styrke pasientsikkerheten. Det diskuteres om den må kunne tilpasses ulike pasientgrupper ved å bruke skjønn. Det må også være et godt samspill mellom forskjellige yrkesgrupper for at pasientsikkerheten skal bli ivaretatt.

## Abstract

**Aim and background:** The patient safety relies on efficient and accurate communication in the postoperative handover. Information given by the nurse anaesthetist in the handovers are crucial and studies prove that errors can be made. The Norwegian healthcare introduced a standardised technique, ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment, Request) for postoperative handovers. The aim of the study is to explore the nurse anaesthetist's perspective on the use of ISBAR and if it leads to improved patient safety.

**Method:** This study is of qualitative design and the findings in this study is collected with the use of semi structured interviews. The participants were six nurse anaesthetists. The interviews were conducted at a local hospital in Norway. Content analysis is used to analyse the findings.

**Results:** The data analysis identified four themes: Patient safety, systematics versus use of personal judgement, interaction and losing the overview. The participants highlighted different types of factors leading to a satisfying patient transfer.

**Conclusion:** The participants describe the patient transfer as a complex task. The use of ISBAR can contribute to strengthen the patient safety. The findings suggest that use of personal judgement in the handover process is required to be able to adapt the communication tool for different types of patients. The interaction between the participants in the patient transfer is essential for the patient safety.

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>4</b>
<b>Innholdsfortegnelse</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1 Formål og problemstilling.....	8
<b>2 Teoretisk rammeverk</b> .....	<b>10</b>
2.1 Pasientsikkerhet.....	10
2.2 Postoperative pasientoverleveringer .....	11
2.3 ISBAR som funksjon .....	12
2.4 Anestesisykepleierens funksjon og ansvar .....	13
2.5 Tidligere forskning på tema .....	14
<b>3 Metode</b> .....	<b>16</b>
3.1 Valg av forskningsdesign- og metode.....	16
3.2 Det kvalitative forskningsintervju .....	16
3.3 Utvalg .....	17
3.4 Rekruttering .....	17
3.5 Utforming av intervjuguide .....	18
3.6 Datainnsamling .....	18
3.7 Dataanalyse.....	19
3.7.1 Analyse del 1: Transkribering .....	20
3.7.2 Analyse del 2: Koding.....	21
3.7.3 Analyse del 3: Underkategorier og kategorier .....	22
3.7.4 Analyse del 4: Tema .....	24
3.8 Studiens troverdighet .....	24
3.8.1 Forskerens forforståelse .....	25
<b>4 Forskningsetiske vurderinger</b> .....	<b>27</b>
4.1 Forskerens rolle .....	27
<b>5 Resultater</b> .....	<b>29</b>
5.1 Pasientsikkerhet i overlevering.....	30
5.2 Systematikk versus skjønn .....	31
5.3 Samhandling.....	33

5.4 Mangel på oversikt .....	34
<b>6 Diskusjon .....</b>	<b>36</b>
6.1 Pasientsikkerhet.....	36
6.1.1 Kan bruk av ISBAR føre til bedre pasientsikkerhet i overleveringen? .....	36
6.2 Systematikk versus skjønn .....	39
6.2.1 Standardiserte sjekklister .....	39
6.2.2 Bruk av skjønn.....	41
6.3 Hvilke faktorer kan påvirke pasientsikkerheten i pasientoverleveringen?.....	43
6.3.1 Samhandling .....	43
6.3.2 Mangel på oversikt .....	45
6.4 Metodediskusjon .....	47
6.4.1 Design.....	47
6.4.2 Utvalg og analyseprosess.....	47
6.4.3 Overførbarhet .....	49
6.4.4 Implikasjoner for praksis.....	50
6.5 Forslag til videre forskning.....	50
<b>7 Konklusjon .....</b>	<b>52</b>
<b>Referanser .....</b>	<b>53</b>
Vedlegg 1.....	57
Vedlegg 2.....	58
Vedlegg 3.....	61
Vedlegg 4.....	62
Vedlegg 5.....	65

# 1 Innledning

Siden 2010 har snittet på pasientskader på norske pasienter innlagt i sykehus vært på over 10%. Av disse var det 8% eller mer som var alvorlige (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014). Feil i forbindelse med legemiddelhåndtering som fører til pasientskade står øverst på listen. Det kan forekomme dersom informasjon om videre behandling ikke blir overført på en tilfredsstillende måte (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014). På verdensbasis kunne over 50% av alle skader som skjer i forbindelse med legemiddeladministrering vært forhindredd dersom riktig kunnskap og rutiner var innarbeidet (WHO, 2014).

Bakgrunn for studien er erfaringen om ulike typer pasientoverleveringer. I løpet av en dag på postoperativ avdeling blir informasjon om forskjellige pasienter videreformidlet av forskjellige anestesisykepleiere. Dette blir gjort på forskjellige måter og noen formidler budskapet på en annen måte enn andre. Det kan også virke som det er forskjell på kvaliteten og tidsbruk i rapportene. Dette er belyst i en studie gjort av Randmaa, Engström, Swenne & Mårtensson (2017). Anestesisykepleiere som deltok i studien synes det var vanskelig å sette en begrensning på hvor mye informasjon om det anesthesiologiske forløpet de skulle gi i pasientoverleveringen.

Anestesisykepleier må sikre at vitale funksjoner opprettholdes på vei fra operasjonsavdeling til postoperativ avdeling. Dette innebærer ofte monitorering av puls, blodtrykk og oksygenmetning på vei til mottakende avdeling. Når pasienten ankommer postoperativ avdeling skal det gjøres en rask ABCDE (Airways, breathing, circulation, disability, exposure) på pasienten før man avgir rapport til mottakende sykepleier (ALNSF, 2017).

Kommunikasjon er sentralt i anestesisykepleierens hverdag. Anestesisykepleiere kommuniserer med først og fremst med pasienten. Deretter med anestesileger, andre anestesisykepleiere, kirurger, operasjonssykepleiere og intensivsykepleiere. Anestesisykepleierens kommunikasjon skal være samarbeidsfremmende og legge til rette for god pasientsikkerhet (ALNSF, 2017). Informasjonsoverføring, samarbeid og koordinering er ofte knyttet til utfordringer. Spesielt når overføringene innebærer krav

til effektivitet, gjennomføring av praktiske oppgaver, bruk av avansert utstyr og kontinuerlig overvåkning av pasienten. Alt dette vil bidra til at en postoperativ overføring vil være en risikofylt aktivitet (Reine, 2015).

Hensikten med studien er å sette fokus på den korte tiden man ofte har til rådighet ved pasientoverlevering – og hvordan man bruker den. Dersom personen som formidler beskjeden og den som mottar budskapet har samme forventning om hva som skal være i fokus og i hvilken rekkefølge, vil det kanskje føre til at færre detaljer i pasientbehandling uteblir.

## 1.1 Formål og problemstilling

Ut ifra temaet “Anestesisykepleiers bruk av ISBAR som kommunikasjonsverktøy” er det utarbeidet en problemstilling.

*Hva er anestesisykepleiernes erfaringer med bruk av ISBAR i pasientoverlevering?*

Det er i tillegg utarbeidet to forskningsspørsmål.

*Kan bruk av ISBAR føre til økt pasientsikkerhet i pasientoverleveringen?*

*Hvilke faktorer kan påvirke pasientsikkerheten i pasientoverleveringen?*

Studien skal ha fokus på anestesisykepleierens erfaring med, og evne til å videreformidle viktig pasientinformasjon. Oppgaven vil utforske hvordan anestesisykepleier sorterer og viderefører informasjon om pasienten med bruk av ISBAR. Hvordan anestesisykepleier bevarer pasientsikkerhet i pasientoverføring og hvordan samhandlingen med postoperativ avdeling er med på å fremme eller hemme denne.

For å belyse anestesisykepleierens rolle og funksjon opp mot valgte tema benyttes grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere (2017) til å definere ansvarsområder. Legemiddelrelatert skade og postoperative sårinfeksjoner er øverst på listen over pasientskader som forekommer i Norge. Denne informasjonen er sentral i



pasientoverleveringen og i sikringen av at mottakende sykepleier har fått med seg stegene i videre behandling av pasienten (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014).

## 2 Teoretisk rammeverk

Dette kapittelet beskriver den teoretiske bakgrunnen for de ulike tema som blir belyst i oppgaven. Til slutt i kapittelet blir tidligere forskning presentert.

### 2.1 Pasientsikkerhet

En av fire pasienter får påført unødvendig skade i møte med helsetjenesten verden over. Dette påvirker såpass mange at det er blitt den 14. ledende grunnen til mortalitet og morbiditet på verdensbasis (WHO, 2014). De fleste av disse tilfellene skjer i forbindelse med legemiddeladministrering og så mye som 50% av alle feil kunne ha vært forhindret. Grunnen til disse skadene er ofte mangel på ressurser, kunnskap eller overføringen av den (WHO, 2014).

Ved tusenårsskiftet kom en rapport fra det amerikanske helsesystem som satte lys på nettopp dette. Den poengterer at det er menneskelig å gjøre feil, selv som helsepersonell i et helsevesen som utøver helsehjelp. Det å gjøre feil kan likevel være forhindret ved at man setter ting i system slik at det blir vanskeligere å gjøre feil og lettere å gjøre ting riktig og mer pasientsikkert (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). Verdens helseorganisasjon (WHO, 2014) har hatt stort fokus på pasientsikkerhet de siste tiår. I 2004 lanserte de et pasientsikkerhetsprogram som skulle forbedre pasientsikkerhet verden over. De har vært ledende på dette tema ved å spre kunnskap om pasientsikkerhet, støtte implementering av tiltak for pasientsikkerhet i helsevesen og jobber forebyggende med å sette søkelys på tema i en global sammenheng (WHO, 2014).

I 2010 var det 16 prosent av norske sykehuspasienter som pådro seg en skade. Dette på grunn av manglende eller feil behandling. Ni prosent av disse fikk en alvorlig skade som førte til ytterligere utgifter for helsevesenet med forlengede innleggelser og andre alvorlige konsekvenser. Her er pasienter innenfor kirurgiske avdelinger er særlig utsatt fordi de flyttes mellom ulike avdelinger fra de skrives inn til de skrives ut av sykehuset (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014). Dette ble utgangspunktet for oppstarten av pasientsikkerhetsprogrammet ” i trygge hender 24-7”. I tidsrommet 2014-2018 ble pasientsikkerhetskulturen undersøkt i samtlige sykehus landet over med hensikt å sette

inn tiltak der det var behov. Målet med undersøkelsen var å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Her ble ISBAR introdusert som sikker muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014).

Det er mange forskjellige typer pasientskader og de utgjør forskjellig grad av konsekvens. Kommunikasjonssvikt er en av de viktigste årsakene til uønskede hendelser. Cirka 70% er knyttet til ikke-tekniske ferdigheter som kommunikasjon i behandlingsteam, ledelse og hvordan man tar avgjørelser (Helsedirektoratet, 2016). Kommunikasjonssvikt kan skje ved manglende struktur og standardisering (Reine, 2015). Studien til Manser, Foster, Flin & Patey (2013) viser at kritisk informasjon kan utebli i postoperative pasientoverleveringer. De fant at allergier, komorbiditet, komplikasjoner underveis i anestesi og plan for postoperativ behandling ikke var kommunisert til postoperativ avdeling.

## 2.2 Postoperative pasientoverleveringer

Studier viser at postoperative pasientoverleveringer kan være varierende, ustrukturerte og lede til at feil oppstår. Stor arbeidsmengde, støy og plassmangel er faktorer som kan true pasientsikkerheten i pasientoverleveringen (Manser & Foster, 2011). En stor del av pasientskadene er knyttet til prosesser som skjer i behandlingssløyfen snarere enn til feil ved enkeltpersoner. Kommunikasjon og samhandling er viktige faktorer i denne sammenhengen. Den fordelaktige pasientoverleveringen er preget av en god samhandling og kommunikasjon mellom anestesisykepleier og mottakende sykepleier. I tillegg til nødvendig kompetanse fra alle involverte parter (Reine, 2015). Sender og mottaker i pasientoverleveringen har ofte ulike forventninger til hverandre. Man kan ha ulike forventninger til innholdet, rekkefølgen og tidsberegningen i overleveringen (Manser & Foster, 2011).

I den postoperative fasen flyttes pasienten fra operasjonsavdeling til intensiv- eller postoperativ avdeling. Pasientoverleveringen kan beskrives som prosessen der informasjon, ansvar og etterrettelighet overføres fra helsearbeider til helsearbeider (Reine, 2015). Overføring av pasient til postoperativ avdeling utgjør en stor risiko

(Reine, 2015). Pasienten er nyoperert - kanskje i generell anestesi som vil kreve tett overvåking av vitale parameter samtidig som viktig informasjon skal videreformidles. I tillegg innebærer overvåking av en nyoperert pasient bruk av avansert medisinskteknisk utstyr som øker behovet for oppmerksomhet hos anestesisykepleieren og dermed risikoen for uønskede hendelser (Reine, 2015).

## 2.3 ISBAR som funksjon

ISBAR står for identitet, situasjon, bakgrunn, aktuelt og råd. Hensikten med ISBAR er å gi tydelig struktur til kommunikasjon og å sørge for at viktig informasjon ikke blir utelatt i pasientoverleveringen (Institute of healthcare improvement, 2019). Den gir forutsigbarhet for sender og mottaker da begge er innforstått med rekkefølgen i overføring av informasjon om pasienten. ISBAR er oversatt til norsk, men brukes verden over i ulike pasientoverleveringer. Det brukes også i nødsamtaler, i traumesammenheng og ellers når man skal beskrive et pasientkasus. Metoden kommer opprinnelig fra det amerikanske forsvaret og er tilpasset helsevesenet av Institute of Healthcare Improvement (2019) og anbefalt av WHO (2014). I Norge brukes det en modell utarbeidet av Ullevål universitetssykehus (Se vedlegg 5). Man må ta høyde for lokale tilpasninger.

Listen skal i praksis bli gjennomgått ved siden av sengen til pasienten ved overlevering til postoperativ avdeling eller intensiv.

**I** står for identifikasjon. Her har man til hensikt å si noe om hvem pasienten er. Navn, fødselsdato og alder. For at man skal være sikker på at man har riktig pasient skal personnummeret også bekreftes (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014).

**S** står for situasjon. Hvilket kirurgisk inngrep som er gjennomført, detaljer rundt sår og bandasje, eventuelle ekstraopplysninger som for eksempel om det er langt inn dren. Leie under operasjonen og om det er noen beskjeder fra kirurg som for eksempel restriksjoner i forhold til mobilisering (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014). I forhold til ansvarsområder er det i de fleste tilfeller hensiktsmessig at dette punktet ledes av operasjonssykepleier.

**B** står for bakgrunn. Anestesisykepleier gir informasjon om pasientens bakgrunn, tidligere diagnoser og funksjonsgrad. Har pasienten høyt blodtrykk og står på blodtrykkssenkende medisin skal det være med her (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014).

**A** står for aktuell tilstand. Her går man igjennom hvilken anestesimetode som er valgt, eventuell luftveissikring, medikamenter som er gitt og hvordan det anesthesiologiske forløpet har vært. Det skal gjøres en vurdering på pasientens tilstand ved overlevering. Anestesisykepleier skal sørge for at pasienten har frie luftveier, er stabil respiratorisk og sirkulatorisk, at pasienten har tilfredsstillende kroppstemperatur og vurdering av smerter. Her vil de fleste bruke en systematisk ABCDE i beskrivelsen av pasientens tilstand (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014).

**R** står for råd. Det siste punktet skal beskrive videre behandling. Tromboseprofylakse, antibiotika og plan for smertebehandling. Her skal man avklare videre ansvar (Pasientsikkerhetsprogrammet 2014).

I Norge brukes ISBAR på ulike anestesiavdelinger rundt om i landet. I følge ALNSF (2017) er det anbefalt for alle anestesisykepleiere å bruke ISBAR i pasientoverlevering. Det er likevel leders ansvar å implementere ISBAR på sin avdeling (Leonard, Graham & Bonacum 2004).

## **2.4 Anestesisykepleierens funksjon og ansvar**

Anestesisykepleierens ulike funksjoner beskrives i grunnlagsdokumentet (ALNSF, 2017). En anestesisykepleier skal kommunisere på en rolig og trygg måte. Anestesisykepleieren kommuniserer både med pasient, pårørende og kollegaer. De skal fremme et godt samarbeidsmiljø for å styrke pasientsikkerheten. De skal bidra i konflikthåndtering og bruke samarbeidsfremmende kommunikasjon. Ved pasientoverlevering skal anestesisykepleier bruke strukturert kommunikasjon og verktøy for dette (ISBAR) og i akutte hendelser kunne bruke closed loop kommunikasjon. De forpliktes til å utøve prosedyrer og følge retningslinjene til avdelingen de jobber på (ALNSF, 2017).

I grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere står det tydelig at anestesisykepleier har ansvaret for at pasienten ikke overflyttes til neste omsorgsnivå før de anses som egnet for det. Anestesisykepleier skal forsikre seg om at pasienten blir overvåket med fokus på ventilering, sirkulasjon, bevissthet, kvalme/smerte og temperatur. Anestesisykepleier har ansvaret for pasienten helt til rapporten er gitt og mottakende sykepleier kan overta (ALNSF, 2017).

## 2.5 Tidligere forskning på tema

Det finnes en del internasjonal forskning på tema av nyere dato. Det er foretatt en oversiktsstudie over tidligere studier som er basert på pasientoverleveringer. Den belyser ulike faktorer som fører til bedre pasientsikkerhet i pasientoverleveringen i tillegg til utfordringer rundt emnet (Manser & Foster, 2011).

En observasjonsstudie gjort av pasientoverleveringer fra anestesipersonell til intensivsykepleiere (Smith, Pope, Juuso, Goodwin & Mort, 2008) setter fokus på hvordan rapporten fra anestesipersonell blir gitt til mottakende avdeling samtidig som forskjellige typer prosedyrer blir gjennomført. Overføringen var preget av tidspress og distraksjoner. Anestesipersonellet og mottakende personell bar preg av at de hadde forskjellige forventninger til innholdet i rapporten og tidsbruken.

Studien til Milby, Böhmer, Gerbergshagen, Joppich, Wappler (2014) utforsket informasjon som ble dokumentert i den postoperative pasientoverleveringen og sammenlignet med dokumentasjonen gjort under anestesien i løpet av en to måneders periode. De fant at de postoperative pasientoverleveringene ofte var mangelfulle og det var økt behov for en standardisert metode å overlevere informasjon på.

Dette støttes av Matic, Davidson & Salamonson (2010) som kom frem til at det mangler standardiserte pasientoverleveringer slik at sykepleierne får en felles forventning om hva som skal bli sagt i en rapport.

Dette er også bevist i en systematisk litteraturstudie. Standardisering av pasientoverleveringer bedrer kommunikasjon og samarbeid og reduserer feil og informasjon som ikke blir overført (Nagpal et. al., 2013).

En fokusgruppetudie gjort av Randmaa et. al. (2017) belyser de ulike profesjonenes synspunkt på pasientoverleveringen. Anestesisykepleiere, anestesileger og sykepleiere på postoperativ avdeling var inkludert i studien.

Annen forskning viser at dersom samarbeid i behandlingsteamet ikke er til stede ved overlevering vil standardiseringen være lite effektiv (Manser, Foster, Flin, Patey 2013). Videre påpeker Manser et. al. (2013) at dersom det mottakende behandlingsteamet føler seg trygge på hva som blir sagt under overlevering, og det gis en strukturert og ryddig rapport, vil det føre til høyere kvalitet. Det vil også redusere usikkerhet hos de som mottar pasienten og de vil slippe å spørre om ting som de mener er uavklart. Det konkluderes i studien at en god pasientoverlevering er nøkkelen til å bedre pasientsikkerhet. En strukturert rapport og trening av yrkesgrupper som er delaktige vil bedre pasientsikkerheten i alle ledd som er med i pasientbehandling (Manser et. al., 2013).

Også i Norge finnes det studier som tar utgangspunkt i bruken av ISBAR. Reine, Rustøen, Ræder og Aase (2019) gjorde en kvalitativ studie basert på åtte fokusgruppeintervjuer på et universitetssykehus i Norge der både anestesisykepleiere og anestesileger var inkludert. De fant flere faktorer som ledet til mindre god kvalitet av pasientoverleveringen. Tidsberegning og samtidighetskonflikter, måten overføringen er strukturert på, ulike typer pasienter og team sammensetting hadde påvirkningskraft på hvor god kvalitet det var på overføringen. De konkluderte med at pasientoverleveringer er en kompleks oppgave som må planlegges nøye. I tillegg til at det er store variasjoner avhengig av hvilken faggruppe man tilhører og lengde erfaring.

Det er også gjort kvantitativ forskning på dette tema i Norge. Reine, Ræder, Manser, Småstuen og Rustøen (2019) fant i sin tversnittstudie at de pasientoverleveringene som var preget av mindre god kvalitet var overføringer som hadde høyere frekvens av avbrytelser, tidspress og usikkerhet. De fant at det var store forskjeller i evalueringen til anestesisykepleierne som leverte pasientene og intensivsykepleierne som mottok pasienten på postoperativ avdeling. Anestesisykepleierne evaluerte bedre kvalitet på pasientoverleveringen enn mottakende sykepleier i åtte av 13 tilfeller.

## 3 Metode

Dette kapittelet belyser hvilken forskningsmetode som er valgt til studien. Det gis kjennskap til hvordan studiens datainnsamling er utført og en detaljert beskrivelse om hvordan analysen er utført. Studiens fokus på etikk blir forklart til slutt i kapittelet.

### 3.1 Valg av forskningsdesign- og metode

Problemstillingen i denne studien er utforskende og spør etter deltakernes opplevelser og erfaringer rundt et tema. Det er derfor valgt et kvalitativt forskningsdesign. Det brukes kvalitativt design da det som skal forskes på ikke kan måles i tall, men med opplevelser og erfaringer (Malterud, 2011). Individuelt dybdeintervju ble valgt som metode da forfatteren søker å forstå verden sett fra deltakernes perspektiv. Ved å bruke dybdeintervju som metode kunne anesthesisykepleierne gi sin mening rundt temaer uten å bli påvirket av andre i intervjusettingen. Når man bare er to personer i en intervjusetting kan det være lettere for deltakeren å åpne seg uten å bli påvirket av andre (Polit & Beck, 2016).

Hensikten med kvalitativ metode er å forstå, ikke forklare (Malterud, 2017). Denne metoden brukes for å få frem anesthesisykepleiernes eget syn på sin rolle i pasientoverlevering og deres erfaring med bruk av et standardisert verktøy. Intervjuene vil ta utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide hvor det blir stilt åpne spørsmål innenfor studiens rammer, for å få frem deltakernes egne erfaringer og synspunkter rundt tema.

### 3.2 Det kvalitative forskningsintervju

Det kvalitative forskningsintervju utforsker intervjupersonens tanker om ulike tema. Målet er å få frem betydningen av deltakernes erfaringer og syn på verden. Deltakerne skal skape mening og forståelse rundt det valgte emnet. Ved valg av forskningsintervju kan man som intervjuer få frem deltakernes tanker rundt temaet det forskes på, som man ellers ikke ville fått ved for eksempel observasjon som metode. Virkeligheten er slik deltakeren opplever den (Kvale & Brinkmann, 2017). Man skal altså utforske deltakernes opplevelser, og hvorfor de handler som de gjør. Forskningsintervjuet er av semistrukturert karakter. Det blir brukt når temaer eller situasjoner fra dagliglivet skal



forstås ut ifra intervjupersonens perspektiv. Semistrukturert betyr at det verken er en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale. Det ble stilt åpne spørsmål rundt temaene og dermed kunne deltakerne svare med subjektive opplevelser og erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2017). Man må som forsker også tenke på at det som kommer frem i forskningsintervjuet ikke er helt subjektivt, men at det også vil preges av diskurser, maktrelasjoner og ideologier som kan påvirke deltakernes handlingsvalg. Subjektet blir påvirket av omgivelsene i hva de snakker om i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2017).

### 3.3 Utvalg

Kvalitative studier kjennetegnes ofte med et lite utvalg, der man forsøker å gå i dybden for å utforske et tema (Polit & Beck, 2016). Utvalget i dette prosjektet bestod av seks anestesisykepleiere, tre kvinner og tre menn. Disse ble intervjuet på et sykehus der ISBAR var innført. Anestesisykepleierne ble intervjuet individuelt. Inklusjonskriterier som ble brukt var anestesisykepleiere med forskjellig lengde erfaring. Den med minst erfaring hadde jobbet i to år og den med lengst erfaring hadde jobbet som anestesisykepleier i 23 år. Dette var for å få frem eventuelle forskjeller i opplæring eller kjennskap til ISBAR.

### 3.4 Rekruttering

For rekruttering av det overnevnte utvalget ble det utarbeidet et informasjonsskriv (se vedlegg 4) som ble sendt til avdelingslederen for anestesisykepleierne. Lederen oppfordret anestesisykepleierne til å delta i studien, og informerte om at de kunne henvende seg til forfatter eller veileder dersom de ønsket å delta. Alle anestesisykepleierne på avdelingen fikk informasjon om muligheten til å delta. I løp av kort tid ble forfatter kontaktet av en deltaker som ville la seg intervjuet. Avdelingsleder ble kontaktet på nytt, for å oppfordre flere anestesisykepleiere til å delta. På denne måten ble forfatter kontaktet av to ytterligere deltakere til som ville la seg intervjuet. De tre siste deltakerne ble spurt direkte om de kunne tenke seg å delta, da det kun var en som meldte seg på bakgrunn av informasjonsskrivet.

### 3.5 Utforming av intervjuguide

Før intervjuene forberedte forfatter en intervjuguide som bestod av spørsmål innenfor tre hovedtematikker som brukes fleksibelt eller som en rettesnor gjennom hele intervjuet for å sikre at alle intervjuene er innom de samme tematiske dimensjonene (vedlegg 1). Intervjuguiden bestod av tre hovedtemaer; pasientoverlevering, ISBAR og pasientsikkerhet. Intervjuguiden er av semistrukturert karakter. Formålet er å forstå fenomenet ut ifra intervjupersonens egne perspektiver. Selv om intervjuguiden bestod av tre forberedte tematikker, var intervjueren åpen for forskjellige tolkninger og lydhør av det som ble sagt i intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann 2017).

Intervjuguiden bestod av noen få, åpne spørsmål. Målet var at deltakerne beskrev ulike situasjoner eller meninger. Dersom de stoppet opp i fortellingen ble det stilt oppfølgingsspørsmål for å få deltakeren tilbake på tema de snakket om. På den måten var intervjuguidens tematiske dimensjoner med på å styre intervjuet. Dersom et utsagn i intervjuet er uklart, kan man stille fortolkende spørsmål. Dette vil si å omformulere svaret ved å stille det som spørsmål slik at man kan forstå det på en bedre måte (Kvale & Brinkmann, 2017). Dersom de svarte kort og konsist på et spørsmål der målet var å beskrive noe ble det stilt spørsmål som for eksempel «kan du utdype det?». Dersom deltakerne beskrev opplevelse eller en måte de gjorde ting på ble oppfølgingsspørsmålet «hvorfør gjorde du det på den måten?» eller «hvorfør opplevde du det sånn?». Dette var for å ytterligere få frem intervjupersonene sin begrunnelse for måten de gjør ting på. Intervjuet ble alltid avrundet med «Nå har jeg ikke flere spørsmål. Er det noe mer du vil si?». Dette åpnet for om deltakerne hadde tenkt på noe eller kommet på noe underveis i intervjuet de ikke fikk sagt (Kvale & Brinkmann, 2017).

### 3.6 Datainnsamling

Intervjuene foregikk på et kontor i tilknytning til anesthesiavdelingen. Det ble brukt en lydopptaker slik at fokuset til intervjueren kunne være på intervjuets emne og dynamikk. Ved å ha muligheten til å gjenta avspilling av lydopptakene holder man fokuset på informantens beskrivelser (Kvale & Brinkmann, 2017). Opptaket ble

umiddelbart overført til en sikker lagringsplass ved sykehuset. Derifra ble filene kryptert for å sikre informantenes konfidensialitet (Granheim & Lundman, 2004).

Man må som intervjuer være trygg på temaet som det snakkes om. I kvalitativ metode er man som forsker primærkilden til innhenting av data. Det er derfor viktig at man behersker det metodiske håndverket og er godt kjent med tematikken på forhånd (Kvale & Brinkmann, 2017). Det er viktig å være oppmerksom på det som sies «mellom linjene» i intervjuet. Analysearbeidet i kvalitativ forskning starter allerede i det man møter deltakerne i intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2017).

Det er viktig å skape en trygg atmosfære i intervjusettingen. Intervjuer og intervjuperson satt ovenfor hverandre rundt et bord i samme stillingshøyde. Det ble servert drikke og snacks. Ved starten av hvert intervju ble studiens betingelser presisert, særlig i forhold til konfidensiell behandling av datamateriale, og at de kunne trekke seg fra studien når som helst. Deltakerne fikk snakke fritt uten avbrytelser, bortsett fra hvis intervjuer ikke forstod hva deltakerne sa eller mente. Dersom deltakerne stod fast på et spørsmål stilte intervjuer oppfølgingsspørsmål for å sikre dype beskrivelser av fenomenet. Ved å spørre intervjuobjektene om individuelle opplevelser og hvorfor de handler som de gjør, fører til at de deler åpent om sine egne erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2017). De ble oppfordret til å snakke om ISBAR fra sitt eget ståsted og med sine subjektive meninger om tema, fremfor det de trodde var riktig å svare. I det første intervjuet ble intervjupersonen ofte usikker på hva som ble spurt om og spørsmålene ble gjentatt flere ganger. Dette skjedde kanskje fordi spørsmålene er åpne og det er mye for deltakerne å svare på hvert enkelt spørsmål, eller at spørsmålene var for lite presise. Dette ble løst ved at intervjupersonene fikk et ark med spørsmålene på, som ble gjennomgått underveis i intervjuet. Avslutningsvis fikk deltakerne mulighet til å tilføye det de selv måtte ønske innenfor emnet. Det ble utført seks intervju i tidsperioden april/mai 2019. Intervjuene varte fra 27 til 41 minutter.

### 3.7 Dataanalyse

Analyseprosessen i kvalitativ forskning starter allerede i det man møter deltakerne i intervjuet, og fortsetter gjennom intervjuene og i transkriberingen. Til slutt i en endelig analyse som fører frem til bestemte temaer (Kvale & Brinkmann, 2017). Her tas det

utgangspunkt i en bestemt form for kvalitativ analyse, innholdsanalyse av Granheim og Lundman (2004). En innholdsanalyse tar utgangspunkt i at man kategoriserer teksten og deler den opp i utsagn eller setninger. Deretter kodes teksten og det lages kategorier og tema. På denne måten kan forskeren tolke den underliggende meningen i teksten ved å heve meningen i teksten til et høyere abstraksjonsnivå. Resultatet av det blir dannelse av kategorier og tema (Granheim & Lundman, 2004). Det er viktig at forskeren er konservativ i forhold til å ikke trekke konklusjoner fra den transkriberte teksten før analysen er gjennomført (Polit & Beck, 2016). Dette sett i forhold til kvantitative metoder der resultatene måles nøyaktig. Ved bruk av kvalitativt design må hele analysen gjennomføres før resultatene kommer til uttrykk.

### 3.7.1 Analyse del 1: Transkribering

Transkribering er en fortolkingsprosess der man konverterer lydmateriale til tekst for å forberede materialet til videre analyse (Kvale & Brinkmann, 2017). Intervjuene ble transkribert samme dag eller dagen etter intervjuene ble avholdt for å sikre at intervjukonteksten var klart i minne ved transkribering, da nonverbale signaler som kroppsspråk og toneleie går tapt i skriftmateriale (Kvale & Brinkmann, 2017). Lydfilene ble lyttet til flere ganger for å skape en større forståelse av hvordan intervjusettingen var. Lydfilene ble deretter transkribert ordrett i tekstprogrammet Word ved bruk av lydopptakeren. Dette kan bidra til å øke transkripsjonens pålitelighet da man kan ta pauser og gå tilbake og lytte dersom man ikke fikk med seg sammenhengen første gangen (Kvale & Brinkmann, 2017). Deltakerne snakket på dialekt, som ble konvertert til bokmål for å bedre kunne sikre deltakernes anonymitet (Kvale & Brinkmann 2017). Utdrag fra teksten som var ansett som relevant til problemstillingen ble uthevet.

Det ble brukt en transkripsjonsnøkkel (tabell 1) for å fange opp nonverbale aspekter ved kommunikasjonen, eksempelvis pauser (korte og lange), latter og sukk. Dette for å lettere kunne lese og forstå teksten i etterkant og det er relevant for den psykologiske fortolkningen av for eksempel engstelse eller benektelser (Kvale & Brinkmann, 2017). Intervjuene ble kun transkribert av intervjueren. Det var likevel viktig for forfatter å få

frem nøyaktig hva deltakerne sa og ikke tillegge intervjuet annen mening (Kvale & Brinkmann, 2017).

Tabell 1: Transkripsjonsnøkkel

Tegn	Betydning
I:	Intervjuer
R:	Respondent
.	Slutten av et utsagn
,	Normal pause i løpende tale og utsagn
(.)	Kort pause (0,2 sek)
(..)	Lengre pause (0,4 sek)
(...)	Lang pause (mer enn 0,4 sek)
::	Forlengelse ved at man drar på ordet
?	Spørrende utsagn
!	Brått avbrudd i utsagn
<u>Understreking</u>	Dersom ordet legges trykk på eller stresset tale
«»	Dersom respondenten ordrett sier noe noen andre har sagt
(lyd: nervøs latter) (lyd: gledelig latter) (lyd: sukk)	Lyder som er relevant for kommunikasjonen
((nikker)) ((ser ned i bakken)) ((rister på hodet))	Nonverbale signal som er relevant for kommunikasjonen
<redusert lydnivå> <uforståelig>	Dersom det ikke er mulig å høre det respondenten sier eller det er usammenhengende språk
*gjentar spørsmål*	Dersom respondenten ber intervjueren om å gjenta spørsmålet, eller dersom de ikke forstår det som blir spurt om

### 3.7.2 Analyse del 2: Koding

Den transkriberte teksten ble lest igjennom flere ganger for å forstå innholdet best mulig. Teksten ble deretter delt opp i meningsbærende enheter og plassert inn i en tabell (tabell 2). Dette er sammenstilling av ord som relaterer til samme mening (Granheim & Lundman, 2004). Det ble funnet til sammen 193 meningsbærende enheter. Det er viktig at meningsenhetene ikke er for lang eller for kort. Dersom de blir for lange kan sannsynligheten for at de inneholder flere meninger være stor. Dersom de

er for korte kan de bli fragmenterte (Granheim & Lundman, 2004). De meningsbærende enhetene var to til tre setninger lange. De ble kortet ned til en setning, med få ord (Tabell 2). Disse meningsbærende enhetene ble dermed kondensert og gjort om til koder uten at innholdet ble endret. Å lage koder kan også beskrives som å utføre en abstraksjon. En abstraksjon er å løfte innholdet til et høyere nivå i analyseprosessen. En kode er å gi et navn til den meningsbærende enhet og den kan brukes til at dataene kan bli sett i et nytt lys for å få en dypere forståelse for datamaterialets mening. Koden kan relateres til objekter, hendelser og fenomen (Granheim & Lundman, 2004). Forfatteren hadde fokus på å stille seg undrende til hva deltakerne egentlig mente når de sa det de sa. Dette ble en helhetsvurdering i bruken av tonefall, humoristisk sans og ironi. På denne måten ble både teksten med de meningsbærende enhetene og det forfatter husket fra intervjuet brukt ved utarbeiding av kodene. Antall koder som ble laget var 121. Noen av de meningsbærende enhetene fikk samme kode, men de fleste ble abstrahert til en egen kode.

*Tabell 2: Fra meningsbærende enhet til kode*

Meningsbærende enhet	Kode
Det er litt sånn som sjekklister da. At man får ikke sjekket alt, og en del ting uteblir. Og det må man være bevisst på. Det er liksom fallgruvene med slike sjekklister modeller.	Sjekklister kan føre til at ting uteblir
Ehm (..) pasientsikkerheten, nei det er at vi har pasienten i fokus. Ehm, fra start til slutt, en god planlegging med EPJ, pasienttilpasset behandling.	Pasientsikkerhet er god planlegging
Jeg har troen på at pasientsikkerheten blir mye bedre når man bruker standardisert verktøy. Det er jeg ikke i tvil om.	Systematisk overføring gir bedre pasientsikkerhet

### 3.7.3 Analyse del 3: Underkategorier og kategorier

En kategori er en gruppering av koder som omhandler samme beskrivelse, emne eller fenomen. Kategorien skal svare på spørsmålet: «hva?» (Granheim & Lundman, 2004). De meningsbærende enhetene ble tolket ut ifra hva deltakeren hadde sagt. Kodene ble

systematisert i kronologisk rekkefølge ut ifra hva de omhandlet. Dette var for å enklere kunne finne like underkategorier og kategorier.

Det totale antall underkategorier var 67. Disse ble også satt sammen ut ifra likhet. Underkategoriene ble laget ut ifra flere koder med samme innhold (tabell 3). Hensikten med å lage underkategorier er å gi en dypere fortolkning av materialet som bidrar til en kategorisk forståelse av deltakernes opplevelser. Da problemstillingen i oppgaven henviser til deltakernes opplevelser og erfaringer er det viktig at disse blir nøye gransket i analysearbeidet for å ikke miste innhold (Granheim & Lundman, 2004). Av 67 underkategoriene ble det laget 12 kategorier. Her ble de underkategoriene satt opp systematisk i et dokument. De ble plassert ut ifra om de kunne ha en lik betydning eller omhandle en lik beskrivelse. Eksempelvis ble blant annet underkategoriene «mangel på forståelse» og «avbrytelser» til kategorien «kommunikasjonsforbedring». Underveis i kodingen kunne tema ligge i bakhodet. Kodene ble kortet ned fra en kort setning til en oppsummering av flere korte setninger som her er vist i tabellen under underkategori.

*Tabell 3: Fra kode til underkategori*

Kode	Underkategori
Viktigere med vitale data enn operasjonstekniske data	Prioritering i rapport
Anestesisykepleier starter oppkobling og operasjonssykepleier startet rapporten	
Postoperativ er mest opptatt av å komme i gang med sine ting	
Overta pasient fra andre kan føre til at ting forsvinner	Gjengi andres erfaring med pasienten
Å ikke vite hva som har skjedd underveis	
Vaktskiftet kan føre til at feil oppstår postoperativt	

### 3.7.4 Analyse del 4: Tema

Det ble utarbeidet fire tema ut ifra kategoriene. Temaene representerer alle meningsbærende enhetene. Kategoriene ble nøye studert og temaene ble et resultat av kategorier som passet sammen eller sa noe om det samme emnet. Temaene kan spores tilbake til flere av deltakernes beskrivelse av en handling eller noe som var viktig for dem. Temaene skal være en tråd av underliggende mening til kategoriene (Granheim og Lundman, 2004). Hvert enkelt tema passer til en eller flere av de meningsbærende enhetene og kan gjenspeile det deltakerne snakket om i intervjuene som vist i tabellen under.

Tabell 4: Utarbeiding av tema

Meningsbærende enhet	Kode	Underkategori	Kategori	Tema
Ja, og så skal du levere etter å ha hatt pasienten et kvarter. Da er det veldig mye ting som har skjedd som du ikke har vært med på, som på en måte ikke (.) som gjør at, det kan være ting som forsvinner da.	Overta pasient og gi rapport kan føre til at ting forsvinner	Gjengi andres erfaring med pasienten	Mangel på informasjon	Mangel på oversikt

### 3.8 Studiens troverdighet

For å beskrive studiens troverdighet brukes begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (Granheim & Lundman, 2004). Gyldigheten kommer til uttrykk ved studiens fokus og hvor godt det innsamlede datamaterialet og analysen samsvarer med det som først var tenkt. I denne studien har deltakerne delt av sine opplevelser og erfaringer rundt ISBAR. Variasjonen i funnene er større enn først antatt. Grunnen til dette kan være fordi utvalget var både kvinner og menn, med forskjellig lengde erfaring. Dersom deltakerne i studien har forskjellig lengde erfaring vil det bidra til en rikere



variasjon ved ulike perspektiv. Forskjeller og likheter i kategoriene er også en måte å måle studiens gyldighet på (Granheim & Lundman, 2004).

Ved det er utarbeidet en intervjuguide og at deltakerne er blitt stilt samme spørsmål er med å styrke studiens pålitelighet. Påliteligheten kan svekkes ved at datamaterialet forandres i analysen. På dette grunnlaget har veileder også gjort deler av analysen for å sikre at data ikke forandres (Granheim & Lundman, 2004).

Forskerens påvirkningskraft på individet kan også være med på å styrke eller svekke studiens pålitelighet. I intervjusettingen kan intervjuer påvirke deltakeren ved at deltakerne sier det de tror intervjueren vil høre, spesielt dersom de har kjennskap til hverandre fra tidligere. Dette kan også være en fordel dersom man har et kollegialt forhold fra tidligere og deltakeren åpner seg på en annen måte enn til en ukjent (Kvale & Brinkmann, 2017).

Studiens overførbarhet sier noe om hvordan studien kan overføres til andre settinger. Dette vises ved at man beskriver de ulike delene av metoden og analysen slik at det er lett for leseren å forstå hva som er gjort. På denne måten blir det lettere for andre å ta til seg det som er funnet i studien og implementere det (Granheim & Lundman, 2004).

### 3.8.1 Forskerens forforståelse

Det er viktig at forskeren er klar over sin egen forforståelse til det tema som blir undersøkt. Forforståelsen kan bidra til motivasjon hos forskeren, men det kan også bidra til å avgrense forståelsen for det informantene forteller om (Kvale & Brinkmann, 2017). Dersom intervjueren har opparbeidet en forforståelse om tema det blir snakket om, kan det være sannsynlig at det er nettopp denne forforståelsen intervjueren legger merke til eller stiller oppfølgingsspørsmål til i intervjuene. Det kan føre til at annen nyttig informasjon som deltakerne forteller om faller bort (Kvale og Brinkmann, 2017). Før oppstarten av intervjuene kom forforståelsen til uttrykk ved oppfatningen om at rapportgiving blir gjort på ulike måter. Fordelen er at forfatter var nyutdannet da intervjuene startet og var fortsatt undrende til hva som var den optimale måten å gi rapport på. Forfatter var bevisst på egen forforståelse samtidig som den ble skjøvet unna i intervjusettingen for å prøve å møte intervjupersonen med åpent sinn. Dette ble blant annet gjort ved åpningen av intervjuet der deltakerne ble oppfordret til å dele av

sine synspunkter og erfaringer fremfor å for eksempel si det de tror intervjueren vil høre. I tillegg til å være lydhør og forståelsesfull ovenfor fenomener og problemstillinger som ikke tilhørte forforståelsen.

## 4 Forskningsetiske vurderinger

Prosjektet er meldt inn til Norsk senter for forskningsdata, NSD (Vedlegg 2). Prosjektplanen ble innsendt og prosjektet ble godkjent fra det gjeldende sykehus (Vedlegg 3). Alle personopplysninger i denne studien er behandlet konfidensielt. Konfidensialiteten til deltakerne er beskyttet under hele prosessen. Den transkriberte teksten er ikke gjengitt ordrett i oppgaven. Dette er fordi det kan fremstå som usammenhengende og forvirrende tale (Kvale & Brinkmann, 2017). Hver enkelt deltaker fikk informasjon om konfidensialitet både skriftlig og muntlig, og de måtte skrive under på et samtykkeskjema. Samt at de kunne trekke seg når som helst i prosessen. Dette er viktig fordi deltakerne skal føle at det de gjør er frivillig. Dersom det oppstår en situasjon der de angrep på noe de har sagt skal de ha mulighet til å trekke seg (Kvale & Brinkmann, 2017). Samtykkeskjema er oppbevart i en låst safe og makuleres når sensuren på oppgaven er klar. Lydfilene på lydopptakeren ble slettet så fort de ble overført til en datamaskin. Lydfilene, de transkriberte intervjuene i tillegg til alle filer som ble brukt i forbindelse med analyseprosessen ble til enhver tid oppbevart i en lukket mappe på sykehusets intranett der forfatter, veileder og forskningsansvarlig på sykehuset hadde tilgang til. Disse filene vil bli makulert når prosjektet er avsluttet.

### 4.1 Forskerens rolle

I kvalitativ forskning er forskerens rolle av stor betydning og viktig for de etiske beslutninger som fattes. Som forsker av kvalitativ metode har man et moralsk ansvar for den forskningen som foretas. Den moralske integriteten øker i forbindelse med intervju. Den som intervjuer deltakerne er den som innhenter kunnskapen (Kvale & Brinkmann 2017). Det stilles krav til forskerens erfaring, kunnskap og ærlighet men mest av alt forskerens rettferdighet (Kvale & Brinkmann, 2017). Funnene skal legges frem på en måte som viser til gjennomsiktighet. Det kan være vanskelig å skille mellom om kravene til forskeren er av god oppførsel i moralsk forstand eller om de har med handlinger som fører til at verdifull kunnskap kommer frem (Kvale & Brinkmann, 2017). Det er forskerens jobb å eliminere, redusere såkalte bias til forskningen. For å gjøre dette må man forstå dem. En bias er en faktor som kan avlede forskeren fra å finne den sanne

meningen i forskningen som er gjort (Polit & Beck, 2016). Ofte er det ikke et spørsmål om det finnes bias i en forskning men hvordan man oppdager dem. Dette kan for eksempel være dersom forskeren har en forventning om hvordan studiens resultater skal se ut, fremfor å gå inn i analyseprosessen med åpent sinn (Polit & Beck, 2016).

## 5 Resultater

I dette kapittelet blir resultatene presentert. Etter analyseprosessen av kodene og kategoriene står det igjen fire tema. Pasientsikkerhet, systematikk versus skjønn, samhandling og mangel på oversikt (Tabell 5).

Tabell 5: Analyseprosessen

Underkategorier	Kategorier	Tema
Tydelighet Å være forberedt Pålitelighet	Gode rutiner	Pasientsikkerhet
Øyekontakt Tillit Forutsigbarhet	Ivaretagelse av pasienten	
God ledelse Trening og opplæring Dobbeltkontroll	Faglig nivå	
Tilpasninger Vurdere pasienten Klinisk blikk	Bruk av skjønn	Systematikk versus skjønn
Prosedyrer Sjekklister Kontinuitet	Standardisering	
Rekkefølge Rutiner i rapportgiving	Erfaring	
Mangel på forståelse Avbrytelser Uoppmerksomhet	Kommunikasjonsforbedring	Samhandling
Samtidighetskonflikt		

Plassmangel Svikt i system	Koordinasjon	
Bekreftelse Closed loop Respektene hverandres arbeidsoppgaver	Felles forståelse	

Skifte av personell Brudd i informasjonsflyt	Gjengi andres erfaring med pasienten	Mangel på oversikt
Uforutsette hendelser Akutte situasjoner	Manglende fokus	
Trygg kirurgi avslutning Manglende samarbeid med andre fagpersoner	Videre beskjeder	

## 5.1 Pasientsikkerhet i overlevering

Pasientsikkerhet beskrives som en selvfølge i all behandling. Pasientene skal være ivaretatt og føle seg trygge fra start til slutt. Anestesisykepleieren er en trygg og stødig tillitsperson som møter pasienten i krise. Utstyret skal være kontrollert, medikamenter skal være klart og prosedyrer skal kunnes. Summen av disse faktorene vil være med å styrke pasientsikkerheten.

*«Ja, pasientsikkerhet, da vil jeg si at jeg har satt meg inn denne pasienten, både med hvem han er, hva som skal gjøres, hva som må gjøres, hvordan jeg kan tilrettelegge slik at pasienten har det så trygt som mulig. Og da går det på at jeg er informert om pasienten og at jeg vet at jeg har alt utstyret, alt det som jeg skal bruke og gjøre i mitt arbeid for at pasienten skal bli best mulig ivaretatt. Det synes jeg kanskje er noe av det viktigste, at man da vet med seg selv at man har alt under kontroll og at man kan møte pasienten når han kommer. Og hvis man da kan skape et tillitsforhold og man er kjent med medisinsk-teknisk utstyr og er trygg i jobben sin, da kan man møte pasienten og det er pasientsikkerhet.»*

Deltakerne uthevet betydningen av pasientsikkerhet i den kritiske fasen fra avslutning av anestesi til pasienten er levert på mottakende avdeling. Det kan være utfordrende å overvåke pasienten under transport.

*«Når vi kjører ut fra operasjonsstuen så er det jo ganske kritisk med tanke på at man da gjerne har tatt av overvåkning og må ha fullt fokus på pasienten puster godt nok og at han er stabil da. Ehm (.) og følger godt med det til man kommer bort selvfølgelig, også få igjen overvåkningen der med mindre han er så dårlig at han må ha overvåkning underveis også (.).»*

Den rette informasjonen må videreføres sammen med pasienten. Flere beskjeder om videre behandling kan bli gitt avslutningen av anestesi og ved trygg kirurgi. Det ligger god pasientsikkerhet i å sikre at viktige detaljer føres videre. Dette forutsetter at anestesisykepleierne får med seg alle beskjeder og detaljer om doser og rutiner for videre behandling og oppfølging. Deretter må dette blir videreført og mottatt av mottakende avdeling.

*«Nei da tenker jeg jo at det er viktig at den rette informasjonen kommer frem ikke sant, skal han ha antibiotika, når er neste dose, når fikk han første dose, skal han ha klexane, må han vente seks timer fordi han har blitt stukket i ryggen ikke sant, det er jo veldig mye. Og beskjeder fra kirurgen, skal han på røntgen, det er veldig mye viktig da. Og for videre behandling om pasientsikkerhet, og for at operasjonen skal på en måte bli vellykket. Og det er jo viktig å fremme pasientsikkerhet da. Jeg vil jo prøve å gjøre en så sikker jobb som mulig.»*

Pasientsikkerhet kommer også til uttrykk ved at man fremtrer på en diskret måte og unngår å si navn og fødselsnummer til pasienten høyt når det skal avgis rapport på mottakende avdeling. På denne måten prøver kan man opprettholde taushetsplikt, noe som kan være utfordrende på for eksempel postoperativ avdeling der det ligger mange pasienter på samme rom.

*«Det som er litt ubehagelig er jo det at vi gir rapport inne på en stue der det er flere pasienter da, det er jo ikke helt sånn pasientsikkerhet da. Men det er jo litt sånn det er, dessverre. Og sånn er det jo på alle sykehus.. Det har jo litt med taushetsplikt og sånn da. Ehm, ikke sant at man ikke trenger å, snakke så altfor høyt. At man prøver å gi det på en litt ryddig måte. Litt stille men, vite at det er, vite at informasjonen er mottatt da.»*

## 5.2 Systematikk versus skjønn

De fleste deltakerne var positivt innstilt til bruken av ISBAR. De mente det var en ordnet måte å gi rapport på og at den var oversiktlig. Den bidro også til at ikke ting ble glemt. Det var flere av deltakerne som dro parallell til listen over «trygg kirurgi» som blir brukt inne på operasjonsstuene. Ifølge en av deltakerne kunne listen over «trygg kirurgi» som

ble gjennomført før oppstart av all kirurgi være til bry og ta unødvendig tid fra programmet. Men ettersom den ble brukt en stund kunne den bidra til å unngå at feil ble gjort.

*«Mhm. Tenker jeg, nei jeg ser nesten, jeg klarer ikke helt å finne noe sånn negativt med ISBAR på en måte, sånn. Det er vanskelig da. Det er jo litt sånn som trygg kirurgi ikke sant. Det er jo, det kan føles litt, av og til irriterende for den er så lang og sånn og så ser man så mange ganger at «åh, shit!», det var bra vi hadde trygg kirurgi for det var små ting som hadde blitt glemt ikke sant, som er veldig viktig for pasienten.»*

For at ISBAR skal fungere optimalt må alle bruke den på samme måte. Sjekklisten må leses fra start til slutt, og det er hensiktsmessig at alle gjør det på samme måte. Det var viktig å lese direkte fra sjekklisten når rapporten gis. Dersom alle lister skal memoreres vil man glemme noe før eller siden. Derfor må man lese den opp hver gang man skal bruke den for at det skal bli troverdig.

*«Så de leser utenat, og da glemmer de litt punkt og sånn og da tenker jeg at hvis du skal fly til Oslo og kapteinen tar sjekklistene uten å se på sjekklisten, det er ikke så trygt det. For poenget er jo at du skal ha sjekklisten foran deg og lese den, du skal ikke ta den på hukommelsen for da er jo det en feilkilde.»*

Pasientene har forskjellige utgangspunkt. Noen er friske fra før, andre har flere og komplekse sykdommer. Dette vil igjen påvirke hvordan man gir rapport til mottakende avdeling. De friske pasientene er ofte mindre kompliserte og når rapporten gis er det nærliggende å tro at den blir kortere, på bakgrunn av at det er mindre å si om pasienten. Derfor ble det satt spørsmålstegn ved at ISBAR skulle brukes på de friskeste pasientene. De begrunnet dette med at det ikke er nødvendig å gå igjennom en lang liste uten å egentlig ha så mye å rapportere. Skal rapporten gis på en pasient som har flere og komplekse sykdommer er det viktig å ikke miste oversikten. Dette var deltakerne bevisst på. De presiserte at på de pasientene som hadde gjennomgått større kirurgi med et komplisert sykdomsbilde var det absolutt nødvendig å bruke ISBAR for å unngå at feil ble gjort.

Deltakerne ser både fordeler og ulemper ved å bruke ISBAR som rapporteringsverktøy for å videreformidle rapport til mottakende avdeling. Ulempen bygger på at man skal stille seg kritisk til å følge en prosedyre uten å ha mulighet til å bruke skjønn.



*«Ehm, det var det jeg tenkte jeg skulle si at med alle sånne prosedyrer, så er det litt en felle å gå i at med en gang man har en oppskrift som man skal følge til et eller annet, så blir jo man veldig blind på den da. For da følger man den fra A-Å. Og så kan det gå litt forbi hvis det er ting som kan gjøres bedre kanskje, så må man være litt sånn obs på om det er måter å videreutvikle det på da, om det er andre måter å gjøre ting på som er bedre.»*

## 5.3 Samhandling

Samhandling med sykepleierne på mottakende avdeling er sentralt for at rapporten og overføringen av pasienten skal flyte på en skånsom og effektiv måte. Det at alle er forberedt på hva som skal skje i hvilken rekkefølge i overføringssituasjonen er viktig i forhold til at det ikke skal oppstå situasjoner som leder til forvirring. Dersom sykepleierne på mottakende avdeling hadde en annen opplevelse om hva som skulle skje når pasienten ankom kunne det være en kilde til frustrasjon hos anesthesisykepleierne. Fokus var viktig for deltakerne i overleveringsfasen. Fokus på situasjonen og det som skulle skje. At alle var klar over sine arbeidsoppgaver og fulgte med på det som ble sagt. Noen av anesthesisykepleierne synes at det var best om sykepleierne på mottakende avdeling kunne vente med å ta praktiske arbeidsoppgaver som ikke hastet der og da som for eksempel å hente flere puter til pasienten til etter rapportgivingen. For dersom rapporten ble gitt samtidig som mottakende sykepleier var opptatt med praktiske oppgaver, ville dette ofte lede til at de ikke fikk med seg det som ble sagt. Dette ville igjen lede til gjentakende spørsmål og uklar kommunikasjon.

*«Det er jo fokus da. At man ikke styrer med andre ting når man, skal ta imot. Litt sånn som med for eksempel når vi tar imot traume i akuttmottak og når ambulanse eller luftambulanse eller hvem det er gir rapport så må det være stille og man kan ikke styre med utstyr eller sjekke eller sånne ting for da får man det ikke med seg. Så man må på en måte ha fokus da. At nå er det overlevering nå er det rapport så da må man legge ifra seg det som man holder på med og hvis det er noe som man må gjøre så må man gjøre seg ferdig med det og så ta rapporten. Slik at både den som skal gi og den som skal motta rapport følger med, skulle jeg til å si. At begge har fokus. Det tenker jeg at det er det viktigste jeg kan komme på i hvert fall, at man ikke styrer med andre ting samtidig.»*

En av deltakerne presiserte at rapportgivingen ble enklere dersom mottakende sykepleier hadde satt seg inn i pasienten på forhånd og var forberedt når pasienten kom til avdelingen. De dagene det var mye å gjøre og mottakende sykepleier ikke hadde satt seg inn i pasienten på forhånd ble det veldig hektisk i overleveringsfasen.

*«Og det er litt med at alle er innstilt på at nå er det rapport, og at man er klar og konsentrert, jeg forventer jo egentlig at, ja jeg gjør det, at den som skal ta imot pasienten har lest om pasienten i EPJ.»  
(elektronisk pasient journal)*

Når ISBAR ble innført som kommunikasjonsmodell i rapportgiving, skulle anesthesisykepleiere og operasjonssykepleiere samarbeide på en annen måte enn tidligere. Dette har deltakerne forskjellige meninger om. Noen synes at det er en lettelse å ha med operasjonssykepleierne på rapporten, slik at de kan utdype kirurgiske detaljer og videre beskjeder fra kirurg. Operasjonssykepleieren har ansvar for å gi opplysninger om pasienten har urinkateter, dren eller om det er noe spesielt med selve kirurgiske inngrepet. Det fører til at det blir flere som mottar beskjedene fra kirurg og kan samarbeide om å bringe dem videre til mottakende avdeling.

*«Fordelen det er at operasjonssykepleierne gir beskjeder fra kirurg og hvilken type operasjon som er gjort. For av og til så klarer ikke jeg å oppfatte hva legene sier, hvis det er mye som er gjort for eksempel, der de nevner ganske raskt alle venene de har tatt, og ja (.) hvis det er veldig mange lange ord på operasjonene og hvis jeg da har spurt opp igjen for tredje gang hva var det dere gjorde så føler man seg litt sånn dum når man ikke forstår det for tredje gang.»*

Andre synes at samarbeidet med operasjonssykepleierne rundt ISBAR ofte leder til forvirring. De synes at noen av operasjonssykepleierne blir usikre på bruken av ISBAR, kanskje fordi de ikke har hatt en så sentral rolle i overføringen av pasienten tidligere. Det er ulik praksis rundt hvem som har ansvar for hva i overleveringen. Dette kan føre til usikkerhet. Det kom frem under intervjuene at anesthesisykepleierne hadde erfaring med at operasjonssykepleierne ikke alltid fulgte pasienten til mottakende avdeling. Ifølge den nye ISBAR modellen skal operasjonssykepleierne starte med å gi sin rapport samtidig som anesthesisykepleieren kobler pasienten til nødvendig medisinsk teknisk utstyr.

*«Stort sett så går det fint, litt (.) synes det virker litt rart at operasjon skal gi sin rapport først, det som kanskje er det, det som jeg opplever som det viktigste. Det de trenger å vite først, og da på en måte får de sagt det de skal og så kan de gå videre, gå tilbake til avdeling. Selv om jeg ofte kanskje tenker at det er pusten og andre ting som er viktigere enn om pasienten har sydd med suturer eller ehm (..)»*

## 5.4 Mangel på oversikt

Informasjonsflyten startet allerede når pasienten ankom operasjonsstuen og anesthesisykepleierne skulle ta imot pasienten. De var opptatt av å stille de riktige spørsmålene slik at pasienten skulle få si det han hadde på hjertet. Dette ble beskrevet som problematisk i en hektisk hverdag. Underveis når pasienten var i anestesi ble vitale

data notert på anestesiskjema og endringer skrevet ned. Under avslutningen og «trygg kirurgi» synes mange at det var spesielt viktig å ha fokus. Da ble viktige beskjeder fra kirurgen lest opp. Videre antibiotikabehandling, tromboseprofylakse, smertebehandling og eventuelle beskjeder videre. Oppmerksomhet i avslutningsfasen der pasienten skal våkne og man skal ta imot viktige beskjeder virket å være sentralt for anestesisykepleierne for at man skal kunne gi en god rapport videre. Avslutningsfasen ble beskrevet som den mest utfordrende fordi det er mange viktige moment som skjer på en gang. Det som kunne forstyrre dette oversiktsbildet var dersom anestesisykepleieren ble byttet ut ved for eksempel vaktskiftet. Mange mente at de hadde best oversikt dersom de var med fra start til slutt.

*«Når jeg ikke har hatt pasienten mesteparten av forløpet men bare akkurat på slutten og da skulle gi en rapport videre det synes jeg kan være vanskelig. Da har jeg ikke fått satt meg inn i – det kan jo være også at vi tar over pasienter når operasjonen er avsluttet og vi holder på med vekking. Vi prøver jo stort sett å levere selv når vi har kommet til den fasen men av og til så tar jo vekkingen en halv time (.) det kan ta lang tid så det er ikke alltid det er gjennomførbart så da må vi hjelpe til og det (..) også har vi jo også pasienter der det er smitte, der det ikke er vi som har pasienten gir rapport selv men at vi gir den til et ledd til, at jeg gir rapport til min kollega men da ringer jeg jo ofte også bort i hvert fall på pasienter som er dårlige men på friske pasienter så blir det kanskje litt korte rapporter for da er det mange ledd det skal gjennom.»*

I tillegg til å holde en rød tråd gjennom hele pasientforløpet slik at riktig informasjon kommer frem til mottakende avdeling, understreket samtlige deltakere viktigheten ved å beholde oversikten under pasientoverleveringen. Dersom det ble for mange elementer å følge med på var det fare for at fokuset kunne flyttes bort fra pasienten i en potensielt kritisk fase. På spørsmål om hvordan man ivaretar pasientsikkerheten i pasientoverleveringen svarte en av deltakerne følgende:

*«Ja, at i hvert fall noen har et øye til pasienten. For når pasienten akkurat har våknet er det ikke alltid de er i stand til å svare for seg. Så det er jo, du må på en måte få etablert kontroll på overvåkning og sånn da. Slik at man ikke mister oversikten.»*

## 6 Diskusjon

Diskusjonen er strukturert ut ifra temaer i funn og forskningsspørsmålene. Disse diskuteres opp imot relevant teori. Deretter diskuteres valgt metode ut ifra tema og forslag til videre forskning. Denne studien undersøkte anestesisykepleiers opplevelser og erfaringer med bruken av ISBAR.

### 6.1 Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet handler om å være forberedt. Utstyr er klargjort, medikamenter er trukket opp og dobbeltsjekket. Man må være forberedt på at ting ikke alltid går som planlagt. Pasientene skal ha det bra og føle seg trygge. Viktig informasjon som skal overføres i pasientoverleveringen innhentes allerede når man forbereder seg på å ta imot pasienten. Dette samsvarer med studien til Reine et. al (2019) der viktigheten av det å være forberedt kom til uttrykk ved at deltakerne mente at overleveringen ikke bare var de ti minuttene man står ovenfor pasientens seng og sier hva som er gjort. Det handler om å være forberedt før man tar imot pasienten og å vite hva som kan forventes av eventuelle komplikasjoner underveis i inngrepet og ha alt av utstyr og medikamenter klart. Dette støttes også av Reine (2015) som skriver at faktorer som bidrar til å forebygge uønskede hendelser i pasientoverganger er riktig bruk av medisinsk teknisk utstyr, god forberedelse før pasienten ankommer, god informasjon og bedre samhandling. Moi et. al. (2019) utførte en studie på anestesisykepleierstudenter. De fant også at ISBAR førte til en pasientsikker kommunikasjonskultur ved at studentene ble tryggere i sin posisjon i overleveringen.

#### 6.1.1 Kan bruk av ISBAR føre til bedre pasientsikkerhet i overleveringen?

De deltakerne som brukte ISBAR mente at det kunne føre til bedre pasientsikkerhet. De var likevel kritiske til den praktiske bruken da det kan føre til at fokuset flyttes som kan være med på å svekke pasientsikkerheten. Under overleveringen er pasienten ofte ikke i stand til å snakke godt for seg eller uttrykke sine behov. Man må som anestesisykepleier først og fremst passe på at pasienten puster. Når anestesimidlene er på vei ut av kroppen kan pasientene være sløve og det autonome nervesystem er dempet kan det

være vanskelig for pasientene trekke pusten godt nok. I tillegg er det viktig å passe på at pasienten er hemodynamisk stabil da generell anestesi påvirker dette (Lunde, 2011). Det kan også være at pasienten har fått for lite smertestillende per operativt og har mye smerter ved ankomst postoperativ avdeling slik at fokuset flyttes over på å trekke opp medisiner. Det er da viktig at det er tilgjengelig personell til stede. Dersom pasienten er ustabil eller har mye vondt er det ifølge deltakerne hensiktsmessig at personell fra postoperativ avdeling overvåker pasienten samtidig som rapporten blir gitt.

I følge ALNSF (2017) skal anesthesisykepleieren kommunisere på en måte som sikrer pasientsikkerhet. Det oppfordres til å bruke ISBAR i postoperative overleveringer og closed loop kommunikasjon skal brukes i akutte situasjoner. På den andre siden skal anesthesisykepleieren også forsikre seg om at pasienten blir nøye overvåket etter avslutning av anestesi, underveis i pasientoverleveringen og til anesthesisykepleieren forlater pasienten på mottakende avdeling. Ifølge deltakerne i studien kan pasientsikkerheten svekkes dersom det ikke er tilgjengelig personell til stede som overvåker pasienten samtidig som anesthesisykepleieren gir rapport til mottakende sykepleier. Kanskje er det hensiktsmessig å tilrettelegge for at operasjonssykepleieren kan overvåke pasienten under rapporten. Operasjonssykepleier skal vurdere pasientens tilstand, sikre dokumentasjon og bidra til god kommunikasjon og godt samarbeid (NSFLOS, 2015). Deltakerne opplevde av og til at operasjonssykepleieren startet å gi rapport og deretter forsvant tilbake til operasjonsavdelingen for å finne frem utstyr til neste pasient. Dersom det er mange pasienter som ankommer postoperativ samtidig er det kanskje ikke rom for at en sykepleier fra postoperativ avdeling kan være tilgjengelig.

### ***Videreføring av viktig informasjon***

Dersom ISBAR skulle fungere optimalt, måtte alle bruke listen på samme måte. Robertson et. al. (2014) fant det samme i sin studie. De etterlyser et felles språk for overlevering av pasienter i sykehus. Informasjonsoverføring uten bruk av ISBAR i overlevering er individuell og dette kan føre til at noen pasienter ikke får videreført den behandlingen som er besluttet. Det er gjort kvantitativ forskning som sier at ISBAR bedrer pasientsikkerheten når beskjeder skal overleveres (Reine et. al., 2019). Funnene

viste at deltakerne synes det var utfordrende å få med seg beskjeder om videre behandling fra kirurg. Beskjedene skrives ned på baksiden av anestesiskjema, der en av deltakerne sa at det ofte kunne bli rotete og uforståelig. Ved bruk av ISBAR så går man automatisk igjennom alle elementene som er med i videre behandling av pasienten. Infeksjonsprofylakse, tromboseprofylakse og videre medikamentell behandling er egne punkt på listen. Samarbeid på tvers av fagprofesjoner og riktig bruk av ISBAR er derfor et viktig moment for at beskjedene som blir gitt og skal gis videre er riktig. I studien til Smith et. al (2008) var det bare 33% av alle pasientoverleveringer der beskjeder fra kirurg om videre behandling var kommunisert til mottakende personell. Dette støttes også av studien til Milby et. al. (2014) der postoperativ antibiotikabehandling og videre smertebehandling ble kommunisert til mottakende avdeling i 14% av tilfellene som ble studert. Ingen av tilfellene i studien brukte standardiserte sjekklister i overføringen. Dersom man bruker ISBAR i overlevering og går igjennom hele listen må man ta stilling til viktige momenter som for eksempel infeksjons- og tromboseprofylakse. Dette kan kanskje føre til at man som anestesisykepleier sørger for å få en tydelig beskjed fra kirurg, da man vet at dette er noe som blir tatt opp i overleveringsfasen. På denne måten kan det tenkes at man sikrer beskjedene for videre behandling ved å bruke ISBAR. På bakgrunn av dette kan det også tenkes at man unngår pasientskade. Dersom postoperativ antibiotika- og smertebehandling blir kommunisert til mottakende sykepleier kan man kanskje hindre at sykdomsforløpet varer lengre enn nødvendig på grunn av en postoperativ sårinfeksjon. På denne måten ivaretas pasientsikkerheten.

Det tar tid å implementere ett nytt verktøy i arbeidshverdagen (Finningan et. al., 2009). Når deltakerne ble spurt om de brukte ISBAR, svarte noen at de brukte det hver gang de leverte en pasient til postoperativ avdeling. Flere poengterte at det var viktig at ISBAR brukes i alle pasientoverleveringer. Praktisk øving gjør at man mestrer kommunikasjonsverktøyet bedre. På den andre siden var det en deltaker som svarte at ISBAR ikke ble brukt, fordi vedkommende ikke følte seg trygg på å bruke den. Her kan det tenkes at vedkommende ikke har fått god nok opplæring. En annen mulig forklaring kan også være at kulturen for å bruke ISBAR enda ikke er opprettet. For at et tiltak skal kunne fungere godt og implementeres i en såkalt sikkerhetskultur, må hele avdelingen være med på å bruke den. Dette kom også frem i en studie gjort på et sykehus i

Australia der ISBAR skulle implementeres. Finningan et. al. (2009) fant at undervisning av de ansatte var viktig for at ISBAR skulle fungere. De fant også at dersom de ansatte forstod viktigheten av å bruke ISBAR for å sikre god pasientbehandling ville de lettere implementere den i sin arbeidshverdag. De brukte simulering på bruk av ISBAR for at det lettere kunne læres. De fant også at det var utfordringer knyttet til trening og simulering, da de ansatte hadde fulle arbeidsplaner og lite tid til overs. Dette stemmer overens med det som kom frem under intervjuene. Deltakerne følte at de ikke fikk god nok opplæring og informasjon før de skulle begynne å bruke ISBAR.

*«Ja, nei jeg tenker at det er kjempeflott. Eneste jeg synes var litt synd med innføringen akkurat her det var at vi hadde ikke noe internundervisning, det synes jeg vi godt kunne hatt da. At vi hadde det på et onsdagsmøte. Plutselig så var det bare «Nå skal vi bruke ISBAR.» «Åja, skal vi bruke ISBAR?» At hvis vi hadde hatt et morgenmøte der vi på en måte gikk litt ordentlig igjennom det da.»*

Det skal være trygt å bruke ISBAR og det kan tenkes at riktig opplæring må til for at alle skal gå med på å bruke sjekklisten. Ledelsen må sørge for tilstrekkelig opplæring personalet og oppfordre til bruken av den. Bruk av sjekklisten må følges opp jevnlig for å at ansatte skal fortsette å bruke ISBAR (Reine, 2015). Dette kunne for eksempel vært gjort ved at man tar opp ulike erfaringer om overføringssituasjoner på morgenmøter og bruker det som en lærings situasjon.

## 6.2 Systematikk versus skjønn

### 6.2.1 Standardiserte sjekklister

Studier viser at implementering av standardiserte sjekklister i postoperative overleveringer fører til bedre kvalitet og mindre feil (Nagpal et al., 2013). De deltakerne som svarte at de brukte ISBAR, var jevnt over fornøyd med å bruke sjekklisten. De mente at bruken var fordelaktig da viktig informasjon om pasienten ikke uteblir. Noen beskrev at de syntes det var vanskelig å få med seg alt av beskjeder videre på slutten av operasjonen, under trygg kirurgi. Når de gjennomgår ISBAR med mottakende sykepleier blir de gjort oppmerksom på detaljer om videre behandling slik at de ikke glemmer å videreformidle det. Dette vises også i en studie gjort av Halterman, Gaber, Janjua, Hogan & Cartwright (2017). Etter at ISBAR ble innført fant de at viktige detaljer som tidligere ikke hadde blitt kommunisert videre nå var gjeldende i 82% av

overleveringene. ISBAR som kommunikasjonsverktøy øker kvaliteten på overleveringen, og det hjelper anestesisykepleierne å huske hva som skal videreføres av informasjon. Dette støttes av Leonardsen (2019) som fant at både kvaliteten og pasientsikkerheten ved bruk av ISBAR øker, spesielt dersom samarbeidet mellom ulike profesjoner fungerer godt i overleveringen.

Deltakerne har ulike meninger om den praktiske bruken av ISBAR som sjekklister. Noen mener den fører til at pasientoverleveringen blir trygg og pasientsikker. Andre mener at den ikke er nødvendig for å sikre at informasjon blir videreført. Opprinnelig var det U.S. Navy som begynte å bruke akronymet, da som SBAR (WHO, 2016). Videre har den blitt utviklet til ISBAR ved at identitet har blitt satt til sjekklisten. Enkelte sykehus rundt om i landet har laget sin egen versjon. Under hvert punkt på ISBAR listen har det tilkommet flere punkter, og sjekklister slik enkelte bruker den i dag har opptil flere underpunkter under hver bokstav. Dette kan føre til at sjekklister blir mer komplisert enn den hadde til hensikt å være. Sjekklister skal være til hjelp i en hektisk og kanskje uoversiktlig hverdag. Grunnen til at man begynte å bruke slike akronymer var for å lettere kunne huske hva som skal formidles. Dette støttes av Catchpole & Russ (2015) som stiller spørsmål ved at sjekklister brukt i luftfart og andre industrier blir implementert i helsevesenet. Sjekklister brukt i luftfart inneholder ofte korte konsise arbeidsoppgaver som kan utføres av en person. Sjekklister brukt i helsevesenet krever ofte samarbeid og kommunikasjon utført av flere personer. Slik er det også med ISBAR. Det kan derfor tenkes at det kreves mer bruk av tid og ressurser for å gjennomføre slike sjekklister.

En av deltakerne svarte på spørsmål om standardiserte lister og pasientsikkerhet at vedkommende likte spesielt godt ISBAR, fordi det gjorde at man kunne være effektiv uten at det gikk ut over pasientsikkerheten. Vedkommende sammenlignet ISBAR med sjekklister for trygg kirurgi. At sjekklister for trygg kirurgi var en strevsom og tungvint prosedyre i starten, men som etter hvert viste seg å være en viktig brikke både til pasientsikkerhet og til samarbeid mellom team-medlemmer under det kirurgiske inngrepet. Noen studier konkluderer med at standardiserte lister har blitt en slags måleenhet for trygg og sikker pasientbehandling (Manser & Foster, 2011; Leonardsen et al., 2019). En av deltakerne i studien stilte spørsmålstegn ved dette:



*«Så det er jo kanskje, noe som er litt mer sånn, hvis man skal peke på det negative at med en gang alle skal følge en liste så, så blir det ikke så mye tenke selv. Da blir det mer å følge en oppskrift sånn som det har blitt med prosedyre på enten personer eller anestesi til personer eller sånne ting så vet jeg at det er både fordeler og ulemper med det da. Det at man har en standardisert måte å jobbe på, det setter jo kanskje ikke samme kravet til å tenke selv som når man ikke hadde hatt noe. Selv om man selvfølgelig må tenke selv det er jo implisitt her da. Men at man da har det litt mer på autopilot da kanskje.»*

Anestesisykepleiers jobb er å sikre god behandling til pasienter med forskjellig utgangspunkt som responderer forskjellig på anestesimetoder (ALNSF, 2017).

Anestesisykepleiere må være forberedt på å håndtere ulike typer komplikasjoner. De er trent i å bruke det kliniske blikket dersom pasientens tilstand krever en oversikt og det ikke er umiddelbar tilgang på medisinsk teknisk utstyr, som for eksempel ved pasientoverleveringer (ALNSF, 2017). Det kan tenkes at den standardiserte listen noen ganger må tillegges skjønn og klinisk blikk.

### 6.2.2 Bruk av skjønn

Når man følger standardiserte lister som er utformet for at man skal unngå å gi pasienten feil behandling, mener noen av deltakerne at det bør være rom for at man kan bruke skjønn. Pasientene som leveres på postoperativ avdeling er svært forskjellige. Informasjonen som videreføres vil dermed være av ulikt innhold og omfatning. En av deltakerne konstaterte at ISBAR fungerer best på pasienter der innholdet av informasjon som skal overføres er stort og uoversiktlig. Dersom pasienten er multimorbid og har gjennomgått et komplisert kirurgisk inngrep vil informasjonen som skal overføres til mottakende avdeling være ulik en frisk pasient. På en frisk pasient vil det kanskje nok å si hva som er gjort og at pasienten ikke har noen sykdommer fra tidligere. Dersom det er mindre informasjon som skal overføres, kan det tenkes at sjansen er mindre for at informasjon uteblir. Ifølge Robins og Dai (2015) så utgjør det ingen forskjell på tidsbruken om man bruker en standardisert liste til å gi rapport eller ikke. I studien til Reine et. al. (2019) fant de at dersom pasienten ble sett på som en enkel «case», altså at det var lite å si i overleveringen, så økte risikoen for at overleveringen var av dårlig kvalitet. Og dersom det skulle skje noe uforutsett med pasienten hadde det tatt lengre tid for at det skulle bli oppdaget da man ikke har monitoreringsutstyr tilgjengelig fordi det ikke er forventet at komplikasjoner skal

oppstå. Evnen til å tenke kritisk må være tilstede ved standardiserte prosedyrer, også ved bruk av ISBAR.

### ***Det kliniske blikk***

Manser et. al. (2011) fant at ved overlevering av en pasient til mottakende avdeling er det mye informasjon som uteblir dersom det ikke spesifikt kommuniseres. Informasjon om diagnoser, valgt anestesimetode og anestesiforløp kommuniseres videre til mottakende avdeling. Anestesisykepleierens kompetanse kan også bidra til å forutse videre postoperative komplikasjoner og usikkerheter til den valgte behandling. Dette er sjelden dokumentert (Manser et. al., 2011). Når man gir informasjon om pasientens sykehistorie og kirurgisk inngrep som ved ISBAR, er det likevel mye som anestesisykepleiere er trent i å innhente informasjon om som ikke nødvendigvis kommuniseres videre. Anestesisykepleiere er trent i å bruke sitt kliniske blikk. Dette er noe som mange mener man utvikler over tid. Ifølge Foucault (2000) skal det kliniske blikket være av renhet og det skal knyttes til en viss form for taushet. Fornuften skal ikke bli påvirket av teorier og sansene skal ikke påvirkes av fantasier.

Anestesisykepleiere kan vurdere pasientens tilstand ved å se på respirasjonsbevegelser og ved å kjenne på pulsen uten å bruke medisinsk teknisk utstyr. Det er spesielt viktig å bruke det kliniske blikket dersom man ikke kan bruke teknisk utstyr. Dette kan for eksempel være dersom pasienten har klam hud, kvalme, blekhet eller reaksjon på premedikasjon (Lunde, 2011). Manser et. al. (2011) mener at i en overleveringssituasjon er disse tingene sjelden dokumentert, og derfor er man ikke sikker på om de har blitt kommunisert videre til mottakende sykepleier. De kan likevel være en viktig del av det totale pasientbildet.

## 6.3 Hvilke faktorer kan påvirke pasientsikkerheten i pasientoverleveringen?

### 6.3.1 Samhandling

Når man skal videreføre viktig informasjon er det nødvendig at mottaker er lydhør og har fokus på det som blir sagt. Like viktig er det at den som formidler budskapet er konsekvent og tydelig i sin formidling. Kommunikasjon med mottakende sykepleier er sentralt og viktig for at deltakerne er fornøyd med overleveringen. Anestesisykepleiere har en viktig rolle som kommunikator. De skal kommunisere effektivt med andre profesjoner og innad i egen profesjon. Anestesisykepleierne skal sette fokus på spenninger mellom profesjonene og håndtere konflikter (ALNSF, 2017). Dette støttes av Manser et. al. (2013) der studien finner at kommunikasjon og koordinasjon er en selvfølge dersom en standardisert overføring skal fungere. Kommunikasjonen i en overføringssituasjon er noe som bør trenes på. Deltakerne uttrykker at de blir møtt på forskjellig måte både på intensiv og på postoperativ avdeling. Noen ganger med en følelse av at de ikke er velkommen, eller at det ikke er plass i avdelingen. Dette viser svikt i koordineringen og gjør det vanskelig å gjennomføre en optimal overlevering. I studien til Smith et. al. (2008) kunne anestesisykepleieren risikere å stå å vente til en av de mottakende sykepleierne var ledige før de kunne gi rapport. Dersom deltakerne føler at de ikke blir møtt med respekt når de skal levere pasienten, kan det være en trussel mot pasientsikkerheten. Det er fordi det hemmer samarbeidet i en overlevering ved at standard for pasientsikkerhet ikke blir overholdt (Manojlovich et. al., 2014). Dette kan løses at man har en gjensidig forståelse og respekt for hverandres arbeidsoppgaver. Kanskje er det rom for å planlegge hvilke pasienter som kommer ved å styrke kommunikasjonen mellom avdelingene for å tilstrebe en forutsigbar hverdag.

Prosedyrer kan oppfattes forskjellig av ulike faggrupper (Matic et. al., 2010). Dette kan også gjelde bruken av ISBAR. Dersom mottaker og avsender har forskjellige forventninger til det som skal skje, kan det oppstå usikkerhet rundt overleveringen. Det kan også føre til at overleveringen tar unødvendig lang tid. Det var flere av deltakerne som fortalte om situasjoner der mottakende sykepleier hadde fokus på helt andre ting under rapportgivingen, som for eksempel å hente puter eller spørre om pasienten har urinkateter. Ifølge deltakerne var dette noe som kunne være med på å gi en mindre god

opplevelse av samarbeid. De synes at det var unødvendig å stå å vente på at sykepleierne skulle bli klare når praktiske tiltak like godt kunne blitt utført etter rapporten. Anestesisykepleierne beskrev dette som en stressfaktor da de visste at de måtte tilbake til operasjonsavdelingen for å ta imot neste pasient. Dette samsvarer med funn i studien til Smith et. al. (2008) der sykepleierne blandet antibiotika, målte blodsukker og utførte dobbeltkontroll for kollegaer samtidig som de tok imot rapport fra anestesisykepleier. Dersom de tre faggruppene ikke har samme forventning til hva som skal skje i overleveringssituasjonen kan det føre usikkerhet og forvirring. Det kan være vanskelig å holde fokus og kanskje er det lite personell tilgjengelig når pasienten skal overleveres (Randmaa et. al., 2017). Deltakerne uttrykte behov for flere ressurser i pasientoverleveringen ved bruk av ISBAR. Spesielt dersom det oppstår en uforutsett hendelse som fører til at man mister oversikt.

Deltakerne beskriver en god pasientoverlevering der mottakende sykepleier er forberedt på hvilken pasient de skal ta imot. At de har lest i tidligere journaler og vet det mest nødvendige om pasienten fra tidligere. Dersom pasienten står på blodfortynnende medisiner fra før kan det ha innvirkning på videre tromboseprofylakse. At man blir møtt med respekt når man ankommer postoperativ avdeling er viktig for at deltakerne beholder roen og oversikten i situasjonen. Det er også viktig at koordineringen fungerer på en optimal måte på tross av en hektisk hverdag slik at det er plass til pasienten i avdelingen. Samarbeidet kan bedres ved at alle har forståelse for hverandres arbeidsoppgaver. Pasienten blir tilkoblet medisinsk teknisk utstyr og vitale parameter blir lest av slik at alle ser at pasienten er stabil før rapporten kan begynne. Det kan bidra til at alle har oversikt i situasjonen. Anestesisykepleier har fokus på pasienten når operasjonssykepleier gir sin rapport og omvendt. Rapporten blir bekreftet av mottakende sykepleier før man returnerer til sin egen avdeling. En god og oversiktlig pasientoverlevering gjør at pasientsikkerheten blir ivaretatt. Dette støttes av Manser et. al. (2013) som skriver at god samhandling, kommunikasjon og kontinuitet mellom partene gir trygge og gode pasientoverganger.

Det kan være lettere å beholde oversikten dersom alle er forberedt på hva som skal skje i pasientoverleveringen. Planlegge, prioritere og identifisere mulige alternativ.

Gjenkjenne scenario som kan føre til at man mister fokus. Dette er noe som blir beskrevet som ikke-tekniske ferdigheter i anestesi (Eisenach, 2009). Hvis man har planlagt godt og kan forutse hva som skal skje når man leverer pasienten kan man kanskje klare å holde oversikten til rapporten er gitt. Dersom man ønsker å redusere risikoen for uønskede hendelser er god kommunikasjon og informasjonsoverføring avgjørende. Kommunikasjon og profesjonsspråk, rollebevissthet, kontekst og ledelse er fire samhandlingsdimensjoner som bør trenes på dersom man ønsker å sikre god kvalitet og pasientsikkerhet (Reine, 2015).

### 6.3.2 Mangel på oversikt

Å holde fokus under rapportgivning ble beskrevet av deltakerne som essensielt. Flere situasjoner kan lede til at det oppstår forvirring og usikkerhet slik at man mister oversikt over situasjonen.

#### ***Bytte av anestesisykepleier per operativt***

Det finnes noen situasjoner der anestesisykepleieren som tar imot pasienten og er hos pasienten under anestesi ikke er samme anestesisykepleier som leverer og gir rapport om pasienten til mottakende avdeling. Dette kan for eksempel være i vaktskiftet, der påtroppende personell tar over for avtroppende. Dette virker å være utfordrende for den som skal ta over pasienten når det skal gis rapport til mottakende avdeling. Studiet til Reine et. al. (2019) hadde fant det samme. De synes det var utfordrende å skulle ta over pasienten fra en annen anestesisykepleier når det er flere viktige komponenter det skal overføres informasjon om. Når anestesisykepleierne skulle levere pasienten til postoperativ avdeling og ikke hadde vært hos pasienten under hele forløpet synes de at det var vanskelig å svare på spørsmålene som mottakende sykepleier stilte. Dette så de på som en risikofaktor for at det kunne skje feil i overleveringen. Dette var spesielt dersom en annen anestesisykepleier tok over pasienten sent i det anesthesiologiske forløpet. Da kunne det være større sjanse for at man mister oversikten i overleveringen på grunn av at man ikke har hatt nok tid til å sette seg inn i pasientens tilstand på forhånd. I noen tilfeller kan dette løses ved at den anestesisykepleieren som skal gi ifra seg ansvaret for pasienten, ringer til postoperativ avdeling og avgir en rapport om

pasienten. Å bruke ISBAR i denne situasjonen kan bli problematisk, hvis ikke både avsender og mottaker har sjekklisten foran seg.

### ***Uforutsette hendelser***

Pasientene er sårbare i en overleveringssituasjon. Mange har akkurat våknet fra narkose og puster dårlig. Anestesimidlene er på vei ut av kroppen og det kan være behov for vasopressorer for å holde blodtrykket stabilt (Lunde, 2011). Det er ikke sjeldent at det da oppstår en uforutsett hendelse. Man skal sørge for at pasienten puster og har det bra på veien til mottakende avdeling. Det blir opp anesthesisykepleier å vurdere i samarbeid med anestesilege hvor mye medisinsk teknisk utstyr som skal tas med i transporten for overvåkning. Dersom noe uforutsett skjer kan det være at man overser noe i overleveringen fordi fokuset flyttes og man kan miste oversikt. På spørsmål om hva som kan få deltakerne til å miste oversikten i situasjonen og dermed true pasientsikkerheten svarer en av deltakerne følgende:

«Nei det må jo være hvis det skulle oppstå noe veldig dramatisk underveis da. At du rett og slett ehm (..) overser noe fordi at det ble så (..) la oss nå si en hjertestans da.»

Dette støttes av studien Reine et. al. (2019). Resultatene i studien viser at tilstanden til pasienten og faktorer rundt selve overleveringssituasjonen er viktig for kvaliteten av den. Overleveringssituasjoner av mindre god kvalitet var ofte preget av pasienter som hadde nedsatt respirasjon og/eller sirkulasjon, var kvalme eller hadde smerter postoperativt. De fant også at overleveringer som var preget av tidspress hadde mindre god kvalitet og var mindre pasientsikker.

Det stilles spørsmål til om ISBAR kan brukes i pasientoverleveringer der pasientene er ustabile. Det vil for eksempel si om pasienten ikke puster godt nok eller der man ikke har kontroll på pasientens blodtrykk. I en allerede uoversiktlig og kanskje kaotisk situasjon, vil ISBAR gjøre det mindre eller mer oversiktlig? I en studie gjort i Iran på traumepasienter undersøkte Yegane, Sharami, Hatamabadi & Hosseini-Zijoud (2017) om ISBAR kunne brukes i traumemottak. Etter at de ansatte hadde fått innføring og opplæring ved bruk av ISBAR så de at 65% av alle traumemottakene ble gjennomført med bruk av ISBAR. Dette støttes også av Moi et. al. (2019) som fant at deltakerne synes

at det var oversiktlig å bruke ISBAR i akutte situasjoner da de fikk en rask oversikt over pasientsituasjonen der og da. Oversikt i situasjonen er viktig og kanskje spesielt dersom noe uforutsett skjer.

## 6.4 Metodediskusjon

### 6.4.1 Design

Designet ble valgt ut ifra problemstillingen. Siden det var en utforskende problemstilling falt valget på dybdeintervju der deltakernes meninger og synspunkter skulle fremstilles. Studiet er kvalitativt og innholdsanalyse av Granheim & Lundman (2004) er brukt som metode i analyseprosessen. Den valgte metoden gjorde at deltakerne kunne svare fritt og resultatet ble forskjellige synspunkter på emnet. En annen fordel med metoden er at deltakerne ikke ble påvirket av andres utsagn, som for eksempel i et fokusgruppeintervju (Kvale & Brinkmann, 2017). Når metode skulle velges til prosjektet var det ikke helt åpenbart at det måtte være en kvalitativ metode. Pasientoverlevering og bruk av ISBAR kunne også være et tema innenfor kvantitativ forskning. Men da problemstillingen spør etter opplevelser og erfaringer var kvalitativt intervju et naturlig valg.

### 6.4.2 Utvalg og analyseprosess

Utvalget er anestesisykepleiere slik det spørres om i problemstillingen. Det er naturlig å velge dem som yrkesgruppe da de har en sentral rolle i overleveringen og bruken av ISBAR. Forfatter og veileder er selv anestesisykepleiere og har god kjennskap til ISBAR. Valg av tema ble gjort på bakgrunn av erfaring om at det er forskjellig praksis på bruken av ISBAR.

Det ble gjennomført seks intervjuer i løp av en kort tidsperiode. Ut ifra den intervjuguiden som var laget kom det ikke frem ny informasjon i intervjuene og et metningspunkt oppstod (Malterud, 2011). Informantene kom ikke med nye svar, men repeterte i stor grad opplevelser og synspunkt som hadde blitt tatt opp i de tidligere intervjuene. Konklusjonen ble i samarbeid med veileder og ikke intervjuet flere enn seks deltakere.

Intervjueren hadde kjennskap til samtlige av deltakerne i studien fra tidligere, men det ble ikke opplevd som problematisk å forske på «kollegaer». Dette kan likevel være med på å svekke resultatene i studien, da det kan ha vært en faktor som påvirket resultatet dersom deltakerne har svart ut ifra hva de tror intervjuer vil høre. Dette kan være et potensielt bias i studien dersom det har påvirket deltakernes utsagn (Polit & Beck, 2016). Dette ble forsøkt å imøtekomme ved at deltakerne fikk spesifikk informasjon om at det var deres ulike meninger og synspunkter som intervjueren var interessert i, og dermed ble de oppfordret til å gi sin oppriktige mening rundt tema.

Bruk av lydopptaker under intervjuene skulle lette prosessen ved transkribering, ved at man kan gjengi ordrett det deltakerne fortalte om. Lydopptakeren kan likevel for noen bli sett på som en barriere. Deltakerne samtykket i at intervjuet ble tatt opp. Når den ble tatt frem var det noen av deltakerne som ble usikre. Kanskje kan det ha ført til at deltakerne «pyntet på sannheten» dersom de tenkte på hvordan de ble oppfattet under intervjuet.

Forfatter har selv utført intervjuene og transkriberingen, noe som bidro til å lette prosessen under transkriberingen fordi man kjenner til hva som ble sagt under intervjuet. Uklarheter kan lettere oppklares da man har vært til stede under selve intervjuet og transkriberingen har blitt foretatt kort tid etter intervjuet. Ved at det er forfatter har gjennomført transkriberingen er en styrke i forhold til at man innehar et godt kjennskap til materialet, og kan dermed lettere få oversikt ved at man som intervjuer kjenner intervjukonteksten som i stor grad forsvinner under transkribering (Kvale & Brinkmann, 2017).

Analyseprosessen anbefales å gjøres sammen med andre (Maltertud, 2017). Det er mulig at selve analyseprosessen kunne vært av høyere kvalitet dersom den ble gjort sammen med for eksempel en medstudent. Det er valgt innholdsanalyse av Granheim & Lundman (2004). Dette er en kvalitativ metode som brukes ut ifra det materialet som er innhentet under intervjuene.



For å sikre studiens reliabilitet og validitet var alle data (lydfiler, transkribering og koding) tilgjengelig for veileder og forfatter til alle tider slik at datamaterialet har vært transparent. I tillegg til forfatter har veileder analysert funnene og kommet frem til samme resultat. Dette styrker studiens pålitelighet ved at data ikke har forsvunnet under stegene i analysen (Granheim & Lundman, 2004). Forfatter og veileder har deltatt på masterseminarer der kvalitative metoder og forskjellige typer analysemodeller har blitt diskutert opp imot tema. Forfatter har ikke gjennomført innholdsanalyser tidligere som kan være med å svekke nivået i analyseprosessen. Det har vært noe utfordrende å samle kategorier som samsvarer med tema uten å utelukke noen av dem. Dette er fordi mange av kategoriene kan ha flere betydninger. Analyseprosessen er utført i samarbeid med en erfaren veileder. Dette bidrar til å unngå subjektive fortolkninger og konklusjoner noe som styrker validiteten til oppgaven (Granheim & Lundman, 2004). Det finnes ikke bare et fasitsvar på kvalitative forskningsresultater. Studiens troverdighet øker dersom resultatene er presentert slik at leseren kan finne sin egen måte å tolke dem på (Granheim & Lundman, 2004). Dette er gjort ved fremstilling av eksempler fra analysen i teksten.

En generell utfordring ved kvalitativ forskning er forskerens påvirkningskraft på individet (Granheim & Lundman, 2004). Det kan være vanskelig å kontrollere hvilken innvirkning intervjuer har hatt på deltakerne i studien og i analysearbeidet. Dette kan være både en styrke og en svakhet i studien.

### **6.4.3 Overførbarhet**

Bruk av ISBAR i pasientoverlevering ble utforsket i denne studien. Overlevering av pasienter skjer flere ganger i løp av anestesisykepleierens arbeidshverdag. ISBAR er integrert som metode for overlevering på mange sykehus i Norge. Utvalget er kun hentet fra ett sykehus i Norge. Men resultatene kan likevel overføres da det er flere sykehus som bruker ISBAR i overleveringen. Det er sannsynlig at flere sykehus har anestesisykepleiere som deler samme opplevelser og tanker rundt bruk av ISBAR i pasientoverlevering. Dette støttes av at tidligere forskning har funn som støtter resultatene i studien.

#### 6.4.4 Implikasjoner for praksis

Resultatene fra studien kan brukes i praksis der overlevering av pasienter skjer og der det brukes ISBAR. Resultatene er presentert ved en grundig beskrivelse av analysen og analyseprosessen. Dette fører til at det er lettere for utenforstående og følge trinnene i analyseprosessen og implementere resultatene. Det fører også til at studiens overførbarhet styrkes (Granheim & Lundman, 2004).

Problemstillingen spurte etter deltakernes erfaringer og opplevelser med bruk av ISBAR. Dette har i stor grad blitt presentert i funnene. De fleste deltakerne var positivt innstilt til bruken av sjekklisten. Det diskuteres om ISBAR kan brukes på alle pasienter, og at man som anestesisykepleier kanskje må bruke skjønn og tilpasse ISBAR ulike typer pasientgrupper. Andre mente at ISBAR måtte brukes likt av alle. Deltakerne delte sine synspunkter på samhandling med mottakende avdeling og kom med konkrete beskrivelser på hva som styrker og svekker dette samarbeidet.

De to forskningsspørsmålene spurte etter pasientsikkerheten ved bruk av ISBAR og om det var andre faktorer som kunne styrke pasientsikkerheten i pasientoverleveringen. Det gjennomgående temaet i resultatene var at deltakerne mente at ISBAR styrker pasientsikkerhet. De kom frem til ulike situasjoner der pasientsikkerheten kunne være truet.

Problemstillingen og forskningsspørsmålene er i stor grad besvart, og dette er med på å styrke studiens gyldighet ved at resultatene samsvarer med det som det spørres etter i studiens metode (Granheim & Lundman, 2004).

#### 6.5 Forslag til videre forskning

Denne studien hadde fokus på hva avsender mente om rapporteringsfasen. Det er behov for studier på hva sykepleierne på postoperativ avdeling og intensiv mener om hvordan rapporten blir gitt fra anesthesi- og operasjonssykepleierne og om de synes ISBAR fungerer. Dette kunne for eksempel blitt gjort under et fokusgruppeintervju med operasjon-, anesthesi- og intensivsykepleiere. Da kunne man få frem ulike synspunkt fra

alle faggruppene som er involvert og det kunne kanskje føre til større forståelse for hverandres arbeidsoppgaver. Operasjonssykepleieren er en viktig samarbeidspart for anestesisykepleieren dersom ISBAR skal fungere optimalt. Det kunne vært interessant å vite hva de mener om samarbeidet og hvordan det eventuelt kan videreutvikles. For å få større forståelse for hvordan selve overleveringen foregår og finne mulige kilder til at feil oppstår kunne en observasjonsstudie også være aktuelt.

## 7 Konklusjon

Bruk av ISBAR kan ifølge samtlige anestesisykepleiere i studien gjøre overleveringen mer pasientsikker. Men dette krever at flere faktorer er på plass. Man må ha oversikt i situasjonen og forutse eventuelle komplikasjoner ved bruk av ikke-tekniske ferdigheter. Viktige årsaker til at feil skjer eller at ting glemmes i rapporten er ifølge deltakerne manglende informasjon fra kirurg om videre behandling eller at noe uforutsett skjer under pasientoverleveringen slik at man mister oversikt. Det å overta pasientansvaret midt i et anestesiforløp var også sett på som utfordrende.

For at ISBAR skal brukes riktig kreves det at hele listen gjennomgås ved sengen til pasienten i praksis. Dersom pasienten er respiratorisk eller sirkulatorisk ustabil eller av andre årsaker må tas ekstra hensyn til må det benyttes flere ressurser til å overvåke pasienten i mellomtiden. Hvis det ikke er ressurser tilgjengelig må man avvente med rapporten til pasienten er stabil nok.

ISBAR kan i utgangspunktet brukes på alt i fra friske dagkirurgiske pasienter til dårlige intensivpasienter. Ingen pasienter er like og det diskuteres om man kan bruke den samme sjekklisten på hele spekteret av pasienter. Anestesisykepleiere er trent i å bruke sitt kliniske blikk. I noen tilfeller kan det være hensiktsmessig å bruke skjønn slik at man kan tilpasse ISBAR til hver enkelt pasient. Dette må skje uten at det går på bekostning av viktig informasjon som skal videreformidles for å unngå at det skjer feil i overleveringen som kan føre til pasientskade.

Funnene viser at det er rom for forbedring når det kommer til samhandling og kommunikasjon med mottakende avdeling. Pasientoverleveringen og rapporten er ifølge deltakerne best når alle er forberedt på hva som skal skje og når man holder seg til sine arbeidsoppgaver. I tillegg var det gjentagende i intervjuene at det var spesielt viktig at alle hadde fokus i rapportgivingen.

## Referanser

- Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk sykepleierforbund (ALNSF)  
*Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere (Vedtatt på ALNSF generalforsamling 01.09.2017)*
- Catchpole, K. & Russ, S. (2015) The problem with checklists. *BMJ Quality & safety* 24(9), s. 545–549
- Finningan, M. A., Marshall, S. D. & Flanagan, B. T. (2010) ISBAR for clear communication: one hospital's experience spreading the message. *Australian health review* 34(400-404)
- Foucault, M. (2000) *Klinikkens fødsel*. København: Hans Reitzels forlag
- Granheim, U. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse educ today* 24(2)
- Halterman, R. S, Gaber, M., Janjua, M. S. T., Hogan & G. T., Cartwright, S. M. I (2019) Use of a checklist for the postanaesthesia care unit patient handoff. *Journal of perianaesthesia nursing* 34(4)
- Helsedirektoratet. (2016). *Pasientskader i Norge 2015 målt med Global Trigger Tool (IS-0601)*. Hentet 5. Mai 2019 fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/resultater/rapporter/attachment/3763?ts=1574e8142ea>
- Institute of healthcare improvement. (2019) *ISBAR trip tick*. Hentet 7. September 2019 fra <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/ISBARTripTick.aspx>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., Donaldson, M. S. (2000) To err is human: building a safer health system. *Washington: national academies press*.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2017) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal
- Leonard, M., Graham, S. & Bonacum D. (2004) The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality & Safety Health care* 13(1).

Leonardsen, A. C, Moen, E. K., Karlsøen, G. & Hovland, T. (2019) A quantitative study on personnel's experiences with patient handovers between the operating room and the postoperative anesthesia care unit before and after the implementation of a structured communication tool. *Nursing reports* 9(8041)

Lunde, E.M. (2011). Klinisk overvåking og monitorering. I: Hovind, I.L. (Red.) *Anestesisykepleie* (2. utg., s. 20-21). Oslo: Akribe AS.

Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Manser, T., Foster, S., Flin, R. & Patey, R. (2013) Team communication during patient handover from the operating room: more than facts and figures. *Human factors* 55(1)

Manser, T. & Foster, S. (2011) Effective handover communication: an overview of research and improvement efforts. *Best practice and research clinical anaesthesiology* 25, s. 181-19

Matic, J., Davidson & P. M., Salamonson, Y. (2010). Review: bringing patient safety to the forefront through structured computerisation during clinical handover. *Journal of clinical nursing* 20(1-2)

Manojlovich, M., Kerr, M., Davies, B., Squires, J., Mallick, R., & Rodger, G. L. (2014). Achieving a climate for patient safety by focusing on relationships. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(6), s. 579-584.  
doi: 10.1093/intqhc/mzu068

Milby, A., Bömher, A, Gerbergshagen, M. U., Joppich, R. & Wappler, F. (2014) Quality of post-operativ patient handover in the post-anesthesia care unit: a prospective analysis. *Acta anaesthesiol scand* 58, s. 192-197

Moi, E. B., Söderhamn, U., Marthinsen, G. N. & Flateland, S. M. (2019) Verktøyet ISBAR fører til bevisst og strukturert kommunikasjon for helsepersonell. *Sykepleien Forskning* 14(74699)(e-74699), 1- 18. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.74699>

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

doi: 10.1016/j.amjsurg.2013.03.005.

NSFLOS, N. S. F. O. (2015) *Operasjonssykepleie – ansvar og funksjonsbeskrivelse*. Hentet 1. Oktober 2019 fra <https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>

Pasientsikkerhetsprogrammet. (2014). *Pasientskader i Norge*. Hentet 3. April 2019 fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/pasientskader-i-norge>

Polit, D.F. & Beck, C.H. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10 utg). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Randmaa, M., Engström, M., Swenne, C. L. & Mårtensson, G. (2017) The postoperative handover: a focus group interview study with nurse anaesthetists, anaesthesiologists, and PACU nurses. *BMJ Open* 7 doi:10.1136/bmjopen-2016-015038

Reine, E. (2015). Postoperative pasientoverføringer. I: Aase, K. (red.) *Pasientsikkerhet* (2.utg., s. 155-166). Oslo: Universitetsforlaget

Reine, E., Rustøen, T., Ræder, J. & Aase, K. (2019) Postoperative patient handovers – variability in perceptions of quality: A qualitative focus group study. *Journal of clinical nursing*. Vol. 28(3-4).

Reine, E., Ræder, J., Manser, T. N., Småstuen, M. C. & Rustøen, T. (2019) Quality in postoperative patient handover: different perceptions of quality between transferring and receiving nurses. *Journal of nursing care quality*. Vol. 34(1)

Robertson, E. R., Morgan, L., Bird, S., Catchpole, K. & McCulloch, P. (2014) Interventions employed to improve intrahospital handover: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 23, s. 600-607

Robins, H. M. & Dai, F. (2015) Handoffs in the Postoperative Anesthesia Care Unit: Use of a Checklist for Transfer of Care. *AANA journal* 83(4)

Smith, A. F., Pope, C., Goodwin, D. & Mort, M. (2008) Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in the recovery room. *British journal of anaesthesia* 3(1)

World health organization. (2014). *Patient safety*. Hentet 3. April 2019 fra <https://www.who.int/patientsafety/en/>

Yegane, S. A. F., Sharami, A., Hatamabadi, H. R. & Hosseini-Zijoud, S. (2017) Clinical information transfer between EMS staff and emergency medicine assistants during handover of trauma patients. *Prehosp disaster med.* 32(5)



## Vedlegg 1

### Intervjuguide

#### 1 Pasientoverleveringen:

---

Hvilke opplevelser har du med pasientoverlevering fra operasjonsavdeling til postoperativ avdeling?

Hva synes du er medvirkende faktorer som gjør pasientansvar blir overført på en trygg måte?

Hva er det som gjør at en pasientoverlevering blir god?

-Mindre god?

#### 2 ISBAR

---

Kan du beskrive hvordan du gir rapport til mottakende avdeling fra start til slutt?

Hva tenker du om innføringen av kommunikasjonsverktøyet ISBAR? Bruker du den i arbeidshverdagen din?

- Hvis ikke det brukes, hvorfor?
- Føler du at det er et krav?
- Fordeler/ulemper

Hvordan opplever du at rapporten blir mottatt av mottakende avdeling?

#### 3 Pasientsikkerhet:

---

Kan du fortelle litt om hva ordet pasientsikkerhet betyr for deg?

Hvordan bevarer du pasientsikkerheten i overføring av pasient til postoperativ avdeling?  
-fremmer/ hemmer

## Vedlegg 2

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

27.03.19, 10.14



### **NSD sin vurdering**

#### **Prosjekttittel**

Anestesisykepleiers bruk av ISBAR i pasientoverlevering

#### **Referansenummer**

584899

#### **Registrert**

26.02.2019 av Ingvild Victoria Hauståker Fiskerstrand - 218525@student.usn.no

#### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

#### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Fiona M. Flynn, fiona.flynn@usn.no, tlf: 97531697

#### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

#### **Kontaktinformasjon, student**

Ingvild Victoria Fiskerstrand, ingvild.fiskerstrand@gmail.com, tlf: 90595515

#### **Prosjektperiode**

22.02.2019 - 31.12.2020

## Status

20.03.2019 - Vurdert

## Vurdering (1)

### 20.03.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 20.03.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

### MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2020.

### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art.

16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 3

Fra: xxx

Sendt: 10.04.19 kl 08:54

Til: Ingvild Victoria Hauståker Fiskerstrand

Emne: SV:Fiskerstrand ISBAR

Vedlagt følger tilråding, med utgangspunkt i at data blir lagra på Forskingsområdet i Helse xxx. Viss behov for referanse, kan du bruke ephorte nr 2019/1574-4.

Lukke til med arbeidet

Beste helsing frå

xxx

Personvernrådgjevar for forskning

xxx HF

Tlf: xxx

## Vedlegg 4

### Vil du delta i forskningsprosjektet

” Anestesisykepleiers bruk av ISBAR i pasientoverlevering?”

*” Hva er anestesisykepleiernes erfaring med pasientoverlevering til mottakende avdeling og bruk av ISBAR?”*

#### **Formål med studien**

Hensikten med denne studien er å undersøke anestesisykepleiernes erfaringer med overlevering av pasienter til postoperativ avdeling og bruk av kommunikasjonsverktøyet ISBAR. Dine erfaringer kan bidra til å sette søkelys på om all pasientinformasjon bevares og overleveres til neste ledd i pasientbehandlingsskjeden på en sikker måte. Fokus på tema gjennom studien kan bidra til økt interesse og mer bevisst bruk av ISBAR og forebygge pasientskade som følge av menneskelig feil. Dette er et prosjekt i forbindelse med en mastergrad ved Universitetet i Sørøst-Norge (USN).

#### **Hvem er ansvarlig for prosjektet?**

Universitetet i Sørøst-Norge (USN).

#### **Hvorfor blir du spurt om å delta?**

Du blir spurt fordi du er anestesisykepleier med erfaring med pasientoverlevering til postoperativ avdeling og erfaring med bruk av ISBAR i denne settingen. Prosjektet er meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) med prosjektnummer 584899.

#### **Hva vil det si å være deltaker i studien?**

Hvis du velger å delta i studien, innebærer det å bli stilt noen spørsmål rundt pasientoverlevering fra operasjonsavdelingen til postoperativ avdeling med hovedfokus på rapporten. Jeg er interessert i å få frem din erfaring med pasientoverlevering og bruken av ISBAR med fokus på pasientsikkerhet. Intervjuet vil ta ca. 30 minutter og samtalen vil bli tatt opp på en lydopptaker.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er helt frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke samtykket uten å oppgi noen grunn. Da vil alle data som omhandler deg bli slettet. Det vil ikke få noen negative konsekvenser for deg dersom du ønsker å trekke deg fra studien.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien ta kontakt med Ingvild Victoria Fiskerstrand på tlf. nr. xxx

Veileder Fiona Flynn på tlf. nr. Xxx

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Du vil få tildelt et tall som identifikasjon istedenfor navn og dette vil kun brukes for å ikke blande intervjuene med hverandre. Lydopptakeren skal være innelåst i en safe når den ikke er i bruk og det vil bare jeg og veileder som har tilgang til opptakene. Lydfilene skal lagres i et sikkert lagringsområde og transkribering/utskrift av intervjuene vil gjøres fra den sikre lagringsplassen. Avdelingen og sykehuset du jobber på vil være anonymisert i oppgaven.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.11.20. Opptakene og personopplysningene slettes permanent etter denne dato.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Sørøst-Norge ved Fiona Flynn på tlf. nr. xxx
- Vårt personvernombud: xxx
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Ingvild Victoria Fiskerstrand

Veileder

-----  
-----

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.11.20

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)



## Vedlegg 5

### ISBAR modell fra OUS

OPERASJON	
<b>I</b>	- Pasientens navn og fødselsnummer
<b>S</b>	- Type operasjon, som planlagt? - Hovedkirurg - Smitte
<b>B</b>	
<b>A</b>	- Leie peroperativt - Lokal anestesi - Kateter - Hudstatus - Bandasje - Dren
<b>R</b>	- Beskjed fra kirurg - Postoperativt leie - Mobilisering - Spørsmål?

ANESTESI	
<b>I</b>	
<b>S</b>	
<b>B</b>	- Diagnose/anamnese - Funksjonsgrad; språk, bevissthet, bevegelighet, syn, hørsel med mer. - Medikamenter, premedikasjon - Allergier - Type anestesi - ASA- klassifisering - Eiendeler
<b>A</b>	- A: luftveier - B: respirasjon - C: sirkulasjon - D: bevissthet - E: væskebalanse/diurese, iv tilganger, temp
<b>R</b>	- Beskjed fra kirurg - Tromboseprofylakse - Infeksjonsprofylakse - Plan for videre smertebehandling