



# KANDIDATUPPSATS





# KANDIDATUPPSATS



# **Förbättrad patientsäkerhet vid överlämnandet från operationsalen till intensivvårdsavdelningen**

Katarina Aldenhorn  
Charlotta Lindholm  
Magnus Lundin

Omvårdnad - vetenskapligt arbete, 15 hp (61-90)  
Vt. 2013

Sektionen för Hälsa och Samhälle  
Box 823  
301 18 Halmstad



# **Improved patient safety at the handover from operating room to intensive care unit**

Katarina Aldenhorn  
Charlotta Lindholm  
Magnus Lundin

Nursing Thesis, 15 credits (61-90)  
Spring 2013

School of Social and Health Sciences  
P.O. 823  
S- 301 18 Halmstad

<b>Titel</b>	Förbättrad patientsäkerhet vid överlämnandet från operationssalen till intensivvårdsavdelningen
<b>Författare</b>	Katarina Aldenhorn, Charlotta Lindholm, Magnus Lundin
<b>Sektion</b>	Sektionen för hälsa och samhälle
<b>Handledare</b>	Irene Mårtensson, Universitetsadjunkt, Fil. Mag.
<b>Examinator</b>	Annette W-Dahl, Universitetslektor, Docent.
<b>Tid</b>	Vårterminen 2013
<b>Sidantal</b>	11
<b>Nyckelord</b>	Intensivvården, kommunikation, operation, patientöverlämning, säkerhet, sövd patient, överrapportering

**Sammanfattning**

När säkerheten vid rapportering brister kan det få förödande konsekvenser. Inom intensiv- samt operationssjukvården bedrivs omvårdnad i en högteknologisk miljö där patienten befinner sig i en stark beroendeställning. Säkerhetsaspekten vid överrapporteringar är här mycket viktig. Syftet med litteraturstudien var att beskriva en patientsäker överrapportering mellan operation och intensivvård. Granskning av 14 vetenskapliga artiklar visade att kommunikationen mellan intensivvården samt operation förbättrades genom användandet av ett strukturerat rapporteringsverktyg. Vidare att arbetsmiljön påverkade på kommunikationen där störande moment såsom larm gav negativa effekter på säkerheten vid överrapportering. Teamarbetet förbättrades genom användandet av en gemensam journal då den pre- samt postoperativa vården lättare kunde planeras. För att åstadkomma en säkrare överrapportering av den svårt sjuke patienten var en tydligare struktur samt rollindelning fördelaktigt. I några av studierna ifrågasattes bristen på utbildning i kommunikation samt teamarbete. Ytterligare forskning eftersträvas speciellt från de Nordiska länderna och framförallt från Sverige. Även forskning avseende utvärdering av olika rapporteringsverktyg är av intresse för att undersöka ifall införda rapporteringsverktyg verkligen används vid överlämnandet av patienten.

**Title** Improved patient safety at the handover from operating room to intensive care unit  
**Author** Katarina Aldenhorn, Charlotta Lindholm, Magnus Lundin  
**Department** School of Social and Health Sciences  
**Supervisor** Irene Mårtensson, Lecturer, MSc.  
**Examiner** Annette W-Dahl, Senior lecturer, Ass Prof.  
**Period** Spring 2013  
**Pages** 11  
**Key words** Anesthesiology patient, communication, handoff, handover, ICU, Intensive care unit, operation, patients transfer, operation

**Abstract** When safety at handover fails, devastating consequences may be the result. Intensive and surgical care is conducted in highly technological environments which leaves the patient in exposed situations. In handover cases like this, safety aspects are highly important. The purpose of this literature review was to thoroughly describe the patient safety in handover between intensive care units and surgical units. In this study, 14 scientific articles have been reviewed and the conclusion of this work is that communication between intensive care units and surgical units was greatly improved by means of using a structured hand over tool. The immediate work environment also affects the handover, and disturbing elements such as alarms going off contributed to negative side effects at the handover. The teamwork was improved by using shared medical records to better plan the pre and post-operative care. Some of the studies questioned the level of education in communication skills and teamwork. Additional research on the subject is sought for, mostly by Scandinavian countries and especially Sweden. Additional research concerning hand over tools ought to be interesting for the future in order to map the actual utilization of these tools during handover.

## **Innehåll**

<b>Inledning.....</b>	<b>1</b>
<b>Bakgrund.....</b>	<b>1</b>
<b>Syfte.....</b>	<b>4</b>
<b>Metod.....</b>	<b>4</b>
<b>Datainsamling.....</b>	<b>4</b>
<b>Databearbetning.....</b>	<b>5</b>
<b>Resultat.....</b>	<b>6</b>
Rapporteringsprotokoll.....	6
Arbetsmiljö.....	7
Teamarbete.....	7
<b>Diskussion.....</b>	<b>8</b>
<b>Metoddiskussion.....</b>	<b>8</b>
<b>Resultatdiskussion.....</b>	<b>9</b>
<b>Konklusion.....</b>	<b>11</b>
<b>Implikation.....</b>	<b>11</b>

## **Bilagor**

**Bilaga I, Tabell 1. Sökordsöversikt**

**Bilaga II, Tabell 2. Sökhistorik**

**Bilaga III, Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod**

**Bilaga IV, Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod**

**Bilaga V, Tabell 5. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ/kvantitativ metod**

# Inledning

Operations- och intensivvårdssjuksköterskan arbetar i en högteknologisk miljö vilket ställer höga krav på patientsäkerheten (Kalkman, 2010). Här vårdas patienter i akut behov av livsuppehållande åtgärder där teknisk utrustning används för att kontinuerligt övervaka och behandla patientens fysiologiska tillstånd. Patienten som genomgår en operation kommer i kontakt med olika vårdgivare under vårdförloppet, från inläggning på sjukhuset till den postoperativa vården, vilket ställer höga krav på en säker överföring av information kring patientens vård och behandling, i alla leden (Ibid). Den vanligaste orsaken till allvarliga händelser i vården är brister i kommunikationen vid överföringen av patientinformation, detta kan påvisas både i den skriftliga och muntliga översäkringningen (Elfström, Nilsson & Sturnegk, 2009). Områden där felaktigheter rapporterades var läkemedelsordinationer, diagnostik samt övervakning/observationer av patientens tillstånd. Orsaker till detta kan vara bland annat brister i personalens introduktion och fortbildning, bemanningsproblematik samt en alltför hög arbetsbelastning (ibid). Brister i dokumentationen och översäkringningen mellan olika vårdgivare hotar patientsäkerheten och kan leda till ödesdigra konsekvenser för vårdtagaren (Socialstyrelsen, 2009) i form av livslångt handikapp eller till och med vårdtagarens död. En säker vård bygger på en korrekt överföring av information (Wallin & Thor, 2008). En väl fungerande kommunikation vårdpersonal emellan är av stor betydelse för att hälso- och sjukvården ska fungera ändamålsenligt. Vid muntlig rapportering är risken stor att relevant fakta faller bort eller på annat sätt förändras. En orsak till brister i kommunikationen kan bero på de olika professionernas bakgrund och utbildning. Wallin & Thor förespråkar S-situation, B-bakgrund, A-aktuellt tillstånd, R-rekommendationer (SBAR) som en metod för att möjliggöra effektiv kommunikation, men att införa SBAR innebär inte per automatik att personalen använder den rätt. Om mottagaren inte lyssnar koncentrerat och aktivt, eller om han/hon uppfattar något annat än det som faktiskt sägs, så kommer kommunikationen att misslyckas trots att den genomförs på ett standardiserat sätt (ibid).

# Bakgrund

Ineffektiv kommunikation är en vanlig orsak till negativa händelser och felaktigheter inom vården (Botti, Bucknall, Cameron, Johnstone, Redley, Evans & Jeffcott, 2009). Vid en undersökning på en uppvakningsavdelning framkom att kommunikationen bidrog till att allvarliga incidenter uppstod. Det var bland annat brister i organisationen, arbetsmiljö samt teamarbete. Säkerhetskulturen och arbetsmiljön på arbetsplatsen påverkar hur vi ser på säkerhet. Teamarbete samt kommunikation har en stor inverkan på säkerheten, vid brister ökar risken för att felaktigheter uppstår i vården. Organisationer med en positiv inställning till säkerhetsaspekter visar ofta på en konstruktiv kommunikation, tillit till varandra och en gemensam syn på vikten av säkerhetsarbete. Översäkringningar sker flertalet gånger per dag och ses ofta som en rutinuppgift, den bör dock vara både omfattande, specifik och effektiv. En klar struktur måste samtidigt iaktas för att överlämningen inte skall bli alltför tidskrävande eller informationstung (ibid).

World Health Organisation (WHO, 2009) uppmärksammade att vårdskador på grund av bristande kommunikation var ett världsomfattande problem, vilket resulterat i ett globalt samarbete beträffande patientsäkerheten. WHO har i en folder sammanställt forskning



gällande förebyggande av vårdrelaterade skador. Med detta vill de öka medvetenheten hos vårdpersonalen angående brister i kommunikationen vilket kan orsaka vårdtagaren permanenta skador, förlängd vårdtid och även vårdtagarens död. Sjukvården är idag komplex och ett flertal faktorer inverkar på huruvida vården blir lyckad, inte bara kompetensen hos vårdaren utan också sättet man kommunicerar på. Patienten tar inte bara skada av teknisk utrustning utan också brister i kommunikationen mellan olika vårdgivare, till exempel orsakade det att behandlingar påbörjades försent, fördröjning med att snabbt identifiera en akut sjuk patient då en snabb behandling behöver sättas in för att minimera skadorna (ibid). Även organisatoriska brister kan äventyra patientens säkerheten (Cook & Rasmussen, 2005). Med bland annat moderna informationssystem har organisatoriska förbättringar skett, effektiviteten och tidsvinsten har ökat. Vården fungerar ofta rutinmässigt och arbetet utförs på gränsen av sin kapacitet med små marginaler. Ett tätt samarbete mellan enheterna eftersträvas för att öka effektiviteten och även ge en ekonomisk fördelaktighet. Detta leder dock till att risker/olyckor är svårare att förutse samt ökar kraven på både arbetstagare och ledning. Sjukvården i sig är riskfylld och kan inte göras ofarlig. Däremot kan vi bli bättre på att styra över kraven och möjligheterna. Planering vid operativa ingrepp inbegriper bland annat den inte alltid så lätta uppgiften att säkra postoperativa platser. Arbetet utförs med mycket små marginaler, att förflytta vårdtagare till andra enheter så tidigt som möjligt uppmuntras. En miss kan skapa en serie av kritiska förhållanden, där flertalet enheter drabbas. Pressen ökar och därmed också stressen för arbetstagarna vilket ökar risken att äventyra patientsäkerheten (ibid).

I USA rapporterades kommunikationsbrister som en stark bidragande faktor till medicinska felbehandlingar (Ardoin & Broussard, 2011). Kommunikationsbristerna bestod i bristande kännedom om patienternas aktuella tillstånd. Rapporterna var ofta ostrukturerade, innehöll för lite adekvat fakta samt en hel del onödigt information. Årligen avlider 98 000 patienter i USA till följd av felaktigheter i vården, varav 60 % på grund av brister i kommunikationen. När det finns risk för skador eller hot mot en persons liv, ställs krav på förändring. För att förbättra säkerheten inom sjukvården har kunskapsfarenheter från den privata industrins säkerhetsstruktur inhämtats, ett standardprotokoll utvecklades för att öka patientsäkerheten i vården. Standardprotokollet ställer krav på den som rapporterar. Rapportören måste tänka igenom den kliniska situationen innan överrapporteringen samt skapa en genomförbar lösning för eventuella problem, att ligga steget före. En mindre hierarkisk kultur möjliggör att sjuksköterskan känner sig mer komfortabel med att framföra sina åsikter. Fokus läggs på problemet och inte på vad som är rätt och fel. En checklista guidar sändare och åhörare i konversationen, detta medför en lugn arbetsmiljö, minskar distraktioner, med möjlighet till återkoppling (ibid).

Vid allvarliga händelser har hälso- och sjukvården en skyldighet att anmäla enligt Lex Maria. (SOSFS 2005:28). Mellan åren 2004-2006 anmälde landstinget i Östergötland 175 händelser till Socialstyrelsen enligt Lex Maria (Elfström, Nilsson & Sturnegk, 2009). Av dessa resulterade 40 % till döden samt 10 % till bestående men för patienten. För att klargöra orsakerna utförde landstinget i Östergötland en händelseanalys och undersökte i vilken del av processen kommunikationen brustit. För varje ny överrapporteringssituation förlorades relevant patientdata, det framkom att i 34 % av fallen gällde kommunikationsbrister mellan personal på samma klinik samt 24 % mellan olika enheter. Bristerna bestod bland annat av missuppfattningar i den muntliga och skriftliga rapporteringen, brister i rutiner och riktlinjer samt bristande kompetens och utbildning hos berörd personal (ibid).

År 2010 genomfördes en nationell patientsäkerhetskonferens med temat kommunikation i vården (Sveriges kommuner & Landsting [SKL]). Flertalet av seminarierna behandlade kommunikationens vikt, hur det kan minska riskerna i operationssalen samt bidra till ett gynnsamt samarbete (ibid). Den allmänna slutsatsen var att brister i kommunikation är den vanligaste orsaken för tillbud (Wallin & Thor, 2008). Bland annat nämndes inkorrekt läkemedelshantering vilket till stor del gällde kommunikationsproblematik. Det är av stor betydelse att information överförs korrekt där både avsändare och mottagarens hela uppmärksamhet och handlingsberedskap krävs för att fatta korrekta medicinska beslut och att de vid behov omedelbart kan vidta nödvändiga åtgärder. Brister på struktur och standardisering av kommunikation, osäkerhet gällande ansvaret för patienten eller ledning av vården, stress, hierarki, kön, etnisk bakgrund kan alla vara faktorer som försvårar effektiv kommunikation. Under konferensen skildrades SBAR som ett instrument för en strukturerad kommunikation. Med SBAR undviker rapportören att förmedla information som ses som mindre viktig och fokuserar istället på att presentera väsentlig fakta snabbt och effektivt. Vi kan träna oss i att kommunicera effektivt och begripligt genom repetition och återkoppling och på så sätt undvika missförstånd (ibid).

Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, (2011) beskriver vikten av att använda ett strukturerat protokoll så som SBAR. Protokollet bör användas så att misstag/felaktigheter vid informationsöverföring i journal eller vid överrapportering undviks. Sjuksköterskan går igenom olika stadier i sin yrkesroll, från novis till skicklig expert. Teori bygger på hur sjuksköterskan genom praktisk erfarenhet och kunskap utvecklas i sin yrkesroll. Här poängteras vikten av att ta vara på den erfarna sjuksköterskans kunskap och att stötta den erfarna sjuksköterskan (Ibid). Arbetet inom intensivvård och operation (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & SSF, 2012; Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk Sjuksköterskeförening [SSF] 2011) innebär att arbeta högteknologiskt, vilket ställer höga krav på den berörda personalens kunskap. Intensivvårds- samt operationssjuksköterskan ska inneha handlingsberedskap för akuta/stressade situationer med kontroll på medicinteknisk utrustning, tillgodose patientens behov samt förutse risk för svikt alternativt manifest svikt i vitala funktioner (ibid).

Operations- och intensivvårdspersonal arbetar i team för att på så sätt ge en god vård (Lo, 2011). Bristande kommunikation samt brister i själva teamarbetet har visat sig stå för den största delen av alla incidenter. Informationsflödet kan uppfattas som ostrukturerat med förmedling av icke relevant information. Genom att använda closed-loop kommunikation bekräftar mottagande personal överrapporterad information med muntlig feedback vilket skapar en säkrare informationsöverföring. Teamen är oftast hierarkiskt formgivna för att på så sätt lättare fokusera mot ett gemensamt mål, där en person har patientansvaret. Vården ska kunna möta många skiftande behov. Otydligt ledarskap, diffusa roller samt ett icke flexibelt arbetsklimat är några orsaker till att incidenter inträffar (ibid).

Operations- och intensivvårdssjuksköterskan ska arbeta aktivt med avvikelserapportering och riskanalys för att på så sätt sträva efter en hög patientsäkerhet (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & SSF, 2012; Riksföreningen för operationssjukvård & SSF, 2011). De ska även arbeta evidensbaserat, bedriva förbättringsarbete och verka för kvalitetssäkring. I kompetensbeskrivningarna för intensivvårds- och operationssjuksköterskan, skall arbetet utföras strukturerat och professionellt vid omhändertagande av akut sjuka patienter. Samarbete sker mellan olika yrkesgrupper och vårdteam, detta för att ge patienten bästa möjliga omhändertagande under hela vårdförloppet (ibid).

Forskning har fokuserats på kommunikation vid personalskiftbyten och ringa forskning har utförts gällande perioperativ överrapportering (Petrovic, Martinez & Aboumatar, 2012), Den perioperativa rapporteringen av patienten är komplex och kräver en klar och tydlig struktur. Överlämnandet är ett ansvar mellan teamen att få en bild av vad som utförts, aktuellt status samt vad som är planerat för den fortsatta vården. Vid en överrapportering mellan operationsteamet och intensivvårdsenheten är det av stor vikt att överrapporteringen blir så patientsäker som möjligt (ibid).

## **Syfte**

Syftet med litteraturstudien var att beskriva patientsäker överrapportering mellan operation och intensivvård.

## **Metod**

En litteraturstudie utfördes genom systematisk granskning och bedömning av relevant litteratur för att presentera aktuell forskning inom intresseområdet säkeröverrapportering (Willman, Stoltz och Bahtsevani, 2011).

## **Datainsamling**

Datainsamlingen påbörjades med frisökningar i olika databaser för att på så sätt ge en översikt gällande tillgången av forskning inom det aktuella området. Problemområde samt syfte formulerades därefter. Litteratursökningen genomfördes i databaserna Pubmed, Summon och Cinahl. Sökorden som användes visas i bilaga 1. Sökorden kombinerades på olika sätt för att försöka fånga större delen av studier utifrån vårt syfte se tabell 2 bilaga II. Vid sökning användes MeSh termer vilket inte gav något resultat av vetenskapliga artiklar utan fritext har använts för att finna aktuell forskning. För att erhålla relativt nytt material användes inkluderingskriterierna human samt artiklar inte äldre än 5 år. Review artiklar som påträffades exkluderades från studien.

Alla sökningar utfördes tillsammans av litteraturstudiens författare. Sökningen gjordes brett vilket resulterade i ett relativt stort antal träffar, där flertalet även inkluderade forskning utförd på en bredare bas än vad vårt syfte avsåg. I sökandet fann vi inga svenska studier. I databaserna Summon och Cinahl hittades inga artiklar som speglade vårt område utöver de som redan hittats via Pubmed.

I urvalsprocessen värderades och lästes alla titlar. Verkade titlarna relevanta för vårt studiesyfte lästes även abstrakten. Ett antal av lästa artiklar valdes bort på grund av att dess resultat inte stämde överens med syftet för litteraturstudien. Dessa beskrev överrapportering gällande bland annat skiftesrapportering på vårdavdelning, privat- till

offentlig vård. Ett flertal artiklar beskrev även överlämnandet från och till akutmottagning. På detta sätt valdes 14 artiklar ut för att enskilt granskas.

## **Databearbetning**

Artiklarna lästes och analyserades först individuellt. Därefter granskades de gemensamt utifrån Willman et al. (2011) bedömningsmall för att på så sätt bedöma struktur och dess innehåll. Artiklarna lästes ett flertal gånger både individuellt och gemensamt för att på så sätt kunna bedöma enligt mallen. Artiklarna som analyserades och användes i resultatet var kvalitativa och kvantitativa studier. Gemensamma nämnare för resultaten i de utvalda studierna var arbetsmiljö, rapporteringsprotokoll och samverkan i teamen. Artiklarnas syfte, metod, urval, bortfall samt slutsats redovisades i en artikelöversikt, se tabell 3 bilaga III.

## **Resultat**

### **Rapporteringsprotokoll**

I Stahl, Palileo, Schulman, Wilson, Augenstein, Kiffin och McKenney (2009), studie inriktad på traumakirurgi infördes en checklista vid överlämnandet från operation till intensivvården. Före införandet av checklistan förlorades 20 % av viktig information angående den kritiskt skadade patienten som var avgörande för patientens vård eller kunde öka risken för framtida men. Odlings svar samt konsultationsremisser gick förlorade, respiratorinställningar som ändrats och borttagande alternativt insättande av invasiva mätinstrument förmedlades inte vidare till personal som mottog rapport. Efter införandet av checklistan reducerades informationsbortfallet till 3,6 %. Även den kommunikativa förmågan hos personalen stärktes vid överlämnandet av patienten. (ibid). Joy, Elliot, Hardy, Sullivan, Backer och Kane (2011), visade på att införandet av ett standardiserat överlämningsprotokoll reducerade antalet medicinska felaktigheter vid överlämnandet av patienter från operation till intensivvården. Protokollet medförde ingen ökad tidsåtgång vid överlämnandet däremot en tidsvinst tack vare ett mer strukturerat överlämnande och ett förbättrat teamarbete (ibid). I en studie av Agarwal et al. (2012) undersöktes överrapporteringen mellan operationsenheten och intensivvården för barn. Rapporteringen utfördes muntligt utan något strukturerat dokument. Det framkom att genom införandet av ett strukturerat överrapporteringsprotokoll minskades förlusten av betydelsefull information vid överflyttning av patienten (ibid). Även Catchpole et al. (2007) och Petrovic et al. (2012) introducerade ett nytt rapporteringsprotokoll för att öka säkerheten vid överlämnandet från operation till intensivvården. Detta minskade störningar samt förbättrade rapporten genom att personalens fokus inriktades på en uppgift i taget. Den tekniska monitoreringen utfördes först för att sedan efterföljas av den muntliga informationen (ibid).

I undersökningen avseende införandet av rapporteringsverktyget SBAR (Wentworth et al., 2011) användes till en början ett protokoll i pappersformat men detta valdes bort på grund av dålig följsamhet. Istället konstruerades ett elektroniskt dokument som bygger på SBAR:s struktur, detta innebar att patientuppgifterna dokumenterades i samma journal mellan de olika vårdgivarna. Journalbladet konstruerades så att all viktig patientdata fördes

in vid den första vårdkontakten, detta minskade överrapporteringstiden, ökade kvalitetsinnehållet samt eliminerade dubbeldokumentation. Efter införandet av det elektroniska överrapporteringsverktyget ökade personalens kunskap om vikten med ett strukturerat verbalt rapporteringssätt. Den verbala informationsöverföringen användes när patientsituationen var mer komplext vilket medförde att personalen lyssnade mer aktivt och att patientöverlämningen inte behandlades rutinmässigt (ibid). Även i Craig, Moxey, Young, Spenceley & Davidson, (2012); Nakayama, Lester, Rich, Weidner, Glenn & Shaker, (2011), studier framkom det att kommunikationen förbättrades mellan operationspersonalen och personalen på intensivvården när patientinformationen dokumenterades i en gemensam datoriserad journal. Personalen använde den datoriserade journalen till att förbereda och planera inför patientens ankomst. Checklistans utförande var sådan att patientens eftervård var mer strukturerad och planerad då det gällde exempelvis läkemedel, även viktiga vitala parametrar ingick i checklistan och kunde på så sätt lättare kontrolleras. För att gynna patientsäkerheten förespråkades muntlig överrapportering (ibid).

Nagpal, Vats, Ahmed, Vincent och Moorthy (2010), visade på att felaktigheter i informationsöverföringen fanns i hela vårdkedjan. Större delen återfanns i den pre- och postoperativa vården. För varje instans som patienten förflyttades, ökade risken för att viktig information gick förlorad. Det framkom brister och fel i överrapporteringen begångna på grund av bristande informationsöverföring mellan vårdgivarna. Likvärdiga resultat framkom i studien av Nagpal et al. (2011). Studien innebar utvecklande av ett protokoll som inriktade sig på att utvärdera validiteten och säkerheten vid postoperativa överlämnandet. De postoperativa överrapporteringarna var oftast informella och innehöll missuppfattningar och felaktigheter. Vid överrapportering av patienten föll 48 % av den väsentliga informationen bort (ibid).

## **Arbetsmiljö**

Resultatet i Chen, Wright, Smith, Jagers och Mistry, (2011), visade att arbetsmiljön har en stor betydelse i överrapporteringen. Störmoment som obehörig personal, larm och telefoner påverkade hur mycket personalen fick med vid överlämnandet. Vid en uppföljning efter 3 år förekom fortfarande störmoment i överrapporteringen, utifrån detta resultat skapades en "steril cockpit" för att minimera störmomenten (ibid). I syfte att förbättra patientsäkerheten vid överlämnandet mellan operation och intensivvården togs hjälp av andra högriskområden såsom flygindustrin (Catchpole et al., 2007). Ett nytt överrapporteringsprotokoll introducerades för att användas vid rapportering från operationsenhet till intensivvård. Rapporteringsstrukturen genomfördes utefter en checklista, en person utsågs att som ansvarig styra diskussionen, övrig personal hade sina förutbestämda specifika ansvarsuppgifter. Överlämnandet delades upp i olika delar där först den tekniska utrustningen överfördes och säkrades för att efterföljas av den muntliga rapporteringen. Det muntliga informationsutbytet utfördes enskilt av de personer som var ytterst ansvariga för patienten med så få störande moment som möjligt föra att därefter efterföljas av diskussion och planering. Utformningen gav en fokuserad rapportering med förbättringar gällande minskning av tekniska felaktigheter där bland annat tiden utan ventilation samt monitorering av patienten minskade. Felaktigheter såsom information om blödningsmängd, patientdata och erhållna blodprodukter reducerades. Teamarbetet värderades även det högre efter införandet. Samarbetet utmynnade i ett effektivt och patientsäkert rapporteringsprotokoll (ibid). Med ett strukturerat arbetsverktyg bibehölls

väsentlig information vid informationsutbyte mellan olika vårdenheter (Zavalkoff, Razaack, Lavoie & Dancea, 2011). Även Petrovic et al. (2012) visade att ett standardiserat protokoll reducerade risken för att värdefulla fakta föll bort. I studien beskrivs det perioperativa överlämnandets komplexa natur som involverar en patient med hög risk för instabilitet i den akuta fasen av vården. Syftet var att rapportering skulle ske efter det att teknisk apparatur samt monitorering av vitala parametrar var säkerställd för att på så sätt rikta uppmärksamheten på den muntliga rapporteringen. Detta minskade pressen och distraktionsfaktorerna för den personal som mottog rapport. Informationsflödet förbättrades efter genomförandet av protokollet, dock kunde ingen tidsvinst återspeglas i resultatet (ibid).

I Zavalkoff et al. (2011) studie kunde personalen påverka protokollets utformande, de kände sig delaktiga, utbildning erbjöds och de upplevde sig säkrare i sin roll vid rapporteringen. I Smith, Pope, Goodwin och Mort (2008) studie framkom att överrapportering ofta var kortfattade och skedde under tidspress. Miljön på uppvakningsenheten beskrevs som målinriktad, under tidspress samt benägen för distraktioner. Överrapporteringar har enligt författarna en nyckelroll gällande säkerheten, kontinuiteten och kvaliteten i vården av patienten. Här planeras även vidare åtgärder som kan gynna patientförloppet. Även om ett protokoll för överrapportering fanns tillgängligt användes det inte alltid till fullo beroende på en outtalad överenskommelse skapad genom tillit och erfarenhet emellan personalen (ibid).

## **Teamarbete**

Van Rensen, Groen, Numan, Smit, Cremer, Tates och Kalkman (2012), undersökte i sin studie effektivitet, tidsåtgång och antal fel vid överlämning från operations- till uppvakningsenheten. Att utföra olika moment samtidigt som genomförandet av överlämnandet/rapporteringen av patienten gav en marginell tidsvinst. Däremot ökade risken för att viktig information gick förlorad. Anledningen till den ökade risken för felaktigheter i informationsöverföringen var att den så viktiga fokuseringen på det sagda ordet delades med arbetsuppgifter såsom monitorering med mera (ibid). Catchpole et al. (2007), samt Petrovic et al. (2012), studier visade på att distraktionerna minskade efter införandet av ett standardiserat rapporteringsprotokoll. Designen syftade på att fokusera på överflyttningen av utrustning samt att monitorering utfördes i första hand följt av den muntliga rapporten, detta i sig minskade de parallella konversationerna. Ett tydligt ledarskap förespråkades samt delaktighet av samtlig berörd personal (ibid).

Studien av Craig, Moxey, Young, Spenceley och Davidson (2012) samt Wentworth et al. (2011), visar på att en mer strukturerad överrapportering underlättade flödet mellan de olika enheterna intensivvård och operation. Kommunikationen genomfördes via en gemensam databas där intensivvårdspersonalen kunde läsa samt förbereda inför patientens kommande postoperativa vård. Detta efterföljdes av muntlig rapportering där eventuella frågetecken kunde rättas ut (ibid). Samarbetet mellan operations- och intensivvårdspersonalen Zavalkoff et al. (2011), förbättrades efter införandet av en gemensam checklista där målet var att förbättra informationsutbytet. Personalen kände sig mer delaktiga eftersom de strävade mot samma mål, det vill säga en ökad patientsäkerhet (ibid).

# Diskussion

## Metoddiskussion

Artikelsökningen har utförts i databaserna Pubmed, Summon och Cinahl. Vid sökningar i databaserna Summon och Cinahl hittades enstaka artiklar som även fanns i databasen Pubmed. På grund av detta har endast Pubmed använts som databas. De valda artiklarna ursprung var främst från USA och Storbritannien. En svaghet i litteraturstudien kan vara att inga artiklar kommer från Norden vilket kan göra det svårt att applicera resultatet på svensk sjukvård, dock beskrivs problemen likvärdigt i Nordamerika och Europa. Vid sökning med Meshtermer framkom inget resultat utan endast sökning med fritext har gett resultat. Sökningarna av artiklarna gav aktuell forskning där den äldsta funna artikeln var från år 2007 dock var de flesta publicerade 2010, 2011 och 2012 vilket kan anses som en styrka i litteraturstudien.

Rapportering sker olika mellan olika vårdinrättningar/enheter, de flesta artiklarna fokuserade på rapportering vid personalbyte. Vårt syfte med studien var att beskriva patientsäker överrapporteringen mellan intensivvård samt operation där vården ses som mer komplex. Det uppstod svårigheter att finna forskning kring rapportering mellan operation och intensivvård vilket kan ses som en svaghet i studien. Även det faktum att studier ännu inte är utförda inom den svenska sjukvården uppfattas som en svaghet. Kan detta bero på att vi redan har ett fungerande och säkert överrapporteringssystem inom svensk sjukvård? Något som är förvånande i resultatet i de granskade artiklarna är att vissa vårdenheter inom samma sjukhus inte verkade använda en gemensam journal. Säkerheten ökas genom att samma patientinformation följer hela vårdförloppet och att informationen inte förändras under tiden.

## Resultatdiskussion

I de granskade artiklarna framkom det att kommunikation mellan olika arbetsteam påverkade säkerheten vid överrapportering. Däribland beskrevs arbetsmiljön som en bidragande orsak där störmoment bidrog till felaktigheter. Vid ankomst till intensivvårdsavdelningen från operationsenheten kopplas patienten upp för monitorering vilket i sig kräver full koncentration. Under tiden som detta sker sågs i flera studier (Petrovic et al., 2012; Nagpal et al., 2011; Smith et al., 2008; Chen et al., 2011), fler att rapportering pågick, larm utlöstes, obehöriga ställde frågor och passerade ut och in på salen. En tydligare mall/struktur på hur och när rapportering ska ske bör tas i beaktning så att inte flera aktiviteter utförs samtidigt. Genom ett förbättrat teamarbete och en mer strukturerad överlämning ökade säkerheten vid överlämnandet av patienten. Enligt Botti et al. (2009) har organisationer med positiv inställning till förbättringsarbete visat på en förbättrad kommunikation. Zavalkoff et al. (2011) studie påvisar att när personal involveras i förbättringsarbetet ökar känslan av delaktighet och samhörighet vilket också leder till ett förbättrat teamarbete med ökad patientsäkerhet som följd. Vid skapande av team istället för ”vi” och ”dom” så strävar man efter samma mål vilket får en positiv effekt på patientsäkerheten. Ett dokument, så kallad checklista, kan bidra till en ökad patientsäkerhet. Att arbeta utifrån en förutbestämd checklista minskade risken för att viktig information gick förlorad. Genom en mer strukturerad preoperativ

inhämtning av aktuell patientinformation så blev personalen mer förberedd inför ingreppet, informationen var mer komplett angående patientens bakgrund när det gällde aktuella vitalparametrar, läkarordinationerna var redan utförda och en tydligare struktur på arbetet hade införts. Postoperativt var checklistan ifylld med vilka parametrar som var viktiga att observera, ordinationer gällande läkemedel var även de skriftligt dokumenterade. Exempelvis i studien av Catchpole et al. (2007) undersöktes skillnaden avseende tekniska- och informativa felaktigheter. Dessa minskade avsevärt efter införandet av ett nytt överrapporteringsprotokoll. I denna studie sågs även ett förbättrat samarbete hos berörd personal. Vad som dock bör tas i beaktning är att vården har en stor omsättning på personal under en dag, detta stämmer inte med flygindustrin där det endast sker en minimal förändring i personalgruppen. Informationsöverföringens tidsåtgång förblev densamma som innan införandet av protokollet vilket är av vikt på grund av operationsteamet oftast så pressade tidsschema (ibid). I studien utförd av Stahl et al. (2009) undersöktes hur stor del av viktig information som gick förlorad innan samt efter ett protokoll införts. Även här sågs stora förbättringar gällande minskat informationsbortfall av bland annat laboratorie- och testresultat, läkemedelsordinationer, infarter, ventilatorförändringar vid användandet av protokollet. Däremot undersöktes aldrig vad konsekvenserna blev gällande informationsbortfallet. Ökade antalet ventilatordagar för patienten? Förlängdes vårdtiden? Dessutom kan frågan ställas om observatörers närvaro på arbetsplatsen kan påverka deltagarens beteende och i sådant fall hur stor del av resultatet färgas av detta?

Nakayama et al., (2011); Craig et al., (2012) Joy et al., (2011), visar på förbättringar efter införande av standardiserade protokoll. Av stort värde är att skydda patienterna från eventuella felbehandlingar med både fysiskt och psykiskt lidande som följd. Efter införandet av en checklista var patienten mer stabil innan förflyttning mellan operation och intensivvård. Tekniska felaktigheter samt överföring av felaktig information minskades (Ibid). Det finns många fördelar med datoriserad journal eftersom informationen är lättillgänglig däremot finns en sårbarhet i sådana system. Vid eventuella datahaverier måste det finnas tillförlitliga backup-system för att skydda patientsäkerheten, vilket Wentworth et al. (2011), tar upp i sin studie.

Införandet av ett gemensamt standardiserat dokument för alla verksamheter torde inte vara aktuellt. Varje enhet bör utveckla ett eget protokoll utifrån dess verksamhetsbehov. Det framkommer att överrapportering bör ske i en så tyst miljö som möjligt och störande moment bör i möjligaste mån undvikas. Detta framförallt inom den komplexa miljön vid operation och intensivvård med all medicinsk utrustning och de ofta mycket svårt sjuka patienterna. Enligt Cook et al. (2005) har effektiviteten i sjukvården ökat med vissa risker som följd. Arbetet utförs på gränsen till sin kapacitet med en ökad press på personalen vilket ökar risken för att patientsäkerheten äventyras. Detta pekar mot att en klar och tydlig struktur krävs för att säkra patienternas vård. Chen et al., (2011); Van Rensen et al., (2012), beskriver miljön som väldigt skör. Larm ifrån exempelvis respiratorer, läkemedelspumpar, infusionspumpar samt ett stort antal personal kan lätt bidra till en rapportering där väsentliga delar faller bort. Studien av Petrovic et al. (2012) beskriver vården vid perioperativa överlämnanden som komplex. Där sker inte bara utbyte av muntlig information utan den involverar även överföring av teknisk utrustning. Även Smith et al. (2008), tar upp denna multidisciplinära miljö som ofta äger rum vid rapportering av patienter från operationsenheten till uppvakningsavdelningen. Vi fann inga artiklar från Sverige som beskrev hur en säker överrapportering bör ske mellan operationsteamet och intensivvården men däremot studier om kommunikationen vid skiftbyten och mellan olika vårdinrättningar.



Nagpal et al. (2012) har i sin studie visat på att överrapporteringar sker med flertalet informationsmissar och felaktigheter som följd. Bland annat nämns faktorer såsom alltför distraherande arbetsmiljö vilket förorsakade koncentrationssvårigheter hos rapporteringsmottagande personal samt bristfälliga förberedelser på uppvakningsavdelningen. Att studien endast involverade 2 enheter kan dock ses som en svaghet. Studien utfördes som tidigare nämnts på 2 olika avdelningar med 2 observatörer vilket även det kan ses som en svaghet då observationsteknikerna kan ha skiljt sig åt. Det som däremot framkom i resultatet är av stor vikt för att verkligen uppmärksamma vilka brister som finns gällande patientsäkerheten vid överrapporteringar. Författarna till studien uppmärksammar även risken med den komplexa postoperativa miljön med flertalet förflyttningar av en svårt sjuk patient. Flera av artiklarna beskriver arbetsmiljön på operations- och intensivvårdsavdelningar som komplex. Det som krävs för att säkra bland annat arbetsmiljön är en god struktur med så lite störande ljud som möjligt. Arbetet bör fokuseras på ett moment i taget. Van Rensen et al. (2012) resultat visar att arbetsmiljön har stor effekt på patientsäkerheten. Flertalet aktiviteter utfördes samtidigt och personalen blev ofta avbrutna under pågående överlämning. Aktiviteter som ofta orsakade fel vid överrapporteringen var samtidig fokusering på övervakningsutrustning och medicintekniskutrustning där larmen avbröt rapporteringen vilket ofta ledde till att fokus tappades och väsentlig fakta föll bort.

Få artiklar belyste vår frågeställning. Fem av artiklarna i vårt urval var inriktade på barn med hjärtproblematik. Artiklarna var olika stora i sina urval (Zavalkoff et al., 2011; Chen et al., 2011; Nakayama et al., 2011; Craig et al., 2011; Agarwal et al., 2012). Hade resultaten kunnat se annorlunda ut med andra patientkategorier, representativt urval av patienter och under en längre tidsperiod? Resultaten i artiklarna visade på att kommunikationen mellan teamen var viktig och att det underlättade med checklistor för att på så sätt minska risken för komplikationer och ökade patientsäkerheten.

Med ett strukturerat rapporteringsverktyg reducera riskerna för att felaktigheter begås vid överlämning från operation till intensivvård av den kritisk sjuka patienten. När patienten anländer till intensivvårdsavdelningen är det av vikt att arbetsmiljön är så fri från störmoment som möjligt. Den patientansvariga personalen fokuserar först på överföring av patients livsviktiga tekniska utrustning, därefter läggs fokus på den muntliga rapporteringen. Den patientnära personalen har alla sina specifika uppgifter i teamet vilket leder till en ökad patientsäkerhet.

## **Konklusion**

Gemensamt för alla artiklarna i vår granskning var att de visade på vikten av förbättrad kommunikation mellan teamen för att öka patientsäkerheten. En stor fördel sågs också när personalen hade sin förutbestämda roll, vilket skapade en förbättrad struktur på överlämnandet. Checklistor rekommenderas för att förebygga och minska patientskadorna. Arbetsmiljön bör ses över vid överlämning för att minimera störmoment vid överrapportering. Inom den högteknologiska vården så som vid en operations- och intensivvårdsavdelning rekommenderas speciella protokoll, checklistor utförda för just dessa verksamheter. Ämnet säker kommunikation framstod som en viktig del i

“säkerhetstänket” inom sjukvården både när det gällde att minska vårdtagarens psykiska och fysiska lidande samt minimera de negativa ekonomiska aspekterna som ofta uppstår vid eventuella felbehandlingar. Även arbetsmiljön, som nämnts tidigare, ansågs ha en stor betydelse för att åstadkomma en säker överrapportering.

## **Implikation**

Ytterligare forskning efterfrågades i flera av studierna för att kunna utvärdera checklistornas tillförlitlighet. I flera studier påpekades att rapportering bör inledas först efter det att monitorering samt överflyttning av patient är utförd och under kontroll. Detta för att minska de många distraktionerna som kan uppstå. Att arbeta utifrån en gemensam checklista bör förbättra samarbetet mellan operations- och intensivvårdsteamet. Ett dokument kan dock inte utformas för att generellt passa alla enheter, utan skall formges utifrån den specifika verksamhetens behov. Studier bör genomföras för att undersöka om säker överrapportering utförs mellan operation till intensivvården. Det vore även intressant att se ifall resultatet från studier utförda utomlands stämmer överens med resultat från den svenska sjukvården. Genom en observationsstudie kartlägga hur överlämnandet av patienten sker mellan operationsteamet och intensivvårdspersonalen, på så sätt skildras styrkor och brister vid överlämnandet av patienten. Ur resultatet utforma en checklista för ett strukturerat patientöverlämnande.

## Referenser

- \*Agarwal, H. S., Saville, B. R., Slayton, J. M., Donahue, B. S., Daves, S., Christian, K. G., ...Harris, Z. L. (2012). Standardized postoperative handover process improves Outcomes in the intensive care unit: a model for operational sustainability and improved team performance. *Critical Care Medicin*, 40(7), 2109-2115. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182514bab
- Ardoin, K. B., & Broussard, L. (2011). Implementing handoff communication. *Journal for Nurses in Staff Development*, 27(3), 128-135. doi: 10.1097/NND.0b013e318217b3dd
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., Stannard, D. (2011). Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking - in - action approach. Hämtad 2013-03-28 från <http://hh.summon.serialssolutions.com/sv-SE/search/results?s.fvf%5B%5D=ContentType%2CBook+%2F+eBook&s.q=clinical+wisdomm+and+interventions>
- Botti, M., Bucknall, T., Cameron, P., Johnstone, M-J., Redley, B., Evans, S., & Jeffcott, S. (2009). Examining communication and team performance during clinical handover in a complex environment: the private sector post-anaesthetic care unit. *Medical Journal of Australia*, 190(11), 157-160.
- \*Catchpole, K. R., De Leval, M. R., McEwan, A., Pigott, N., Elliot, M. J., Mcquillan, A., ... Goldman, A. J. (2007). Patient handover from surgery to intensive care: using formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. *Pediatric Anesthesia*, 17, 470-478. doi: 10.1111/j.1460-9592.2007.02239.x
- \*Chen, J. G., Wright, M. C., Smith, P. B., Jagers, J., & Mistry, K. P. (2011). Adaptation of a postoperative handoff communication process for children with heartdisease: a quantitative study. *American Journal of medical Quality*, 26(5), 380-386. doi: 10.1177/1062860610394342
- Cook, R., & Rasmussen, J. (2005). "Going solid": a model of system dynamics and consequences for patient safety. *British Medical Journal Quality & Safety*, 14, 130-134. doi: 10.1136/qshc.2003.009530
- \*Craig, R., Moxey, L., Young, D., Spenceley, N. S., & Davidson, M. G. (2012). Strengthening handover communication in pediatric cardiac intensive care. *Pediatric Anesthesia*, 22, 393-399. doi: 10.1111/j.1460-9592.2011.03758.x
- Elfström, J., Nilsson, L., & Sturnegk, C. (2009). Sjukvårdens händelseanalyser bör skärpas och involvera läkare. *Läkartidningen*, 48, 3262-3267 Hämtad 2012-10-10 från <http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=13232>
- \*Joy, B. F., Elliot, E., Hardy, C., Sullivan, C., Backer, C. L., & Kane, J. M. (2011). Standardized multidisciplinary protocol improves handover of cardiac surgery patients to the intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, 12(3), 304-308. doi: 10.1097/PCC.0b013e3181fe25a1

Kalkman, C. J. (2010). Handover in the perioperative care process. *Current Opinion in Anesthesiology* (23), 749-753. doi:10.1097/ACO.0b013e3283405ac8

Lo, Lisha. (2011). Teamwork and communication in healthcare a literature review. *Canadian Patient Safety Institute*, 1-59. Hämtad 2013-02-05 från <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/teamworkCommunication/Documents/Canadian%20Framework%20for%20Teamwork%20and%20Communications%20Lit%20Review.pdf>

\*Nagpal, K., Abboudi, M., Fischler, L., Schmidt, T., Vats, A., Manchanda, C., ... Moorthy, K. (2011). Evaluation of postoperative handover using a tool to assess information transfer and teamwork. *Annals of Surgery*, 253(4), 831-837. doi: 10.1097/SLA.0b013e318211d849

\*Nagpal, K., Vats, A., Ahmed, K., Vincent, C., & Moorthy, K. (2010). An evaluation of information transfer through the continuum of surgical care feasibility study. *Annals of Surgery*, 252(2), 402-407. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181e986df

\*Nakayama, D., Lester, S., Rich, D., Weidner, B., Glenn, J., & Shaker, I. (2012). Quality improvement and patient care checklists in intrahospital transfers involving pediatric surgery patients. *Journal of Pediatric Surgery*, 47(1), 112-118. doi:10.1016/j.jpedsurg.2011.10.030

\*Petrovic, M. A., Aboumatar, H., Baumgartner, W. A., Ulatowski, J. A., Moyer, J., Chang, T. Y., ... Martinez, E. A. (2012). Pilot implementation of a perioperative protocol to guide operating room-to-intensive care unit patient handoffs. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 26(1), 11-16. doi: 10.1053/j.jvca.2011.07.009

Petrovic, M. A., Martinez, E. A., & Aboumatar, H. (2012). Implementing a perioperative handoff tool to improve postprocedural patient transfer. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 38(3), 135-142.

\*Van Rensen, E. L. J., Groen Thieme, E. S., Numan, S. C., Smit, M. J., Cremer, O. L., Tate, K., Kalkman, C. J. (2012). Multitasking during patient handover in the recovery room. *Anesthesia-analgesia*, 115(5), 1183-1187. doi: 10.1213/ANE.0b013e31826996a2

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening [SSF]. (2012). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård*. Hämtad 2012-10-29 från [http://www.aniva.se/dokumentarkiv/kompetensbeskrivning\\_intensivvard.pdf](http://www.aniva.se/dokumentarkiv/kompetensbeskrivning_intensivvard.pdf)

Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2010). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård*. Hämtad 2012-10-14 från <http://www.seorna.com/media/31056/kompbeskrivning.pdf>

\*Smith, A. F., Pope, C., Goodwin, D., & Mort, M. (2008). Interprofessional handover and patient safety in anesthesia: observational study of handovers in the recovery room. *British Journal of Anesthesia*, 101(3), 332-337. doi: 10.1093/bja/aen168

Socialstyrelsen. (2008). *Patientsäkerhet: Tema nr 2 - Kommunikation i vården*. Hämtad 2012-10-27 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer> 2008/2008-109-9

SOSFS 2005:28. *Anmälningsskyldighet enligt Lex Maria*. Hämtad 2012-10-27 från [http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-28/Documents/2005\\_28.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-28/Documents/2005_28.pdf)

\*Stahl, K., Palileo, A., Schulman, C. I., Wilson, K., Augenstein, J., Kiffin, C., & McKenney, M. (2009). Enhancing patient safety in the trauma/surgical intensive care unit. *The journal of trauma injury, infection and critical care*, 67(3), 430-435. Doi: 10.1097/TA.0b013e3181acbe75

Sveriges kommuner och landsting [SKL]. (2010). *SBAR för strukturerad kommunikation*. Hämtad 2012-10-13 från [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/halsaochvard/patientsakerhet/sbar\\_minskar\\_risker\\_i\\_varden](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/sbar_minskar_risker_i_varden)

Wallin, C-J., & Thor, T. (2008). SBAR- modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. *Läkartidningen*, 26-27,1922-1925. Hämtad 2012-10-10 från <http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=9758>

\*Wentworth, L., Diggins, J., Bartel, D., Johnson, M., Hale, J., & Gaines, K. (2011). SBAR: Electronic handoff tool for noncomplicated procedural patients. *Journal of Nursing Care Quality*, 27(2), 125-131. doi: 10.1097/NCQ.0b013e31823cc9a0

Willman, A., Stoltz, P., & Bathsevani, C. (2011). *Evidensbaserad Omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization [WHO]. (2009). *World alliance for patient safety forward programme 2009* Geneva: World Health Organization. Hämtad 2012-10-27 från [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf)

\*Zavalkoff, S., Razack, S., Lavoie, J., & Dancea, A. (2011) Handover after pediatric heart surgery: a simple tool improves information exchange. *Pediatric Critical Care Medicine*, 12(3), 309-313. doi: 10.1097/PCC.0b013e3181fe27b6

## Bilaga I

**Tabell 1. Sökordsöversikt**

<b>Sökord</b>	<b>Pubmed</b>
Överrapportering (fritext)	Handover (fritext) Hand off (fritext)
Kommunikation (fritext)	Communication
Säkerhet (fritext)	Safety (fritext)
Intensivvårdsavdelning (fritext)	Intensive care unit ICU (fritext)
Patient överlämning (fritext)	Patients transfer (fritext)
Sövd patient (fritext)	Anaesthesiology patient (fritext)
Operation (fritext)	Operation (fritext)

## Bilaga II

**Tabell 2. Sökhistorik**

Datum	Databas	Sökord/Limits/Boolska Operatorer	Antal Träffar	Lästa Abstract	Urval 1	Urval 2	
20130228	Pubmed	Handover transfer communication limits:5 year and humans	36	7	5	5	
20130228	Pubmed	Communication handover safety limits: 10 year and humans	50	5	2	1	
20120928	Pubmed	Handover transfer limits: 5 year and humans	66	7	3	2	
20130228	Pubmed	Intensive care units patients transfer communication limits: 10 year humans	45	3	1	0	
20130228	Pubmed	Handoffsintensive care units limits: 10 year and humans	17	5	3	3	
20130228	Pubmed	Communication handover unit limits: 10 year and humans	25	6	2	0	
20130228	Pubmed	Handover anesthesiology patient limits: 10 year and humans	9	3	0	0	
20130228	Pubmed	Handover transfer communication limits: 5 year and humans	36	3	1	0	
20130228	Pubmed	communication Safety Handoff limits:5 years, humans	41	5	2	2	
20130228	Pubmed	surgery ICU Handoffs limits:10 years, humans	3	3	3	1	

**Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod**

<b>Publika- tionsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval Bortfall</b>	<b>Slutsats</b>	<b>Veten- skaplig kvalitet</b>
2008 England Pubmed	Smith, A. F., Pope, C., Goodwin, D., & Mort, M.	Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in the recovery room	Att beskriva anestesiologernas överslag och överlämnande av ansvar till sjuksköterskor på den postoperativa avdelningen.	Observationer samt djupgående intervjuer med vårdpersonal på en postoperativ uppvakningsavdelning. En kvalitativ metod användes för att analysera intervjuerna. Totalt 45 intervjuer genomfördes. Observationsstudierna utfördes på avdelningen av 1-2 observatörer.	Överslag och överlämnande var ofta kortfattade, under tidspress, med spänningar både professionella och organisatoriska. De var kortfattade och skedde samtidigt som en del av annan aktivitet föregick. Ansvar överfördes till viss del samt delegerades. Inget protokoll användes utan överföringen av ansvaret var informell och utfördes genom gemensam överenskommelse mellan anestesiolog och sjuksköterska.	Grad II



Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2012 USA Pubmed	Agarwal, H. S., Saville, B. R., Slayton, J. M., Donahue, B. S., Daves, S., Christian, K. G.,... Harris, Z. L.	Standardized postoperative handover process improves outcomes in the intensive care unit: A model for operational sustainability and improved team performance.	Att undersöka om en checklista kunde öka säkerheten i informationsutbytet mellan operationspersonalen och barnintensiven gällande barn som opererat hjärtat och om det även kunde minska komplikationer de närmaste kritiska 24 timmar efter ett ingrepp.	Prospektiv, kvantitativ observationsstudie Hjärtopererade barn följdes över en tidsperiod på 3 år. Syftet med studien var att se hur en överrapportering gick till mellan operation och intensivvården. Studien delades upp i två perioder ena endast muntlig rapport och 700 överrapporteringar och andra delen följdes ett dokument vid rapporteringen och där inkluderades 369 rapporteringar. Studien följdes av 2 oberoende kontrollanter.	Patientsäkerheten ökade med styrdokumentet och 24 timmars komplikationer för det nyopererade barnet minimerades.	Grad I

Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2007 Storbritannien Pubmed	Catchpole, K. R., De Leval, M. R., Mcewan, A., Pigott, N., Elliot, M. J., Mcquillan, A.,... Goldman, A. J.	Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality	Öka kvaliteten och säkerheten vid överlämnandet/rapporteringen av patienter från operation till intensivvårdsavdelningen via ett överrapporteringsprotokoll. Detta genom att kombinera expertis från flygindustrin samt Formula 1 pit-stop team.	Prospektiv interventionsstudie. Mätning före samt efter införande av protokoll gällande tekniska fel samt informationsfelaktigheter. Dessa mätningar utgjordes av checklistor. Teamarbete betygsattes, informations- och tekniska felaktigheter mättes genom checklistor, duration för överlämnandet utgjorde också en del i testet. Sammanlagt 50 postoperativa patientöverlämningar (23 före införandet av protokollet och 27 efter) observerades.	Efter införande av det nya protokollet sågs förbättringar på alla områden som undersöktes. För att förbättra patientsäkerheten kan vården ta lärdom från andra högriskområden.	Grad I

Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2011 USA Pub med	Chen, J.G., Wright, M. C., Smith, P. B., Jaggers, J.,& Mistry, K. P	Adaption of postoperative handoff communication process for children with heart disease: A quantitative study	En uppföljande studie gjordes för att se hur ett strukturerat överrapporterings protokoll användes efter att det hade implementerats år 2005 inom barnhjärtoperation och barnintensiven.	Observationsstudie. Totalt 29 överrapporterings observerades mellan perioden januari 2008 till augusti 2008. Observationerna utfördes vid rapport om hjärtopererade barn som rapporterades ifrån operation till barnintensiven.	Man fann att protokollet följdes och gav mer struktur i överrapporteringsarna och en ökad säkerhet för patienten. Det som framkom vid uppföljningen var att alla störmoment som exempelvis obehörig personal som gick in och ut i rummet. Överrapporteringen blev även avbruten ett flertal gånger av larm och telefoner. Eftersom det blev ett arbetsmiljöproblem lämnades detta resultat till arbetsledningen.	Grad II

Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2012 Storbritannien Pub med	Craig, R., Moxey, L., Young, D., Spenceley, N. S., & Davidson, M.G	Strengthening handover communication in pediatric cardiac intensive care.	Undersöka om en checklista kunde styra upp överskrifningen.	Prospektiv studie, observationsstudie. Under perioden oktober 2008- februari 2009 observerades 21 pre- och 22 postoperativa överskrifningar. Personalkategorier som ingick i observationerna var operationssjuksköterskor, hjärtläkare, anestesisjuksköterskor, anestesiologer och sjuksköterskor från intensivvårdsavdelningen.	Kommunikationen mellan operationspersonalen och anestesi förbättrades. Patientinformationen dokumenterades i datoriserad journal så att intensivvårdspersonalen kunde läsa om patienten innan han kom till avdelningen. Personalen på intensivvården förbereda och planera bättre inför barnets ankomst. Patienten var stabil vid ankomsten till IVA vilket annars var ett bekymmer. Rapporten var mer strukturerad och inga störningsmoment förekom och det fanns tid att ställa frågor.	Grad II

Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2011 USA Pubmed	Joy, B. F., Elliott, E., Hardy, C., Sullivan, C., Backer, C. L., & Kane, J. M.	Standardized multidisciplinary protocol improves handover of cardiac surgery patients to the intensive care unit.	Att utvärdera om införandet av ett standardiserat överlämningsprotokoll kunde minska antal fel vid överföring av patienter från operationsrummet till intensivvårdsavdelningen efter hjärtkirurgi på barn.	Prospektiv interventionsstudie, en checklista konturerades före studien, utifrån denna observerades hur överlämningen utfördes gällande rapportering och förflyttning av tekniskutrustning från operation till intensivvården utfördes. (n=79) 41 preoperativa och 38 postoperativa patienter ingick i studien.	Överflyttning av patienter från operation till intensivvård är en komplex situation med hög andel medicinska fel. Införandet av ett standardprotokoll minskade antalet tekniska fel och överföring av felaktig information utan att arbetsbördan ökade för personalen.	Grad I

Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2011 Storbritannien Pubmed	Nagpal, K., Abboudi, M., Fischler, L., Schmidt, T., Vats, A., Manchanda, C.,... Moorthy, K.	Evaluation of Postoperative Handover Using a Tool to Assess Information Transfer and Teamwork	Att bedöma genomförbarheten, validiteten och reliabiliteten av ett postoperativ överrapporterings verktyg (PoHAT) samt få en ökad kunskap om överrapporteringen vid 2 stora europeiska sjukhus.	För att utveckla ett överrapporteringsprotokoll användes observationer, intervjuer, effektanalyser, litteraturstudier. 5 postoperativa överrapporterings observerades, utifrån dessa identifierades de huvudkomponenter ett utvecklingsinstrument skulle innehålla. Ett slumpvis urval av 50 vårdpersonal från 3 olika sjukhus deltog. Utifrån framställt frågeformulär utformades ett protokoll. Protokollet, PoHAT, testades vid 100 överlämningar på 2 stora sjukhus. En observatör övervakade proceduren genom att använda PoHAT, det man tittade på var vilken information som gavs, hur uppgifter löstes, teamarbete, duration, distraktionsfaktorer. För att utvärdera/betygsätta fakta, användes olika checklistor.	Studien visade att postoperativa överrapporterings oftast är informella samt innehåller missuppfattningar och felaktigheter. Ett behov av ett standardiserat överrapporteringsverktyg finns, detta för att säkra den postoperativa överrapporteringen (PoHAT).	Grad I

Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2012 USA pubmed	Nakayama, D. K., Lestar, S. S., Rich, D. R., Weidner, B. C., Glenn, J. B., & Shaker, I. J.	Quality improvement and patient care checklist in intrahospital transfer involving pediatric surgery patient.	Ett arbetslag bestående av specialistläkare och anesthesi och specialist sjuksköterskor inom operation, - anesthesi - och intensiv vård, ville titta på om de kunde utveckla ett säkrare system vid transport och rapportering vid nyopererade barn, för att minimera att viktig information uteblev	En checklista utvecklades och följdes upp. Studien varade under 1 år och 583 patienter hamnade inom kriteriet nyfödda, nyopererade barn.	Genom införandet av checklistan och en gemensam databas kunde det minimera riskerna för patienterna. Dokumentet ledde även till att operationsteamet och anestesiteamet hade en bättre kommunikation och en stabil patient innan transporten till intensivvården genomfördes. Anestesiteamet hade ansvaret för patienten tills avrapporteringen till intensivvården var gjord. All rapportering skedde genom checklistan och skedde ansikte mot ansikte.	Grad II

**Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod**

<b>Publikationsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval Bortfall</b>	<b>Slutsats</b>	<b>Vetenskaplig kvalitet</b>
2012 USA Pubmed	Petrovic, M. A., Aboumatar, H., Baumgartner, W. A., Ulatowski, J. A., Moyer, J., Chang, T. Y.,... Martinez, E. A.	Pilot Implementation of a Perioperative Protocol to Guide Operating Room- to- Intensive Care Unit Patient Handoffs	Att implementera och utvärdera ett nytt operation - till - IVA-protokoll för att förbättra överlämnandet. Detta genom att minska informationsbytet samt tekniska felaktigheterna.	Prospektiv studie för utvärdera av ett op-till-iva protokoll. I studien ingick 238 vårdpersonal som observerades vid sammanlagt 60 överrapporteringar. De erhöll ett frågeformulär med frågor bland annat gällande teamarbete samt tekniska felaktigheter. Därefter utbildades personalen gällande ett nytt överrapporteringsprotokoll . Protokollet placerades vid varje sängplats och fanns även tillgänglig i mindre format.	Ett standardiserat överrapporteringsprotokoll kan reducera risken att viktig information inte rapporteras samt öka belåtenheten hos delaktig personal. Däremot kunde de inte visa på ett minskat antal tekniska felaktigheter troligen på grund av att studien var för liten.	Grad I



## Bilaga IV. 9(12)

**Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod**

<b>Publika- tionsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval Bortfall</b>	<b>Slutsats</b>	<b>Veten- skaplig kvalitet</b>
2011 USA Pubmed	Wentworth, L., Diggins, J., Bartel, D., Johnson, M., Hale, J., &Gaines, K.	SBAR: Electronic Handoff Tool for Noncomplicate d Procedural Patients	Att introducera ett elektroniskt kommunikativt överslagssystem som är kortfattat, allsidigt och relevant för att kunna vårda patienten omedelbart.	En pilotstudie att införa SBAR på 3 enheter inom hjärtintervention. Utvärderingen av SBARprotokollet utvärderades med hjälp av ett frågeformulär med en 10 gradig skala. 138 personer som arbetade inom testområdet blev inbjudna att delta i studien. 37 % fullföljde testperioden.	Försök med att införa ett SBAR- protokoll i pappersformat hade tidigare testats men genomslagskraften var dålig. Ett elektroniskt dokument utvecklades där viktig data automatiskt uppdaterades mellan olika vårdgivare minskade dubbeldokumentationen och att risken för att relevant fakta föll bort. Överslagstiden minskades drastiskt från 3-10 minuter utan SBAR, till 10-15 sekunder om SBAR användes.	Grad II

**Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod**

<b>Publika- tionsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval Bortfall</b>	<b>Slutsats</b>	<b>Veten- skaplig kvalitet</b>
2009 USA Pubmed	Stahl, K., Palileo, A., Schulman, C. I., Wilson, K., Augenstein, J., Kiffin, C., McKenney, M.	Enhancing patient safety in the trauma/surgica l intensive care unit	Att studera hur kritisk information degraderar och hur den förlorades över 24 timmar, samt att avgöra om en strukturerad checklista för överlämning förhindrar förlust av information	En prospektiv kohort studie där olika team konstruerades. Teamen observerades under en 4 veckorsperiod, de 2 första veckorna var en kontrollperiod. Totalt observerades 332 intensivvårdsdygn, 119 ingick i kontrollperioden. Observatörer följde personalen 24 timmar för att kunna konstruera en checklista som följde upp 10 kategorier för en intensivvårdspatient.	Kritisk patientinformation förändras ofta över en 24 timmarsperiod på intensivvården, detta på grund av brister i kommunikationen. En strukturerad checklista reducerade märkbart förlorad information och förbättrade kommunikationen. Checklistan reducerade förlusten av information från 20,1 % till 3,6 %.	Grad II

## Bilaga IV. 11(12)

**Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod**

<b>Publikationsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval Bortfall</b>	<b>Slutsats</b>	<b>Vetenskaplig kvalitet</b>
2012 Nederländerna Pubmed	Van Rensen, E. L., Groen ES. Numan SC. Smit MJ. Cremer OL. Tates K. Kalkman CJ.	Multitasking during patient handover in the recovery room	Att undersöka om flera utförda moment samtidigt vid överlämning av patienten kan bidra till förlust av information och därmed utgöra en risk för patientsäkerheten	Observationsstudie på 6 olika sjukhus. En rikstäckande enkät i frågan om patienten överlämnade returnerades av 494 sjukvårdspersonal och 101 videoinspelningar på överlämning från operation till uppvakningsavdelning granskades.	Samtidiga moment vid överlämning av patienten var endast 0,2 minuter snabbare än moment för moment överlämning. Dock var risken stor att viktig information förlorades vid samtidiga moment med en risk för att patientsäkerheten äventyrades.	Grad II

**Tabell 4. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod**

<b>Publika- tionsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval Bortfall</b>	<b>Slutsats</b>	<b>Veten- skaplig kvalitet</b>
2011 Canada Pubmed	Zavalkoff, S. R., Razack, S. I., Lavoie, J., & Dancea, A. B.	Handover after pediatric heart surgery: A simple tool improves information exchange.	Att förbättra och höja kvalitén och säkerheten vid överslagning av hjärtopererade barn från operation till barnintensiven.	Prospektiv studie, pre och postobservation. Observationen gjordes mellan april 2008- november 2008 och delades upp i två faser, första fasen innan ett strukturerat arbetsverktyg togs fram och fas två där rapporteringen, pre- och postop, skedde via en mall. Specialistsjuksköterskor och specialistläkare inom barn deltog i framställandet av checklistan och deltog i 31 överslagningar.	Överslagningarna blev mer strukturerade, kvalitén förbättrades och värdefull information kom med.	Grad II

**Tabell 5. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ och kvantitativ metod**

<b>Publika- tionsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval Bortfall</b>	<b>Slutsats</b>	<b>Veten- skaplig kvalitet</b>
2010 Storbri- tannien Pubmed	Nagpal, K., Vats, A., Ahmed, K., Vincent, C.,& Moorthy K.	An Evaluation of Information Transfer Through the Continuum of Surgical Care	Att undersöka och utvärdera om det var möjligt att införa ett strukturerat översäpporterings- protokoll.	Ett tvärprofessionellt team av 4 kirurger, 4 narkospersonal, 6 sjuusköterskor samt 1 psykolog identifierade 4 huvudtema i den kirurgiska överföringsprocessen. Utifrån de 4 huvudteman gjordes semi-strukturerade individuella intervjuer, där resultatet av intervjuerna bildade ett ramverk för innehållet i ett överlämningsprotokoll. Protokollet testades på 20 patienter som genomgått gastrokirurgi.	Studien visar på att fel i informationsöverföringen finns i hela vårdkedjan. Största informationsfelen var i den pre- och postoperativa vården. Informationen angående patienten genom vårdkedjan minskade för varje instans som patienten vårdades på. Vid tre fjärdedelar av patientöverlämnandet fanns det brister och fel begångna på grund av bristande informationsöverföring mellan vårdgivarna.	Grad I

