

«Et anker i en kaotisk situasjon»

En kvalitativ studie om erfaringer anestesisykepleiere har med kommunikasjonsstrukturen ISBAR brukt i postoperativ muntlig rapport.

STEINAR RETTEDAL

VEILEDER

Ellen M. Benestad Moi

Universitetet i Agder, 2020

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

FORORD

Inspirasjonen til tema for masteroppgaven kom gjennom arbeidspraksis som anestesisykepleierstudent. Jeg fikk der noen positive tilbakemeldinger på min anestesirapport fra noen postoperative sykepleiere som jeg i etterkant har grunnet på. Hva gjør en postoperativ rapport god og hva gjør den dårlig? Gjennom en hjemmeeksamen fikk jeg grave litt i temaet om strukturering av postoperativ rapport. Det ene tok det andre og nå har disse tilbakemeldingene resultert i en masteroppgave.

For en reise det har vært – på godt og vondt. Det har vært en stor fjelltopp som skulle bestiges. I tillegg valgte jeg å bestige den alene, men jeg har heldigvis fått stødig ledelse av min veileder Ellen. Tusen, tusen takk! Uten ditt positive pågangsmot og ditt kart og kompass hadde dette aldri gått.

Det ble en spesiell innspurt på oppgaven da koronapandemien traff Norge. Sykehuset varslet at vi spesialsykepleierstudenter trengtes som arbeidskraft på sykehuset. Når bølgen av innleggelser ville treffe, var ikke godt å forutsi. Det resulterte i at oppgaveskrivingen gikk på høygir for å være sikker på å rekke tidsfristen for innlevering av masteroppgaven. Heldigvis gikk det med god margin til tross for samtidig å skulle håndtere hjemmeskole for to små barn da skole og barnehage ble stengt.

Takk til kullkameraten Kim for gode diskusjoner og heiarop i mørke stunder. Vi klarte det begge to!

Takk til min kjære Elisabeth som tålmodig har lagt til rette for skrivingen min. Takk for din tålmodighet og raushet. Nå skal jeg bli litt mer husfar igjen – jeg lover! Til slutt – takk kjære Nora og Synne! Nå skal pappa være litt mindre travel og kjedelig. Blir dere med ut å hoppe på trampolinen?

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Dårlig informasjonsflyt i pasientoverleveringer truer pasientsikkerheten. Kommunikasjonsverktøyet ISBAR (Identitet, Situasjon, Bakgrunn, Aktuelle vurderinger, Råd og anbefalinger) kan brukes for å strukturere postoperativ muntlig rapport, og forskning viser at ISBAR kan bidra til økt pasientsikkerhet. Det er imidlertid gjort lite forskning på erfaringer anestesisykepleiere har med kommunikasjonsverktøyet.

Formål og problemstilling: Formålet med studien er å belyse erfaringer anestesisykepleier har med ISBAR brukt i postoperativ muntlig rapport. Disse erfaringene kan gi økt motivasjon til avdelinger som allerede bruker ISBAR, men kan også være gode innspill til andre helseinstitusjoner som skal implementere ISBAR i pasientrapport. Masteroppgavens problemstilling er: *Hvilke erfaringer har anestesisykepleiere med ISBAR som kommunikasjonsverktøy i postoperativ muntlig rapportering?*

Metode: Det er anvendt kvalitativ metode med semistrukturerte individualintervju. Åtte anestesisykepleiere fordelt på tre sykehus ble intervjuet om deres erfaringer med ISBAR i pasientrapportering. Det er brukt induktiv kvalitativ innholdsanalyse.

Resultater: Det fremkom fem hovedkategorier. De fleste deltakerne var svært positive til ISBAR. De opplevde at kommunikasjonsverktøyet sikret pasientsikkerheten ved at rapporten ble mer strukturert. ISBAR fungerte også som en sjekkliste på at rapporten ble komplett, samt som en mental forberedelse til rapporten. Noen syntes imidlertid at rapportene ble for omfangsrike. Gruppen var delt om hvordan de opplevde ISBAR innvirket på samarbeidet til postoperativ avdeling.

Konklusjon: Anestesisykepleierne hadde mest positive erfaringer med ISBAR. Enkelte deltagere trakk imidlertid også frem noen problematiske sider ved strukturen. Det var likevel stor enighet om at ISBAR økte pasientsikkerheten.

Nøkkelord: ISBAR, anestesi, anestesisykepleie, erfaringer, pasientrapport, postoperativ avdeling

SUMMARY

Background: Bad or lacking information flow during patient handover is a threat to patient safety. ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation) can be utilized to structure, and studies show that ISBAR can improve patient safety. There has, however, been little research conducted on the experiences of anaesthesia nurses with this communication tool.

Purpose and issue: The purpose of this study is to illuminate experiences that anaesthesia nurses have with ISBAR used in postoperative verbal reporting. These experiences can improve the motivation for use in departments already utilizing the tool, and they can also provide valuable input to institutions implementing ISBAR in patient reporting. The thesis question is: *What is the experience of anaesthesia nurses using ISBAR in postoperative verbal reporting?*

Method: A qualitative method is used with semi-structured individual interviews. Eight anaesthesia nurses from three different hospitals were interviewed regarding their experiences with ISBAR in patient reporting. Inductive qualitative content analysis is used.

Results: Five main categories appeared. Most of the participants were tremendously positive to ISBAR. They perceived that the communication tool improved patient safety by making the reporting more structured. ISBAR also worked as a checklist for complete reporting and as mental preparation for the report. Some did, however, feel the reporting too voluminous. The participants were split about whether ISBAR improved cooperation with the postoperative department.

Conclusion: The anaesthesia nurses had predominately positive experiences with ISBAR. Individual participants did flag some problems with the structure, but there was broad agreement that ISBAR improved patient safety.

Keywords: ISBAR, anaesthesia, nurse anaesthesia, experiences, patient handover, postoperative anaesthesia care unit

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling og formål	2
1.3	Avklaringer	3
1.4	Oppgavens oppbygging	3
2	Litteratursøk	4
3	Tidligere forskning og teori	6
3.1	Tidligere forskning	6
3.2	Postoperativ rapportering	7
3.3	Pasientrapporter påvirker pasientsikkerhet.....	9
3.4	ISBAR-strukturen	11
4	Metode	13
4.1	Kvalitativ metode	13
4.2	Etiske overveielser	15
4.3	Forskerens forforståelse.....	16
4.4	Forberedelse til datainnsamling.....	17
4.5	Utvalg.....	18
4.5.1	Utvalgsstrategi	18
4.5.2	Antallet i utvalget	19
4.5.3	Utvalgsprosessen	20
4.5.4	Deltakernes ulike kontekster	20
4.5.5	Styrker og svakheter ved utvalget i studien.....	21
4.6	Intervjusituasjonen	22
4.7	Intervjuguide.....	22
4.8	Transkribering	23
4.9	Analyseprosessen.....	24

4.9.1	Bakgrunn for valget av analysemetode	24
4.9.2	Kvalitativ innholdsanalyse	24
4.9.3	Selve analyseprosessen	25
5	Presentasjon av funn	29
5.1	Betydningen av struktur	29
5.1.1	Hjelp til å strukturere rapporten	29
5.1.2	Fungerer som en sjekkliste	30
5.1.3	Tilpasser ISBAR til situasjonen	32
5.2	Viktigheten av god samhandling	33
5.2.1	Forbedringer i samarbeidet	34
5.3	Opplevelse av økt kompetanse	37
5.3.1	Følelsen av personlig kompetanse	37
5.3.2	Opplevelsen av profesjonell kompetanse	38
5.4	Økt effektivitet	38
5.4.1	Opprettholder driften	39
5.4.2	Fører til mindre etterarbeid	39
5.5	Økt pasientsikkerhet	40
5.5.1	Sikrer informasjonsflyten	40
5.5.2	Opplevd trygghet for pasienten	42
6	Diskusjon av funn	43
6.1	Betydningen av struktur	43
6.2	Viktigheten av god samhandling	46
6.3	Opplevelse av økt kompetanse	49
6.4	Økt effektivitet	51
6.5	Økt pasientsikkerhet	51
6.6	Metodiske overveielser	53
6.6.1	Reliabilitet	53

6.6.2 Validitet.....	55
7 Konklusjon	57
7.1 Oppsummering.....	57
7.2 Kliniske implikasjoner	57
7.3 Videre forskningsområder	57
Referanseliste.....	59
Vedlegg 1 – PICO-skjema	67
Vedlegg 2 – Søkehistorikk «ISBAR» MEDLINE og CINAHL.....	68
Vedlegg 3 – Søkehistorikk «Pasientrapportering» MEDLINE og CINAHL	69
Vedlegg 4 – Anonymiserte ISBAR-kort brukt på sykehusene.....	70
Vedlegg 5 – Intervjuguide	71
Vedlegg 6 – Informasjonsbrev	73
Vedlegg 7 – Godkjenning fra NSD.....	76
Vedlegg 8 – Svar fra FEK.....	78
Vedlegg 9 – Godkjenning fra Personvernombudene	79

1 INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Helse- og Omsorgsdepartementet har de siste årene satt ekstra fokus på pasientsikkerhet ved norske sykehus gjennom pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2014). I 2017 pådro 13,7% av pasienter på norske sykehus minst én skade som følge av behandlingen de mottok, eller manglende behandling. Forskningen viser at halvparten av disse skadene kan unngås, og kommunikasjonssvikt i forbindelse med kirurgi fremheves som et av punktene som kan forbedres (Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, 2019; The Health Foundation, 2011).

Hver dag utføres det utallige operasjoner på norske sykehus. De aller fleste av disse inngrepene etterfølges av en postoperativ rapport til en sykepleier som videre skal observere pasienten i den postoperative fasen (Norsk anesthesiologisk forening & Anestesisykepleiernes Landsgruppe av NSF, 2016). Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere legger føringer for at anestesisykepleier skal rapportere *«fullstendig og forståelig viktig informasjon angående den peroperative perioden til ansvarlig personell på neste omsorgsnivå»* (Anestesisykepleiernes Landsgruppe av NSF, 2017, s. 12). I de fleste tilfeller foregår denne rapporten på en postoperativ avdeling hvor både operasjonssykepleier og anestesisykepleier gir sin muntlige rapport. Den muntlige rapporten underbygges av en skriftlig anesthesi- og operasjonsjournal. Jeg har gjennom praksis på en anesthesiavdeling observert og vært med på mange slike rapporter. Jeg har da opplevd en god, men noen ganger varierende kvalitet på rapportene. Hva som har blitt opplevd som «vesentlig informasjon» har variert. Noen få ganger har viktig informasjon blitt glemt i rapportene, til tross for at man støttet seg på den skriftlige operasjonsjournalen. Forskningslitteraturen understøtter mine oppfatninger på området (Bruno & Guimond, 2017).

Som et ledd i anestesisykepleierstudiet har jeg gjennom en hjemmeeksamen også gjort en oppsummering av forskningen som er gjort om strukturering av muntlig postoperativ rapport. Mye av dette stoffet har jeg brukt i dette kapittelet, samt i «Kapittel 3 Tidligere forskning og teori» (Rettedal, 2019).

Det finnes mye forskning på kommunikasjonsverktøyet ISBAR (Identitet, Situasjon, Bakgrunn, Aktuelle vurderinger, Råd og anbefalinger). Forskningen er ganske entydig på at ISBAR gir en struktur og fører til økt informasjonsomfang i rapporteringen (Funk et al., 2016; Randmaa, Mårtensson, Leo Swenne & Engström, 2014; Salzwedel, Mai, Punke, Kluge & Reuter, 2016; Stewart & Hand, 2017).

Grunnleggsdokumentet for anestesisykepleiere (2017) henviser to steder til ISBAR til bruk i postoperativ pasientoverlevering. På side 15 står det at det er et mål at anestesisykepleier «*tar i bruk verktøy for strukturert kommunikasjon (ISBAR) i sårbare pasientsituasjoner som pasientoverleveringer*» (Anestesisykepleiernes Landsgruppe av NSF, 2017, s. 15). Videre på side 24 står det at det at anestesisykepleier skal sørge «*for god muntlig og skriftlig overføring av pre- og peroperativ informasjon og postoperative forordninger, gjerne ved bruk av verktøy for strukturert kommunikasjon (ISBAR)*» (Anestesisykepleiernes Landsgruppe av NSF, 2017, s. 24).

1.2 PROBLEMSTILLING OG FORMÅL

Det finnes per i dag lite forskning om anestesisykepleieres erfaringer om bruk av ISBAR i postoperativ muntlig rapport. Det er identifisert kun to artikler som spesifikt omhandler anvendelse av ISBAR i postoperativ rapport (Funk et al., 2016; Leonardsen, Moen, Karlsøen & Hovland, 2019). Jeg har derfor blitt nysgjerrig på hvilke erfaringer anestesisykepleiere som bruker ISBAR i postoperativ rapport har.

Studiens problemstilling er derfor følgende:

Hvilke erfaringer har anestesisykepleiere med ISBAR som kommunikasjonsverktøy i postoperativ muntlig rapportering?

Formålet med studien er å få frem erfaringer med ISBAR som anestesisykepleiere, fagsykepleiere og ledere kan ha nytte av. En del sykehus har allerede innført ISBAR i postoperativ rapportering, men det er også flere sykehus som ikke har innført dette som prosedyre enda. Studien kan derfor også bidra med kunnskap til de sykehusene og avdelingene som ønsker å implementere ISBAR i postoperativ rapportering.

1.3 AVKLARINGER

Internasjonalt finnes det ulike versjoner av akronymet: SBAR, SBARR, ISBARR, SBAR-R, ISOBAR, SBARQ etc. (Bruno & Guimond, 2017; Funk et al., 2016; Kostiuik, 2015; Müller et al., 2018). Robertson, Morgan, Bird, Catchpole og McCulloch (2014) kritiserer denne inkonsekvente terminologibruken. Imidlertid synes forskjellene så små at jeg i denne oppgaven behandler akronymene under ett og bruker betegnelsen ISBAR som ser ut til å være mest utbredt i Norge. Jeg kommer heller ikke til å omtale andre typer kommunikasjonsverktøy som finnes internasjonalt.

1.4 OPPGAVENS OPPBYGGING

Innledningsvis gjøres rede for bakgrunnen for valg av tema, problemstilling og avklaringer.

Det neste kapittelet tar for seg fremgangsmåten for litteratursøkene.

Kapittel tre redegjør for eksisterende forskning og bakgrunnsteori. Tematikk som blir belyst, er postoperativ rapportering, pasientrapporten sin påvirkning av pasientsikkerheten, samt en gjennomgang av ISBAR-strukturen.

Kapittel fire er en redegjøring av kvalitativ metode og studiens metodebruk.

Funnene blir presentert i kapittel fem i kategoriene: betydningen av struktur, viktigheten av god samhandling, opplevelse av økt kompetanse, økt effektivitet og økt pasientsikkerhet.

Deretter følger diskusjonskapittelet hvor funnene blir diskutert opp mot eksisterende forskning, samt metodiske overveielser.

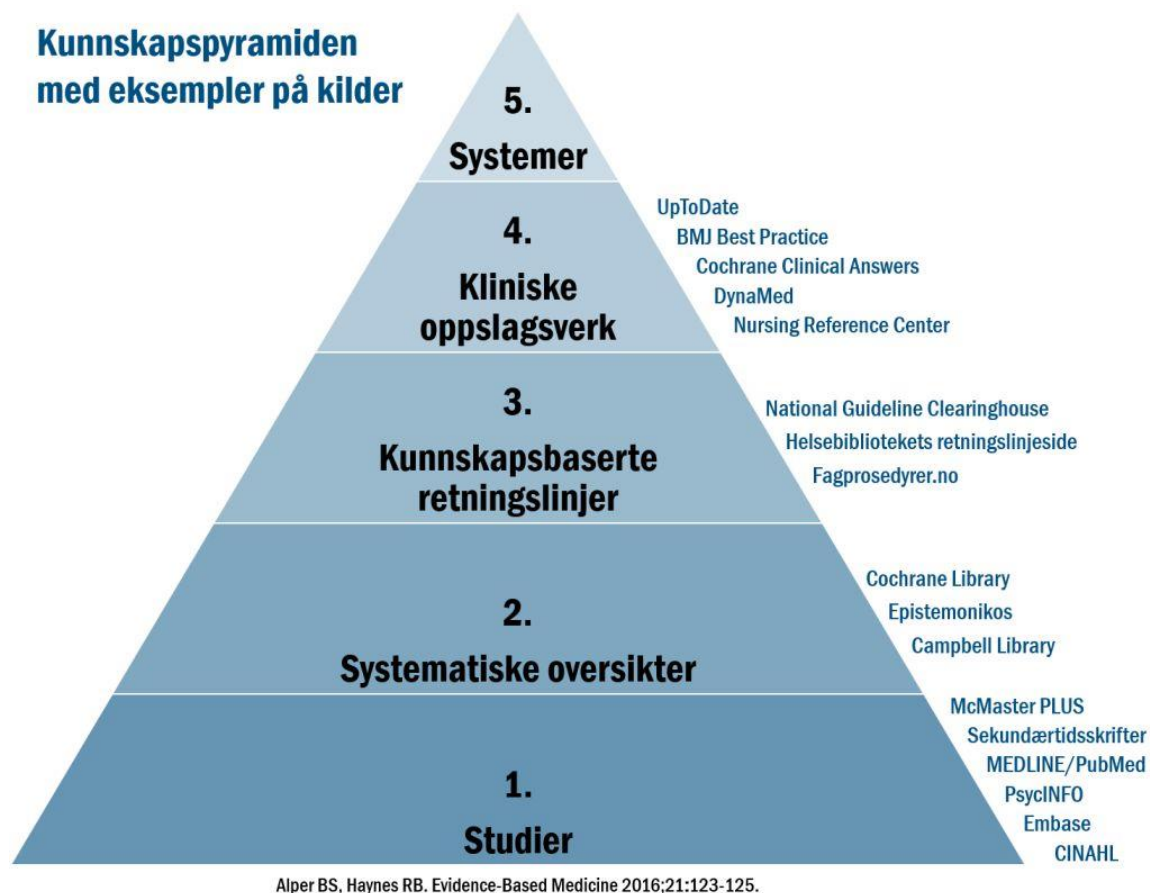
Avslutningsvis kommer konklusjon med en oppsummering av studien, kliniske implikasjoner, samt forslag til videre forskningsområder.

2 LITTERATURSØK

I forkant av innhenting av relevant forskning, ble problemstillingen satt inn i en PICO-tabell (Vedlegg 1). Dette for å systematisere og strukturere søket på en god måte (Cooke, Smith & Booth, 2012; Nortvedt, Jamstved, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012).

Å konstruere et strukturert søk etter aktuell forskningslitteratur er krevende. Jeg fikk derfor hjelp av en spesialbibliotekar på Universitetet i Agder (UiA) til å lage et systematisk litteratursøk i aktuelle databaser. Bibliotekaren er spesialutdannet innenfor helsefagene og jeg har derfor vektlagt hennes faglige vurderinger med tanke på valg av søkemotorer og søketermer.

Figur 1 Kunnskapspyramiden med eksempler på kilder (Helsebiblioteket, 2016)



Kunnskapspyramiden (Figur 1) er en anerkjent rangering av kvaliteten på forskningen (Helsebiblioteket, 2016; Nortvedt et al., 2012). Man skal begynne søkene øverst i pyramiden hvor den mest kvalitetssikrede forskningen befinner seg. Det er gjennomført to ulike søk, ett om pasientoverlevering på postoperativ avdeling generelt

og ett om ISBAR i postoperativ rapport. Enkle søk i UpToDate resulterte i to treff som omhandlet pasientoverleveringer generelt (Agarwala, 2019; Arora & Farnan, 2019). Kun få elementer i artiklene var relevant for problemstillingen.

Søk lengre ned i S-pyramiden måtte til for å finne mer forskning. Ut ifra bibliotekarens anbefalinger ble databasene MEDLINE og CINAHL anvendt da disse databasene blir mye brukt til sykepleieforskning. Det ble brukt både MeSH-termer, men også tekstord der det var hensiktsmessig. Noen termer har ulike skrivemåte på amerikansk og britisk. Det ble søkt etter begge språkvariantene der det var aktuelt. For å være sikker på at søket dekket aktuell forskning, ble det søkt etter alle tenkelige termer om samme fenomen. Trunkeringer ble også brukt aktivt. Det ble ikke satt avgrensning med tanke på utgivelsesår fordi ISBAR er et relativt nytt fenomen. I søket etter pasientoverlevering var det såpass mange treff at søket ble avgrenset til inntil 10 år gamle studier.

Søkeordene ble kombinert med OR og AND for å dekke ulik bruk av terminologi, men samtidig snevre inn på aktuell problemstilling. Se Vedlegg 2 og 3 for fullstendig søkehistorikk i MEDLINE og CINAHL.

Søkene ble utført som et kombinert søk i både MEDLINE og CINAHL samtidig for å unngå duplikater fra ulike søk. Søket ga 53 treff om ISBAR og 288 treff om pasientoverlevering i postoperativ avdeling generelt.

Alle titler og sammendrag ble gjennomgått, og 17 relevante artikler ble beholdt til videre vurdering. To av artiklene kunne ikke skaffes grunnet for høy kostnad. De resterende 15 artiklene ble gjennomlest i sin helhet og samtidig sjekket at de kom fra et fagfelleurdert tidsskrift via Ulrichsweb sitt verktøy (Ulrichsweb, 2019). Det ble også sjekket at artiklene fulgte IMRAD-struktur (Polit & Beck, 2018). Én artikkel gikk ikke igjennom denne kvalitetsvurderingen og ble derfor ikke inkludert.

Gjennom mer overordnede søk i Oria og SveMed+ ble det funnet noen aktuelle fagartikler. I tillegg er det brukt artikler fra artiklenes referanselister.

3 TIDLIGERE FORSKNING OG TEORI

3.1 TIDLIGERE FORSKNING

Det er begrenset med forskning som beskriver *erfaringer* anestesisykepleiere og postoperative sykepleiere har med bruken av ISBAR i muntlig postoperativ rapport.

To studier har tatt for seg ISBAR hos henholdsvis sykepleierstudenter og spesialsykepleierstudenter (Kostiuk, 2015; Moi, Söderhamn, Marthinsen & Flateland, 2019). I begge disse studiene fant man at studentene hadde positive erfaringer med bruk av ISBAR. Spesialsykepleierstudentene mente deres kommunikasjon ble mer strukturert, forutsigbar og bevisst. I stedet for å synse, sa de det var lettere å formidle observasjoner objektivt og tydelig (Moi et al., 2019). Ingen av studiene omhandlet spesifikt postoperativ rapport.

Mannix, Parry og Roderick (2017) har gjort en blandet studie på en barneavdeling på et sykehus i Australia. Studien gikk ut på å forbedre vaktrapportene på avdelingen ved å øke bruken av ISBAR. Resultatet var at rapportene økte i kvalitet, men også at sykepleierne var fornøyde og syntes det var et nyttig hjelpemiddel. Sykepleierne opplevde blant annet mer trygghet på å få gitt en god rapport, samt at de kunne være trygg på at rapporten de selv mottok var av god kvalitet (Mannix et al., 2017).

Vardaman et al. (2012) gjorde en kvalitativ studie om bruken av ISBAR på to sykehus i USA. De fant at sykepleierne syntes det var et godt strukturingsverktøy i samtaler med leger og kollegaer og at de ble mer selvsikre i sin kommunikasjon. Studien tok ikke for seg postoperativ rapport, men vaktrapporter og telefonsamtaler til leger.

Studien til Leonardsen et al. (2019) er utført på et norsk sykehus med en kontekst nærmest identisk med de sykehusene som er inkludert i denne studien. Deres studie undersøkte informantenes opplevelser av kvaliteten ved pasientoverlevering. Det ble brukt et spørreskjema med 19 spørsmål hvor status både før implementering av ISBAR, samt etter 6 måneder ble undersøkt. Hele 92,1% av personellet mente at ISBAR hadde ført til bedre og mer pasientsikre pasientoverleveringer. Spesialsykepleierne opplevde at ISBAR tilførte en logisk struktur, tilgjengelig dokumentasjon ble brukt, samt at all relevant informasjon ble kommunisert. Det var i

tillegg enklere å oppnå samhandling med personellet, og usikkerhetsmomenter ble løst.

Funk et al. (2016) gjorde en studie på en barneavdeling i USA. Den omhandlet forbedringer av den postoperative rapporten gjennom implementering av ISBAR. Studien hadde et kvantitativt design hvor en del av studien undersøkte teamets tilfredshet av pasientoverleveringene gjennom åtte spørsmål. Disse spørsmålene omhandlet hvor fornøyd de var med overleveringene før og etter implementering av ISBAR og hvor fornøyd de var med det kirurgiske-/ anestesiteamet. Videre ble det stilt spørsmål om det ble gitt informasjon om aktuelle problemer, om overleveringen var effektiv, om det ble gitt mulighet til å stille spørsmål, om det ble gitt råd og veiledning for den videre postoperative behandlingen og om overleveringen samlet sett var tydelig og klar. I 7 av 8 spørsmål økte tilfredsheten etter implementeringen av ISBAR. Det var kun om det ble gitt muligheter for spørsmål hvor det ikke var signifikante endringer (Funk et al., 2016).

Det er kun Leonardsen et al. (2019) og Funk et al. (2016) som spesifikt omhandler anvendelse av ISBAR i postoperativ rapport. Disse kvantitative studiene gir et noe overfladisk bilde av erfaringene til de som var involvert i pasientrapporten. I studien til Funk et al. (2016) omhandlet dessuten teamets erfaringer kun en liten del av studien. Kvantitativt design gjennom spørreskjema kan gi svar på erfaringer, men for å gå i dybden på erfaringene er det mer hensiktsmessig med et kvalitativt studiedesign. Da kan man på en bedre måte få innsikt i nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017, s. 30). Siden studien til Funk et al. (2016) omhandlet barn, deltok også et helt team i den postoperative rapporten; kirurg, assistentkirurg, spesialsykepleier, barneanestesiolog, anesthesisykepleier, anesthesisykepleierstudenter, samt postoperativ sykepleier. I Norge er det vanligvis kun operasjonssykepleier og anesthesisykepleier som gir rapport (Skorstad & Halvorsen, 2018; Valeberg, 2011).

3.2 POSTOPERATIV RAPPORTERING

UpToDate definerer en pasientoverlevering som «*points in a patient's care when responsibility for well-being is transferred between individual providers and/or care teams*» (Agarwala, 2019, 1. avsnitt). Slike pasientoverleveringer skjer flere ganger gjennom pasientens perioperative forløp. En av disse pasientoverleveringene skjer fra

operasjonsstua til postoperativ avdeling. I den forbindelse gir vanligvis ansvarlig anestesisykepleier rapport til postoperativ sykepleier som deretter overtar ansvaret for pasienten (Anestesisykepleiernes Landsgruppe av NSF, 2017).

Hensikten med den postoperative rapporten er å sikre en god pasientflyt som ivaretar pasientsikkerheten (Odom-Forren, 2014). Denne postoperative rapporten består både av en skriftlig operasjonsjournal, men støttes også av en muntlig rapport (Valeberg, 2011).

Å få en god informasjonsflyt fra operasjonssalen til neste omsorgsnivå er kritisk i forhold til å ivareta pasientsikkerheten. Det er en stor risiko for at viktig informasjon går tapt fra det ene leddet til det andre (Bruno & Guimond, 2017; Funk et al., 2016; Salzwedel et al., 2016). Overflytningen skjer i en kompleks kontekst hvor pasienten er ekstra sårbar fordi det er kort tid siden både operasjon og anestesi ble avsluttet. Pasienten kan på dette tidspunktet være hemodynamiske ustabil (Odom-Forren, 2014). Pasienten er ikke nødvendigvis i stand til å ta vare på seg selv i denne situasjonen grunnet medikamentpåvirkning. Viktig informasjon skal bringes videre og mye monitoreringsutstyr skal kobles til på overvåkningsavdelingen/intensiv (Gardiner, Marshall & Gillespie, 2015; Odom-Forren, 2014; Salzwedel et al., 2016).

Prosessen med å overflytte pasienten fra operasjonssalen til postoperativ avdeling følger ifølge Redley, Bucknall, Evans og Botti (2016) fire definerte steg. Først kobles pasientens monitoreringsutstyr opp, samt annet utstyr som intravenøse væsker og smertepumper. Deretter observerer man pasienten og ser til at det er trygt å fortsette. Den postoperative rapporten blir så gitt muntlig før det til slutt åpnes for spørsmål. Ansvaret for pasienten blir deretter delegert over til postoperativ sykepleier. Disse fire trinnene kan skje trinnvis, men de kan også skje nærmest simultant. Det er likevel ikke anbefalt å koble til utstyr samtidig som man gir rapport. Det fører til at teamfokus er på tilkoblingen og ikke på å gi og motta informasjon (Gardiner et al., 2015).

Faglitteraturen spriker noe om rekkefølge og hva den postoperative rapporten skal inneholde, men noen hovedpunkter er som følgende (Odom-Forren, 2014; Valeberg, 2011):

- Pasientens navn og fødselsdato
- Diagnose, type inngrep, ansvarlig kirurg og anestesilege
- Tidligere sykdommer

- Premedikasjon og faste medikamenter
- Allergier
- Hvilken ASA-klassifisering pasienten har. ASA-klassifisering er et klassifiseringssystem som **American Society of Anesthesiologists** har utviklet for å vurdere risiko ved bruk av anestesi.
- Type anestesi og medikamenter gitt peroperativt
- ABCDE-gjennomgang (**A**irways, **B**reathing, **C**irculation, **D**isability, **E**xposure)
- Leiring
- Beskjeder fra kirurg og/eller anestesilege
- Plan for antikoagulasjon, antibiotika, blodprøver etc.
- Plan for smerte- og væskebehandling
- Eiendeler
- Spørsmål

Observasjonsstudier har vist at det skjer opp mot 2,3 forstyrrelser per minutt under rapporten. Dette kan føre til en dårligere kvalitet på rapporten som igjen kan gi negative følger for pasienten (Agarwala, 2019). Slike forstyrrelser bør derfor reduseres til et minimum.

3.3 PASIENTRAPPORTER PÅVIRKER PASIENTSIKKERHET

Det kreves et godt samarbeid med en klar og konsis kommunikasjon mellom operasjonssalen og postoperativ avdeling for å ivareta pasientsikkerheten (Randmaa et al., 2014). Likevel er det anslått at dårlig kommunikasjon er involvert i omtrent 80% av tilfellene hvor det begås alvorlige feil i forbindelse med pasientoverlevering (Bruno & Guimond, 2017; Funk et al., 2016; Leonardsen et al., 2019). Bare i USA er det anslått at dårlig kommunikasjon kan være årsaken til 98.000 dødsfall årlig (Vardaman et al., 2012). I tillegg til pasientlidelse, fører dårlig kommunikasjon også til økte kostnader og mindre tilfredse ansatte (Funk et al., 2016).

Nagpal et al. (2013) fant at kun 55,8% av all relevant informasjon ble videreformidlet fra operasjonssalen til postoperativ avdeling. Andre studier har også vist at muntlige rapporter er ustrukturerte og at viktig informasjon blir glemt (Siddiqui et al., 2012; Smith, Pope, Goodwin & Mort, 2008). Dårlig kommunikasjon og ufullstendige

pasientoverleveringsrapporter kan true pasientsikkerheten, samt gi reinnleggelser og andre uheldige konsekvenser (Alper, O'Malley & Greenwald, 2020; Naylor, 2003).

Ineffektiv kommunikasjon og samhandling kan gi både umiddelbare og mer langvarige negative konsekvenser for pasienten. På kort sikt kan det føre til informasjonstap, tekniske feil, forsinkelse i diagnostikk og feilbehandling. På lang sikt kan pasienten potensielt få et lengre sykehusopphold og få komplikasjoner, noe som også kan gi økte samfunnskostnader (Gardiner et al., 2015).

Stewart og Hand (2017) fremhever at kommunikasjonsbarrierer kan være hierarkiske strukturer i helsevesenet, at ulike profesjoner har ulike kommunikasjonsmåter, mangel på standardisering av kommunikasjonen, samt en økende kompleksitet i helsevesenet. Både toneleie, volum og hastighet på kommunikasjonen kan nemlig påvirke informasjonsflyten negativt og gi misforståelser (Robins & Dai, 2015).

En strukturert sjekklister kan imidlertid sikre en bedre rapportsituasjon ved at korrekt informasjon blir overlevert ved pasientoverleveringen (Robins & Dai, 2015). Marshall et al. (2018) hevder at å bruke et standardisert strukturingsverktøy kan halvere antall feil i informasjonsoverleveringen.

En systematisk oversikt fra 2014 klarte imidlertid ikke vise noen sammenheng mellom standardisering av pasientoverlevering og utfallet for pasienten, men viste likevel at mengden informasjon som ble utvekslet, økte (Robertson et al., 2014).

I 2018 oppsummerte imidlertid Müller et al. (2018) forskningen som er gjort på hvordan ISBAR innvirket på pasientsikkerheten. 11 artikler ble inkludert og det ble målt 26 parametre på pasientutfall som reinnleggelse, fall, medisinerbruk, INR-nivå, hjerteinfarkt, uforventet dødsfall etc. 19 av 26 parametre ble forbedret etter implementering av strukturingsverktøyet ISBAR, mens 6 utfall ikke viste signifikante forandringer. De inkluderte studiene så ikke utelukkende på postoperativ rapport, men også ISBAR brukt pr. telefon intrahospitalt, samt på sykehjem og i rehabiliteringsklinikker.

3.4 ISBAR-STRUKTUREN

ISBAR er et strukturingsverktøy for kommunikasjon og er et akronym for «**I**dentitet, **S**ituasjon, **B**akgrunn, **A**ktuelle vurderinger, **R**åd og anbefalinger» (Aasheim, 2016; Moi et al., 2019).

ISBAR har sin opprinnelse fra den amerikanske marinen hvor den ble utviklet for å forhindre uhell der dårlig kommunikasjon var årsaken (Compton et al., 2012; Stewart & Hand, 2017). ISBAR ble videre introdusert til helsevesenet i California i 2003 for å strukturere samtalen mellom sykepleier og lege i akutte situasjoner (Vardaman et al., 2012).

Strukturerte kommunikasjonsverktøy kan være et godt hjelpemiddel for å sikre at riktig informasjon blir overlevert (Cornell, Gervis, Yates & Vardaman, 2014; Randmaa et al., 2014; Salzwedel et al., 2016). Studier har vist at implementering av ISBAR signifikant reduserte kommunikasjonsfeil (Haltermann, Gaber, Janjua, Hogan & Cartwright, 2019; Randmaa et al., 2014). Verdens Helseorganisasjon anbefaler derfor bruk av ISBAR for å øke pasientsikkerheten (World Health Organization, 2007).

ISBAR-verktøyet er særlig nyttig for å skape forståelse mellom to personer eller yrkesgrupper som nødvendigvis ikke kommuniserer på samme måte til vanlig (Compton et al., 2012; Vardaman et al., 2012). Stewart og Hand (2017) fant i sin systematiske oversikt at ISBAR kunne bidra til å bygge ned hierarkiet i helsevesenet og på den måten bygge bro mellom ulike profesjoner. De fant også at brukerne av ISBAR ble mer selvsikre når de skulle gi rapport i en pasientoverlevering og at brukerne satt pris på verktøyet.

Man kan tenke seg at et slikt strukturert kommunikasjonsverktøy kan øke tidsforbruket under den postoperative rapporten, men dette har vist seg å ikke være tilfelle (Cornell & Townsend Gervis, 2013; Gardiner et al., 2015). Funk et al. (2016) fant heller ingen signifikante forskjeller i tidsbruk før og etter implementeringen av ISBAR. Den systematiske oversikten av Stewart og Hand (2017) viser at flere studier meldte om en raskere og mer effektiv rapport enn før implementering av ISBAR, noe også Müller et al. (2018) støtter i deres systematiske oversikt. Petrovic et al. (2015) fant derimot at pasientoverleveringene økte med to minutter som en følge av ISBAR.

I studien til Compton et al. (2012) gjorde man en kontroll to år etter implementeringen av ISBAR. Da fant man at bruken av ISBAR var gått ned og at kun 58% av sykepleierne fremdeles brukte ISBAR-verktøyet. Kitney, Bramley, Tam og Simons (2018) fant at målrettet repetisjon som e-læring, undervisning, informasjon, samt utdeling av ISBAR-kort økte bruken av ISBAR over tid.

Det finnes imidlertid noen kritiske stemmer om den akselererende standardiseringen av slike kommunikasjonsverktøy. Patterson (2008) skriver at man bedriver et stort eksperiment ved å innføre slike standardiserte pasientoverleveringer. Han tar ikke spesifikt for seg ISBAR, men mener det nødvendigvis ikke er en god idé å innføre slike enkle standardiseringer på en såpass komplisert prosess som en pasientoverlevering er. Vardaman et al. (2012) stiller også spørsmål om implementering av ISBAR kan ha utilsiktede konsekvenser som man først ikke tenker på. De mener videre at det er viktig å undersøke dette da ISBAR har fått stor utbredelse i verdens helsevesener. Imidlertid har det kommet mye forskning i senere år som viser at ISBAR faktisk er et godt verktøy til å begrense kommunikasjonsfeil (Funk et al., 2016; Halterman et al., 2019; Müller et al., 2018; Randmaa et al., 2014; Stewart & Hand, 2017). Dette støtter også UpToDate gjennom artiklene til Arora og Farnan (2019) og Agarwala (2019). De viser til forskning som har resultater på at det ble bedre pasientoverleveringer ved bruk av strukturerte kommunikasjonsverktøy.

Agarwala (2019) skriver at «*Published protocols can be modified to fit a specific setting and local institutional practice*» (Agarwala, 2019, 6. avsnitt). Dette ser man blir gjort da det finnes mange ulike versjoner av akronymet ISBAR internasjonalt: SBAR, SBARR, ISBARR, SBAR-R, ISOBAR, SBARQ etc. (Bruno & Guimond, 2017; Funk et al., 2016; Kostiuik, 2015; Müller et al., 2018). ISBAR-strukturen tilpasses gjerne ytterligere av den aktuelle avdelingen (Randmaa, Swenne, Mårtensson, Högberg & Engström, 2016). Som et ledd i implementeringsarbeidet er det også vanlig å lage plakater og lommekort hvor den lokalt tilpassede ISBAR-strukturen er påtrykket. Da kan personellet støtte seg til lommekortet for å sikre at strukturen blir fulgt (Marshall et al., 2018; Randmaa et al., 2016).

4 METODE

I dette kapittelet redegjøres det for valg av metode, etiske overveielser, forskerens forforståelse, forberedelser til datainnsamling, utvalg, intervjusituasjon, intervjuguide, transkribering og analyseprosessen. Hensikten er å vise arbeidsprosessen.

4.1 KVALITATIV METODE

Det er forskningsspørsmålet som avgjør valg av metode og design av studien (Malterud, 2012; Polit & Beck, 2018). Problemstillingen etterspør *erfaringer* anestesisykepleiere har med bruken av ISBAR i postoperativ muntlig rapportering. Kvalitative metoder er hensiktsmessige når man etterspør subjektive erfaringer, opplevelser og tanker (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2017), og derfor er kvalitativ metode valgt i denne studien.

For å innhente data til denne studien kunne både fokusgruppeintervju og individualintervju med semistrukturert intervjuguide vært benyttet. Det er fordeler og ulemper med begge metodene. Ved et fokusgruppeintervju kan man potensielt få en god gruppedynamikk hvor det blir diskusjoner rundt temaet, og både enigheter og uenigheter løftes frem. En utfordring med fokusgruppeintervju kan være at noen deltakere tar større plass enn andre og at andre dermed står i fare for å ikke komme til orde (Malterud, 2012, 2017). Ved fokusgruppeintervju anbefales det å være to forskere; en moderator og en sekretær (Malterud, 2012). Fokusgruppeintervju var imidlertid vanskelig å gjennomføre siden det bare var én forsker i prosjektet. Å få frikjøpt en hel gruppe anestesisykepleiere på en gang i arbeidstiden kunne også tenkes å være vanskelig.

I et individualintervju kan deltakerne snakke fritt og åpent uten å ta hensyn til kollegers meninger. I tillegg er det lettere å gjennomføre rent praktisk. En ulempe kan være at deltakerne ikke får reflektert på samme måte over sine meninger som ved en diskusjon i et fokusgruppeintervju (Malterud, 2017).

Grunnet disse overveieingene var individualintervju med semistrukturert intervjuguide et godt og hensiktsmessig valg av metode for denne studien, og metoden ville kunne gi rike data ved datainnsamling.

Individualintervju kan ligne på en samtale om et felles tema mellom to personer. Hensikten med studien var å innhente anestesisykepleiernes erfaringer og perspektiv på ISBAR brukt i muntlig postoperativ rapport. Jeg som forsker var forskningsinstrumentet og dataene ble produsert i interaksjonen mellom meg og deltakerne. Dette krevde at jeg som intervjuer la til rette for en god intervjusituasjon hvor jeg skapte trygghet og tillit slik at deltakerne kunne dele åpent sine opplevelser og erfaringer slik Kvale og Brinkmann (2009) skriver.

I motsetning til kvantitativ forskning finnes det i slike individualintervju ingen standardprosedyre eller regler å følge (Kvale & Brinkmann, 2009). Likevel er det hensiktsmessig å følge noen standardtilnærminger i arbeidet med en slik studie. Kvale og Brinkmann (2009, s. 118) har systematisert arbeidet med kvalitative studier i syv faser som en hjelp i planlegging og gjennomføring. Første fase er tematisering, hvor formålet med studien formuleres. Problemstillingen legger føringer for metodevalget. Andre fase er planleggingsfasen hvor man sikrer at studien klarer å innhente den kunnskapen man søker og samtidig ivaretar etikk og moral i forskningen. Selve intervjuene kommer i tredje fase. Intervjuguiden danner da grunnlaget til å innhente data gjennom den mellommenneskelige interaksjonen. I transkriberingsfasen omgjøres den muntlige talen til skriftlig tekst for å klargjøre datamaterialet til analysering. I den femte fase skjer analysen.

Det finnes mange forskjellige analysemetoder innenfor kvalitativ forskning og de har alle sine positive og negative sider. Det viktigste er at man velger en metode ut i fra hva som er best egnet for intervjuene og at man følger den valgte metoden nøye (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 118). Etter analysen er utført, må man drøfte intervjufunnenes reliabilitet og validitet for at leseren lettere kan se hva som har overføringsverdi i resultatene. Kvale og Brinkmann (2009) kaller denne sjette fasen for verifisering. I syvende og siste fase skal funnene rapporteres. Da skal metodebruk og resultater formidles korrekt, på en måte som overholder vitenskapelige kriterier og samtidig ivareta etikken.

Denne studien ble planlagt og gjennomført etter disse sju fasene, og den skriftlige publikasjonen er også strukturert slik at hovedtrekkene i fasene følges.

4.2 ETISKE OVERVEIELSER

Etikk er svært viktig ved forskning på mennesker. Helseforskningsloven §5 setter krav om at forskningen skal organiseres og utøves forsvarlig, samt at etiske og personvernmessige forhold ivaretas (Helseforskningsloven, 2009). Forsker og informant har et felles ansvar for at det ikke kommer taushetsbelagte opplysninger inn i datamaterialet. Forskere har et spesielt ansvar når det gjelder hvilken type spørsmål som stilles i intervju. Innledningsvis i intervjuene ble det derfor informert om at informanten ikke måtte gi situasjonsbeskrivelser som kunne bryte med taushetsplikten ved at opplysningene verken direkte eller indirekte kunne indentifisere deltakeren, kollegaer eller pasienter.

Proporsjonalitetskravet i §22 ivaretas ved at eventuell risiko og ulempe står i forhold til forventet nytte (Helseforskningsloven, 2009; Simonsen, 2014). Proporsjonalitetskravet er oppfylt ved at deltakelse i denne studien vil gi større samfunnsnytte enn ulempe for den enkelte deltaker.

Å forske på eget arbeidssted kan ha sine etiske utfordringer og gi rolleblandinger mellom forskerrollen og kollegarollen (Gjengedal, 1994; Malterud, 2017; Norsk Senter for Forskningsdata, 2018a). Kollegaer kan synes det er vanskelig å si nei til å bli med i studien, samt at de kan oppleve det som ukomfortabelt å snakke åpent om sine arbeidsmåter (Polit & Beck, 2018). Av hensyn til etiske aspekter og reliabiliteten av studien bør den gjennomføres på andre sykehus enn eget arbeidssted, noe den også gjorde. Helsinkideklarasjonen, som gir etiske retningslinjer for forskningsarbeid og omhandler grunnleggende prinsipper om informert samtykke og at vitenskapelige interesser aldri må gå foran hensynet til deltakernes velferd (World Medical Association, 2013), er fulgt.

Helseforskningsloven §13 gir krav om samtykke når forskningen involverer mennesker (Helseforskningsloven, 2009). Kravet ble ivaretatt ved at deltakerne fikk grundig skriftlig og muntlig informasjon om studien, samt at de måtte gi skriftlig samtykke. Deltakerne fikk videre informasjon om muligheten til når som helst å trekke seg fra studien.

EU sin nye personvernforordning General Data Protection Regulation (GDPR) trådte i kraft i Norge 20. juli 2018. GDPR har som formål å styrke personvernet ved behandling av personopplysninger innenfor EU. Dette skal gi en økt sikkerhet og trygghet for

deltakerne i studien ved at forskeren får strengere krav til innsamling, håndtering og lagring av personverndata (Den Europeiske Union, 2018). Personvernforordningen har medført at søknader til nødvendige instanser har blitt mer detaljert og omfattende. Man kan ikke lenger bruke mobiltelefon til lydopptak, men må bruke lydopptaker uten internetttilgang. Lydopptaker ble utlånt av universitetsbiblioteket med en medfølgende minnebrikke. Minnebrikken ble fysisk destruert ved innlevering av lydopptaker for å sikre at ikke noe datamateriale kom på avveie. Etter hvert intervju, ble lydfilene umiddelbart overflyttet til PC med kodeinnlogging. De ble lagret på UiA sin passordbeskyttede server i henhold til regelverket. I det transkriberte materialet er det brukt fiktive navn, og en krypteringsnøkkel mellom fiktive og reelle navn ble også oppbevart på denne serveren for å imøtekomme GDPR (Universitetet i Agder, 2018). Lydfilene ble slettet etter transkribering, mens koblingsnøkkelen ble slettet ved prosjektets slutt.

Forskeren har ikke mottatt noen økonomisk støtte til gjennomføring av studien.

4.3 FORSKERENS FORFORSTÅELSE

Forforståelse er det bevisste og ubevisste tolkningsgrunnlaget innenfor feltet forskeren skal studere ifølge Malterud (2017). Forforståelsen kan være som en inspirasjon og motivasjon for å sette i gang med en studie, men den kan også gi skylapper og begrense horisonten. Ved et aktivt og bevisst forhold til egen forforståelse kan mange av de negative sidene forebygges (Malterud, 2017).

Etter 10 år som sykepleier på ulike sykehus og kirurgiske sengeposter har jeg samhandlet i et stort antall postoperative rapporter fra postoperativ avdeling. Gjennom praksis i masterstudiet har jeg også gitt et betydelig antall postoperative rapporter som anestesisykepleiestudent. Jeg har opplevd god kvalitet i rapporteringer fra anestesisykepleiere, men ulik struktur. Det har vært ulike meninger om hva som er «vesentlig informasjon» og hva som skal være innholdet i rapportene. Iblant erfarte jeg også at vesentlig informasjon ble glemt.

I anestesisykepleierstudiet har det blitt undervist om både postoperative rapporter, samt ISBAR som kommunikasjonsverktøy. Det vekket min interesse for ISBAR som jeg kunne se for meg var et egnet strukturingsverktøy i postoperativ rapportering.

Jeg hadde ingen erfaring med bruk av ISBAR i postoperativ rapport da denne studien startet, noe jeg ser på som nyttig.

Sykehuset jeg har min praksis ved har imidlertid innført ISBAR i postoperativ muntlig rapport i løpet av skrivingen av masteroppgaven. Jeg har dermed fått en egenerfaring med bruk av ISBAR parallelt som jeg har analysert dataene. Jeg opplever dette mest positivt da ISBAR ble implementert *etter* datainnsamling var utført, og dermed ikke påvirket meg i samhandlingen med deltakerne i intervjuene.

4.4 FORBEREDELSE TIL DATAINNSAMLING

Etter UiA sine retningslinjer ble det i forkant av datainnsamlingen søkt om godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) og Fakultetets Etikkomité (FEK), (Norsk Senter for Forskningsdata, 2018b; Universitetet i Agder, 2018). Studien krevde ikke søknad til Regional forskningsetisk komité (REK) da studien ikke hadde noen intervensjoner, innhenting av humant biologisk materiale eller innhenting av helseopplysninger fra deltakerne (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2015; Universitetet i Agder, 2018).

Først ble studien søkt NSD hvor både foreløpig intervjuguide (Vedlegg 5) og informasjonsbrevet (Vedlegg 6) ble godkjent (Vedlegg 7). NSD presiserte blant annet viktigheten av taushetsplikten og løftet frem at dette var et felles ansvar mellom forsker og informant. Det ble derfor presisert både skriftlig i informasjonsbrevet, samt muntlig til alle deltakerne at de ikke måtte si noe som kunne være personidentifiserende i sine eksempler. Studien ble videre godkjent av FEK (Vedlegg 8).

Søknadsprosessen for å få innpass på sykehusene var ulik fra sykehus til sykehus. På to av sykehusene krevde personvernombudet godkjenning fra lederen på de aktuelle avdelingene før man kunne søke personvernombudet. På det tredje sykehuset skulle først et eget søknadsskjema sendes og godkjennes av personvernombudet. I vedlegg 9 ligger godkjenninger fra personvernombudet ved UiA, samt aktuelle sykehus.

Etter at prosedyrer ved de ulike sykehus var fulgt og alle godkjenninger var i orden, kunne de aktuelle deltakerne kontaktes for første gang. I prosessen med å få landet konkrete intervjuavtaler var både enhetsleder/fagsykepleier og deltakere involvert. Enhetsleder/fagsykepleier rekrutterte deltakere etter inklusjonskriteriene, og oversendte deltakernes e-postadresser til forskeren. Jeg tok ansvaret for å avtale

tidspunkter for intervjuene enten direkte med enhetsleder/fagsykepleier eller med deltakerne selv. Kommunikasjonen foregikk pr e-post og det var separate e-postkorrespondanser til hver deltaker for å beskytte personvernet til den enkelte deltaker. Avdelingsleder/fagsykepleier hadde fått beskjed om å levere ut informasjonsbrevet til deltakerne, men jeg sendte likevel informasjonsskrivet til deltakerne som hadde takket ja for å sikre at de hadde mottatt skriftlig informasjon på forhånd.

4.5 UTVALG

4.5.1 Utvalgsstrategi

Utvalget bestemmer hvilke sider av saken vi ønsker å belyse, som vi kan si noe om. I en kvalitativ studie skal utvalget settes sammen på en slik måte at man får rike og varierte data om det man ønsker å undersøke (Malterud, 2017). Et representativt utvalg kan true validiteten i en kvalitativ studie, og et for homogent utvalg kan gjøre det vanskelig å få frem nyanser om temaet (Malterud, 2017).

Et strategisk utvalg er regnet som en god strategi for å plukke ut deltakere fordi det vil styrke den interne validiteten. Ved et strategisk utvalg selekterer forskeren deltakere man mener kan svare godt på problemstillingen. Forskeren kan da sette sammen et utvalg som man tenker vil gi rike data med mange nyanser og at temaet blir belyst fra flere sider (Malterud, 2017). For å gjøre dette kreves god teoretisk og klinisk kjennskap til det aktuelle feltet.

Strategisk utvalg er det ideelle når det gjelder å få høy informasjonsstyrke, men man ender ofte opp med et tilgjengelighetsutvalg (Malterud, 2017). Ulempen med et tilgjengelighetsutvalg er at det kan gi et utvalgsbias (Polit & Beck, 2018). I denne studien ble det gjort et tilgjengelighetsutvalg med inklusjons- og eksklusjonskriterier, selv om anestesisykepleiere som meldte seg kunne være atypiske og dermed dårlig gjenspeile anestesisykepleiere flest.

Avdelingsleder eller fagsykepleier på de ulike avdelingene skaffet deltakere ut ifra kriteriene, samt mine egne strategiske vurderinger om deltakerne kunne tenkes å gi rike data.

Inklusjonskriterier var deltakere med ulik alder, ulik fartstid i avdelingene, samt at det var representasjon av begge kjønn. Kriteriene ble satt for å gjenspeile avdelingenes sammensetning best mulig for å unngå utvalgsbias.

Det var også fastsatt to eksklusjonskriterier for å sikre deltakere med høy informasjonsstyrke. Det var viktig at deltakerne skulle ha en erfaring om postoperativ rapportering både med og uten ISBAR-strukturen slik at de kunne meddele erfaringer om hva de opplevde ISBAR tilførte rapport situasjonen. Det andre eksklusjonskriteriet var deltakere som behersket norsk muntlig dårlig. Dette kriteriet var satt fordi deltakere som behersker norsk muntlig dårlig kan ha vanskeligheter med å formidle det de har på hjertet i en slik intervju situasjon. Studien var avhengig av at deltakerne får formidlet sine erfaringer gjennom muntlig tale.

4.5.2 Antallet i utvalget

Kvalitative intervju kjennetegnes av få deltakere i motsetning til kvantitative studier. (Polit & Beck, 2018). Tradisjonelt har man lagt til grunn at utvalget er stort nok når man oppnår «metning» i resultatene. «Metning» er oppnådd når ytterligere datainnsamling ikke tilfører noe mer informasjon i det eksisterende datamaterialet (Malterud, 2017). Metningsbegrepet er blitt kritisert av ulike grunner av blant annet Malterud (2017) og Malterud, Siersma og Guassora (2016). De mener det er mer hensiktsmessig å snakke om «informasjonsstyrke». Desto mer informasjon deltakerne innehar, desto lavere antall deltakere trenger man og visa versa. Man kan godt starte med en kvalifisert gjetning på antallet, men det endelige antallet må evalueres gjennom hele prosessen. Den kvalifiserte gjetningen baseres på vurderinger ut i fra studiens problemstilling, kvaliteten på utvalget, studiens grad av teoretisk forankring, kvaliteten i dialogene, samt hvilken analysestrategi som velges (Malterud et al., 2016).

I en studie med høy informasjonsstyrke kan det være tilstrekkelig med 4-7 deltakere, men kvalitative studier har ofte 10-15 deltakere (Malterud, 2017). Denne studien hadde en smal problemstilling. I tillegg var kvaliteten på utvalget høyt, da anestesisykepleierne utfører postoperative rapporter flere ganger om dagen. Studien har heller ikke til hensikt å lage en ny teori fra grunnen av. Disse tre punktene skulle tilsi et lavere antall deltakere. Det anbefales høyere antall deltakere om forskeren er uerfaren og om det blir utført tverrgående analyse som i dette studiet. For å heve

kvaliteter som intervjuer ble det utført både prøveintervju av medstudent og veileder. Det ble også drøftet ulike intervjuteknikker med veileder for å få rikest mulig data.

Masterprosjektet har begrenset tid, økonomiske ressurser og arbeidsressurser da forskeren gjennomførte studiet alene. Hvis flere deltakere hadde blitt valgt ville analysen kunne stå i fare for å ha blitt overflatisk og dårlig grunnet stort datamateriale, manglende analyseerfaring og tidsressurser. Det var en tidkrevende og utfordrende prosess å få tak i deltakere. Som et kompromiss endte studien opp med totalt 8 deltakere. Hver deltaker kom med rike data og nye momenter. Hovedmomentene i svarene var likevel mye av det samme.

4.5.3 Utvalgsprosessen

For å styrke studiens reliabilitet og validitet var det ønskelig å ikke bare se på erfaringer fra ett sykehus, men heller inkludere flere sykehus som relativt nylig har innført ISBAR som prosedyre i postoperativ rapport. Ulike sykehus har ulike tradisjoner og kulturer for rapporteringssituasjonen. Det kan være variasjoner på hvem som deltar i rapporten og hvor den foregår etc. Å se på erfaringer fra ulike sykehus kan derfor ha fordeler ved å bedre utjevne slike kulturelle forskjeller og gjøre det lettere for leserne å finne ut hva som er overføringsverdien til deres hverdag. Ulemper ved å inkludere flere sykehus er at det blir få intervju pr. sykehus og man er prisgitt at deltakerne gir et representativt bilde av postoperativ rapport på det aktuelle sykehuset. I tillegg blir det flere ulike kontekster å beskrive, noe som kan gjøre det vanskeligere for leserne å finne ut hva som er overføringsverdien til sin avdeling.

To sykehus ble forespurt om å stille med fire informanter hver, men det lot seg ikke gjennomføre da et sykehus strevde med å få nok informanter. Etter vurderinger sammen med veileder endte studien opp med fire informanter fra ett sykehus, og fire informanter fra ett helseforetak, men to ulike sykehus.

4.5.4 Deltakernes ulike kontekster

Deltakerne bestod av seks kvinner og to menn. Alderen varierte fra 41-54 år og de hadde jobbet ved anestesienheten mellom 5-18 år. Anestesiavdelingen ved ett av sykehusene hadde anvendt ISBAR i litt over ett år, mens de to andre sykehusene hadde brukt ISBAR i fire-fem år. Alle anestesiavdelingene brukte elektronisk kurve, men dette var innført omtrent én måned før intervjuene på det sykehuset som hadde kortest erfaring med ISBAR.

Konteksten rundt postoperativ rapportering varierte på ulike sykehus, innen ulike enheter ved samme sykehus, samt ved omfanget av operasjonene. På de fleste postoperative avdelinger var det anesthesisykepleier og operasjonssykepleier som fulgte pasienten til postoperativ avdeling, men ett sted var også anestesilege stort sett med. På en avdeling var det kun anesthesisykepleier og portør som fulgte pasienten.

Ved ankomst postoperativ avdeling var det mest vanlig at anesthesisykepleier (og eventuelt anestesilege) koblet opp overvåkningsutstyr mens operasjonssykepleier gav rapport. Operasjonssykepleier gikk så tilbake til operasjonsavdelingen og anesthesisykepleier (eller eventuelt anestesilege) gav sin rapport. På en av avdelingene var også operasjonssykepleieren med på å koble til overvåkningsutstyret før rapporten begynte. Ved en annen avdeling ringte operasjonssykepleier inn sin rapport til postoperativ avdeling. På denne avdelingen hjalp en annen postoperativ sykepleier til med å koble opp pasientens overvåkningsutstyr, slik at anesthesisykepleieren kunne gi sin rapport uten forstyrrelser.

Rapporten ble gitt ved senga på to av sykehusene, men ved ett av sykehusene var rapporten nylig flyttet til et vaktrom midt i postoperativ avdeling.

Alle deltakerne hadde fått utdelt lommekort med ISBAR-strukturen. Noen hadde også plakater ved PC-en og/eller på trillebordet ved pasientsengen. To sykehus brukte samme ISBAR-lommekort. Det var kun små forskjeller på lommekortene (Vedlegg 4).

4.5.5 Styrker og svakheter ved utvalget i studien

Det kan være en styrke at utvalget bestod av seks kvinner og to menn. Det finnes ikke gode oversikter over fordelingen av mannlige og kvinnelige anesthesisykepleiere i Norge, men dersom man ser på fordelingen av medlemmer i Anesthesisykepleierne NSF så er 25,9% menn, (Norsk Sykepleierforbund, 2019), noe som samsvarer fint med utvalget i studien. Anbefalingen om representasjon er dermed innfridd (Malterud, 2017).

Det kan være et lite aldersbias ved at det var relativt liten aldersvariasjon blant deltakerne. Dette kan spille inn på overføringsverdien til andre avdelinger, men jeg antar at denne biasen er av relativt liten betydning da informasjonsstyrken blant deltakerne var viktigere enn at det er et representativt utvalg.

Som jeg redegjorde for i «Kapittel 4.5.1 Utvalgsstrategi» var det ønskelig at deltakerne hadde jobbet på avdelingen både før og etter innføringen av ISBAR. Kriteriet ble satt for å sikre at deltakere hadde utført mange postoperative rapporter og dermed satt med rike erfaringer. De hadde da et sammenligningsgrunnlag for hva ISBAR-strukturen tilførte den postoperative rapporten. En svakhet er at nylig utdannede anestesisykepleiere dermed ikke fikk vært med i utvalget. Det kan tenkes at de kunne hatt enda større nytte av et slikt strukturingsverktøy som ISBAR er. Deres erfaringer vil derfor ikke komme frem i denne studien.

To deltakere på det ene sykehuset hadde vært sentrale i implementeringsprosessen av ISBAR på avdelingen. En svakhet kan være at man kan anta at de i større grad fremsnakkert verktøyet enn det andre kollegaer ville gjort. Samtidig kan det være en fordel at de hadde satt seg meget godt inn i verktøyet og dermed hadde gjennomtenkte innspill.

4.6 INTERVJUSITUASJONEN

Avdelingslederne organiserte et møterom eller ubrukt kontor på sykehuset hvor intervjuene kunne gjennomføres uforstyrret. Informasjonsbrevet ble gjennomgått med deltakerne og skriftlig samtykke innhentet før intervjuene startet. Det var kun forsker og deltaker som var til stede under intervjuene og det var ingen avbrytelser under noen av intervjuene. Det ble ikke tatt notater underveis i intervjuet for ikke å forstyrre intervjusituasjonen (Polit & Beck, 2018). Det ble notert tanker umiddelbart etter hvert intervju for å huske hvordan atmosfæren og gjennomføringen hadde vært. I tillegg ble det reflektert om det måtte gjøres endringer i intervjuteknikk og/eller intervjuguide.

4.7 INTERVJUGUIDE

En foreløpig intervjuguide ble utarbeidet i forkant av godkjenning hos NSD. Det ble lagt ned mye arbeid i intervjuguiden da den ville legge grunnlaget for datamaterialet.

Å bruke riktig spørreord, riktig formuleringer og gode oppfølgingsspørsmål er av avgjørende betydning for å få rike og gode data. Det er en kunst å stille åpne og gode spørsmål som innbyr til samtale (Kvale & Brinkmann, 2009). Både Malterud (2017) og Kvale og Brinkmann (2009) har tips om hvordan formulere gode spørsmål, og tipsene ble brukt aktivt i utarbeidelsen av intervjuguiden.

Problemstillingen styrte i stor grad hvilke spørsmål intervjuguiden fikk. Intervjuguiden ble delt opp i tre deler. Første del omhandlet i hvilken kontekst den postoperative rapporten foregikk. Andre del omhandlet *erfaringene* anestesisykepleiere hadde med ISBAR i postoperativ rapport, både positive erfaringer, men også utfordringer med verktøyet. Siste del tok for seg andre aspekter ved ISBAR i postoperativ rapport. Dette omhandlet både tidsbruk, pasientsikkerhet, hyppigheten av bruken og ISBAR sin innvirkning i samarbeidet med annet helsepersonell. Aspektene er hentet fra hva tidligere forskning har undersøkt. Temaene ble gjennom spørsmålsformuleringen og oppfølgingsspørsmål vinklet til å omhandle anestesisykepleiernes erfaringer knyttet til disse aspektene.

Et prøveintervju av en medstudent medførte noen mindre justeringer av guiden. Endringene innebar å tydeliggjøre noen spørsmål samt å endre rekkefølgen på spørsmålene.

Etter tre intervju som kun hadde varighet fra 16-24 minutter, ble det vurdert å endre intervjuguiden. Etter en veiledningstime med prøveintervju av veileder for å øve på å stille gunstige oppfølgingsspørsmål ble intervjuguiden justert. Dette var hensiktsmessig, og de resterende intervjuene fikk en bedre kvalitet, gav mer data og hadde lengre varighet. Kvalitativ metode er en eksplorerende måte å drive forskning på (Polit & Beck, 2018). Å kritisk gjennomgå intervjuguiden økte sjansen for at spørsmålene ville gi de svarene problemstillingen til studien etterspurte. Dette er med å øke den interne validiteten (Kvale & Brinkmann, 2009).

Etter hvert som forsker ble kjent med intervjuguiden, ble den brukt mer som en guide enn en mal. Intervjuene skulle være av en semistrukturert karakter, noe som legger til rette for spontane oppfølgingsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009).

4.8 TRANSKRIBERING

Å omgjøre muntlig tale til skriftlig språk har sine utfordringer. Muntlig tale kan virke usammenhengende og lite strukturert i skrevet form. Det vil også være en form for tolkning gjennom transkripsjonsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2009). Det kan være at ikke alle setninger blir fullført og man må anta hva som mangler, dialektord må tolkes om til bokmål, nyanser som ironi og humor kan være vanskelig å få frem etc. En

transkripsjon av god kvalitet er særdeles viktig da lydfilen blir slettet og datamaterialet er gått fra å være lyd til tekst.

Alle intervjuene og transkripsjonene er utført av forskeren. Det kvalitetssikrer det Malterud (2017) skriver om betydningen av å være godt kjent med både intervjusituasjon, konteksten og datamaterialet. Dialektord og skandinaviske språk ble oversatt til norsk bokmål for å sikre anonymitet til deltakerne. Transkripsjonen ble utført så ordrett som mulig av en forsker, selv om to forskere som transkriberte samme materiale hadde økt validiteten dersom transkriberingene var like (Kvale & Brinkmann, 2009).

4.9 ANALYSEPROSESSEN

4.9.1 Bakgrunn for valget av analysemetode

Det er valgt kvalitativ innholdsanalyse som er en fleksibel metode og som er god til å identifisere variasjoner, ulikheter og likheter i en tekst (Lundman & Graneheim, 2008). Metoden er særlig velegnet for sykepleierforskning (Elo & Kyngäs, 2008). Ved å bruke kvalitativ innholdsanalyse kan man finne reliable og valide konklusjoner som kan gi ny kunnskap, ny innsikt, samt gi en praktisk guide til handling. Metoden kan brukes til å identifisere kritiske prosesser og for å utvikle en forståelse av betydningen av kommunikasjon (Elo & Kyngäs, 2008). Analysemetoden anses som en godt egnet metode for studiens problemstilling.

4.9.2 Kvalitativ innholdsanalyse

Kvalitativ innholdsanalyse gjøres enten induktivt eller deduktivt. Ved en induktiv innholdsanalyse går man fra det spesifikke til det generelle, i motsetning til en deduktiv tilnærming hvor man går fra det generelle til det spesifikke. Ved en induktiv tilnærming samler man inn erfaringsdata og løfter disse til en større helhet (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). En slik analyse er anbefalt når det er sparsomt med tidligere kunnskap om det aktuelle temaet eller hvis kunnskapen er fragmentert (Elo & Kyngäs, 2008). Som tidligere skrevet, så finnes det mye kunnskap om ISBAR, men lite kunnskap om *erfaringene* til anestesisykepleier om ISBAR brukt i postoperativ rapport. Dette tilsa en induktiv innholdsanalyse.

Forskeren må også avgjøre om man skal analysere kun det som manifesterer seg synlig i teksten, eller om man også skal analysere latent innhold (Lundman &

Graneheim, 2008). Latent innhold vil si hva deltakeren *egentlig* sa, altså tolke og «lese mellom linjene». Da kan sukk, stillhet, latter og kroppsholdning være viktige observasjoner som må tolkes inn i deltakerens uttalelser. Det vil uansett bli gjort en form for tolkning ved analyse av både manifestert innhold og latent innhold. Graden av tolkning er imidlertid forskjellig og ved analyse av latent innhold vil tolkningen gå dypere. Hensikten med studien er med på å avgjøre om man skal tolke det latente innholdet eller ikke (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004). Graneheim og Lundman (2004) anbefaler nybegynnere å kun se på innhold som manifesterer seg synlig i teksten. Siden denne studien var forskerens første kvalitative studie, ble det valgt å kun se på innhold som manifesterte seg synlig i teksten.

Induktiv innholdsanalyse har tre hovedfaser: forberedelser, organisering og rapportering. Det er ingen systematiske regler for hvordan man skal analysere data ved hjelp av induktiv innholdsanalyse. Man starter likevel med å velge hva som skal være en analyseenhet. I denne studien var det naturlig at de åtte transkriberte intervjuene var analyseenheten (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim & Lundman, 2004).

4.9.3 Selve analyseprosessen

Kontekstdata ble systematisert og organisert ved hjelp av dataprogrammet NVivo 12. Det resterende empiriske datamaterialet ble manuelt analysert ved å sortere det i tabeller i Microsoft Office Word 2016.

Analyseprosessen startet med å lese igjennom materialet flere ganger for å få en forståelse av helheten (Graneheim & Lundman, 2004). Materialet var godt kjent for forskeren både fra intervjusituasjonen og transkriberingen.

Deretter ble meningsenheter i teksten valgt. Meningsenheter er ord, setninger eller større enheter som omhandler det samme. Ulempen med for små enheter er at de står i fare for å bli fragmentert, mens for store enheter kan gjøre analysejobben vanskelig. Dette vil i så fall gå ut over studiens reliabilitet (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim & Lundman, 2004).

Meningsenhetene ble kondensert slik at de ble kortere og mer håndterbare. Her var det viktig å ikke miste informasjon og bevare det sentrale innholdet (Lundman & Graneheim, 2008). Forskeren hadde tett kontakt med veileder i analysefasen for å diskutere analysearbeidet og sikre at viktig innhold ikke ble utelatt. I prosessen videre

ble de kondenserte meningsenhetene abstrahert til ulike nivåer gjennom bruk av koder, subkategorier, kategorier og eventuelt temaer (Graneheim & Lundman, 2004).

Koder er navn på en gruppe meningsenheter som omhandler det samme. Kodenavnet skal beskrive nøyaktig hva som er felles for meningsenhetene i gruppen og hjelpe forsker til å reflektere over datamaterialet (Lundman & Graneheim, 2008). Det var utfordrende å finne koder som var nøyaktige nok og samtidig skulle kunne inneholde flere kondenserte meningsenheter. Kodene måtte ikke være for smale, men heller ikke for store og upresise. Det var utfordrende å være tro til det manifeste budskapet og iblant var det fristende å se på det latente innholdet. Kodene ble til en god hjelp i det videre analysearbeidet.

Neste steg var å sortere koder som omhandlet det samme til subkategorier. I enkelte tilfeller ble noen koder til subkategorier. Subkategoriene ble hele tiden revurdert og omformet, og det var utfordrende at mange koder kunne passe i ulike subkategorier. Koder ble byttet frem og tilbake i de ulike subkategoriene. Denne prosessen ble utført i tett dialog med veileder. Abstraksjonsprosessen foregikk så langt det var hensiktsmessig og rimelig. Til slutt endte det opp med 10 subkategorier (Tabell 1).

Videre ble subkategoriene slått sammen og organisert til kategorier (Elo & Kyngäs, 2008). Kategoriene ble utformet for å svare på studiens problemstilling etter diskusjon frem og tilbake med både meg selv og veileder. Det tok lang tid å lande på de aktuelle kategoriene. En hovedregel er at en kategori bør være uttømmende, at ingen data skal falle mellom to kategorier, eller at data passer i to eller flere kategorier. Lundman og Graneheim (2008) medgir at denne hovedregelen kan være vanskelig å følge når datamaterialet omhandler opplevelser. Sluttresultatet var 5 kategorier (Tabell 1).

Tabell 1. Oversikt over subkategorier og kategorier.

SUBKATEGORIER	KATEGORIER
Hjelp til å strukturere rapporten	BETYDNINGEN AV STRUKTUR
Fungerer som en sjekkliste	
Tilpasser ISBAR til situasjonen	
Forbedringer i samarbeidet	VIKTIGHETEN AV GOD SAMHANDLING
Følelsen av personlig kompetanse	OPPLEVELSE AV ØKT KOMPETANSE
Opplevelsen av profesjonell kompetanse	
Opprettholder driften	ØKT EFFEKTIVITET
Fører til mindre etterarbeid	
Sikrer informasjonsflyten	ØKT PASIENTSIKKERHET
Opplevd trygghet for pasienten	

Ved å slå sammen kodene til nye kategorier ble fenomenet beskrevet bedre, og ga økt kunnskap og forståelse (Elo & Kyngäs, 2008). Prosessen kan virke lineær, men prosessen vekslet mellom å se på helhet og deler av teksten hele tiden (Graneheim & Lundman, 2004). Her kan man trekke sammenhenger til den hermeneutiske sirkelen. Helheten er mer enn summen av de ulike delene (Kvale & Brinkmann, 2009).

Videre følger to eksempler på analyseprosessen (Tabell 2):

Tabell 2. To eksempler på analyseprosessen.

MENINGSENHET	KONDENSERT MENINGSENHET	KODE	SUBKATEGORI	KATEGORI
<p>Og så når man gjør det samme om og om igjen, så er det fort å glemme. Da er en huskeliste grei å ha. Og hvis en er lat, så er det greit å ha. Da slipper man å tenke, man kan bare følge lista....da står det der. Og når du føler det har hjulpet deg, det må jo være de dagene du er trøtt....på nattevakt for eksempel....hvis det har kokt veldig under selve operasjonen....og da...hvis du er litt tom i hodet...følger en sjekkliste....så er du jo nesten sikker på å få gjort unna den rapporten sånn tålig. Man får hjelp til å huske de tingene du skal rapportere om.</p>	<p>ISBAR fungerer som en god huskeliste dersom det har vært en hektisk operasjon og man føler seg litt «tom» i hodet. Eller dersom man er trøtt på nattevakt. Da gjør ISBAR at man husker å rapportere om de tingene man skal rapportere om.</p>	<p>ISBAR sikrer en komplett rapport når man er trøtt og sliten.</p>	<p>Fungerer som en sjekkliste</p>	<p>BETYDNINGEN AV STRUKTUR</p>
<p>I blant kan det være mye armer og bein når man kommer ut til PO [postoperativ avdeling] og da er ISBAR en form for et anker for å stabilisere ting. Selv om det er mye med pasienten, så kan man da parallelt følge den og få en oversikt i situasjonen...få en følelse av kontroll i situasjonen...som et papir skulle hjelpe til med det...hehe...men det er min opplevelse av det.</p>	<p>Det kan være mye å gjøre når man ankommer postoperativ avdeling, men jeg opplever ISBAR som et anker for å stabilisere situasjonen og gi en følelse av kontroll i slike hektiske situasjoner.</p>	<p>ISBAR gir kontroll i hektiske situasjoner</p>	<p>Følelsen av personlig kompetanse</p>	<p>OPPLEVELSE AV ØKT KOMPETANSE</p>

5 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapitelet presenteres funn i fem hovedkategorier: betydningen av struktur, opplevelse av økt kompetanse, viktigheten av god samhandling, økt effektivitet og til slutt økt pasientsikkerhet.

Utsagn blir markert med A, B eller C ut ifra hvilket sykehus deltakeren representerer, samt et nummer fra 1-4 ut ifra hvilken anestesisykepleier som kommer med sitatet, eksempelvis (A2). Alle deltakerne omtales som hunkjønn for anonymitetens skyld.

5.1 BETYDNINGEN AV STRUKTUR

Alle deltakerne verdsatte strukturen ISBAR tilførte den postoperative rapporten. De opplevde både at ISBAR strukturerte rapporten og samtidig var en god sjekklister på at alt ble rapportert om.

5.1.1 Hjelp til å strukturere rapporten

Det at ISBAR hjelper deltakerne med å strukturere den postoperative rapporten, var noe alle deltakerne i stor grad trakk frem. Strukturen var til hjelp for dem selv, men de fleste opplevde også at de postoperative sykepleierne hadde god nytte av at de brukte verktøyet.

ISBAR strukturere min rapport slik at den som mottar rapporten får oversikt og igjen kan strukturere sin rapport videre. (C1)

Strukturering etter ISBAR gjorde at rapporten ikke ble så springende og usystematisk. En deltaker sa at ISBAR-strukturen gjorde henne litt mer mentalt forberedt til å skulle gi den postoperative rapporten.

Måten ISBAR er delt opp er veldig positivt. Alle disse punktene gir en struktur som forhindrer at rapporten blir hoppende frem og tilbake. Dersom du flink å følge punktene, så får du gitt en oversiktlig og strukturert rapport. (B2)

Deltakerne var delt i hvordan de opplevde at ISBAR ble implementert på avdelingen deres. Seks av deltakerne var positive til at det ble mer systematikk i rapportene og at ISBAR dessuten opplevdes intuitiv da den hadde en rekkefølge som var relativt lik den de selv tidligere brukte. Overgangen til å bruke ISBAR opplevdes dermed ikke så stor. Én var mer skeptisk og motvillig til implementeringen. Dette gikk hovedsakelig ut på

måten implementeringen ble gjort på, samt at hun hadde lite lyst til å endre sine vaner fordi hun opplevde at hun allerede gav gode rapporter. To deltakere opplevde at ISBAR forbedret deres rapporter kraftig gjennom å gi rapporten en struktur og rekkefølge:

Jeg følte på motstand ved innføringen av ISBAR, men jeg så raskt effekten med verktøyet. Etter jeg mistet ISBAR-kortet så glemte jeg ISBAR-strukturen. Da merket jeg at rapportene ble mer springende, uvilkårlike og at jeg mistet oversikten. ISBAR er nemlig veldig greit. Man går raskt gjennom lista. Jeg bruker ISBAR hele tiden nå. (C2)

Flere opplevde ISBAR særlig nyttig ved komplekse operasjoner hvor det var mye å holde rede på. Da kunne det være mye informasjon som skulle videreformidles og ISBAR hjalp dem da å strukturere den omfattende rapporten. En deltaker brukte ISBAR-strukturen kun ved større inngrep fordi det var da hun følte mest hjelp av verktøyet.

5.1.2 Fungerer som en sjekkliste

Alle deltakerne opplevde ISBAR som en god sjekkliste for å sikre en komplett rapport. En deltaker fremhevet at ISBAR gjorde det lettere å gi rapport fordi det var en systematisk gjennomgang som sikret at det ble en komplett rapport. Det gav henne en trygghet. Det ble også trukket frem at ISBAR ivaretok det mest sentrale og gjorde at man husket også de spesielle tingene som oppstod underveis i anestesiforløpet. I tillegg fungerte ISBAR-strukturen godt for å avklare uklarheter. En deltaker sa hun brukte god tid på det siste punktet «Spørsmål?». Hun opplevde det som et godt punkt til å få ryddet opp i uklarheter og misforståelser. En annen deltaker opplevde punktet «anamnese» som en god sjekk på at hun og den postoperative sykepleieren hadde lik forståelse av pasientens sykehistorikk. Dette gjaldt særlig på dagkirurgien hvor sykepleieren kjente pasienten fra før inngrepet.

Tre deltakere opplevde at ISBAR førte til at de rapporterte elementer som de tidligere ikke hadde rapportert om. Rapportene fikk dermed et økt innhold hos disse deltakerne. I tillegg sa hele seks deltakere at ISBAR førte til at de ikke glemte vesentlig informasjon som man lett kunne ha glemt dersom de ikke anvendte ISBAR.

Med ISBAR-strukturen får du en sjekkliste på alt det viktige du skal huske å rapportere om. Jeg opplever den som systematisk! Dersom man ikke anvender

ISBAR vil man fort kunne glemme både mindre, men også vesentlige informasjon. (B2)

Ved komplekse operasjoner var det ikke bare det å få hjelp til å strukturere rapporten som var viktig for deltakerne. ISBAR var også et nyttig verktøy til å huske alle punktene som skulle rapporteres om og dermed hjelpe dem til å kunne gi en komplett rapport. Dette gjaldt både komplekse og langvarige operasjoner, dersom noe uforutsett hadde skjedd underveis i anestesian, eller ved en omfattende anamnese hos pasienten. På den måten sa de at kvaliteten på rapporten kunne heves.

ISBAR er et særlig godt hjelpemiddel ved store, langvarige inngrep hvor det blir omfangsrrike rapporter i etterkant. Da har jeg stikkordene i ISBAR som gjør det enklere for meg. De dekker det meste og kvaliteten på rapporten blir også bedre da. (B1)

Informantene fremhevet at det på en postoperativ avdeling var et høyt tempo med mange pasienter som trengte oppmerksomhet. Postoperativ sykepleier hadde gjerne ansvar for flere pasienter som trengte observasjon og pleie. Dette kunne føre til avbrytelser under rapporten, noe flere anestesisykepleiere jevnlig opplevde. Da sa de at ISBAR fungerte som en sjekkliste for at man ikke hoppet over noen punkt etter en avbrytelse:

Det er mange forstyrrende elementer under rapporteringen. ISBAR blir da en sjekkliste på at jeg ikke hopper over noen punkter dersom vi må avbryte rapporten på grunn av noe som skjer med pasienten eller nabopasienten. (C1)

Anestesisykepleierne kunne også oppleve at postoperativ sykepleier avbrøt deres rapport med spørsmål om informasjon som de hadde tenkt å si seinere i henhold til ISBAR-strukturen. De opplevde da at ISBAR fungerte som en sjekkliste på hvor de var i sin rapport etter slike avbrytelser. Det reduserte faren for at de glemte et rapportpunkt når de fortsatte rapporten sin.

Ett av sykehusene hadde relativt nylig innført digital kurve, mens de to andre sykehusene hadde brukt digital kurve i flere år. Tre av deltakere trakk frem at de opplevde den digitale kurven som rotete og at det var vanskelig å finne noe system i den i forhold til den gamle papirkurven. Dette var uavhengig av om elektronisk kurve nylig hadde blitt innført, eller blitt brukt i flere år. Det ble trukket frem at det da var

ekstra nyttig og trygt å ha ISBAR-strukturen å støtte seg til. ISBAR-strukturen sikret at man fikk gitt en systematisk og komplett rapport likevel:

ISBAR fungerer som en huskeliste slik at man faktisk får rapportert om alt til tross for en uoversiktlig elektronisk kurve. (A3)

I tillegg førte innføringen av digitale kurver til at anesthesisykepleierne noen ganger måtte gi rapport uten å kunne støtte seg til en fysisk kurve i det hele tatt. Det kunne skje dersom sykepleier på postoperativ avdeling ikke hadde rukket å hente inn den digitale kurven før rapporten skulle skje. Da måtte anesthesisykepleieren gi rapport kun ut i fra hukommelsen, og da opplevde en av deltakerne god hjelp fra ISBAR til å huske alt som skulle rapporteres om. ISBAR fungerte da som en huskeliste for rapporten.

En deltaker trakk frem at en anesthesisykepleier må yte selv når hun er sliten og trøtt både på dagtid og nattetid. Deltakeren fremhevet at det nettopp i slike situasjoner var ekstra godt å ha en struktur å støtte seg til:

ISBAR fungerer som en god huskeliste dersom det har vært en hektisk operasjon og man føler seg litt «tom» i hodet. Eller dersom man er trøtt på nattevakt. Da gjør ISBAR at man husker å rapportere om de tingene man skal rapportere om. (A4)

5.1.3 Tilpasser ISBAR til situasjonen

Sju av åtte deltakere sa de tilpasset ISBAR til rapportersituasjonen. Deltakerne kom fra tre ulike sykehus med ulike kontekster for rapportering. Noen gav rapport ved sengen, mens andre gav rapport ved et vaktrom bak en glassvegg. Flere var opptatt av taushetsplikten sine vanskelige kår på en postoperativ avdeling. Dette førte til enkle tilpasninger for å sikre taushetsplikten:

Vi forsøker å håndheve taushetsplikten ovenfor andre pasienter ved å trekke oss litt tilbake ved rapporten. Jeg peker også ofte på navnelappen og sier den er bekreftet i stedet for å si det høyt. (A2)

Det fremkom at ved noen rapporteringer var det omfattende informasjon som skulle viderebringes. Ved enklere inngrep og med friskere pasienter var derimot omfanget av rapportene mindre. Dette gjaldt særlig på dagkirurgisk avdeling. Over halvparten av deltakerne tilpasset ISBAR etter mengden informasjon de mente var relevant for rapporten. Ofte ble «B – Bakgrunn» gjort enklere fordi dagkirurgisk sykepleier kjente pasienten fra før inngrepet.

Jeg hopper over både punkter som ikke er relevante for pasienten, samt anamnesen dersom mottakende sykepleier kjenner godt til pasienten. (A4)

En av deltakerne rapporterte hele anamnesen fordi hun så på dette som en mulighet til en sjekk for at dagkirurgisk sykepleier hadde lik forståelse av anamnesen som henne selv.

En annen deltaker tilpasset ISBAR ved å bevisst endre rekkefølgen i strukturen. Hun byttet da om «A - Analyse» og «B – Bakgrunn» i ISBAR slik at det ble ISABR. Begrunnelsen var at hun mente ABC var så viktig og relevant at det måtte komme før anamnesen. De andre sju deltakerne brukte den ordinære ISBAR-rekkefølgen.

På spørsmål om de hadde noen forslag til forbedring av ISBAR svarte de fleste at de opplevde ISBAR som et intuitivt og godt verktøy til å strukturere rapporten på.

Jeg synes kortene er systematiske og greie og jeg har ikke noen forslag til endringer. (B2)

Fire av deltakerne hadde likevel forslag til forbedring. Foruten deltakeren som ønsket å bytte på rekkefølgen av «A - Analyse» og «B - Bakgrunn», så var det en som savnet noen punkter tilpasset pasienter som var barn. Dette kunne være punkter som «utvikling» og «foreldre». En annen deltaker ønsket at plan for medikamentforordning burde komme tydeligere frem da hun opplevde at det var mange muntlige forordninger etter innføringen av elektronisk kurve. Til sist var det en deltaker som syntes punktet «Beskjed fra kirurg» var noe utydelig. Både operasjonssykepleierne og anestesisykepleierne hadde det punktet på deres respektive ISBAR-kort og hun følte dermed det var utydelig om hvem som skulle gi hva av postoperative beskjeder fra kirurgen. Dette ble forsterket ved at hun ikke alltid fikk høre operasjonssykepleier sin rapport fordi hun var opptatt med å koble opp overvåkingen til pasienten da operasjonssykepleieren ga rapport.

5.2 VIKTIGHETEN AV GOD SAMHANDLING

Alle deltakerne sa noe om samhandling mellom de tre aktørene anestesisykepleier, operasjonssykepleier og postoperativ sykepleier. Når ISBAR ble brukt i postoperativ rapport innbefattet det samhandling både mellom anesthesi-/operasjonssykepleier og postoperativ sykepleier, men også samhandling mellom anestesisykepleier og operasjonssykepleier.

5.2.1 Forbedringer i samarbeidet

Over halvparten av anestesisykepleierne opplevde at de postoperative sykepleierne eksplisitt uttrykte at de var fornøyd med ISBAR og at rapportene var blitt bedre etter implementeringen. En deltaker sa at hun opplevde at stemningen var blitt bedre mellom henne og de postoperative sykepleierne og at de nå jobbet med mindre friksjon. Halvparten av deltakerne opplevde oftere nå enn før at de fikk en positiv tilbakemelding på deres rapport. En deltaker trakk også frem at det var færre avvik på dårlige rapporter nå enn før.

Jeg opplever at personalet på postoperativ avdeling får en bedre rapport på grunn av ISBAR og at vi dermed oftere får høre «Takk for en fin rapport». (C1)

Videre mente to andre deltaker at ISBAR gav postoperativ sykepleier og anestesisykepleier mer avklarte rolleforventninger om hva en rapport var og hva den skulle inneholde. Disse to deltakerne mente at anestesisykepleier og postoperativ sykepleier hadde forskjellig fokus i rapporten og vektla forskjellige elementer ulikt. En deltaker trakk frem at ISBAR var med å sikre en lik situasjonsforståelse:

I starten kunne postoperativ avdeling være litt utålmodige og spørre etter de tingene de lurer på. Mye er nå gått seg til, selv om gammel vane er litt vond å vende -både for dem og oss. Man har jo forskjellig fokus på hva som er viktig i rapporten. ISBAR kan da være med å gi en struktur som gjør at man faktisk får med seg all den andre viktige informasjonen også. (A2)

En annen deltaker fremhevet at ISBAR hjalp postoperativ sykepleier å motta komplekse rapporter ved å gi en forventet rekkefølge og system og at dette igjen førte til bedre rapportsituasjoner. Hun opplevde en forventning fra postoperativ sykepleier at hun brukte ISBAR-strukturen i rapporten. Deltakeren opplevde dermed både mer ro og oppmerksomhet under rapporten og dermed et forbedret samarbeid.

En av deltakerne trakk også frem at ISBAR sikret at man faktisk fikk rapportert om alt man skulle, noe som kunne gjøre rapportene litt mer omfangsrike enn før. Dette mente hun var deler av årsaken til at postoperativ avdeling nå var mer fornøyd.

Tre av de åtte deltakerne opplevde ikke nødvendigvis bare forbedringer i samarbeidet med postoperativ avdeling. En deltaker opplevde at postoperativ sykepleier kunne være utålmodig og avbrøt rapporten.

Noen ganger får jeg ikke fullført ISBAR-rapporten. Dette kan være på grunn av at postoperativ sykepleier avbryter rapporten med spørsmål hun lurer på. (A2)

Ved ett av sykehusene opplevde anesthesisykepleierne at ISBAR fungerte bra i starten, men ikke nødvendigvis nå lenger. Den ene deltakeren trakk frem at de fikk mange positive tilbakemeldinger fra postoperativ sykepleier i starten, men at hun nå ikke opplevde noen forventninger om at hun skulle bruke ISBAR-strukturen. Den andre deltakeren fra sykehuset sa at postoperativ avdeling syntes ISBAR var unødvendig og tidkrevende. Hun poengterte at dette var noe av grunnen til at ISBAR ikke lengre ble brukt av dem.

Når det gjaldt samarbeidet mellom anestesi og operasjon, var deltakerne ganske delt i sitt syn. På noen sykehus var det ikke tradisjon for at operasjonssykepleierne var med i den postoperative pasientoverflytningen. De gav da enten rapport per telefon, eller så gav anesthesisykepleier også deres rapport. Det at ISBAR-kortene la opp til at begge yrkesgrupper skulle være med å rapportere, opplevde de fleste som positivt. Rapporten ble da et felles prosjekt med en felles forståelse. ISBAR forente da ulike yrkesgruppers fokusområder:

ISBAR ble et felles prosjekt hvor også operasjonssykepleierne blir involvert. Jeg opplever det som positivt at vi rapporterer om hvert vårt område og har en felles forståelse av hva en rapport skal inneholde. ISBAR gjør at både vi og de som mottar rapporten forventer det samme. (B1)

En annen deltaker opplevde kun forbedringer i samarbeidet i starten, men at det nå var sklidd ut. I starten etter implementeringen hørte anesthesisykepleieren og operasjonssykepleieren på hverandres rapporter. Nå var dette omgjort til at operasjonssykepleier ofte gav rapport uten at anesthesisykepleier hørte på, og motsatt. Hun ytret ønske om at dette måtte forbedres hos dem da hun opplevde samarbeidet som dårligere slik det var nå, samt at det ble mer dobbeltrappering.

Det var også fire andre som tok opp at det ble dobbeltrappering fordi at operasjon og anestesi ikke hørte hverandres rapporter. Det var da særlig punktet «Beskjed fra kirurg» som kunne føre til usikkerhet. To av dem opplevde dette som positivt, og en mulighet til å repetere viktig informasjon. De to andre deltakerne så på dette som mer negativt og tidkrevende.

En anestesisykepleier opplevde ingen forskjell i kommunikasjonen mellom operasjonssykepleier og anestesisykepleier etter implementeringen, men var til gjengjeld svært positiv til hvordan ISBAR forbedret samarbeidet med postoperativ sykepleier.

Operasjonssykepleierne ved én avdeling ble nektet av sine ledere å følge pasienten inn til postoperativ avdeling og gi rapport der. Lederne sa det tok for mye tid og ressurser, og operasjonssykepleierne gikk tilbake til gamle rutiner og gav derfor rapport per telefon igjen. Dette opplevde deltakeren som samhandlet med operasjonssykepleierne som ga rapport per telefon som svært negativt. Hun fremhevet at hvis ISBAR skulle fungere, måtte alle yrkesgrupper være med. Det at hun ikke fikk hørt operasjonssykepleier sin rapport førte videre til at hun bevisst dobbeltrapporterte om ting fordi hun ikke stolte på at operasjon hadde rapportert om det de skulle. Etter en periode med ordningen om at operasjonssykepleierne gav rapport på telefon ble også de postoperative sykepleierne negative til ISBAR:

ISBAR har ikke vært noe positivt for samarbeidet hos oss. Det har vært mye støy og det føles litt meningsløst at ikke operasjon er med. Operasjonssykepleierne er litt delt om hva de syntes om at deres ledere nekter dem å gjennomføre ISBAR. I tillegg endte postoperativ avdeling også opp med å bli negative til ISBAR, så da blir ikke ISBAR noe positivt for samarbeidet. Vi kunne sikkert ha snakket om det, men vi kan ikke tvinge folk i en annen klinikk til å gjøre det slik vi vil ha det. Jeg personlig mener ISBAR ville vært positivt!
(B2)

Det som imidlertid flere påpekte som svært positivt, var at implementeringen av ISBAR førte til et økt fokus på postoperativ rapport. Gjennom implementeringsarbeidet ble både anesthesi-, operasjons- og de postoperative sykepleierne mer bevisst på postoperativ rapportering.

Implementering av ISBAR gav positive utslag for samarbeidet med postoperativ avdeling. Mye av grunnen er at det da ble økt fokus på postoperativ rapport. Du følte at du ble hørt når du gav rapport! (A3)

En deltaker påpekte at dette positive fokuset vedvarte til tross for at det var flere år siden ISBAR ble implementert hos dem.

Ved et sykehus benyttet man implementeringen av ISBAR til samtidig å flytte rapporteringen fra fotenden av sengen til bak en glassvegg på postoperativ avdeling. Dette sa alle deltakerne fra det sykehuset var positivt ved at det forsterket fokuset og gav ro under rapporten. I tillegg ble personvernet bedre ivaretatt.

5.3 OPPLEVELSE AV ØKT KOMPETANSE

Flere av deltakerne fortalte at ISBAR gjorde noe med dem både som privatperson, men også fagperson.

5.3.1 Følelsen av personlig kompetanse

En deltaker fortalte at hun ble helt forvirret dersom hun ikke hadde med seg ISBAR-kortet. Hun sa videre at ISBAR-kortet kanskje kunne gjøre henne litt vel trygg. Tidligere positive erfaringer mente hun måtte være grunnen til at hun brukte ISBAR så regelmessig. En annen deltaker sa også at hun brukte kortet til tross for hun kunne strukturen godt:

Jeg liker å bruke ISBAR-kortet selv om jeg kan det meste i hodet. Jeg har det alltid med meg. (A1)

Andre igjen brukte ikke lengre ISBAR-kortet, men hadde i stedet strukturen «i hodet».

En av de viktigste årsakene deltakerne fremholdt til at de brukte ISBAR så regelmessig, var at det gav dem en trygghet. Denne tryggheten gikk ut på at de kunne være sikre på å få viderefremmet all informasjonen på en god og oversiktlig måte.

En deltaker var ikke enig i at ISBAR gav henne noe trygghet eller at det var en redning for henne i rapport situasjonen. Hun reflekterte imidlertid over at dersom hun hadde vært nyutdannet, så kunne hun nok følt mer trygghet ved å bruke verktøyet.

ISBAR gav en følelse av orden, kontroll og oversikt i kaotiske situasjoner mente en deltaker. Hun erfarte at ISBAR hjalp henne med å holde roen og oversikten i situasjonen. Det følte godt.

Det å få positiv tilbakemelding fra postoperativ sykepleier var noe som oppleves fint for flere deltakere. Flere opplevde dette oftere etter implementeringen av ISBAR. Dette førte til at de fikk en mestringsfølelse og en bekreftelse på at de har gjort en god jobb. De slapp da å tenke i etterkant om det var noe de hadde glemt å rapportere om.

Etter vi begynte med ISBAR opplever jeg oftere å få positive tilbakemeldinger på rapporten. Slike tilbakemeldinger gjør at jeg får en avslutning på denne operasjonen slik at jeg kan begynne «clean» på neste pasient. (C1)

Det trengtes ikke alltid positive tilbakemeldinger for at man mentalt kunne avslutte forrige pasient sa deltakerne. Tryggheten i at man hadde gitt en god rapport ved å ha fulgt ISBAR-strukturen, gjorde at man kunne være mer fokusert på neste pasient.

Etter å ha levert pasienten så går jeg kjapt igjennom hodet mitt om det er noe jeg har glemt å rapportere om. Etter det «logger jeg av» pasienten fra min side. Det gjør at jeg kan konsentrere meg om en ting av gangen, noe jeg liker godt. Det fører til mer tilstedeværelse for neste pasient. (C2)

5.3.2 Opplevelsen av profesjonell kompetanse

Fire av deltakerne tok opp at ISBAR gav dem en opplevelse av profesjonell kompetanse. Dette fordi de kunne beholde en struktur i rapporten selv om det var en kaotisk situasjon.

ISBAR gir struktur i en kaotisk situasjon og får meg på den måten til å kjenne meg litt mer profesjonell. (C1)

Denne profesjonaliteten sa en av deltakerne at hun ikke opplevde som et spill for galleriet, men at det gav henne noe. ISBAR gav henne både en trygghet for at hun gjorde en god jobb og en trygghet for at pasientsikkerheten var ivaretatt gjennom en tillitsvekkende informasjonsflyt. På spørsmål om hva ISBAR gjorde med deltakeren som fagperson, utbrøt den ene deltakeren at det var gøy å føle seg litt «proff»:

ISBAR gjør rapportene så ryddige og standardiserte. Jeg synes det er gøy! Jeg føler at jeg er litt «proff»! Jeg liker det. (C2)

5.4 ØKT EFFEKTIVITET

Alle deltakerne sa at effektiv rapportering kan være en medhjelp for at driften opprettholdes, og kan måles objektivt. I tillegg mente flertallet av deltakerne at ISBAR kan føre til mindre etterarbeid, samt færre tanker og avbrytelser om forrige pasient for anestesisykepleierne.

5.4.1 Opprettholder driften

Det var noe sprikende meninger blant deltakerne om ISBAR forkortet eller forlenget rapporttiden. De fleste var enig i at de fikk rapportert mer effektivt ved at større informasjonsmengde ble videreformidlet på samme tid. Seks av de åtte deltakerne mente tidsbruken var uendret per i dag.

Jeg tror ikke ISBAR gjør så mye forandring på rapporttiden. Det kan være at de som er veldig glad i å prate klarer å kutte litt ned. For mitt vedkommende så tror jeg det hverken går mer eller mindre tid på rapporteringen. (A3)

En av deltakerne mente at det tok noe lengre tid i starten, men at det nå er gått seg til. Ingen mente rapportering med ISBAR-struktur tok lengre tid, mens to mente at rapportene ble mer tidseffektiv ved hjelp av verktøyet. Dette fordi det å gå gjennom ISBAR-kortet gikk raskere enn å prøve å huske alle punktene selv, samt at man unngikk å rapportere noe to ganger. I tillegg ble rapportene mer systematiske, noe som også var tidseffektivt.

Når jeg har dårlig tid kan jeg være trygg dersom jeg følger hvert punkt i strukturen slik at jeg får formidlet det som er nødvendig samtidig som jeg raskere kan gå tilbake til neste pasient. (C1)

To av deltakerne mente at operasjonssykepleierne opplevde en økt tidsbruk i rapporteringen. Dette ble ikke undersøkt nærmere da det faller utenfor studiens formål da det gjelder en annen målgruppe.

5.4.2 Fører til mindre etterarbeid

Halvparten av deltakerne nevnte at ISBAR førte til mindre etterarbeid for dem. Dette fordi ISBAR gjorde rapporten komplett og at det dermed ikke ble noen påfølgende telefoner til eller fra postoperativ avdeling.

Dersom du følger huskelisten så slipper du alle telefonene fra postoperativ avdeling i etterkant. Det kan være telefoner grunnet manglende informering om antibiotika, dren eller andre ting. ISBAR hjelper meg å huske å rapportere om det i utgangspunktet. (A1)

Dette sa de var en fordel både for dem selv, men også for sykepleierne på postoperativ avdeling.

5.5 ØKT PASIENTSIKKERHET

Deltakerne var enige i at det å øke pasientsikkerheten var ett av hovedformålene med innføringen av ISBAR i postoperativ rapport. Deltakerne erfarte at ISBAR var med å sikre informasjonsflyten, samt at den økte pasienten sin opplevelse av trygghet i en sårbar situasjon.

5.5.1 Sikrer informasjonsflyten

Det at ISBAR sikret informasjonsflyten var viktig for alle deltakerne. Flere hevdet at ISBAR kunne være med å forebygge komplikasjoner. Dette fordi ISBAR favnet anestesiforløpet korrekt og gav svar på de spørsmålene som de postoperative sykepleierne hadde.

Jeg tenker den største gevinsten vi henter ut med ISBAR er for pasientene. Det at de slipper konsekvenser grunnet feilrapporteringer, at viktig informasjon ikke blir videreformidlet, at de ikke får antibiotika som de skal ha, at viktig informasjon om observasjoner og tiltak ikke blir videreformidlet. Det er pasientens ve og vel som er hovedformålet med å innføre ISBAR. (A1)

Systematikken og sjekklisrefunksjonen ved ISBAR gjorde at anestesisykepleieren husket å rapportere om alt, samt at strukturen gjorde det lett for postoperativ sykepleier å få med seg informasjonen. En av deltakerne hevdet bestemt at det var vanskeligere å glemme nå som man hadde en sjekklisfe.

Av ulike årsaker hørte ikke alltid anestesisykepleier operasjonssykepleier sin rapport. Årsaken var enten at anestesisykepleieren var så opptatt med å koble opp pasientens overvåkningsutstyr, eller fordi operasjonssykepleierne ringte inn sin rapport i stedet for å være med på pasientoverleveringen. Tre av deltakerne hadde litt ulike meninger om hva de tenkte om at dette. Den ene sa at ISBAR var meningsløs når ikke begge parter brukte verktøyet og at hun da bevisst dobbeltrapporterte fordi hun ikke stolte på operasjonssykepleier sin rapport. Den andre anestesisykepleieren sa derimot at ISBAR sikret en komplett rapport uansett:

Dersom både operasjon og anestesi følger ISBAR-strukturen slavisk, vil postoperativ avdeling få en god rapport selv om anestesi og operasjon ikke hører hverandres rapporter. Personlig liker jeg best å høre hverandres rapporter og ha oversikten sammen. (C2)

Den tredje anestesisykepleieren sa det ble en del dobbelrapportering, men at dette ikke nødvendigvis var negativt. Hun antok at årsaken til hennes dobbelrapportering var mer personlig, enn at årsaken lå i ISBAR-strukturen. Hun opplevde at hun måtte si all informasjonen selv om strukturen ikke krevde det.

To andre deltakere hevdet nettopp at ISBAR-strukturen kunne føre til overrapportering med påfølgende misforståelser. Den ene mente grunnen var at deres ISBAR-kort hadde noen punkter som var relativt like mellom operasjon og anestesi.

ISBAR minsker sjansen for uheldig underrapportering. ISBAR kan likevel føre til overrapportering og det kan føre til misforståelser. Rapporten til operasjon og anestesi kan gå litt over i hverandre, men jeg synes egentlig det er bra det er slik. (C2)

Den andre deltakeren mente at selve ISBAR-strukturen var for omfattende ved at den blant annet rapporterte om hendelser og parametre de postoperative sykepleierne ikke hadde noe forhold til. Hun syntes videre at den var for omfattende til de fleste inngrep og inneholdt mange selvfølgeligheter som hun mente man ikke trengte å rapportere om.

En deltaker sa også at ISBAR hjalp henne med å sikre at muntlige medikamentforordninger fra kirurg ble rapportert videre. Noen forordninger ble nemlig kun ordinert muntlig på operasjonsstua av kirurgen. Hun erfarte at ISBAR gjorde at hun husket å rapportere disse forordningene slik at postoperativ sykepleier kunne følge dette videre opp postoperativt. Dette gjaldt også andre beskjeder fra kirurg som mat og drikke etc. som ofte var muntlige beskjeder.

ISBAR-kortene ved alle de tre aktuelle sykehusene hadde et punkt som var likt til slutt, nemlig «Spørsmål?». To av deltakerne trakk frem dette som et svært nyttig punkt og at det fungerte som en avslutning på rapporten. Dersom den postoperative sykepleieren ikke hadde noen spørsmål til slutt, så ble det en god bekreftelse og avrundning for anestesisykepleierne på at det var gitt en god rapport. Samtidig kunne punktet være med å fange opp om noe var uklart eller avdekke misforståelser.

5.5.2 Opplevd trygghet for pasienten

Halvparten av deltakerne tok opp at de trodde ISBAR-strukturen ville gi en opplevelse av trygghet for pasienten i en sårbar fase. Én av dem var usikker på hvor mye denne tryggheten faktisk hadde å si for pasienten.

Det ble videre hevdet at pasienter forventet struktur når de er på sykehus og at pasienten ofte hørte etter på rapportgivningen. Da mente flere at strukturen og ryddigheten ISBAR tilførte rapporten ville kunne oppleves trygt og godt dersom de selv hadde vært pasient.

Det var ikke bare selve den muntlige rapporten som føltes trygt for pasienten. En deltaker trakk også frem at det var bra for pasienten at den postoperative sykepleieren raskt fikk en oversikt, særlig med tanke på ordinasjoner. Det var gjerne gitt skriftlige ordinasjoner, men ISBAR sikret at det også ble rapportert muntlig slik at den postoperative sykepleieren raskt fikk en god oversikt.

Jeg tenker det må være bra for pasienten at den som overtar ansvaret vet hva som skal gjøres. Selv om antibiotika og smertelindring etc. er ordinert skriftlig, så er det bra at de raskt får en oversikt gjennom en god muntlig rapport. Jeg tror det har mye å si for pasienten at den som overtar får raskt en god oversikt.

(A4)

6 DISKUSJON AV FUNN

I denne delen diskuteres de funnene som er relevante ut ifra studiens problemstilling, som omhandler erfaringer anestesisykepleiere har med ISBAR som kommunikasjonsverktøy i postoperativ muntlig rapportering. Funnene diskuteres i lys av tidligere forskning og teori.

6.1 BETYDNINGEN AV STRUKTUR

Alle deltakerne så på postoperativ overlevering med tilhørende postoperativ rapport som et kritisk punkt hva gjelder pasientsikkerhet. Ved overflytningen fra operasjon til postoperativ avdeling kan pasienten være forvirret og hemodynamisk ustabil. Postoperativ sykepleiere opplever høyt arbeidspress og kan også oppleve utfordringer med utstyr og kommunikasjon. I denne kritiske prosessen skal kompleks informasjon overføres fra anestesipersonalet til postoperativ sykepleier på en tidseffektiv og pasientsikker måte. Det kan være en stor utfordring (Redley et al., 2016).

Deltakerne opplevde at ISBAR-verktøyet strukturerte rapporten på en intuitiv måte og at det var en nyttig sjekkliste for at alt ble rapportert om. Dette støtter også den norske studien til Leonardsen et al. (2019). De fant i likhet med mine resultater at anestesisykepleierne opplevde at ISBAR tilførte en logisk og intuitiv struktur som førte til at all relevant informasjon ble kommunisert.

Observasjonsstudien til Milby, Böhmer, Gerbershagen, Joppich og Wappler (2014) avdekket store mangler i den postoperative rapporten hvor det ikke ble brukt noen form for strukturingsverktøy. Det førte til at kritisk informasjon ikke ble videreformidlet. Studien konkluderte dermed med at det burde innføres en standardisert sjekkliste for slike rapporter. Flere studier har konkludert med at en struktur som ISBAR var gunstig for å sikre at all vesentlig informasjon ble husket å bli rapportert om (Funk et al., 2016; Randmaa et al., 2014; Salzwedel et al., 2016; Stewart & Hand, 2017).

Deltakernes positive erfaringer med at ISBAR hjalp å strukturere rapporten, samt at den fungerte som en sjekkliste er også i tråd med andre studier som har vist at et standardiseringsverktøy resulterte i bedre pasientoverleveringer i form av økt informasjonsflyt, reduksjon av hvor mye informasjon som ble glemt, samt økt tilfredshet

blant personalet (Møller, Madsen, Fuhrmann & Østergaard, 2013; Nagpal et al., 2013; Petrovic et al., 2015).

Deltakerne i studien erfarte at ISBAR gav dem en mental organisering, sjekklister og huskelister for å kunne gi en komplett rapport til postoperativ sykepleier. Som tidligere skrevet gjorde Vardaman et al. (2012) en kvalitativ studie om bruken av ISBAR blant sykepleiere på to sykehus i USA. En av deltakerne ble da sitert svært likt uttalelsen til noen av deltakerne i denne studien:

«I need a framework to think in. SBAR kind of is that framework. I guess I'd say I can think in SBAR [laughter]. It gives me sort of a structure for my thoughts and helps me when I'm trying to figure out what might be going on with the patient». (Vardaman et al., 2012, s. 93)

Dette sammenfaller også med funnene til Randmaa et al. (2016) som fant at implementering av ISBAR førte til signifikant mer strukturerte rapporter. Moi et al. (2019) fant noen lignende resultater i studien om spesialsykepleierstudenter. Der fremkom det at studentene opplevde at deres kommunikasjon både ble mer strukturert, forutsigbar og bevisst. I stedet for å synse, erfarte studentene at observasjonene ble mer objektive og tydelige.

Det var ikke bare hjelp til struktureringen av rapporten deltakerne i denne studien trakk frem som positivt med ISBAR. Alle erfarte også at de kunne være trygge på at alt viktig var blitt rapportert. Rapporten ble komplett ved bruk av ISBAR. Dette samsvarer med studien til Halterman et al. (2019) som fant at implementering av ISBAR i postoperativ rapport gav en markant økning av mengden viktig informasjon som ble videreformidlet. Studien konkluderte dermed med at rapportene ble mer komplette. Studien til Halterman et al. (2019) er i tråd med Gardiner et al. (2015) sin oversiktsartikkel som i alle de sju inkluderte studiene viste at et strukturingsverktøy økte den relevante informasjonen som ble vidererapportert med opp mot 25%. Oversiktsartikkelen fant også at mindre informasjon ble glemt i rapporteringene.

Også studien til Salzwedel et al. (2016) fant at et strukturingsverktøy signifikant økte mengden kritisk informasjon i rapportene med opp mot 13%. Resultatene fra denne studien er derfor i tråd med tidligere forskning på området.

Flere deltakere fant ISBAR ekstra nyttig ved komplekse operasjoner og/eller pasienter med en omfattende sykehistorikk. En av deltakerne i brukte ISBAR kun til denne

pasientgruppen da hun erfarte mest hjelp av verktøyet i de situasjonene. Denne erfaringen er forenelig med oversiktsartikkelen til Gardiner et al. (2015) som fant indikasjoner på at rapportene til de sykere pasientene var mindre strukturerte og det kunne føre til flere misforståelser og feil, samt at det kunne gi et dårligere utfall for pasienten. Da ble strukturering av rapporten ekstra viktig, noe flere av deltakerne i denne studien også opplevde.

En av deltakerne sa at dersom rapporten ikke fulgte noen struktur, hadde den lett for å bli springende og repeterende. Dette beskriver også Randmaa, Mårtensson, Swenne og Engström (2015), der det fremkom at i hele 47% av rapportene repeterte anestesisykepleieren seg selv og i 20% ble det rapportert irrelevant informasjon. En slik ustrukturert rapport gikk ut over hva postoperativ sykepleier husket av rapporten etterpå. Flere deltakere i denne studien fremhevet nettopp at de opplevde strukturen i ISBAR var til stor hjelp for postoperativ sykepleier.

Avbrytelser var et kjent tema for alle deltakerne. Deltakerne sa ikke noe om frekvensen i avbrudd og om den var endret etter implementeringen av ISBAR, men to av deltakerne sa at ISBAR var til særlig hjelp nettopp ved slike avbrytelser. ISBAR-strukturen fungerte da som en sjekklister for at man husket alt og ikke hoppet over noe. Randmaa et al. (2016) skriver at avbrytelser førte til feil og at det har en svært dårlig innvirkning på hukommelsen når postoperativ sykepleier skal memorere det som blir rapportert. Det er derfor anbefalt at avbrytelsene er så få som overhode mulig. Randmaa et al. (2016) fant i deres studie at det skjedde færre avbrytelser i rapporten etter ISBAR-struktur enn i kontrollgruppen hvor ikke ISBAR var implementert.

Tre av deltakerne erfarte god hjelp av ISBAR i møte med en rotete elektronisk kurve. De opplevde da at ISBAR gav en god struktur i slike situasjoner og at ISBAR dermed gav en «rød tråd» gjennom rapporten. Det er ikke funnet noe forskning som støtter eller avkrefter denne problemstillingen, men erfaringen til disse tre deltakere var i alle fall positive.

En av deltakerne i studien sa at ISBAR var et ekstra viktig hjelpemiddel når den postoperative kurven ikke forelå umiddelbart. Deltakeren måtte da gi rapporten etter hukommelsen, noe hun mente kunne være utfordrende. Denne problematikken ble også tatt opp i studien til Redley et al. (2016). Der ble det også påpekt viktigheten av å ha operasjonsjournalen tilgjengelig ved rapportering og hvor vanskelig det var å gi

en komplett muntlig rapport uten denne skriftlige journalen. Oversiktsartikkelen til Gardiner et al. (2015) fant også at de som støttet seg til kun muntlig rapport ofte glemte en del viktig informasjon. Når anestesipersonellet utførte den muntlige rapporten med støtte fra den skriftlige journalen, førte det til at postoperativ sykepleier husket mer informasjon etter rapporten.

Sju av åtte deltakere i denne studien sa at de tilpasset ISBAR-strukturen etter kompleksiteten i operasjonen og/eller pasienten. De hoppet da over punkter de mente var uvesentlige i den aktuelle situasjonen. Dette gjaldt særlig på dagkirurgisk avdeling hvor det hovedsakelig var mindre kirurgi på forholdsvis friske personer. Dette er også i samsvar med Redley et al. (2016) sin studie hvor de fant at anestesipersonellet justerte hvor detaljert de fulgte ISBAR-strukturen ut i fra kompleksiteten i operasjonen og pasientanamnesen. Denne praksisen er i tråd med Agarwala (2019) om at man kan tilpasse sjekklister til lokale forhold.

Fire av deltakerne hadde forslag til forbedringer i ISBAR-strukturen. Det finnes noen små forskjeller på ISBAR-strukturen på de ulike aktuelle sykehusene. Det kan godt tenkes at det er større variasjoner mellom andre sykehus. Slike endringsforslag kan være konstruktive på den aktuelle avdelingen, men er vanskelig å drøfte objektivt når det er variasjoner mellom avdelinger.

6.2 VIKTIGHETEN AV GOD SAMHANDLING

I rapportsituasjonen skjer det en samhandling mellom de tre aktørene anestesisykepleier, operasjonssykepleier og postoperativ sykepleier. Funn viser at ISBAR har innvirkning på denne samhandlingen – både på godt og vondt. Litteraturen på dette området er også noe sprikende, men viser i hovedsak at ISBAR påvirker samhandling i positiv retning.

Over halvparten av deltakerne hadde fått tilbakemeldinger fra de postoperative sykepleierne på at rapporten var blitt bedre etter implementeringen av ISBAR. En deltaker sa hun opplevde mindre friksjon i samarbeidet med postoperativ sykepleier. Slike erfaringer finnes igjen i andre studier. Robins og Dai (2015) fant at bruk av sjekklister førte til at de postoperative sykepleierne ble mer fornøyde med rapporten enn når det ikke ble brukt sjekklister. Sykepleierne opplevde rapportene som mer innholdsrike og komplett. Dette støtter både oversiktsartikkelen til Gardiner et al.

(2015) som fant økt tilfredshet blant de postoperative sykepleierne når det ble brukt et struktureringsverktøy, men også den nyere studien til Rose, Newman og Brown (2019) som viste til at innføring av en sjekklister i postoperativ rapportering økte tilfredsheten hos de involverte i rapporten.

Noen av hovedtrekkene i denne studien var at fleste deltakerne rapporterte om både flere positive tilbakemeldinger, bedre samarbeidsklima og økt fokus under rapportene. Dette samsvarer med tidligere forskning. Som skrevet i «Kapittel 3.1 Tidligere forskning», viste også Funk et al. (2016) i deres studie at teamet som inngikk i pasientrapporteringen var mer fornøyd etter implementeringen av ISBAR. På de åtte spørsmålene som omhandlet teamets tilfredshet med ISBAR i pasientrapport, var resultatet på hele sju av spørsmålene signifikant bedre.

Den praktiske konteksten rundt pasientoverleveringer varierte noe fra sykehus til sykehus i denne studien. Likevel er denne variasjonen relativt liten sammenlignet med andre studier i andre land (Funk et al., 2016; Redley et al., 2016). Det kan derfor være vanskelig å tolke resultater fra andre studier med ulike kontekster opp mot denne studien. Studien til Fabila et al. (2016) ble gjort i Singapore, men er interessant fordi den likevel beskriver en relativt lik rapportkontekst som i denne studien. Studien undersøkte virkninger av implementering av en prosedyre for pasientoverlevering med akronymet PETS. Bokstavene stod for «**P**re-handover», «**E**quipment handover», «**T**imeout» og «**S**ign-out». Anestesipersonellet ringte inn viktig informasjon før avslutning av operasjonen, pasienten ble flyttet over og overvåkningsutstyr ble oppkoblet etter deres prosedyre. Deretter ble det gitt muntlig rapport med tilpasset ISBAR-struktur, før man til slutt avsluttet med at mottakende personell bekrefter videre planer, samt identifiserer og diskuterer mulige problemer som kunne oppstå. I likhet med hva flere av deltakerne i denne studie uttrykte, fant også Fabila et al. (2016) at mottakende personell ble mer fornøyd med pasientoverleveringene ved bruk av en slik modell. Det førte til mer komplette og tydeligere rapporter, reduksjon av glemt informasjon, samt mindre uenighet om virkelighetsforståelsen til tross for at det både var kirurg og anestesilege som gav rapport.

Tre av deltakerne i denne studie opplevde utfordringer i samarbeidet med postoperativ avdeling. En deltaker opplevde at de postoperative sykepleierne syntes ISBAR var såpass unødvendig og tidkrevende, at det var en stor medvirkende årsak til at rapportering etter ISBAR-strukturen ikke fungerte lengre på den avdelingen. Den

norske studien til Leonardsen et al. (2019) fant også at både postoperativ sykepleier, anesthesisykepleier og operasjonssykepleier erfarte at ISBAR var positivt for rapporten. De fant imidlertid at de postoperative sykepleierne generelt var litt mindre fornøyde med rapporten totalt sett enn det anesthesisykepleierne og operasjonssykepleierne erfarte. Dette gjaldt både før og etter implementering av ISBAR. Noen studier har vist at anesthesisykepleiere og operasjonssykepleiere evaluerer rapportene sine mer positivt enn det de postoperative sykepleierne gjør (Carroll, Williams & Gallivan, 2012; Smith et al., 2008). Leonardsen et al. (2019) diskuterer om dette kan skyldes at de postoperative sykepleierne har et større behov for å ha en total oversikt over pasientens tilstand og situasjon som et resultat av at de straks skal overta hele ansvaret for pasienten. De fant imidlertid videre en økt følelse av teamarbeid hos personalet ved at det var lettere å oppnå kontakt ved rapportstart og at uklarheter ble løst, samt at dokumentasjonen ble mer komplett (Leonardsen et al., 2019). Dette samsvarer godt med mine funn også.

To deltakere i denne studien sa at ISBAR gav mer avklarte rolleforventninger mellom postoperativ sykepleier og anesthesisykepleier. De mente at anesthesisykepleier og postoperativ sykepleier hadde ulikt fokus om hva en postoperativ rapport skulle inneholde og dens rekkefølge. Deltakerne i denne studien sa at ISBAR-strukturen hjalp dem og de postoperative sykepleierne med å finne en felles forståelse og rekkefølge av den postoperative rapporten. Dette perspektivet finner vi også igjen i andre studier (Carroll et al., 2012; Smith et al., 2008). Studien til Randmaa et al. (2015) bekrefter også disse oppfattelsene. De fant at anesthesisykepleierne hadde mer fokus på det som hadde vært viktig under anestesiprosedyren, mens postoperativ sykepleier hadde mer fokus på den informasjonen som var viktig for å kunne ta vare på pasienten videre.

En av deltakerne sa at bruken av ISBAR var lavere nå enn ved implementering for i overkant fire år siden. Hun ønsket nå mer fokus på ISBAR slik at det på ny skulle bli kultur på avdelingen for å bruke strukturen. Dette støtter studien til Kitney et al. (2018) som fant at målrettet repetisjon som e-læring, undervisning, informasjon, samt utdeling av ISBAR-kort økte bruken av ISBAR over tid.

Flere av deltakerne i denne studien sa at ISBAR hadde innvirkning på samarbeidet mellom anesthesisykepleier og operasjonssykepleier. Noen opplevde positive innvirkninger, mens andre opplevde heller mer gnisninger og dårligere samarbeid. Det

er ikke funnet litteratur som omhandler dette samarbeidet. Funnene er derfor interessante og synliggjør et område som det trengs mer forskning på.

Noe mange av deltakerne trakk frem var at implementeringen av ISBAR gav mer fokus på rapportering. Implementeringsprosessen førte til at ledelsen hadde mye fokus på pasientrapportering og dette førte til mer fokus under rapportene. Dette er noe flere andre studier også har funnet. Marshall et al. (2018) fant i deres studie at pasientrapportene ble mer fokusert og konsentrert. Det var færre unødvendige samtaler underveis. Dette fant også Cornell og Townsend Gervis (2013), som viste at ISBAR gav økt fokus i rapportene og at tiden som ble brukt til aktiv rapportering, økte signifikant. Det ble også gjort mindre multitasking underveis i rapporten. Dette samsvar med funn i denne studien hvor deltakerne sa at både de selv og de postoperative sykepleierne var mer fokusert under rapporten.

Deltakerne i denne studien har ikke sagt noe om negativ påvirkning ved bruk av ISBAR. Tvert imot så sa de fleste deltakerne at ISBAR hjalp dem med å konsentrere seg om pasienten og den postoperative rapporten. Gardiner et al. (2015) er imidlertid noe kritisk til sjekklister og fant indikasjoner på at sjekklister kan påvirke oppmerksomheten i rapporten negativt ved at den tar konsentrasjonen bort i fra den nødvendige observasjonen av pasienten, samt at den faglige kritiske vurderingen forsvinner.

6.3 OPPLEVELSE AV ØKT KOMPETANSE

En deltaker fortalte at ISBAR gjorde henne trygg og selvsikker. De gangene hun ikke hadde med seg ISBAR-kortet, kunne hun føle seg usikker til tross for hun egentlig kunne strukturen godt. At ISBAR øker selvtilliten fant også Kostiuk (2015) i hennes studie. Resultatene viste at sykepleierstudenter ble tryggere og fikk mer selvtillit når de brukte ISBAR i pasientrapporter. Dette samsvarer også med den noe nyere studien til Stewart og Hand (2017). Her viste resultatene at bruk av ISBAR kunnen øke selvtilliten til både den som gir rapport, men også den som mottar rapport. Denne selvtilliten kom fordi ISBAR gav en forventet struktur, ISBAR utlignet forskjeller i mengde erfaringer man hadde, samt at ISBAR gav et likt fokus på rapporten.

Flere av deltakerne fortalte at ISBAR gav dem en trygghet for at de hadde videreformidlet all informasjonen på en god og oversiktlig måte. Denne tryggheten

førte til at de lettere kunne konsentrere seg om neste pasient. Mannix et al. (2017) fant også i deres studie at ISBAR-strukturen gav sykepleierne trygghet i rapportsituasjonen. Det gjaldt både for dem som gav rapport, men ISBAR gav også trygghet for at man mottok en god rapport selv når uerfarne vikarer skulle gi rapport.

En av deltakerne brukte ISBAR-strukturen etter hukommelsen. Resultatene av en slik memorering finnes det noe sprikende forskning om. Mannix et al. (2017) fant i sin blandede studie at å bruke ISBAR fra hukommelsen kunne sikre at vesentlig informasjon ikke ble borte og at rapporten skjedde på en tidseffektiv måte. Marshall et al. (2018) gjorde en studie på både leger og sykepleiere. Flere av legene sa de brukte strukturen ut i fra hukommelsen. Imidlertid viste observasjoner at strukturen sjelden ble fulgt. Hukommelsen var altså ikke god nok. Sykepleierne i studien var derimot mer fornøyd og brukte ISBAR i større grad. Resultatet i studien kan derfor peke på at det kan være ulike kulturer i ulike profesjoner.

Flere deltakere opplevde en økning i positive tilbakemeldinger om deres rapporter i fra postoperativ sykepleier etter implementeringen av ISBAR. Deltakerne erfarte disse tilbakemeldingene positivt og som en bekreftelse på de hadde gjort en god jobb. En deltaker opplevde en økning i positive tilbakemeldinger i starten etter implementering av ISBAR, men at hun nå noen år seinere ikke opplevde noen forventinger fra postoperativ sykepleier på at hun skulle bruke ISBAR ved rapportering. En stor oversiktsartikkel til Ivers et al. (2012) viser at tilbakemeldinger kan være effektivt for å forbedre arbeidsmåter, men den viser også at etterlevelsen av sjekklister kan falle når regelmessige tilbakemeldinger uteblir. På bakgrunn av disse resultatene kan det virke gunstig å skape en avdelingskultur for å gi konstruktive tilbakemeldinger på hverandres arbeid.

Som kjent var ett av inklusjonskriteriene i denne studien at anestesisykepleierne måtte ha jobbet på avdelingen både før og etter innføring av ISBAR. En av deltakerne reflekterte over at hun nok ville følt mer trygghet ved å bruke ISBAR-verktøyet dersom hun var en nyutdannet anestesisykepleier. Det kunne vært interessant å høre erfaringer som nettopp ferske, og kanskje usikre, anestesisykepleiere har med ISBAR. Det kan tenkes at de ville opplevd ISBAR som en ekstra god hjelp i rapportsituasjonen. Vardaman et al. (2012) viste nemlig at ISBAR gav nyutdannede sykepleiere en sosial kapital ved at de raskere ble ansett som erfarne av legene. Dette fordi legene opplevde rapportene systematiske og grundige selv om sykepleierne var nyutdannede og

u Erfarne. Dette førte til at legene raskere stolte på ferske sykepleiere. Imidlertid må studien sees i lys av at disse funnene baserte seg på interaksjonen mellom sykepleier og lege. Likevel anses funnene som interessante.

6.4 ØKT EFFEKTIVITET

Alle deltakerne denne studien sa at effektiv rapportering er en forutsetning for at den daglige driften opprettholdes. Seks av åtte deltakere mente tidsbruken ble uendret etter implementeringen av ISBAR. Én av disse deltakerne mente at rapporten tok noe lengre tid i starten, men at det nå var utlignet. To deltakere mente rapporten ble mer effektiv fordi de nå slapp å fundere og prøve å memorere hva som skulle rapporteres. De fleste deltakerne var samstemte i at de fikk rapportert mer informasjon på samme tid når de anvendte ISBAR-strukturen.

De fleste forskningsartiklene er entydige på at det ikke er noen signifikante forskjeller i tidsbruk med en rapport etter ISBAR-struktur (Cornell & Townsend Gervis, 2013; Randmaa et al., 2016; Salzwedel et al., 2016). Petrovic et al. (2015) fant derimot at pasientoverleveringene økte med 2 minutter som en følge av ISBAR-strukturen.

Gardiner et al. (2015) fant i deres oversiktsartikkel at et strukturingsverktøy ikke endret noe signifikant på rapporttiden. Rapporttiden i de ulike studiene varierte mellom en nedgang på 2 minutter og en økning på 2,8 minutter. Imidlertid kritiserte Gardiner et al. (2015) at alle studiene hadde et noe lite utvalg da utvalget i de ulike studiene kun varierte mellom 31 til 79.

I likhet med det flere av deltakerne i denne studien sa, så fant Cornell et al. (2014) i deres studie at ISBAR førte til mer fokus og konsentrasjon under rapportene. Selve rapporttid gikk noe opp, men totaltiden av rapporten gikk ned. Altså ble rapportene i sum mer tidseffektive og med mer innhold.

6.5 ØKT PASIENTSIKKERHET

Hovedårsaken til implementering av ISBAR er for å øke pasientsikkerheten (World Health Organization, 2007). Deltakerne i denne studien var også samstemte på at dette var hovedårsaken. Kommunikasjonssvikt er nemlig assosiert med lavere pasienttilfredshet og et forlenget sykehusopphold (Robins & Dai, 2015).

Deltakerne erfarte at ISBAR økte pasientsikkerheten ved å sikre informasjonsflyten. Systematikken i strukturen gjorde at de husket å rapportere om alt, samt at rapporten fikk en logisk rekkefølge og oppbygning. Oversiktsartikkelen til Gardiner et al. (2015) viste at struktureringsverktøy kunne redusere feil i postoperative rapporter med opp mot 76% i to av tre studier. I den siste studien var det også en reduksjon, men resultatet ble ikke signifikant. Studiene viste en korrelasjon mellom dårlig teknisk utførte pasientrapporter og et høyere tap av informasjon.

Deltakerne i denne studien erfarte dessuten at det var et høyt tempo for de postoperative sykepleierne. Selv om den muntlige rapporten ble komplementert med en skriftlig journal, så erfarte deltakerne at det var helt vesentlig at de postoperative sykepleierne husket viktig informasjon fra den muntlige rapporten. Dette fordi det ikke nødvendigvis var tid til å lese dyptgående i journalen dersom pasienten umiddelbart krevde tilsyn og pleie. Den muntlige rapporten var derfor vesentlig for å sikre pasientsikkerheten. Flere av deltakerne hevdet på bakgrunn av dette at en strukturert og god rapport ved hjelp av ISBAR var avgjørende for at de postoperative sykepleierne fikk tilegnet seg den viktige informasjonen. Randmaa et al. (2015) kartla i sin studie hvor mye informasjon de postoperative sykepleierne husket. Forskerne fant at de postoperative sykepleierne i gjennomsnitt kun husket 47% av innholdet i den muntlige rapporten. Ingen av de postoperative sykepleierne tok notater underveis. Ett år seinere undersøkte de samme forskerne omtrent samme problemstilling, men nå etter at ISBAR var implementert (Randmaa et al., 2016). Forskerne hadde da en hypotese om at ISBAR førte til at de postoperative sykepleierne husket mer informasjon når anestesipersonellet brukte ISBAR-strukturen. De klarte imidlertid ikke å finne noen signifikante forbedringer i mengden informasjon som postoperativ sykepleier husket etter ti minutter når det var brukt ISBAR-struktur i rapporten. Dette står i kontrast til utsagnene til flere av deltakerne i denne studien som trodde at ISBAR-strukturen var til stor nytte for de postoperative sykepleierne. Deltakerne antok at siden ISBAR førte til en mer strukturert og bedre rapport, ville det føre til at postoperativ sykepleier klarte å huske mer av informasjonen. Sett i lys av studien til Randmaa et al. (2016), så er det ikke sikkert at denne antakelsen stemmer.

Noen av deltakerne i denne studien påpekte hvor viktig det var med muligheten til å stille oppklarende spørsmål til slutt i rapporten. Denne muligheten var til hjelp for å oppdage misforståelser og samtidig var det en god avrundning på rapporten. Dette

påpekte også deltakerne i et fokusgruppeintervju i studien til Redley et al. (2016). De opplevde i likhet med deltakerne i denne studien at avrundingen både var en mental avslutning, men også et viktig ledd i pasientsikkerheten for å sikre at rapporten var komplett.

Deltakerne i denne studien var tydelige på at de opplevde at ISBAR gav pasientsikkerhet når den ble brukt i postoperativ muntlig rapport. Dette samsvarer med Müller et al. (2018) som gjorde en oppsummering av forskning på ISBAR sin innvirkning på pasientsikkerheten. De fant at 19 av 26 ulike parametre på pasientutfall ble forbedret etter implementering av ISBAR. På 6 utfall fant man ikke noen signifikant forandring. Selv om Müller et al. (2018) ikke undersøkte utelukkende postoperativ avdeling, så viste disse studiene at muntlige rapporter ble signifikant forbedret når det ble brukt ISBAR-struktur. Det kan derfor med stor sannsynlighet slås fast at ISBAR gir økt pasientsikkerhet når den brukes i postoperativ muntlig rapport.

6.6 METODISKE OVERVEIELSER

Kvalitative studier har tradisjonelt blitt kritisert for ikke å være vitenskapelige nok til å medregnes som vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2017). Dette synet har fått mye motbør i den faglige debatten de senere årene og Malterud (2017) og Kvale og Brinkmann (2009) er noen av mange som forfekter kvalitative studier sin plass innenfor medisin- og helsefaglig forskning. Kvale og Brinkmann (2009) anser at forskerens bevissthet rundt reliabilitet og validitet fungerer som en kvalitetskontroll gjennom hele arbeidsprosessen helt fra tematisering, planlegging og gjennomføring av studien, til analyse og presentasjon av funnene.

6.6.1 Reliabilitet

Reliabilitet er et svært sentralt begrep innenfor forskning. Med reliabilitet menes at forskningen må være pålitelig, nøyaktig, troverdig og etterprøvable. Reliabilitet og validitet henger tett sammen. Resultatene kan ikke være valide dersom studien ikke er reliabel (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2018). For å kunne vurdere reliabiliteten forutsetter det ærlighet om hva man har gjort. Det har jeg gjort gjennom en omfattende metodedel som i detalj gir innblikk i hvordan jeg har jobbet. Jeg har vist hvordan innsamlingen av data er utført og hvordan dataene ble analysert og fortolket.

Denne transparentheten er med å styrke reliabiliteten som igjen øker validiteten (Kvale & Brinkmann, 2009).

Jeg har lagt vekt på å gjøre funnene pålitelige, nøyaktige og troverdige. Som fersk og uerfaren forsker kan jeg ha oversett og unngått nyanser i deltakernes utsagn, og det kan ha trukket ned reliabiliteten av mine funn. Jeg har derfor hatt tett dialog med veileder i hele forskningsprosessen. Jeg kan ikke med sikkerhet vite, men jeg håper og tror at funnene er pålitelige og troverdige. Om funnene kan bli reproduisert med samme resultat er det ingen garanti for.

For at deltakerne skulle være forberedte til intervjuet fikk de tilsendt et informasjonsbrev i forkant både via avdelingsleder/fagsykepleier i tillegg til at jeg sendte informasjonen direkte til deltakerne via e-post. Dette for å være sikker på at de hadde mottatt informasjonen med ønske om at de kunne stille forberedt og dermed gi bedre svar.

Veileder har hjulpet med å kvalitetssikre intervjuguiden. Ubevisst bruk av ledende spørsmål ville ha svekket reliabiliteten og burde derfor unngås (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette var en utfordring når man etter hvert ble trygg på intervjuguiden og dermed ikke nødvendigvis fulgte den helt slavisk. Ved å transkribere fortløpende ble jeg observant på fallgruven ved å stille ledende spørsmål og jeg kunne dermed lettere justere spørsmålene til neste intervju.

For å kunne få mest mulig pålitelige og nøyaktige data måtte intervjusituasjonen være god (Malterud, 2017). Det måtte derfor være en trygg situasjon for deltakeren og jeg måtte vise tillitt og engasjement. Dette var en utfordring da jeg selv var noe nervøs, men jeg opplevde at jeg ble bedre gjennom erfaringer underveis. Intervjulokalet var kjent for deltakeren og jeg gjorde bevisst ingen notater underveis for å ha full oppmerksomhet. Jeg er dessuten en sykepleier med 10 års erfaring og er dermed vant med å være i dialog med mennesker. Dette kan ha styrket mine intervjuferdigheter.

Som et ledd i å heve reliabiliteten, valgte jeg å intervju sykepleiere på andre sykehus enn mitt eget. Dette fordi kollegaer kunne oppleve det som ukomfortabelt å snakke åpent om sine arbeidsmåter til meg (Polit & Beck, 2018). Det kunne da være vanskelig å holde den nødvendige profesjonelle distansen som hadde vært nødvendig for at kvaliteten i studien skulle vært i varetatt (Malterud, 2017).

Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker for å sikre nøyaktig og ordrett transkripsjon (Kvale & Brinkmann, 2009). Ordrett transkribering kan være med å øke reliabiliteten og validiteten (Kvale & Brinkmann, 2009). Det var utfordrende å gjøre muntlig språk om til skriftlig språk (Malterud, 2017). Underveis i transkriberingen hadde jeg veiledningstime for å diskutere nettopp transkriberingen. Det ble der diskutert at det var hensiktsmessig å skrive ned pauser som tre prikker, latter, sukk etc. Dette ble videre fjernet i kondenseringsarbeidet.

Malterud (2017) hevder at det ikke er gitt at det å være flere forskere styrker kvaliteten på studien. Det anbefales likevel at flere øyne vurderer datamaterialet for å sikre en pålitelig analyse. Jeg har valgt å gjøre studien alene og i analysefasen var dette en stor utfordring. Jeg savnet da en kollega å diskutere data jeg var usikker på hvordan skulle analyseres. Denne forskerbiasen kan ha påvirket reliabiliteten av funnene negativt. Jeg hadde imidlertid en tett kontakt med veileder underveis hvor vi diskuterte analysen konkret for å sikre reliabiliteten i analysen mest mulig. Der ble det også diskutert meningsenheter som var vanskelig å tolke og kode. Det kom frem nye momenter etter disse diskusjonene som tydeliggjorde subkategorier og kategorier.

6.6.2 Validitet

Validitet er et annet svært sentralt begrep innenfor forskning. Med validitet menes studiens gyldighet, altså om man faktisk svarer på det man skal svare på. Intern validitet beskriver om resultatene er gyldige i utvalget som er undersøkt (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2018).

Kvale og Brinkmann (2009) påpeker at det å intervjuer er et håndverk som må læres. Denne utfordringen har jeg hatt et aktivt forhold til slik jeg tidligere har beskrevet. Jeg har i tillegg vært bevisst min forforståelse.

Studien må ha et tydelig formål og problemstilling (Polit & Beck, 2018). Det har denne oppgaven slik jeg har beskrevet i «Kapittel 1.2 Problemstilling og formål». For å svare på problemstillingen må man velge riktig design og riktig metode tilpasset problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2018). I «Kapittel 4.1 Kvalitativ metode» redegjorde jeg grundig for hvorfor jeg mener jeg har valgt riktig metode i forhold til problemstillingen.

Å styrke den interne validiteten har gått som en rød tråd gjennom arbeidet med oppgaven. Et grundig arbeid med intervjuguiden, bevisst forhold til ulike typer

oppfølgingsspørsmål, aktiv lytting, validering gjennom to pilotintervju, feltnotater, godt lydopptak som sikret en ordrett transkribering, adekvat analysemetode og transparens i analysearbeidet har vært med å øke den interne validiteten (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2018).

Jeg opplevde jeg fikk informanter av høy informasjonsstyrke. De fleste deltakerne var svært positive til ISBAR, men jeg fikk også intervjuet noen som var litt mer kritiske. Det var mange av de samme temaene som gikk igjen i gruppa. Jeg kan likevel ikke med sikkerhet si at jeg ikke ville fått ny informasjon dersom jeg hadde inkludert flere deltakere. På den andre siden så opplevde jeg å ha tid og ressurser til å håndtere det aktuelle datamaterialet på en grundig måte.

I motsetning til kvantitative studier hvor man kan diskutere generalisering av resultatene, så er det i kvalitative studier opp til leserne å bestemme overføringsverdien til deres problemstillinger. Denne overføringsverdien kan omtales som ekstern validitet (Polit & Beck, 2018). For at leserne skal kunne vurdere overføringsverdien så er det viktig å studere detaljene i studien. Jeg mener at jeg har oppgitt tilstrekkelig informasjon for at leserne kan gjøre en slik vurdering.

Implementeringsprosessen ble ikke kartlagt, men kan ha hatt påvirkning på deltakernes syn på ISBAR. Deltakere fra flere sykehus styrker overføringsverdien da ikke alle deltakerne kommer fra samme kontekst. Ulempen med flere sykehus er at det nettopp var mange ulike kontekster som deltakerne snakket ut i fra. For eksempel arbeidet noen av deltakerne hovedsakelig med småkirurgi, mens andre stort sett jobbet med større kirurgi. Slike kontekster kan ha farget erfaringene de hadde med ISBAR-strukturen. I «Kapittel 4.5.5 Styrker og svakheter ved utvalget i studien» diskuterte jeg ytterligere sider ved utvalget.

Totalt sett opplever jeg at oppgaven har svart godt på problemstillingen og hensikten med studien.

7 KONKLUSJON

7.1 OPPSUMMERING

Denne studien har utforsket erfaringer anestesisykepleiere har med ISBAR brukt i postoperativ muntlig rapport. Studien har vist at de fleste deltakerne erfarte at ISBAR øker pasientsikkerheten slik intensjonen var. ISBAR tilførte en uvurderlig struktur og hjalp anestesisykepleierne å mentalt forberede rapporten. Strukturen virket også som en huskeliste for at ingenting ble glemt. Rapporten ble komplett. Én deltaker var noe mer skeptisk til ISBAR da hun følte rapportene ble for omfangsrike. Imidlertid så hun i likhet med de andre deltakerne nytten i verktøyet ved de mer kompliserte operasjonene. Da kunne man være trygg på at rapporten ble strukturert, komplett og nøyaktig. Noen deltakere erfarte også et økt samarbeid med de postoperative sykepleierne, mens andre deltakere opplevde noe mer friksjon i dette samarbeidet. Ingen deltakere opplevde at rapportene tok lengre tid, men alle var enige i at rapporten fikk et større omfang når ISBAR-strukturen ble anvendt. Implementeringsarbeidet med ISBAR førte i tillegg til et økt fokus på postoperativ rapport og dette opplevdes positivt for deltakerne.

7.2 KLINISKE IMPLIKASJONER

Studien har særlig relevans for avdelinger som ønsker å innføre ISBAR i postoperativ rapport. Erfaringene som fremkommer i studien kan gi motivasjon, men kan også være gode innspill til utforming av ISBAR-kort på deres avdeling. Resultater fra kvalitative studier kan ikke generaliseres, men de kan ha en overføringsverdi til andre. Hvor stor denne overføringsverdien er, er det opp til leseren å vurdere.

7.3 VIDERE FORSKNINGSOMRÅDER

Det er særlig to videre forskningsområder som kan løftes frem. Den norske studien til Leonardsen et al. (2019) fant at postoperative sykepleiere var mindre fornøyd med den muntlige postoperative rapporten enn det anestesisykepleierne og operasjonssykepleierne var. Dette gjaldt både før og etter implementering av ISBAR. Noen av deltakerne i min studie hevdet at det nettopp var de postoperative sykepleierne som hadde størst nytte av at anestesisykepleierne brukte ISBAR. Dette

står i kontrast til det til Leonardsen et al. (2019) fant, og det hadde derfor vært interessant å gjøre en kvalitativ studie på erfaringer til de postoperative sykepleierne. Det er tross alt de som skal motta all informasjonen og overta ansvaret for pasienten videre.

Det andre forskningsområdet er ISBAR sin innvirkning på samarbeidet mellom anestesisykepleier og operasjonssykepleier. Deltakerne i denne studien var noe delt i deres opplevelser om dette samarbeidet og jeg fant heller ikke litteratur som omhandlet temaet spesifikt. Også her kan man velge et kvalitativt design som ifølge Kvale og Brinkmann (2009) er gunstig når det finnes lite forskning på området.

REFERANSELISTE

- Aasheim, A. (2016). ISBAR - Strukturert muntlig kommunikasjon. *Inspira*, (4), 19-21.
- Agarwala, A. V. (2019). Handoffs of surgical patients. I N. A. Nussmeier (Red.), *UpToDate*. Hentet fra <https://www.uptodate.com/contents/handoffs-of-surgical-patients>
- Alper, E., O'Malley, T. A. & Greenwald, J. (2020). Hospital discharge and readmission. Hentet 13.03.20 fra https://www.uptodate.com/contents/hospital-discharge-and-readmission?search=hospital%20discharge%20and%20readmission&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Anestesisykepleiernes Landsgruppe av NSF. (2017). Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere. Hentet 2019, mai 7. fra <https://www.alnsf.no/alnsf/grunnlagsdokument/grunnlagsdokument>
- Arora, V. & Farnan, J. (2019). Patient handoffs. I J. Givens (Red.), *UpToDate*. Hentet fra <https://www.uptodate.com/contents/patient-handoffs>
- Bruno, G. M. & Guimond, M. E. (2017). Patient Care Handoff in the Postanesthesia Care Unit: A Quality Improvement Project. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 32(2), 125-133. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.10.002>
- Carroll, J. S., Williams, M. & Gallivan, T. M. (2012). The ins and outs of change of shift handoffs between nurses: a communication challenge. *BMJ Quality & Safety*, 21(7), 586-593. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000614>
- Compton, J., Copeland, K., Flanders, S., Cassity, C., Spetman, M., Xiao, Y. & Kennerly, D. (2012). Implementing SBAR Across a Large Multihospital Health System. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 38(6), 261-268. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=108120849&site=ehost-live>
- Cooke, A., Smith, D. & Booth, A. (2012). Beyond PICO: The SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1435-1443. <https://doi.org/10.1177/1049732312452938>
- Cornell, P., Gervis, M. T., Yates, L. & Vardaman, J. M. (2014). Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. *Medsurg Nursing*, 23(5), 334-342. Hentet fra

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med10&AN=26292447>

- Cornell, P. & Townsend Gervis, M. (2013). Improving Shift Report Focus and Consistency With the Situation, Background, Assessment, Recommendation Protocol. *Journal of Nursing Administration*, 43(7/8), 422-428.
<https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31829d6303>
- Den Europeiske Union. (2018). EU General Data Protection Regulation. Hentet 22.10.19 fra <https://eugdpr.org/>
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 62(1), 107-115.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Fabila, T. S., Hee, H. I., Sultana, R., Assam, P. N., Kiew, A. & Chan, Y. H. (2016). Improving postoperative handover from anaesthetists to non-anaesthetists in a children's intensive care unit: the receiver's perception. *Singapore Medical Journal*, 57(5), 242-253. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med12&AN=27211792>
- Funk, E., Taicher, B., Thompson, J., Iannello, K., Morgan, B. & Hawks, S. (2016). Structured Handover in the Pediatric Postanesthesia Care Unit. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 31(1), 63-72.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.07.015>
- Gardiner, T. M., Marshall, A. P. & Gillespie, B. M. (2015). Clinical handover of the critically ill postoperative patient: An integrative review. *Australian Critical Care*, 28(4), 226-234. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.02.001>
- Gjengedal, E. (1994). *Understanding a world of critical illness : a phenomenological study of the experiences of respirator patients and their caregivers* Department of Public Health and Primary Health Care, Division for Nursing Science, University of Bergen, Bergen.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. Hentet fra

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=106730776&site=ehost-live>

- Halterman, R. S., Gaber, M., Janjua, M. S. T., Hogan, G. T. & Cartwright, S. M. I. (2019). Use of a Checklist for the Postanesthesia Care Unit Patient Handoff. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 07, 07. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medp&AN=30745080>
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2014). *Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Pasientsikkerhetsprogrammet-I-trygge-hender-24-7/id2005291/>
- Helsebiblioteket. (2016). *Kunnskapspyramiden* [Figur]. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., ... Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, (6), CD000259. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>
- Kitney, P., Bramley, D., Tam, R. & Simons, K. (2018). Perioperative handover using ISBAR at two sites: A quality improvement project. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 31(4), 17-25. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=133599306&site=ehost-live>
- Kostiuk, S. (2015). Can Learning the ISBARR Framework Help to Address Nursing Students' Perceived Anxiety and Confidence Levels Associated With Handover Reports? *Journal of Nursing Education*, 54(10), 583-587. <https://doi.org/10.3928/01484834-20150916-07>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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(1). <https://doi.org/10.4081/nursrep.2019.8041>

- Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlag.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760.
<https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Mannix, T., Parry, Y. & Roderick, A. (2017). Improving clinical handover in a paediatric ward: implications for nursing management. *Journal of Nursing Management*, 25(3), 215-222. Hentet fra
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med13&AN=28074590>
- Marshall, A. P., Tobiano, G., Murphy, N., Comadira, G., Willis, N., Gardiner, T., ... Gillespie, B. M. (2018). Handover from operating theatre to the intensive care unit: A quality improvement study. *Australian Critical Care*, 26, 26. Hentet fra
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medp&AN=29706412>
- Milby, A., Böhmer, A., Gerbershagen, M. U., Joppich, R. & Wappler, F. (2014). Quality of post-operative patient handover in the post-anaesthesia care unit: a prospective analysis. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58(2), 192-197.
<https://doi.org/10.1111/aas.12249>
- Moi, E. B., Söderhamn, U., Marthinsen, G. N. & Flateland, S. M. (2019). Verktøyet ISBAR fører til bevisst og strukturert kommunikasjon for helsepersonell. *Sykepleien Forskning*. Hentet fra
<https://sykepleien.no/forskning/2019/01/verktoyet-isbar-forer-til-bevisst-og-strukturert-kommunikasjon-helsepersonell>
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E. & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*, 8(8), e022202. Hentet fra
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=prem2&AN=30139905>

- Møller, T. P., Madsen, M. D., Fuhrmann, L. & Østergaard, D. (2013). Postoperative handover: characteristics and considerations on improvement: a systematic review. *European Journal of Anaesthesiology*, 30(5), 229-242.
<https://doi.org/10.1097/EJA.0b013e32835d8520>
- 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), 494-501.
<https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.03.005>
- Naylor, M. D. (2003). Nursing intervention research and quality of care: influencing the future of healthcare. *Nursing Research*, 52(6), 380-385. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=14639084&site=ehost-live>
- Norsk anesthesiologisk forening & Anestesisykepleiernes Landsgruppe av NSF. (2016). Norsk Standard for anestesi. Hentet 2019, 5. mai fra <https://www.alnsf.no/alnsf/norsk-standard-for-anestesi>
- Norsk Senter for Forskningsdata. (2018a). Forske på egen arbeidsplass. Hentet 14.11.19 fra https://nsd.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/egen_arbeidsplass.html
- Norsk Senter for Forskningsdata. (2018b). Må jeg melde prosjektet mitt? Hentet 2019, 29. april fra https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). Disse arbeidsoppgavene er mannlige og kvinnelige sykepleiere oftest uenige om. Hentet 14.11.19 fra <https://sykepleien.no/2019/02/disse-arbeidsoppgavene-er-mannlige-og-kvinnelige-sykepleiere-oftest-uenige-om>
- Nortvedt, M. W., Jamstved, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribes.
- Odom-Forren, J. (2014). Postanesthesia Recovery. I J. J. Nagelhout, Elisha, S. (Red.), *Nurse Anesthesia* (5. utg.). Elsevier.
- Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. (2019). Pasientskader i Norge. Hentet 2019, 29. april fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/pasientskader-i-norge>
- Patterson, E. S. (2008). Structuring flexibility: the potential good, bad and ugly in standardisation of handovers. *Quality & Safety in Health Care*, 17(1), 4-5. Hentet fra

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=105808057&site=ehost-live>

Petrovic, M. A., Aboumatar, H., Scholl, A. T., Gill, R. S., Krenzischek, D. A., Camp, M. S., ... Martinez, E. A. (2015). The perioperative handoff protocol: evaluating impacts on handoff defects and provider satisfaction in adult perianesthesia care units. *Journal of Clinical Anesthesia*, 27(2), 111-119.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2014.09.007>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (International ed. 9. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C. & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open*, 4(1), e004268. Hentet fra
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medc&AN=24448849>

Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. L. & Engström, M. (2015). An observational study of postoperative handover in anesthetic clinics; the content of verbal information and factors influencing receiver memory. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 30(2), 105-115.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.01.012>

Randmaa, M., Swenne, C. L., Mårtensson, G., Högberg, H. & Engström, M. (2016). Implementing situation-background-assessment-recommendation in an anaesthetic clinic and subsequent information retention among receivers: A prospective interventional study of postoperative handovers. *European Journal of Anaesthesiology*, 33(3), 172-178.
<https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000335>

Redley, B., Bucknall, T. K., Evans, S. & Botti, M. (2016). Inter-professional clinical handover in post-anaesthetic care units: tools to improve quality and safety. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 28(5), 573-579. Hentet fra
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=27424328&site=ehost-live>

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2015). Helseforskning. Hentet 21.10.19 fra
https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt?p_dim=34997&ikbLanguageCode=n

- Rettedal, S. (2019). Hjemmeeksamen SY-426 [Upublisert].
- Robertson, E. R., Morgan, L., Bird, S., Catchpole, K. & McCulloch, P. (2014). Interventions employed to improve intrahospital handover: A systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 23. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002309>
- 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), 264-268,234.
- Rose, M. W., Newman, S. & Brown, C. (2019). Postoperative Information Transfers: An Integrative Review. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 34(2), 403. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.06.096>
- Salzwedel, C., Mai, V., Punke, M. A., Kluge, S. & Reuter, D. A. (2016). The effect of a checklist on the quality of patient handover from the operating room to the intensive care unit: A randomized controlled trial. *Journal of Critical Care*, 32, 170-174. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.12.016>
- Siddiqui, N., Arzola, C., Iqbal, M., Sritharan, K., Guerina, L., Chung, F. & Friedman, Z. (2012). Deficits in information transfer between anaesthesiologist and postanaesthesia care unit staff: an analysis of patient handover. *European Journal of Anaesthesiology*, 29(9), 438-445. <https://doi.org/10.1097/EJA.0b013e3283543e43>
- Simonsen, S. (2014). *Helseforskningsloven : med kommentarer*. Oslo: Gyldendal juridiske forlag.
- Skorstad, E. M. & Halvorsen, A. (2018). *Veiledning i overlevering av pasient mellom Operasjon/Anestesi og Postoperativ/Intensiv/Dagkirurgi*. Sørlandet Sykehus HF Kristiansand.
- 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*, 101(3), 332-337. <https://doi.org/10.1093/bja/aen168>
- Stewart, K. R. & Hand, K. A. (2017). SBAR, Communication, and Patient Safety: An Integrated Literature Review. *Medsurg Nursing*, 26(5), 297-305. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=125833257&site=ehost-live>
- The Health Foundation. (2011). *Levels of harm in primary care*. Hentet fra <https://www.health.org.uk/sites/default/files/LevelsOfHarmInPrimaryCare.pdf>

- Ulrichsweb. (2019). Search. Hentet fra <http://ulrichsweb.serialssolutions.com/>
- Universitetet i Agder. (2018). Rutinar for behandling av personopplysningar i forskning og i studentoppgåver. Hentet 24.10.19 fra <https://www.uia.no/forskning/om-forskningen/rutinar-for-behandling-av-personopplysningar-i-forskning-og-i-studentoppgaaver>
- Valeberg, B. T. (2011). Rapport og overvåkning etter anestesi. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (2. utg.). Oslo: Cappellen Damm Akademisk.
- Vardaman, J. M., Cornell, P., Gondo, M. B., Amis, J. M., Townsend-Gervis, M. & Thetford, C. (2012). Beyond communication: The role of standardized protocols in a changing health care environment. *Health Care Management Review*, 37(1), 88-97. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=108217534&site=ehost-live>
- World Health Organization. (2007). *Communication during Patient Hand-Overs*. Geneve: WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Hentet fra <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>
- World Medical Association. (2013). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hentet 2019, 7. mai fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

VEDLEGG 1 – PICO-SKJEMA

Population	Anestesisykepleiere
Intervention	Innføring av kommunikasjonsverktøyet ISBAR
Context	Postoperativ muntlig rapport mellom anestesi og postoperativ avdeling
Outcome	Erfaringer med ISBAR i postoperativ muntlig rapport
Study Type	Kvalitativ studie med semistrukturerte dybdeintervju eller fokusgrupper
Spørsmål	Hvilke erfaringer (O) har anestesisykepleiere (P) med ISBAR som kommunikasjonsverktøy (I) i postoperativ rapportering (C) ?

VEDLEGG 2 – SØKEHISTORIKK «ISBAR» MEDLINE OG CINAHL

Søket ble utført 25.10.19.

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S7	S1 AND S2 AND S3	Limiters - Language: Danish, English, Norwegian, Swedish Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	65
S6	S2 AND S3	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	1,808
S5	S1 AND S3	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	193
S4	S1 AND S2	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	225
S3	(postoperativ* OR post-operativ* OR "operating room*" OR theatre OR anesthes* OR anaesthes* OR surg*) OR (MH "Intensive Care Units+") OR "Post Anesthesia Care Units" OR "intensive care" OR perioperativ*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	4,947,778
S2	("hand off*" OR hand off OR "hand-over*" OR handover*) OR (MH "Patient Handoff")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	7,519
S1	(sbar OR isbar OR sbarr OR isbarr OR sbar-r OR isobar OR sbarq) OR (situation background assessment recommendation)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	977

VEDLEGG 3 – SØKEHISTORIKK «PASIENTRAPPORTERING»

MEDLINE OG CINAHL

Det originale søket ble utført 25.10.19. Dessverre glemte jeg å hente ut søkehistorikken. Når jeg gjentar søket 09.03.20 er derfor antall resultat annerledes. I originalsøket ble det etter diskusjon med veileder hukket av for artikler maksimalt 10 år gamle, samt «Full-text only» i søk S4. Da ble resultatet 319 i det søket. Når jeg gjentar søket 09.03.20, finner jeg ikke lengre mulighet for å hukke av for «Full-text only».

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S4	("intensive care" OR "Post Anesthesia Care Units") AND S1	Limiters - Language: Danish, English, Norwegian, Swedish Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE;CINAHL	664
S3	S1 AND S2	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE;CINAHL	1,877
S2	(postoperativ* OR post-operativ* OR "operating room*" OR theatre OR anesthes* OR anaesthes* OR surg*) OR (MH "Intensive Care Units+") OR "Post Anesthesia Care Units" OR "intensive care" OR perioperativ*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE;CINAHL	5,060,059
S1	("hand off*" OR hand off OR "hand-over*" OR handover*) OR (MH "Patient Handoff")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE;CINAHL	7,797

VEDLEGG 4 – ANONYMISERTE ISBAR-KORT BRUKT PÅ SYKEHUSENE

ANESTESI		
I		Identitet
S		Situasjon
B	<ul style="list-style-type: none"> Diagnose / anamnese (fysisk / psykisk) Funksjonsgrad; språk, bevissthet, bevegelighet, syn, hørsel mm Medikamenter / premedikasjon Allergier Type anestesi Eiendeler 	Bakgrunn
A	<ul style="list-style-type: none"> A: luftveier B: respirasjon C: sirkulasjon / blødning D: bevissthet E: væskebalanse / diurese E: iv innganger E: temp 	Aktuelle vurderinger
R	<ul style="list-style-type: none"> Beskjed fra kirurg Tromboseprofylakse Antibiotika Plan for Smertebehandling / Væskebehandling Spørsmål? 	Råd / anbefaling

OPERASJON		
I	<ul style="list-style-type: none"> Navn og tittel Pasientens navn og fødselsnummer 	Identitet
S	<ul style="list-style-type: none"> Type operasjon – som planlagt? Hovedkirurg Smitte 	Situasjon
B		Bakgrunn
A	<ul style="list-style-type: none"> Leie peroperativt Lokal anestesi Kateter (engangs-kateterisering / inneliggende) Hudstatus (pre / post) (evt. tourniquet) Bandasje / snittføring Dren (aktiv/passiv, plassering, suturert) 	Aktuelle vurderinger
R	<ul style="list-style-type: none"> Beskjed fra kirurg Postoperativt leie Mobilisering Spørsmål? 	Råd / anbefaling

ANESTESI		
I	<ul style="list-style-type: none"> Helsepersonells navn og tittel Pasientens navn og fødselsdato 	IDENTITET
S		SITUASJON
B	<ul style="list-style-type: none"> Diagnose, anamnese (fysisk, psykisk) Funksjonsgrad, språk, bevissthet, bevegelighet, syn, hørsel Premedikasjon, faste medikamenter Allergier ASA Type anestesi 	BAKGRUNN
A	<ul style="list-style-type: none"> A: Luftveier B: Respirasjon C: Puls, BT, blødning, iv.tilgang, væske, diurese D: Bevissthet E: Temperatur 	AKTUELLE VURDERINGER
R	<ul style="list-style-type: none"> Beskjed fra kirurg/anestesilege Tromboseprofylakse, antibiotika Plan for smertebeh., væskebeh. Eiendeler (briller, tenner) Spørsmål? 	RÅD/ ANBEFALING

OPERASJON		
I	<ul style="list-style-type: none"> Helsepersonells navn og tittel Pasientens navn og fødselsdato 	IDENTITET
S	<ul style="list-style-type: none"> Type operasjon – som planlagt? Hovedkirurg Smitte 	SITUASJON
B	<ul style="list-style-type: none"> Tidligere relevant kirurgi 	BAKGRUNN
A	<ul style="list-style-type: none"> Leie peroperativt Lokalanestesi, andre medikamenter Kateter (engangskateterisering/inneliggende) Hudstatus (pre/post) evt blodtomt Snittføring/sutur/bandasje Dren (Aktiv/passiv, suturert) 	AKTUELLE VURDERINGER
R	<ul style="list-style-type: none"> Beskjed fra kirurg Postoperativt leie Mobilisering Postopr rtg. kontroll Barn: informasjon om pårørende Spørsmål? 	RÅD/ ANBEFALING

Intervjuguide

«Erfaringer med bruk av ISBAR i postoperativ muntlig rapport»

INNLEDNING

Takke for deltakelse i prosjektet. Fortelle litt om meg selv og masterprosjektet. Skissere de praktiske rammene for prosjektet, som lengde, opptaksstyr, personvern, samtykkeerklæring etc. Få bekreftelse på at de har fått og lest informasjonskrivet og gå gjennom dette muntlig, samt høre om noe er uklart. Underskrive samtykkeerklæringen.

Minne dem på å ikke si noe personsensitivt ved å gi for konkrete eksempler. Poengtere at jeg ønsker DERES opplevelse, ikke generelle beskrivelser.

INTRODUKSJONSSPØRSMÅL

- Hva er din **alder**? **Hvor lenge har du jobbet** som anestesisykepleier her i anesesiavdelingen?
- Omtrent **når ble ISBAR innført** som kommunikasjonsverktøy i postoperativ rapportering hos dere?

(Innleder de videre spørsmålene med å repetere hensikten med studien):

Hensikten med denne studien er å innhente erfaringer DU har med bruk av ISBAR i postoperativ muntlig rapportering.

RAPPORTSITUASJONEN – RUTINER VED POST-OPERATIV RAPPORTERING

- Kan du **beskrive en typisk gjennomføring** av en postoperativ rapport? (Hvilke rutiner er har dere?)
 - Organisatorisk og rent praktisk - hvem rapporterer først, sist, til hvem etc.
 - Hvor foregår rapporten? (Ved senga? På vaktrommet? Andre steder?)
- Hva slags **hjelpemidler** har du til å gjennomføre ISBAR-rapport (**ISBAR-kort/lommekort/plakater**? Hvor tilgjengelig?)
 - **Har du med deg lommekortene** de fleste vaktene?
 - Hva **slags betydning har det** for DEG? (oppfølgingsspørsmål på alle disse momentene).
 - Eks. Hvordan synes du **lommekortene** fungerer for DEG?
 - Beskriv, fortell...
 - Hva er **bra, mindre bra**?
 - Har DU noen **forslag til endringer**? Begrunn!

ISBAR - «POSITIVE ERFARINGER OG/ELLER UTFORDRINGER KNYTTET TIL BRUKEN AV ISBAR I POSTOPERATIV RAPPORTERING»

- Kan du **fortelle om en konkret positiv** situasjon DU har hatt med ISBAR i en postoperativ rapportering?
- Hva **erfarer DU er positivt** med å bruke ISBAR i postoperativ rapport?
 - Begrunn, beskriv...
 - **Hva gjør det med DEG** som fagperson at ISBAR hjelper deg med å huske det du skal rapportere om?

- Følge opp med å gjenta viktige ord de bruker. Du sier... kan du si litt mer om det? Forklare, beskrive? Be dem forklare en gang til. Prøve å si det på en annen måte. Har jeg forstått rett når du sa at...
- Hva er det med I – S – B – A – R (hver bokstav – vis kortet) som er bra?
- Hvordan opplever du at DU får **videreformidlet alt som er relevant** om pasienten?
 - **Hva med ISBAR er det** som gjør at dette skjer? (Stikkord: **Struktur, rekkefølge, språk, glemmer ikke, forutsigbarhet, fullstendighet** etc.)
 - Følge opp med å gjenta viktige ord de bruker. Du sier... kan du si litt mer om det? Forklare, beskrive? Be dem forklare en gang til. Prøve å si det på en annen måte. Har jeg forstått rett når du sa at...
- Kan du **fortelle om en konkret utfordrende** situasjon DU har hatt med ISBAR i postoperativ rapportering?
- Hva opplever/erfarer **DU** som utfordrende med å bruke ISBAR i post-operativ rapport?
 - Begrunn, beskriv...
 - Følg opp med å gjenta viktige ord de bruker. Du sier... kan du si litt mer om det? Forklare, beskrive?

ANDRE TEMA OMKRING ISBAR SOM KAN VÆRE AKTUELLE Å BELYSE

- **Hvor ofte** bruker DU ISBAR-verktøyet i rapporteringen?
 - Evt. **hva skal til** for at DU bruker det mer/oftere?
- **Jobbet du her også før det ble innført ISBAR** i postoperativ rapportering?
 - Hvis JA - **Bruker du ISBAR like aktivt i dag** som når det ble innført?
 - Begrunn! Beskriv/fortell! Det har jeg litt lyst til å høre mer om...
 - Hvis JA - Hvordan **opplever du rapport situasjonen i dag i forhold til** før innføringen av ISBAR?
 - Beskriv, fortell! Det har jeg litt lyst til å høre mer om...
- Hva tenker DU at bruk av ISBAR betyr for **pasienten?** (pasientsikkerhet)
 - Hvis informantene nevner pasientsikkerhet – hva med ISBAR (og selve rapport situasjonen) er det du mener er pasientsikkert?
- Hva tenker DU at bruk av ISBAR betyr for DEG som **anestesisykepleierne?**
 - Hvilke opplevelser har de når de bruker ISBAR? (Trygghet, økt kompetanse, glemmer ikke etc.)
- Hva tenker DU at ISBAR betyr for DITT **samarbeid med annet helsepersonell** i rapporteringssituasjonene?
- Hva gjør ISBAR med **tidsbruken** til DINE rapporten?

AVSLUTNING

- Er det **noe mer rundt temaet** du ikke har fått sagt, men som du ønsker å si?

Tusen takk for at du deltok i intervjuet!

FORSLAG TIL OPPFØLGENDE OG OPPKLARENDE SPØRSMÅL

- Du fortalte noe om, kan du fortelle mer om det?
- Kan du gi noen eksempler på
- Hvis jeg forstår deg rett så sier du altså at....?’
- Er det riktig å si at du føler/opplever/erfarer at?’
- Hvis du skal oppsummere dette intervjuet/temaet/spørsmålet – hva synes du er det viktigste?



Vil du delta i forskningsprosjektet ”Erfaringer med bruk av ISBAR i postoperativ muntlig rapportering”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på dine erfaringer knyttet til ISBAR i postoperativ rapportering. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg er student på Universitetet i Agder (UiA) og tar en mastergrad i anestesisykepleie. I forbindelse med masteroppgaven skal jeg gjøre en kvalitativ studie om erfaringer ved bruk av kommunikasjonsverktøyet ISBAR i postoperativ muntlig rapportering. Eksisterende forskning viser at kommunikasjonssvikt i forbindelse med pasientoverleveringer kan føre til uheldige konsekvenser for pasienten. Forskning viser at ISBAR gir en komplett, pålitelig og systematisk rapport, og minsker faren for kommunikasjonssvikt. Noen sykehus har innført prosedyrer hvor kommunikasjonsverktøyet ISBAR brukes i pasientoverleveringer fra operasjon til postoperativ avdeling. Jeg ønsker å se på anestesisykepleierens erfaringer med dette verktøyet. Formålet med studien er å få erfaringskunnskap som kan være nyttig for andre sykehus som skal implementere ISBAR i postoperative overleveringer og på den måten heve pasientsikkerheten.

Resultatene fra studien kan bli brukt i implementeringsarbeidet med ISBAR i postoperativ rapport på andre sykehus, samt at masteroppgaven kan bli bearbeidet til en vitenskapelig artikkel som kan bli publisert i et nasjonalt eller internasjonalt tidsskrift.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta fordi du jobber på en anesesiavdeling hvor det er innført ISBAR som kommunikasjonsverktøy i postoperativ muntlig rapportering. Det er ønskelig med en variasjon blant deltakerne i alder, antall år jobbet ved avdelingen og kjønn for å få rikest mulig erfaringer. Du er blitt plukket ut av din avdelingsleder/fagsykepleier basert på disse inklusjonskriteriene og at han/hun mener du kan tilføre studien viktige erfaringer. Det inkluderes totalt 8 anestesisykepleiere fra to sykehus i studien.

Hva innebærer det for deg å delta?

Studien har en kvalitativ tilnærming med individuelle intervjuer som datainnsamling. Intervjuene vil foregå på ditt arbeidssted i arbeidstiden, og intervjuene vil ha en varighet på 30-60 minutter. Vi håper på å få gjennomført intervjuene i november/desember 2019. Spørsmålene vil omhandle rutiner dere har ved postoperativ rapportering, samt dine positive erfaringer og utfordringer knyttet til bruken av ISBAR i dette arbeidet. Resultatene kan ha nytteverdi for andre sykehus som vil innføre ISBAR i postoperativ rapportering og du kan dermed indirekte være med på å heve pasientsikkerheten på andre sykehus. I tillegg kan det være nyttig for deg selv å reflektere rundt dette med kommunikasjon i postoperativ rapportering.

Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet og det vil også bli samlet inn informasjon om alder og antall år du har jobbet på avdelingen.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

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.

- Lydfilene vil bli transkribert med fiktive navn og lydfilene vil bli slettet etter transkriberingen.
- Eventuelle dialekter vil bli skrevet om til bokmål for at du ikke skal kunne gjenkjennes.
- Det transkriberte materialet vil bli lagret på en passordbeskyttet PC. En koblingsnøkkel mellom det fiktive navnet og deg lagres adskilt fra øvrig data på en passordbeskyttet server tilknyttet UiA. Det er kun masterstudenten og veilederen ved UiA som vil ha tilgang til disse dataene. Koblingsnøkkelen inneholder også din kontaktinformasjon som epost og telefon.
- Det vil hverken direkte eller indirekte være mulig å gjenkjenne enkelt deltakere i publikasjonen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2020. Ved prosjektets slutt vil koblingsnøkkelen mellom det fiktive navnet og deg slettes. Vi ber også om tillatelse til å omarbeide masteroppgaven i ettertid til en vitenskapelig artikkel som kan bli publisert i nasjonale og/eller internasjonale tidsskrift og databaser.

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 UiA 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 Agder ved universitetslektor Ellen Benestad Moi på epost: ellen.b.moi@uia.no eller telefon: 38 14 18 65.
- Universitetet i Agder ved personvernombud: Ina Danielsen på epost: ina.danielsen@uia.no eller telefon: 452 54 401
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost: personvertjenester@nsd.no eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Veileder og prosjektansvarlig:

Ellen Benestad Moi
Universitetslektor
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
Institutt for helse- og sykepleievitenskap
Telefon: 38 14 18 65
Epost: ellen.b.moi@uia.no

Masterstudent:

Steinar Rettedal
Telefon: 994 56 783
Epost: stein18@student.uia.no

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "Erfaringer med bruk av ISBAR i postoperativ muntlig rapportering", og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervjuet
- at masteroppgaven i ettertid kan bli omarbeidet til en vitenskapelig artikkel som kan bli publisert i nasjonale og/eller internasjonale tidsskrift og databaser.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 7 – GODKJENNING FRA NSD



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Hvilke erfaringer har anestesisykepleiere med ISBAR som kommunikasjonsverktøy i postoperativ muntlig rapportering?

Referansenummer

132871

Registrert

20.08.2019 av Steinar Rettedal - steinr18@student.uia.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ellen Benestad Moi, ellen.b.moi@uia.no, tlf: 38141865

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Steinar Rettedal, mail@steinarrettedal.com, tlf: 99456783

Prosjektperiode

01.09.2019 - 01.09.2020

Status

02.09.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

02.09.2019 - 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 02.09.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å

melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.09.2020.

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: Lise A. Haveraaen

VEDLEGG 8 – SVAR FRA FEK



Steinar Rettedal

Besøksadresse:
Universitetsveien 25
Kristiansand

Ref: 19/07054

Tidspunkt for godkjenning: : 26/09/2019

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Hvilke erfaringer har anestesisykepleiere med ISBAR som kommunikasjonsverktøy i postoperativ muntlig rapportering?

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:


FEK godkjenner prosjektet under forutsetning av gjennomføring som beskrevet i søknaden.

Hilsen
Forskningsetisk komite
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND
TELEFON 38 14 10 00
ORG. NR 970 546 200 MVA - post@uia.no -
www.uia.no

FAKTURAADRESSE:
UNIVERSITETET I AGDER,
FAKTURAMOTTAK
POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO

VEDLEGG 9 – GODKJENNELSE FRA PERSONVERNOMBUDENE

 **Ina Danielsen** 9. okt. 2019, 14:05
til Steinar ▾


Hei Steinar,

Denne prosessen var ulik hva jeg er vant med tidligere, så ville ta en telefonsamtale til personvernombud ved [redacted]. Slik jeg forsto han, var det i hovedsak godkjenning fra NSD og FEK han ønsker oppløst, men kunne også innta en vurdering fra meg hvis det var ønskelig.

Viser til at nødvendige godkjenninger foreligger ved Universitetet i Agder, jf. godkjenning fra NSD og FEK. Tilråding: prosjekt har nødvendige godkjenninger for å starte.

Med vennlig hilsen

Ina Danielsen
Personvernombud
Mobil: 45254401




Godkjenning av prosjekt knyttet til masterutdanning ved Universitetet i Agder Innboks x

 **Bente Lüdemann** <bels@[redacted]> tir. 1. okt., 16:26
til steinr18@student.uia.no ▾

Jeg godkjenner herved at du gjennomfører intervjuer i vår avdeling knyttet til din masteroppgave.

mvh
Bente Lüdemann
Avdelingsleder
Avdeling for anestesisykepleie | Akuttklinikken
[redacted]
mobil +47 926 370 62 | [redacted]
Besøk: [redacted]
[redacted]

 **Vivi Haavik Tønnessen** <Vivi.Tonnessen@[redacted]> fre. 18. okt. 2019, 12:17 ☆ ↶ ⋮
til Steinar ▾

Hei
Endelig!
Ann-Helen Dolsvåg har godkjent søknad om datainnsamling.

Beklager denne forsinkelsen. Ja vi ønsker å være behjelpelig her. Studenten må selv ta ansvar for å lage avtaler med aktuelle respondenter. Jeg er behjelpelig å knytte kontakt.

Mvh

Ann-Helen Dolsvåg

Lykke til med datainnsamlingen.