

Trygg pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling – en kunnskapsbasert fagprosedyre



University of
Stavanger

Institutt for Helsevitenskap

Master i sykepleie

Spesialisering: Intensiv

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Studenter:

Charlotte Svalestad og Vibeke Dalene

Veiledere: Evy Margrethe Gundersen

Biveileder: Ida Mykkeltveit

Dato: 25.04.2019

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTER I SPESIALSYKEPLEIE, spesialisering i intensiv
MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Våren 2019

FORFATTERE/MASTERKANDIDAT: Charlotte Svalestad og Vibeke Dalene

VEILEDER: Evy Margrethe Gundersen

BIVEILEDER: Ida Mykkeltveit

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVEN:

Norsk tittel: Trygg pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling

Engelsk tittel: Safe patient handoff in an intensive care unit

EMNEORD/STIKKORD:

Intensivavdeling, intensivsykepleier, vaktskifte, pasientoverlevering, overlevering av pasientansvar, standardisert verktøy, kunnskapsbasert praksis.

ANTALL ORD: 8764

STAVANGER

Vibeke Dalene Charlotte Svalestad

DATO/ÅR 23/4-19

Forord

Denne oppgaven er et resultat av en spennende og krevende tid som studenter ved
Universitetet i Stavanger.

Vi ønsker å takke vår veileder Evy Margrethe Gundersen og biveileder Ida Mykkeltveit for god oppmuntring, inspirasjon og gode råd gjennom denne prosessen. Takk for at dere har stilt opp på møter og alltid vært tilgjengelig for oss per mail.

Takk til hovedbibliotekar Hilde Elin Sperrevik Magnussen for den gode hjelpen i søkeprosessen og Elisabeth Molland for ekstern veiledning.

Takk til medelever og lærere for innspill ved masterseminar og i andre sammenhenger.

Den største takken vil vi gi til samboere og familie som har hjulpet og støttet oss i en krevende og fraværende tid.

Tusen hjertelig takk for all den gode hjelpen!

Vi ser nå fram til å kunne kalle oss intensivsykepleiere

Stavanger 25.04.2019

Vibeke Dalene og Charlotte Svalestad

Innholdsfortegnelse

1.0	INTRODUKSJON.....	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2	HENSIKT OG PROBLEMSTILLING.....	2
1.3	AVGRENSNING OG PRESISERING.....	2
2.0	TEORETISK RAMMEVERK.....	3
2.1	INTENSIVSYKEPLEIERENS ANSVAR OG FUNKSJON	3
2.2	PASIENTSIKKERHET OG KVALITET	4
2.3	KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS.....	5
2.4	PASIENTOVERLEVERING	6
2.4.1	<i>Tidligere forskning</i>	7
3.0	METODE	7
3.1	REFLEKSJON	8
3.2	SPØRSMÅLSFORMULERING.	9
3.3	SYSTEMATISK LITTERATURSØK	10
3.4	KRITISK VURDERE, SAMMENSTILLE OG GRADERE	12
3.5	ANVENDE	13
3.6	OPPDATERING OG EVALUERING	13
3.7	FORSKNINGSETISK VURDERINGER	13
4.0	RESULTATER	14
4.1	STANDARDISERING AV PASIENTOVERLEVERINGEN	15
4.2	BRUK AV ELEKTRONISK OVERLEVERINGSSYSTEM	15
4.3	VERBAL PASIENTOVERLEVERING.....	15
4.4	INNHold I ISBAR	16
4.5	OMGIVELSENE RUNDT PASIENTOVERLEVERINGEN	18
4.6	SKRIFTLIG PASIENTOVERLEVERING	18
5.0	DRØFTING.....	19
5.1	UTARBEIDELSE AV ANBEFALINGENE.....	19
5.2	STANDARDISERING AV PASIENTOVERLEVERING	20
5.2.1	<i>Innhold i ISBAR</i>	22
5.3	BRUK AV ELEKTRONISK OVERLEVERINGSSYSTEM OG SKRIFTLIG PASIENTOVERLEVERING.....	25
5.4	VERBAL PASIENTOVERLEVERING.....	25
5.5	OMGIVELSENE RUNDT PASIENTOVERLEVERING	27
5.6	METODISK DISKUSJON	28
5.7	PLAN FOR IMPLEMENTERING.....	30
5.8	IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKNING	30
6.0	KONKLUSJON.....	31
	REFERANSER	32

Liste over vedlegg:

Vedlegg 1: Metoderapport

Vedlegg 2: PICO-skjema

Vedlegg 3: Dokumentasjon av litteratursøk

Vedlegg 4: Kontakt med Universitetssykehus i Norge og Danmark

Vedlegg 5: PRISMA-Flytdiagram

Vedlegg 6: Samle-og styrkeskjema

Vedlegg 7: Kritisk vurdering av studiene

Vedlegg 8: Ekskluderte fulltekststudier

Vedlegg 9: Referat fra møte med prosjektgruppen

Vedlegg 10: Registrering av masteroppgaven

Vedlegg 11: Spesifisering av studentbidrag

Sammendrag

Bakgrunn: Pasientoverleveringer som blir praktisert i intensivavdeling kan ofte være ustrukturert, og lokale prosedyrer er ikke utarbeidet etter kunnskapsbasert praksis. Pasientoverleveringer har vist seg å innebære stor risiko for kommunikasjonsfeil og utelatelse av klinisk informasjon. Vi ser dermed behovet for å utarbeide en kunnskapsbasert fagprosedyre.

Hensikt: Hensikten med masteroppgaven er å utarbeide en kunnskapsbasert fagprosedyre for trygg pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling. Målet er å redusere variasjoner i overleveringen av pasientansvaret mellom intensivsykepleiere.

Metode: Den kunnskapsbaserte fagprosedyren er utviklet etter helsebibliotekets metode og minstekrav. Metoden baserer seg på trinnene i kunnskapsbasert praksis og AGREE II 23 punkter. Det systematiske litteratursøket ble utført i samarbeid med bibliotekar, i perioden mai 2018 til februar 2019. Følgende obligatoriske databaser ble benyttet: BMJ, UpToDate, National Guideline Clearinghouse, NICE Guidance, Embase og Medline, Cochrane Library og Epistemonikos. Søkene resulterte i to retningslinjer, fem systematiske oversikter, en randomisert kontrollert studie og fire kohorter. Studiene ble vurdert ved hjelp av sjekklister fra helsebiblioteket.

Resultater: Masteroppgaven består av to deler. Den første delen er kappen og omhandler teori, metode og diskusjon. I den andre delen fremstilles anbefalingene i den kunnskapsbaserte fagprosedyren.

Konklusjon: Fagprosedyren kan bidra til å øke utøvelsen av kunnskapsbasert praksis i intensivavdeling. Selv om det ikke finnes en standard for beste praksis på temaet, mener vi at anbefalingene i fagprosedyren kan bidra til å ivareta pasientsikkerheten ved å redusere variasjoner under pasientoverleveringen.

Abstract

Background: Patient handoff performed in an intensive care unit are often unstructured, and local procedures tend to not be evidence-based. The patient handoff is associated with the risk of communication errors and omitting clinical information. Thus, we see the need for an evidence based clinical procedure.

Purpose: The purpose of this master's thesis is to develop an evidence-based clinical procedure for safe patient handoff in an intensive care unit. The goal is to reduce variance in the handoff between individual intensive care nurses.

Method: The evidence-based clinical procedure was developed in accordance with Helsebiblioteket's guidelines. The method follows the structure of AGREE II's 23 points. Systematic literature searches were performed in assistance with a librarian during the period May 2018 to February 2019. The following mandatory databases were utilized in the search: BMJ, UpToDate, National Guideline Clearinghouse, NICE Guidance, Embase, Medline, Cochrane Library and Epistemonikos. This resulted in two guidelines, five systematic reviews, one randomized controlled study and four cohort studies. The studies were reviewed using a checklist from Helsebiblioteket.

Results: The master's thesis consists of two parts. The first portion contains the theory, method and discussion of results. The second portion contains the clinical procedure, and associated recommendations.

Conclusion: The clinical procedure may assist in promoting the use of evidence-based practice in the intensive care unit. Although there currently is no established standard for best practice in this area, our assertion is that the recommendations contained within the clinical procedure promotes patient safety by reducing the variance in how the patient handoff is performed.

Del I

Kappe

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Norske helse-og omsorgstjenester er blant de beste i verden, likevel rammes ti prosent av pasienter av uønskede hendelser (Stubberud, 2018). Helsemyndighetene belyser et behov for å skape kvalitetssystemer som omhandler utfordringer i helsetjenesten og viser til at trygge overganger innad i tjenestene er blant en av dem (Helse-og omsorgsdepartementet, 2017-2018). Våre erfaringer fra intensivavdeling tilsier at det er variasjoner i utførelsen av pasientoverlevering under vaktskiftet. I følge Kowitlawakul et al. (2015) har måten pasientoverleveringen blir utført på stor påvirkning på pasientens sikkerhet og behandling. Helsetjenestene som blir utøvd er ofte preget av stor flyt av helsepersonell, informasjonssystemer og utstyr av høy kompleksitet. På bakgrunn av intensivpasientens komplekse tilstand og krav til spesialisert helsehjelp har pasienten større sjanse for å bli utsatt for uønskede hendelser under behandlingsforløpet (Santos, Campos, & Silva, 2017).

Et sentralt helsepolitisk mål i Norge er at helsetjenestene skal være av lik kvalitet (Eiring, Pedersen, Borgen, & Jamtvedt, 2010). Helsevesenet har vist seg å basere helsehjelpen på lokale prosedyrer som blir utarbeidet i de enkelte helseforetakene. Våre erfaringer tilsier at det finnes prosedyrer som ikke baserer seg på kunnskapsbasert praksis, noe som bekreftes av Eiring et al. (2010). Prosedyrene er ofte av usikker kvalitet da de ikke viser til hvordan anbefalingene blir utarbeidet. Dersom helseforetakene fortsetter å utarbeide og bruke lokale prosedyrer mener vi at det kan resultere i variasjoner i yrkesutøvelsen. I følge Eiring et al. (2010) kan en gjennom utarbeidelse av nasjonale fagprosedyrer gjøre at helsehjelpen blir likeverdig. Kunnskapsbaserte fagprosedyrer kan hjelpe intensivsykepleiere til å redusere feil som blir utøvd i praksis, som igjen kan redusere variasjoner og påvirke pasientens sikkerhet (Houser, 2012). Vårt ønske er å utarbeide en kunnskapsbasert fagprosedyre som omhandler anbefalinger til utførelse av trygg pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling. Fagprosedyren baseres på helsebibliotekets metode og minstekrav, og et samarbeid med en prosjektgruppe som kvalitetssikrer anbefalingene ved at de kan etterprøves.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med masteroppgaven er å utarbeide en kunnskapsbasert fagprosedyre for trygg pasientoverlevering under vaktskiftet. Målet er å redusere variasjoner som blir utøvd under overleveringen av pasientansvaret mellom intensivsykepleiere. Vårt fokus gjennom utarbeidelsen av den kunnskapsbaserte fagprosedyren har vært risikofaktorer under pasientoverleveringen, i den hensikt å kunne forebygge eventuelle uønskede hendelser. Fagprosedyren kommer med anbefalinger for utøvelsen og skal være et veiledende verktøy under pasientoverleveringen. På bakgrunn i nevnte betraktninger formuleres følgende problemstilling:

Hvordan skal intensivsykepleiere ved bruk av et standardisert verktøy ivareta pasientsikkerheten under pasientoverleveringen i vaktskiftet?

1.3 Avgrensning og presisering

Den kunnskapsbaserte fagprosedyren er avgrenset til pasienter ≥ 18 år, med bakgrunn i at pasientoverleveringen som utøves for barn og voksne er ulik. Problemstillingen omfatter intensivsykepleiere, men siden mange intensivavdelinger har mangel på intensivsykepleiere vil sykepleiere også delta i pasientoverleveringen. Vi har valgt å fokusere på den verbale delen av pasientoverleveringen, og går dermed ikke i dybden på hvordan den skriftlige overleveringen bør utføres. Vi har inkludert seks aspekter vi anser som avgjørende for å ivareta pasientsikkerheten. Disse legger også rammene for fremgangsmåten i fagprosedyren

- I. Standardisering av pasientoverleveringen
- II. Bruk av elektronisk verktøy
- III. Verbal overlevering
- IV. Innhold i ISBAR
- V. Omgivelser rundt pasientoverleveringen
- VI. Skriftlig pasientoverlevering

I fagprosedyren benytter vi oss av ordet standardisering, og med det mener vi hvordan å tilegne en felles fremgangsmåte for hvordan en prosess eller prosedyre skal gjennomføres. Videre definerer vi følgende ord som blir tatt i bruk i masteroppgaven:

- Intensivsykepleier som overleverer pasientansvaret er definert som avsender.

- Intensivsykepleier som overtar pasientansvaret er definert som mottaker
- Systematisk oversikt er forkortet til SR
- Randomisert kontrollert undersøkelse er forkortet til RCT
- ISBAR står for «identitet», «situasjon», «bakgrunn», «aktuelle vurderinger» og «råd/anbefalinger»

2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 Intensivsykepleierens ansvar og funksjon

Intensivsykepleieres pasientrettede ansvars-og funksjonsområder er delt inn i direkte og indirekte områder. Det direkte området omhandler den faktiske helsehjelpen pasienten får, og indirekte innebærer å øke kompetansen og kvaliteten blant intensivsykepleiere (NSFLIS, 2017; Stubberud, 2015). Temaet for masteroppgaven er vektlagt ut fra intensivsykepleieres ansvar om å utøve kvalitetsarbeid som kommer inn under det indirekte pasientrettede arbeidet. NSFLIS oppdaterte i september 2017 intensivsykepleieres ansvar-og funksjonsbeskrivelse. Intensivsykepleiers ansvar for samhandling er beskrevet ved at en skal samhandle om kvalitet og pasientsikkerhet gjennom de ulike pasientforløpene (NSFLIS, 2017). De beskriver i tillegg at intensivsykepleieren har et personlig ansvar for at en skal handle faglig, etisk og juridisk forsvarlig. I følge Stubberud (2018) kan en som intensivsykepleier gjennom kvalitetsarbeid sikre at faglig forsvarlig helsehjelp blir utøvd. Det juridiske rammeverket rundt kvalitetsarbeid er lovfestet i Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a som sier «en hver som yter helsetjenesten etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet» (Spesialisthelsetjenesteloven, 2011).

2.2 Pasientsikkerhet og kvalitet

Meld. St.6 (2017-2018) «kvalitet og pasientsikkerhet 2016» belyser behovet for å skape kvalitetssystemer ut i fra kjente utfordringer i helsetjenesten som blant annet er kommunikasjon, trygge pasientoverganger innad i tjenestene og etterlevelse av prosedyrer. Det påpekes at utfordringene krever innsats på alle nivåer for å ivareta pasientsikkerheten (Helse-og omsorgsdepartementet, 2017-2018). Med pasientsikkerhet menes at pasienten ikke skal utsettes for unødig skade eller risiko, som følge av mangel på helsehjelpen som blir utført. Pasientsikkerhet kan sees på som et resultat av kvalitetsarbeid på pasientforløpet. God kvalitet på helsehjelpen forutsetter en sikker helsetjeneste. Pasientsikkerhet og kvalitet sees da som en helhet der pasientsikkerhet er kjernen av kvalitetsbegrepet (Saunes, Svendsby, Mølsted, & Thesen, 2010).

Undersøkelser som har blitt utført i norske sykehus viser at kulturen innen pasientsikkerhet kan bli bedre og antall uønskede hendelser bør reduseres (Stubberud, 2018). Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet 24-7 er opprettet av Helse- og omsorgsdepartementet og har vært i utvikling de siste fem årene. Målsettingen er å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i spesialisthelsetjenesten (I trygge hender 24/7, 2017; Stubberud, 2015). De siste årene har pasientsikkerhet og kvalitet fått et økende fokus innen forskning da helsetjenestene stadig blir mer komplekse og spesialiserte. Pasienter og samfunnet stiller krav til at den helsehjelpen som gis er kvalitetssikret (Stubberud, 2018). Som intensivsykepleiere kan vi tilfredsstille kravet gjennom forbedring av eksisterende rutiner ved å lage kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Kvalitetsarbeid som blir utført kan bidra til å øke intensivpasientens sikkerhet, og opprettholder intensivsykepleierens omsorgsformål om å ivareta pasienten på en best mulig måte.

2.3 Kunnskapsbasert praksis

Intensivsykepleie skal være basert på å ta faglige avgjørelser ut i fra kunnskapsbasert praksis (NSFLIS, 2017). I følge Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart (2016) blir helsehjelpen da kvalitetssikret og optimal. Kunnskapsbasert praksis vil si å ta faglige avgjørelser basert på en helhet av systematisk innhentet forskningskunnskap, erfaringsbasert kunnskap sykepleiere har tilegnet seg gjennom klinisk praksis, samt pasientens erfaringer i møte med helsehjelpen (Nortvedt et al., 2016; Stubberud, 2018). De ulike komponentene illustreres i modellen for kunnskapsbasert praksis (Figur 1). Houser (2012) mener at det burde være en selvfølge at sykepleiepraksis blir basert på best mulig og strengt vurdert forskning. Det er ikke før nylig at sykepleie baserer seg på kunnskapsbasert forskning. Målet med kunnskapsbasert praksis er å hjelpe helsepersonell ved å bruke resultatene fra forskning inn i den kliniske praksisen (Houser, 2012).



Figur 1: «Modell for kunnskapsbasert praksis» [hentet fra Kunnskapsbasert praksis, den 20.08.18].

Gjennom utarbeidelsen av den kunnskapsbaserte fagprosedyren vil disse komponentene bli tatt i bruk. Den forskningsbaserte kunnskapen skal innhentes gjennom systematisk litteratursøk som videre bygges på prosjektgruppen og våre erfaringsbaserte kunnskaper. Som intensivsykepleier skal vi ha pasienten i fokus og ta hensyn til pasientens behov og ønsker under utarbeidelsen.

Ved å utarbeide en kunnskapsbasert fagprosedyre oppnår en at kliniske problemstillinger blir basert på kunnskapsbasert forskning i stedet for usystematiske og vanebaserte metoder (Goldenberg, 2005). Intensivsykepleierens ansvar for å fremme kvalitetsarbeid blir ivaretatt, en utvikler en bevisstgjørelse, og utøvelsen av kunnskapsbasert sykepleie styrkes og ny kunnskap blir integrert i praksis (NSFLIS, 2017).

2.4 Pasientoverlevering

Pasientoverleveringen blir i masteroppgaven definert som en overlevering av pasientansvaret mellom intensivsykepleiere i intensivavdelinger. Prosedyren inntreffer flere ganger daglig i helsevesenet, og er ofte preget av forstyrrelser og krav om effektivisering (Schibeavaag, Laugaland, & Aase, 2015). Måten pasientoverleveringen blir utført på kan prege både kvaliteten på helsetjenesten og pasientens sikkerhet. Målet med pasientoverleveringen er at den blir utført på en så trygg og uproblematisk måte som mulig. For å kunne oppnå dette må sykepleiere som tar del i overleveringen samhandle om å tilegne seg en felles forståelse og oppfatning av pasientens status (Schibeavaag et al., 2015). Samhandling er en viktig del av pasientoverleveringen hvor helsepersonell må samarbeide om et felles mål i pasientens helsehjelp (Reine, 2015). I følge Stubberud (2018) har samhandling en underliggende norm som sier at sykepleiere skal i felleskap handle etter pasientens beste. Samhandlingen mellom aktører i pasientens helsehjelp er en kjent utfordring, hvor mangel på informasjonsflyt mellom helsepersonell kan være en trussel mot kontinuiteten og sikker pasientbehandling. God samhandling er en viktig del av prosessen for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, da det inkluderer samhandling mellom helsepersonell, og mellom helsepersonell og pasienten/pårørende. For å kunne oppnå god samhandling blant intensivsykepleiere i intensivavdelinger er det viktig at det blir tilrettelagt for å skape god kompetanse, fagkunnskaper og rutiner i avdelingen (Reine, 2015).

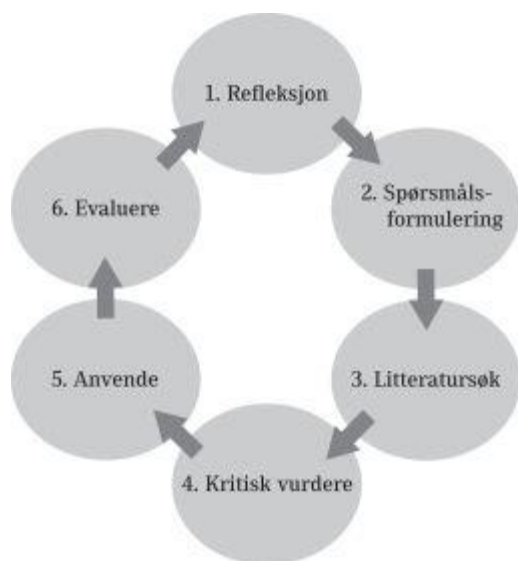
2.4.1 Tidligere forskning

Etter å ha utført et enkelt litteratursøk i ulike databaser ser vi at det har blitt et økende fokus på temaet trygg pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling de siste årene. Studiene viser at det er flere faktorer som påvirker pasientoverleveringen negativt. Blant dem er intensivsykepleiernes ulike erfaringer og kompetanse, arbeidsmiljøet og avdelingens organisering (Santos et al., 2017). Tidsbruken og måten pasientoverleveringen blir utført på kan resultere i ineffektiv kommunikasjon og redusere konsentrasjonen blant intensivsykepleiere (Kowitlawakul et al., 2015). I følge Smulers et al. (2016) viser at helsepersonell ofte uttrykker en bekymring over om all nødvendig klinisk informasjon er overlevert til det neste skiftet.

Studiene understreker behov for økt forskning på temaet med fokus på å øke pasientsikkerheten. De viser at bruken av standardiserte verktøy kan bidra til å skape en felles fremgangsmåte av pasientoverleveringen, øke effektiviteten og sikre at viktig informasjon blir overlevert (Santos et al., 2017; Kowitlawakul et al., 2015; Smeulers et al., 2016).

3.0 Metode

En kunnskapsbasert fagprosedyre er en detaljert beskrivelse av hvordan helsepersonell bør utføre enkelte oppgaver (Stubberud, 2018), og omhandler helsefaglige aktiviteter eller prosesser som blir utført i helsetjenesten (Helsebiblioteket, 2010; Stubberud, 2018). Fagprosedyren skal basere seg på vitenskapelig forskning som er systematisk innhentet og kritisk vurdert (Nortvedt et al., 2016). I metodekapittelet vil vi presentere hvordan metode og minstekrav for utarbeidelsen av anbefalingene ble benyttet. På denne måten gir vi leserne et klart innsyn i framgangsmåten under utarbeidelsen av anbefalingene. Helsebibliotekets metode og minstekrav baserer seg på retningslinjemetodikken for systematisk utvikling av faglige fagprosedyrer. Metoden følger trinnene i kunnskapsbasert praksis og Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE II) sine 23 punkter (Helsebiblioteket, 2011). Innledningsvis ved utformingen av fagprosedyren gjorde vi oss kjent med helsebibliotekets metodebeskrivelse og hvordan å utføre litteratursøk, samt AGREE-instrumentet.



Figur 2: «Trinnene i Kunnskapsbasert praksis» [hentet fra Metode og minstekrav for utarbeidelse av kunnskapsbasert fagprosedyre, den 20.08.18]

3.1 Refleksjon

Fagprosedyrer er ressurskrevende å lage og det er derfor viktig å velge prosedyrer som mange pasienter skal gjennomgå og har stor risiko knyttet til seg (Stubberud, 2018). Før utarbeidelsen av den kunnskapsbaserte fagprosedyren, vurderte vi behovet for kvalitetsforbedring på temaet trygg pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling. Da pasientoverleveringen ifølge Schibevaag et al. (2015) inntreffer flere ganger daglig, og erfaringer tilsier at det blir utøvd variasjoner under prosessen så vi behovet for å utarbeide en kunnskapsbasert fagprosedyre på temaet. Vi stilte oss spørrende til hvorvidt det fantes en standard for beste praksis på temaet, og om det kunne la seg gjøre å utvikle et standardisert verktøy gjennom denne oppgaven.

For å forebygge dobbeltarbeid anbefales det å søke etter allerede eksisterende nasjonale og internasjonale fagprosedyrer (Stubberud, 2018; Helsebiblioteket, 2011). Dermed søkte vi etter eksisterende og påbegynte fagprosedyrer på temaet, samt undersøkte følgende sider: Helsebibliotekets retningslinjer og veiledere, Folkehelseinstituttet, Sosialstyrlsen Nationaella

riktlinjer (SE), Sundhedsstyrelsen Nationale kliniske retningslinjer (DK), Senter for kliniske retningslinjer (DK), Helsedirektoratet og NSFLIS, som resulterte i ingen lignende prosedyrer. Videre kontaktet vi fire intensivavdelinger ved andre universitetssykehus i Norge og Danmark. Svarene viser til varierende utførelse av pasientoverleveringen og at lokale prosedyrer ikke baserer seg på kunnskapsbasert praksis (vedlegg 4). Under utførelsen av det systematiske litteratursøket fant vi en studie i SveMed+. Den omhandlet implementering av ISBAR-verktøyet under den postoperative overleveringen i et universitetssykehus i Norge. For å få tilgang til hele studien og metoden kontaktet vi forfatterne per mail (vedlegg 4).

I samarbeid med ledelsen i intensivavdelingen ved vårt helseforetak ble vi enig om at en kunnskapsbasert fagprosedyre vil kunne bidra til å redusere variasjoner og forbedre praksisen under overleveringen. En prosjektgruppe ble opprettet, bestående av en overlege med spesialisering i anestesi, en fagutviklingssykepleier i intensivavdeling og to intensivsykepleiere. Informasjon om prosjektet ble sendt til deltakerne i prosjektgruppen. En uke før hvert møte fikk prosjektgruppen tilsendt agenda for møtet, samt artikler og tema vi ønsket å diskutere for videre arbeid. Under møtene ble utkastet til fagprosedyren presentert og prosjektgruppen fungerte som rådgivere og diskusjonspartnere. Etter hvert møte ble det skrevet et referat som ble tilsendt prosjektgruppen (vedlegg 9).

3.2 Spørsmålsformulering.

For å utføre et systematisk litteratursøk definerte vi problemstillingen vår og de viktigste spørsmålene i forhold til fagprosedyren inn i PICO-skjemaet, etter anbefalinger fra Helsebiblioteket (2011) og Stubberud (2018). Problemstillingen har blitt korrigert fortløpende under utviklingen av den kunnskapsbaserte fagprosedyren. PICO-skjemaet ble utfylt før første møtet med bibliotekar i mai 2018. Skjemaet ble senere revidert i samsvar med uttalelser fra prosjektgruppen (vedlegg 2).

Å samle relevant forskningsbasert kunnskap er en betydelig del av arbeidet og skal gjøres på en systematisk måte med definerte kriterier for inklusjon og eksklusjon (Stubberud, 2018). Følgende vedlegges en tabell som illustrerer våre inklusjon- og eksklusjonskriterier.

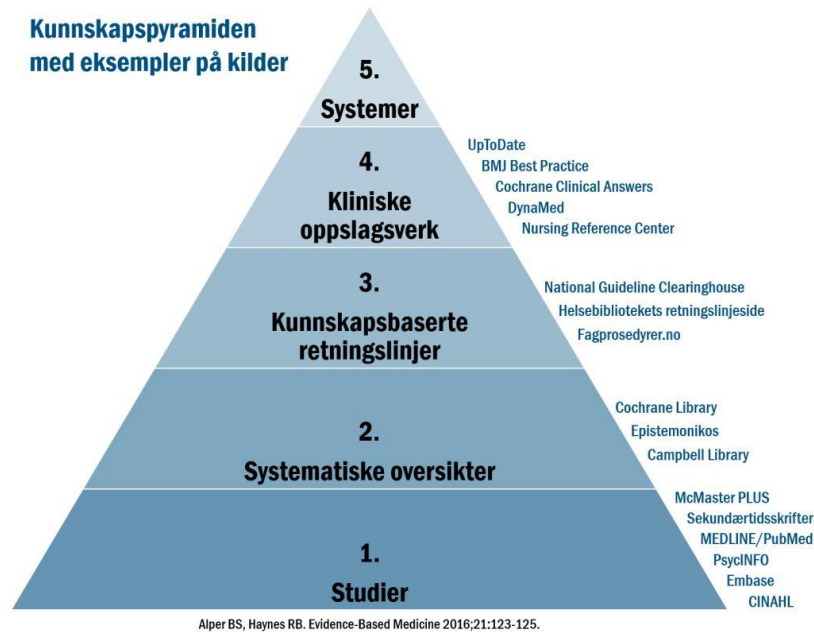
Inklusjon	Eksklusjon
Intensivpasienter ≥ 18 år	Studier som omhandler pasientoverlevering fra intensivavdeling til sengepost
Pasientoverleveringer under vaktskiftet i intensivavdeling	Primærstudier som omhandler pasientoverlevering på sengepost eller akuttmottak.
Studier som ikke spesifiserer avdelinger, men omhandler bruken av pasientoverleveringsverktøy blant sykepleiere i vaktskiftet	Studier utgitt før 2008
Postoperativ pasientoverlevering	
Pasientoverlevering fra postoperativ til intensivavdeling	
Engelsk og skandinavisk språklige studier	

Tabell 1

3.3 Systematisk litteratursøk

Ut i fra PICO-skjemaet og valgte inklusjonskriterier søkte vi etter studier som omhandlet vaktskiftet og pasientoverlevering i intensivavdeling. I starten av søkeprosessen oppdaget vi at det var utført lite forskning spesifikt om pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling. Vi valgte dermed å utvide søket til postoperativ overlevering da vi mente at overføringsverdien er stor. I følge Nortvedt et al. (2016) anbefales det å finne mest mulig oppsummert og allerede kvalitetsvurdert forskningskunnskap i utarbeidelsen av fagprosedyren. S-pyramiden sees på som et hjelpemiddel for å søke i et hierarki av informasjonskilder for kliniske beslutninger (Nortvedt et al., 2016; Stubberud, 2018). For å få anbefalinger som dekket problemstillingen ble det utført et «bredt» søk øverst i S-pyramiden. Det resulterte i retningslinjer og systematiske oversikter som omhandlet bruken av pasientoverleveringsverktøy generelt på sykehus. Da søkene ikke resulterte i studier som spesifikt omhandlet pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling valgte vi å søke etter primærstudier. Vi ekskluderte artikler som omhandlet pasientoverlevering i akuttmottak, sengepost og pasientoverlevering fra intensivavdeling til sengepost, da vi hadde

behov for mer forskning innen intensiv og/eller postoperativ avdeling for å kunne svare på problemstillingen. Etter å ha vurdert utvalgte studier gikk vi igjennom referanselistene for å forsikre oss om all relevant litteratur ble inkludert.



Figur 3: «Kunnskapspyramiden med eksempler på kilder» [hentet fra Kunnskapspyramiden med eksempler på kilder, den 20.08.18].

I samarbeid med hovedbibliotekar ved NN universitetssykehus utførte vi et systematisk litteratursøk i perioden mai 2018 til februar 2019. Søkene ble utført i følgende medisinske databaser, som anbefalt i henhold til metode og minstekrav (Helsebiblioteket, 2011): Retningslinjesøk i UpToDate, BMJ Best Practice, National Guideline Clearinghouse, G-I-N, NICE Guidance, Embase og MedLine. Søk etter systematiske oversikter i The Cochrane Library, Epistemonikos, Clinical Queries Reviews Embase, Clinical Queries Reviews Medline, Clinical Queries Reviews Cinahl, McMaster PLUS. Primærstudiesøk i Ovid Medline, Embase, Cinahl, Trials in The Cochrane Library og Joint Commission (vedlegg 3). Under søkeprosessen oppsto det noen utfordringer som gjorde at vi måtte ha hjelp av en ekstern bibliotekar. Når litteratursøket var vurdert, godkjent og utført med hjelp av begge bibliotekarene, gjenskapte vi alle søkene i databasene. Etter at duplikater var fjernet ved bruk av EndNote fikk vi et resultat på 490 studier.

3.4 Kritisk vurdere, sammenstille og gradere

Seleksjonsprosessen startet etter å ha utført det systematiske litteratursøket. Studiene ble inkludert på bakgrunn av problemstilling og inklusjons-og eksklusjonskriterier. Etter å ha fjernet duplikat vurderte vi 490 studier på grunnlag av tittel og sammendrag. I denne prosessen ble 446 studier ekskludert. 44 studier ble vurdert i fulltekst der 33 ble ekskludert. 11 studier ble inkludert i den kunnskapsbaserte fagprosedyren, se PRISMA- flytdiagram (vedlegg 5). Ekskluderte studier ble satt inn i et eksklusjonsskjema med begrunnelse (vedlegg 8). Studiens kvalitet ble vurdert etter: 1) er formålet med studien klart formulert, 2) er designet velegnet for å svare på problemstillingen, 3) kan en stole på resultatene, 4) hva er resultatene, 5) kan resultatene brukes i praksis (Nortvedt et al., 2016). Det er utviklet sjekklister for hvert enkelt studiedesign som ligger på helsebibliotekets nettsider (Helsebiblioteket, 2016). Sjekklistene ble brukt som verktøy for å kritisk vurdere de vitenskapelige artiklenes kvalitet ut fra deres design (vedlegg 7) (Nortvedt et al., 2016).

Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) er et hjelpemiddel som blir brukt for å vurdere kvaliteten og styrken på anbefalinger fra systematiske oversikter, retningslinjer, og for å vise om vurderingene i studiene er tydelige og transparente (Nortvedt et al., 2016; Vist, Sæterdal, Vandvik, & Flottorp, 2013). GRADE sin metode for å vurdere styrken på anbefalingene deles inn i fire kategorier: «Høy kvalitet», «middels kvalitet», «lav kvalitet» og «svært lav kvalitet» og benytter fem kriterier som vurderer kvaliteten på dokumentasjonen etter: «Studiens kvalitet», «konsistens mellom studiene», «direkthet», «presisjon» og «rapporteringsskjevheter» (Nortvedt et al., 2016; Vist et al., 2013).

For å følge metode og minstekrav fra helsebiblioteket vurdert vi studienes metode og kvalitet hver for oss før vi skrev dem inn i sjekklistene sammen. Studiene ble i tillegg vurdert i samle-og styrkeskjemaet (vedlegg 6). Det har ikke vært mulig å gradere anbefalingene i GRADE på bakgrunn av enkelte studiers design. Vi har likevel valgt å benytte oss av GRADE sine fire kategorier i vår vurdering av studienes styrker. Vår kritiske vurdering av studiene danner grunnlag i anbefalingene for trygg pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling.

3.5 Anvende

Når masteroppgaven er godkjent skal den kunnskapsbaserte fagprosedyren til høring i vårt helseforetak på de avdelingene prosedyren er aktuell for. Fagprosedyren blir vurdert av en ledergruppe og det blir diskutert hvordan implementeringen skal skje. Samtidig blir fagprosedyren sendt ut til ekstern høring ved andre universitetssykehus, det er da viktig at høringsinstansen består av relevante faglige spesialistgrupper. Når fagprosedyren blir godkjent skal den i følge retningslinjene til helsebiblioteket sendes til kvalitetsvurdering før den bli publisert på nettsidene til helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2011)

3.6 Oppdatering og evaluering

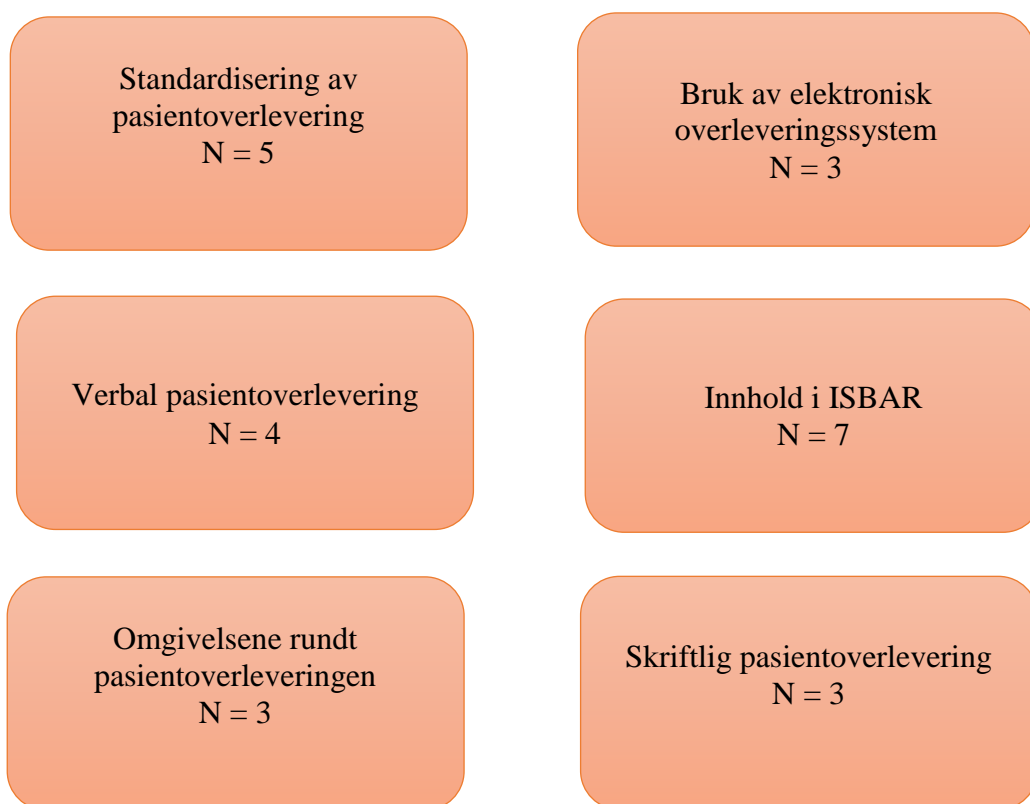
Den kunnskapsbaserte fagprosedyren skal oppdateres hvert tredje år fra dato for sist litteratursøk. Planen for hvem som er ansvarlig for tidsplanen og oppdateringen er dokumenter i metoderapporten (vedlegg 1) (Helsebiblioteket, 2011; Stubberud, 2018).

3.7 Forskningsetisk vurderinger

Som masterstudenter er vi ansvarlige for å utøve forsvarlig forskning og forholde oss til generelle og fagspesifikke forskningsetiske retningslinjer (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Masteroppgaven ble registrert hos forskningsavdelingen ved vårt helseforetak (vedlegg 10), og på helsebibliotekets nettside for påbegynte fagprosedyre. Vi har ikke sett det nødvendig å søke til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) eller Regional Etisk Komitè (REK), da vår oppgave er bygget opp på systematisk litteratursøk og erfaringsbasert kunnskap fra prosjektgruppen. Ingen av forfatterne har noen interessekonflikter som har påvirket utfallet av litteraturstudien. Denne kunnskapsbaserte fagprosedyren er en eksamensbesvarelse, og har dermed ingen økonomisk gevinst for forfatterne.

4.0 Resultater

Kontakt med øvrige intensivavdelinger avdekker mangel på kunnskapsbasert fagprosedyre for trygg pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling. Vårt systematiske litteratursøk resulterte i to retningslinjer, fem systematiske oversiktsartikler, fire enkeltstudier med studiedesignet randomisert kontrollert undersøkelse og kohort. Samle-og styrkeskjema gir en oppsummering av innhold, resultat, konklusjon, relevans, styrker og svakheter ved studiene. Våre resultater presenterer den beste kvaliteten som er tilgjengelig i samsvar med S-pyramidens graderinger av kvalitet. Studienes resultater blir presentert i anbefalingene: standardisering av pasientoverlevering, bruk av elektronisk overleveringssystem, verbal pasientoverlevering, innhold i ISBAR, omgivelsene rundt pasientoverleveringen og skriftlig pasientoverlevering.



Figur 4: Oversikt over antall studier med ulikt fokus

4.1 Standardisering av pasientoverleveringen

Ni studier omhandler standardisering av pasientoverlevering generelt på sykehus, fra operasjonsavdeling til intensivavdeling og innad i intensivavdelinger. Det anbefales å standardisere pasientoverleveringen ved å definere og strukturere den verbale pasientoverleveringen gjennom bruk av verktøy. Standardiserte dokumentasjonsverktøy og kommunikasjonsstrategier skal gi en klar og innholdsrik formidling av pasientinformasjonen og bør basere seg på algoritme, sjekklister eller strukturer for overlevering av informasjon (Registered Nurses` Association of Ontario, 2014). Strukturerte verktøy som kort eller skjema er foretrukket for å lede kommunikasjonen og sikre at all informasjon blir overført til mottakende helsepersonell (Segall et al., 2012). SBAR-verktøyet har blitt foreslått som et verktøy for å standardisere pasientoverleveringen (Bakon, Wirihana, Christensen, & Craft, 2017; Marshall et al., 2018; Registered Nurses` Association of Ontario, 2014; Robertson, Morgan, Bird, Catchpole, & McCulloch, 2014; Vineet & Farnan, 2019). Bruk av SBAR-verktøyet gir mottaker av pasientoverlevering en forventning om hvilke hovedpunkter som skal bli overlevert, deriblant pasientens situasjon, bakgrunn, den aktuelle tilstand og råd (Marshall et al., 2018). Standardiserte sjekklister har vist seg å øke mengden og kvaliteten av pasientinformasjonen som blir overlevert (Salzwedel, Mai, Punke, Kluge, & Reuter, 2016).

4.2 Bruk av elektronisk overleveringssystem

Det anbefales å starte pasientoverleveringen ved intensivsykepleierens arbeidsstasjon (Registered Nurses` Association of Ontario, 2014; Segall et al., 2012; Vineet & Farnan, 2019). Ved bruk av elektronisk overleveringssystem kan en enkelt søke opp relevant pasientinformasjon, som laborietester og andre undersøkelser (Segall et al., 2012)

4.3 Verbal pasientoverlevering

Under den verbale pasientoverleveringen anbefales det å bruke ansikt-til-ansikt kommunikasjon (Segall et al., 2012; Vineet & Farnan, 2019). Bruk av standardisert språk under den verbale overleveringen bidrar til å overføre konsis og objektiv pasientrelatert informasjon. Før den

verbale pasientoverleveringen må avsender forbedre rapporten og samle nødvendig informasjon (Registered Nurses` Association of Ontario, 2014; Segall et al., 2012).

Intensivsykepleier som overleverer pasientansvaret må vektlegge hvilke oppgaver som skal utføres og pasientens aktuelle problemstilling (Gardiner, Marshall, & Gillespie, 2015; Segall et al., 2012; Vineet & Farnan, 2019). Avsender skal gi spesifikk veiledning til håndtering av mulig forventede hendelser. Den verbale pasientoverleveringen skal ha fokus på de viktigste temaene (Segall et al., 2012; Vineet & Farnan, 2019), og holde alle kommentarer om pasientsituasjonen objektiv; unngå dømmende uttalelser og forkortelser (Registered Nurses` Association of Ontario, 2014). Mottaker skal gjengi de kritiske delene av informasjonen som er gitt. Det gir avsender en bekreftelse på at de har en fellesforståelse av pasientens situasjon og det faglige ansvaret er overlevert (Registered Nurses` Association of Ontario, 2014; Vineet & Farnan, 2019). Mottaker skal ha mulighet til å stille spørsmål dersom noe er uklart. En muntlig overlevering i tillegg til en klinisk gjennomgang av pasientens medfølgende dokumentasjon, gir ekstra sikkerhet om at pasientens omsorg blir ivaretatt (Bakon et al., 2017). Det anbefales at mottaker notere underveis i overleveringen da informasjon huskes bedre hvis det er notert ned (Registered Nurses` Association of Ontario, 2014).

4.4 Innhold i ISBAR

Resultatene fra studiene kommer med ulike forslag til hva det standardiserte verktøyet bør inneholde av punkter, ut i fra de ulike pasientoverleveringssituasjonene. Ingen av studiene kommer med et konkret oppsett til hva en pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling skal inneholde. På bakgrunn av dette har vi utarbeidet anbefalinger ut fra de ulike resultatene i studiene og konsensus med prosjektgruppen.

Anbefalinger til pasientoverlevering bør formidle pasientens identitet ved å nevne navn, alder og pårørende (Segall et al., 2012; Spooner, Aitken, Corley, Fraser, & Chaboyer, 2016; Spooner, Chaboyer, Corley, Hammond, & Fraser, 2013). I konsensus med prosjektgruppen har vi tilført et underpunkt for barn som pårørende. Pasientens nåværende tilstand skal kort beskrives ved å nevne tidligere sykdom (Segall et al., 2012; Spooner et al., 2013) som har hatt innvirkning på pasientens innleggelseårsak (K). Den nåværende tilstand skal også inkludere allergier og hjerte-

lunge-rednings-status, samt punkt for smitte ut i fra konsensus. Anbefalinger for bakgrunn skal inneholde pasientens hendelsesforløp med medisinsk og kirurgisk historie, prosedyrer som er utført og pasientens faste medikamenter skal nevnes (Konfirst, Preston, & Yeh, 2015; Marshall et al., 2018; Segall et al., 2012; Spooner et al., 2016). I samsvar med prosjektgruppen valgte vi å tilføre pasientens tidligere funksjonsnivå.

Aktuelle vurderinger av pasientens situasjon skal inneholde gjennomgang av pasientens sentralnervesystem (Spooner et al., 2016), samt inkludere RASS og CAM-ICU, respirasjon, sirkulasjon, abdomen og eliminasjon skal bli beskrevet i tillegg til aktuelle medikamenter og laboratoriske prøver (Marshall et al., 2018; Segall et al., 2012; Spooner et al., 2016). Pasientens ernæring/væske og elektrolyttbalanse, aktivitet/funksjonsstatus, smerte, søvn, hvile og velvære bør også nevnes ut i fra konsensus med prosjektgruppen. Råd og anbefalinger som overleveres til mottakende helsepersonell skal inneholde beskjeder fra anestesilege (Marshall et al., 2018; Spooner et al., 2016). Det bør også inneholde en plan for videre behandling, hvor avsender av pasientoverleveringen informerer om forvent bedring eller problemer (Segall et al., 2012). I samsvar med konsensus fra prosjektgruppen valgte vi å ta med et underpunkt for plan som omhandler mobilisering, sedering, smertebehandling og ventilasjonsstøtte. Avsender skal i denne sammenheng informere mottaker om pasienten er henvist til undersøkelser eller vurderinger (Spooner et al., 2016).

Det anbefales å avslutte den verbale pasientoverleveringen ved å utføre en gjennomgang av pasientens kliniske tilstand ved pasientsengen. I denne fasen skal medisinsk utstyr og infusjoner dobbeltsjekkes (Registered Nurses` Association of Ontario, 2014), samt invasive tilganger og innstillinger av medisinskteknisk utstyr (Bakon et al., 2017). Til slutt anbefales det å oppsummere pasientoverleveringen og setter av tid til at mottaker kan stille spørsmål og gjenfortelle den aktuelle informasjonen (Registered Nurses` Association of Ontario, 2014; Segall et al., 2012; Vineet & Farnan, 2019). I denne prosessen bør pasienten og pårørende inkluderes slik at han/hun kan ta del i diskusjon om tilstand, planer og videre mål (Registered Nurses` Association of Ontario, 2014; Segall et al., 2012). Dersom pårørende ikke er tilstede under pasientoverleveringen, skal det settes av tid til å informere pårørende om pasientens tilstand og planer videre i behandlingen (K).

4.5 Omgivelsene rundt pasientoverleveringen

Kvaliteten på pasientoverleveringen kan forbedres med optimalisering av omgivelsene (Registered Nurses` Association of Ontario, 2014). Under pasientoverleveringen anbefales det at pasientrommet er godt opplyst og at det er stille i omgivelsene for å kunne gjennomføre en effektiv overlevering. Det skal bli avsatt tilstrekkelig tid til pasientoverleveringen (Registered Nurses` Association of Ontario, 2014; Vineet & Farnan, 2019). Begrens avbrytelser og distraksjoner (Registered Nurses` Association of Ontario, 2014; Segall et al., 2012; Vineet & Farnan, 2019). Pasientens og pårørendes personvern skal bli ivaretatt. Pasientoverleveringen skal utsettes dersom en er bekymret for pasientens status eller stabilitet (Registered Nurses` Association of Ontario, 2014).

4.6 Skriftlig pasientoverlevering

Det anbefales å utføre en skriftlig rapport som er elektronisk eller papirbasert, da den skriftlige pasientoverleveringen utfyller den verbale (Bakon et al., 2017; Spooner et al., 2013; Vineet & Farnan, 2019). Ved både skriftlig og verbal pasientoverlevering gis det mulighet til å søke etter klarhet flere steder (Bakon et al., 2017).

5.0 Drøfting

Vår fagprosedyre inneholder seks hovedpunkter, og drøftingen er bygget opp etter disse. Diskusjonen avgrenses til de anbefalingene vi mener bør diskuteres, og vi utelukker da anbefalinger som er selvforklarende. Punktet for elektronisk overføringsverktøy og skriftlig pasientoverlevering blir diskutert under ett, da vi mener de går inn i hverandre. I samarbeid med prosjektgruppen har vi valgt å ikke komme med anbefalinger til hvordan den skriftlige overleveringen skal utføres. Grunnen til dette er at temaet er omfattende, og krever annet fokus i litteratursøket. Vi har derfor valgt å ha fokus på anbefalinger til den verbale pasientoverleveringen. Til slutt diskuteres metoden ut i fra metode og minstekrav for fagprosedyre som er presentert på helsebiblioteket. Metodediskusjonen er lagt opp etter trinnene i kunnskapsbasert praksis.

5.1 Utarbeidelse av anbefalingene

I følge Nortvedt et al. (2016) skal tiltak som blir utøvd i praksis baseres på pålitelig forskningsbasert kunnskap, ikke tradisjonelle eller kliniske erfaringer alene. Forskningskunnskap i seg selv er likevel ikke tilstrekkelig for intensivsykepleieres handlingskompetanse ved håndtering av trygg pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling. Helsehjelpen som blir utøvd skal farges av intensivsykepleierens faglige skjønn gjennom kliniske erfaringer, i tillegg til at pasientenes stemme skal bli hørt (Nortvedt et al., 2016; Helsebiblioteket, 2011). Vi mener at vi har dekket trinnene for kunnskapsbasert praksis gjennom utarbeidelsen av anbefalingene i fagprosedyren. Kunnskapsgrunnlaget for prosedyren er ervervet gjennom systematiske litteratursøk og kritisk vurdering som beskrevet i metoden. Prosjektgruppens innslag og diskusjoner er tatt i betraktning gjennom utarbeidelsen som en del av den erfaringsbaserte kunnskapen. Det har vært begrenset mulighet til å ta med brukermedvirkning i masteroppgaven da pasientoverleveringen i utgangspunktet gjennomføres mellom intensivsykepleiere. Vi mener at pasientens stemme har blitt hørt ved å inkludere studier som omhandler involvering av den våkne pasients erfaringer under pasientoverleveringen. På denne måten mener vi at pasientens ønsker og behov blir ivaretatt på en best mulig måte. Ved å ha fokus på å forebygge uønskede hendelser under pasientforløpet ivaretas det etiske prinsippet som omhandler velgjørhetsprinsippet.

5.2 Standardisering av pasientoverlevering

Erfaringer og forskning tilsier at det blir utøvd variasjoner i pasientoverleveringen. Kommunikasjonsfeil, utelatelse av detaljert pasientinformasjon og mangel på veiledning fra intensivsykepleiere som overleverer pasientinformasjonen sees på å være noen av hovedutfordringene ved pasientoverleveringen (Flemming & Hubner, 2013; Segall et al., 2012). I følge WHO (2009) er kommunikasjonsfeil den ledende grunnen til at uønskede pasientskader oppstår, vaktskifter og generell overlevering av pasientansvar er den største utfordringen. Dette underbygges av Colvin, Eisen & Gong (2016) og Schibevaag et al. (2015) som påpeker behovet for optimalisering av pasientoverleveringen, da pasientoverleveringen bærer preg av forstyrrelser og krav om effektivisering. For å kunne utføre en sikker og effektiv pasientoverlevering bør den være klar og tydelig i forhold til kommunikasjon og dokumentasjon (Registered Nurses` Association of Ontario, 2014). Ved å utvikle en struktur for overleveringen gjennom verktøy, protokoller og sjekklister viser det seg at en kan redusere utfordringer relatert til pasientoverleveringen (Flemming & Hubner, 2013; Registered Nurses` Association of Ontario, 2014; Segall et al., 2012; Vineet & Farnan, 2019). Dette underbygges videre av studier som har forsket på effekten av standardiserte verktøy. De kommer frem til at kvaliteten og mengden informasjonsoverføring økes, i tillegg til at kommunikasjonen blant helsepersonell forbedres (Gardiner et al., 2015; Marshall et al., 2018; Robertson et al., 2014; Salzwedel et al., 2016), og fremmer pasientsikkerheten (Bakon et al., 2017).

Til tross for en rapportert forbedring av pasientoverleveringen ved implementering av standardiserte verktøy, viser studier at mye av den gjennomførte forskningen har vært av dårlig kvalitet. I tillegg har få studier fokusert på å måle påvirkningen standardiserte verktøy har på pasientutfallet (Robertson et al., 2014; Smeulers, Lucas & Vermeulen, 2014). En kan dermed ikke trekke noen konkrete konklusjoner på hva som er den beste og mest effektive måten å overlevere pasientinformasjon på (Colvin et al., 2016; Vineet & Farnan, 2019).

I følge Vineet & Farnan (2019) bør målet med pasientoverleveringen være å skape en felles forståelse av pasientens kliniske tilstand blant intensivsykepleiere som tar del i prosessen. Pasientoverleveringen er vellykket dersom mottakende helsepersonell får tilegnet seg den

informasjonen de trenger, for å fungere som om de var tilstede i alle de tidligere pasientaktivitetene (Colvin et al., 2016).

Bruken av SBAR-varianter er et fellestrekk i flere studier som er inkludert i fagprosedyren (Arora et al., 2009; Bakon et al., 2017; Mardis et al., 2016; Marshall et al., 2018; Registered Nurses` Association of Ontario, 2014; Robertson et al., 2014; Segall et al., 2012; Spooner et al., 2016; Vineet & Farnan, 2019). I følge World Health Organization (2009) gir kommunikasjonsverktøyet SBAR en forutsigbar struktur av informasjonen som skal bli overlevert. Det gir helsepersonell med ulike erfaringer mulighet til å kommunisere med et felles språk, og kan bidra til å redusere kommunikasjonsfeil under informasjonsoverleveringen (Marshall et al., 2018; World Health Organization, 2009). SBAR har vist seg å bli vellykket implementert på tvers av ulike spesialiteter (Bakon et al., 2017; Vineet & Farnan, 2019), da det er enkelt å bruke og bedrer den verbale overleveringen ved at innholdet blir mer informativ (Bakon et al., 2017; Marshall et al., 2018). På bakgrunn av dette mener vi at implementering av strukturer som en variant av SBAR kan bidra til å hindre mulige avbrytelser av mottakende intensivsykepleier under pasientoverleveringen. En kan da skape en forventning om informasjonsrekkefølge og innhold pasientoverleveringen skal innebære. I følge Marshall et al. (2018) bidrar implementeringen av SBAR til å øke opmersomheten blant intensivsykepleierene og redusere samtale som ikke er pasientrettet. I tillegg til å kunne redusere variasjoner som blir utøvd under pasientoverleveringene.

I følge Colvin et al. (2016) er utfordringer ved bruken av SBAR-verktøyet at det originalt ble utarbeidet til å rapportere endringer i pasientens status mellom sykepleier og lege. Verktøyet er basert på å rapportere få og kritiske informasjonspunkter som skal viderefremmes. Det kan da være mindre egnet til å overlevere store informasjonsmengder under vaktskiftet mellom intensivsykepleiere i intensivavdelinger (Colvin et al., 2016). Dette understøttes av Spooner et al. (2016) som viser til at intensivsykepleier mener at bruken av ISBAR under pasientoverleveringen ikke alltid inkluderer all relevant informasjon. Prosjektgruppen har diskutert fordeler og ulemper med bruken av ISBAR og behovet for å sikre at de nødvendige tilpasningene for bruk ved en intensivavdeling. Det ble også diskutert muligheten for bruken av andre typer kommunikasjonsverktøy som nevnes i de ulike studiene som er referert til i fagprosedyren. Et

annet mulig rammeverk som ble diskutert i prosjektgruppen er I-PASS- verktøyet, da det er det eneste verktøyet hvor det kan vises til en signifikant forskjell i kommunikasjonsforbedring, reduksjonen i medisinske feil og forebygging av uønskede hendelser (Vineet & Farnan, 2019). I-PASS ble valgt bort grunnet flere svakheter ved rammeverket, blant annet at verktøyet er blitt utarbeidet på pediatrik avdeling (Colvin et al., 2016). Prosjektgruppen var enig i å ekskludere verktøyet av den grunn da det er en forskjell i utøvelsen av pasientoverleveringen blant voksne og barn. I tillegg er ikke I-PASS blitt tatt i bruk på intensivavdelinger, og det ikke er oppgitt hvilke elementer av verktøyet som gir forbedring av pasientoverleveringen (Colvin et al., 2016). Dette er noe som kan gjøre det vanskelig å overføre I-PASS til intensivavdelinger for voksne pasienter. En annen svakhet ved bruken av verktøyet er at det ikke har vært i bruk i de helseforetakene vi erfaring fra, i motsetning til SBAR-verktøyet, som lenge vært integrert i helsevernet i Norge.

Ved ulike helseforetak i Norge har ISBAR-verktøyet blitt tatt i bruk for å standardisere pasientoverleveringen. Det kan virke som at SBAR-varianter i helsevesenet i er i stadig utvikling, og vil over tid med stor sannsynlighet bli tatt i bruk under pasientoverleveringer ved flere avdelinger. I følge Bakon et al. (2017) bør innføring av nye verktøy i en avdeling bli valgt på bakgrunn av modeller som enkelt kan bli implementert i ulike spesialiteter. Foreløpig er tilpassede versjoner av SBAR-verktøyet i den verbale pasientoverleveringen den eneste modellensom har blitt vellykket implementert på tvers av ulike spesialiteter (Bakon et al., 2017). Vi har på bakgrunn av dette valgt å ta i bruk ISBAR som er standard for hvordan pasientoverleveringen skal utøves, med hensyn til innhold og informasjonsrekkefølge.

5.2.1 Innhold i ISBAR

Systematiske litteratursøk bekrefter at forskningen på vårt tema enda er i startfasen. De ulike studiene kommer ikke frem til klare bevis for hva som er beste praksis i forhold til innhold og informasjonsrekkefølge under pasientoverleveringen under vaktskiftet i intensivavdeling. Bruken av ISBAR-verktøyet som standardisering av pasientoverleveringen danner en ramme rundt innholdet i rapporten. Med det mener vi at forkortelsen identitet, situasjon, bakgrunn og anbefalinger/råd styrer hvilken rekkefølge den grunnleggende informasjonen skal bli overlevert i. På bakgrunn av resultater i studiene og konsensus med prosjektgruppen har vi utarbeidet innhold

og informasjonsrekkefølge i ISBAR-verktøyet vi mener kan resultere i en effektiv og vellykket pasientoverlevering i intensivavdeling. Til tross for dette er det viktig å påpeke at overleveringen ikke kun dreier seg om innholdet, men overleveringen av pasientansvaret mellom intensivsykepleiere (Registered Nurses` Association of Ontario, 2014; Vineet & Farnan, 2019). Videre vil vi drøfte hvilke utfordringer, diskusjoner og presiseringer vi har jobbet med under utarbeidelsen av anbefalinger i samarbeid med prosjektgruppen.

Under utarbeidelsen av den kunnskapsbaserte fagprosedyren identifiserte vi barrierer og informasjonsbehov ut i fra studienes resultater. Det ble blant annet registrert at ulike deler av pasientinformasjonen sjeldent ble overlevert: HLR- status, langsiktige planer, informasjon om forventet bedring eller problemer under pasientforløpet og utførelse av dobbelkontroll under pasientoverleveringen (Segall et al., 2012; Spooner et al., 2016; Spooner et al., 2013). Vi har tatt hensyn til kjente barrierer gjennom utarbeidelsen av anbefalingene. I følge Registered Nurses` Association of Ontario (2014) skal det standardiserte verktøyet som tas i bruk på avdelingen bli skreddersydd ut fra informasjonsbehovet under pasientoverleveringen på den spesifikke avdelingen. Pasientinformasjonen bør bli overlevert i samme rekkefølge for hver pasientoverlevering, da det fører til en forutsigbarhet blant intensivsykepleiere (Registered Nurses` Association of Ontario, 2014).

I punktet for identitet inkluderte vi pårørende og barn som pårørende da det i utgangspunktet ikke blir tatt med i ISBAR. I tillegg til at det bevisstgjør intensivsykepleierne i å inkludere barn i behandlingen. Innholdet av situasjon har blitt diskutert en del, da det har vært noen uenigheter i forhold til hva som skal inkluderes. Diskusjonen har gått ut på om en skal gi en kort presentasjon av pasientens tidligere sykdommer eller ikke. Ved å gjøre dette kan innholdet i situasjon og bakgrunnen lett overlappe hverandre dersom en ikke er spesifikk på hva som skal inkluderes. I konsensus kom vi frem til at innholdet under situasjon skal være helt kort og konkret hvor en oppsummerer pasientens diagnose og tidligere sykdommer dersom de har hatt en innvirkning i pasientens innleggelse. Med det mener vi for eksempel KOLS i eksaserbasjon eller koronare sykdommer og hjertestans. Ved å gjøre innholdet i situasjonen kort og presis kan en sette den kommende informasjonen i relasjon til den aktuelle situasjonen. Under punktet for aktuelle vurderinger inkluderte vi tidlig i utarbeidelsen bruken av ABCDE som en ramme for innholdet.

Prosjektgruppen var uenig i bruken av ABCDE da det utelukket CNS, nyrefunksjon, abdomen og ernæring. Vi gjorde dermed om på disse punktene og skisserte de aktuelle vurderingene med utgangspunkt fra sykepleierdokumentasjon i DIPS og pasientkurve i papirform. Under punktet for aktuelle vurderinger har vi inkludert punktene eliminasjon og abdomen. Det har vært diskusjon i prosjektgruppen om en som intensivsykepleier og sykepleier har samme oppfatning om hva punktene skal inneholde. I konsensus kom en frem til å inkludere underpunkter for diurese, avføring og oppkast under punktet for eliminasjon, slik at innholdet under eliminasjon og abdomen ikke skal forveksles. Innholdet i punktet for råd og anbefalinger har blitt diskutert i prosjektgruppen, og vi kom frem til å inkludere beskjeder fra anestesilege. Punktet skal også inkludere videre plan i behandlingen hvor forventet bedring eller problem som eventuelt kan oppstå skal nevnes.

For å kunne inkludere den våkne pasienten og pårørende i behandlingen ser vi det som naturlig at han/hun kan ta del egen behandling under oppsummeringen av pasientsituasjonen. Her kan pasienten bidra med klinisk informasjon som er relatert til deres behandling, samt bli oppdatert på videre plan i behandlingen, noe som igjen kan påvirke pasientsikkerheten (Tobiano, Bucknall, Sladdin, Whitty, & Chaboyer, 2018). I følge Tobiano et al. (2018) kan denne metoden for pasientoverleveringen tilsynelatende føre til forbedret kvalitet og sikkerhet i forhold til innhold, og forholdet mellom intensivsykepleier og pasienten. For kunne oppnå dette bør pasientoverleveringen være standardisert og forutsigbar (Tobiano et al., 2018), og bør ifølge Bakon et al. (2018) være en standard for beste praksis.

Til tross for at inkludering av pasienten i behandlingen under pasientoverleveringen tilsynelatende forbedrer kvaliteten og sikkerheten, trengs det mer forskning på pasientens rolle under overleveringen. I følge Tobiano et al. (2018) kommer det frem ulike barrierer fra sykepleiers side som kan hindre at pasienten blir inkludert i overleveringen. Blant disse er bekymringen for å dele sensitiv informasjon og vansker med å endre metode for å utøve pasientoverleveringen på. Andre potensielle barrierer med metoden er måten de ulike intensivsykepleierne tilnærmer seg pasienten på og hvor pasientsentrerte de er under pasientoverleveringen (Tobiano et al., 2018). I følge Mardis et al. (2016) kan pasientoverleveringen ved sengen resultere i støy som kan forstyrre overleveringen. I tillegg til at

det kan øke bruken av tid og ressurser i avdelingen, noe som igjen stiller krav til avsender om å stille godt forberedt til overleveringen. Når en involverer pasienten under overleveringen må sykepleier være observant i forhold til bruk av klinisk språk, da det kan hindre pasientens deltakelse og kan forårsake uklarhet og usikkerhet hos pasienten (Mardis et al., 2016; Tobiano et al., 2018). Det er dermed viktig at sykepleieren tilnærmer seg pasienten på en meningsfull, respektfull og innbydende måte for å sikre ekte engasjement i overleveringen (Mardis et al., 2016).

5.3 Bruk av elektronisk overleveringssystem og skriftlig pasientoverlevering

Resultatene i studiene til Registered Nurses `Association of Ontario (2014), Vineet & Franan (2019) og Segall et al. (2012) viser at det ved bruk av elektronisk overleveringssystem gjør pasientinformasjon enklere å søke opp, samt at avsender kan supplere med for eksempel laboratorieprøver. Studiene anbefaler derfor elektroniske overleveringssystemer, og at pasientoverleveringen starter ved intensivsykepleierens arbeidsstasjon.

Ut fra egne erfaringer opplever vi at det elektroniske overleveringssystemet er til god hjelp i overleveringsprosessen. For det første ligger hele pasientens behandlingsforløp lagret på programmet som blir bruk i overleveringsprosessen. Dette gjør det lett å hente opp informasjon dersom avsender skulle være usikker på noe. Dessuten anbefaler Bakon et al. (2017) å utføre en skriftlig rapport enten elektronisk eller papirbasert, fordi en skriftlig rapport utfyller den verbale pasientoverleveringen og dette underbygges også av Spooner et al. (2013) og Vineet & Franan, (2019). For det andre gis det også mottaker en mulighet til å gå tilbake å lese om den tidligere hendelser, om det skulle oppstå usikkerhet.

5.4 Verbal pasientoverlevering

I følge Segall et al. (2012) anbefales det å benytte ansikt-til-ansikt kommunikasjon under den verbale pasientoverleveringen. Denne direkte kommunikasjonen gir mottakende intensivsykepleier muligheten til å observere kroppsspråket, ansiktsuttrykk og stemmen til intensivsykepleier som overlever pasientansvaret. Ved å utføre pasientoverleveringen på denne

måten kan det gi mottakeren en form for tilleggsinformasjon dersom det er noen bekymring rundt pasientens situasjon (Colvin et al., 2016). Dette synet underbygges av von Dossow & Zwissler (2016) og Bakon et al. (2017) som anbefaler at den verbale pasientoverleveringen bør suppleres med en klinisk gjennomgang av pasienten. På den andre siden bør en i følge Segall et al. (2012) notere ned viktig informasjon underveis i den verbale pasientoverleveringen, for å kunne bedre informasjonsoverleveringen. Disse funnene har ført til diskusjon blant prosjektgruppen om hvordan en bør legge opp pasientoverleveringen for å gjøre den optimal. Det ble først diskutert å kun gjennomføre pasientoverleveringen ved pasientsengen for å få en grundig gjennomgang av pasientens kliniske tilstand. Senere ble det foreslått å starte pasientoverleveringen ved sykepleieren arbeidsstasjon slik Registered Nurses` Association of Ontario (2014), Segall et al. (2012) og Vineet & Farnan (2019) anbefaler, for deretter å gjennomføre en felles gjennomgang ved pasientsengen. De fleste var enige i at denne måten å gjennomføre pasientoverleveringen var den optimale, da viktig informasjon om pasientens historie kunne gå tapt dersom en kun utførte pasientoverleveringen ved pasientsengen. I konsensus kom prosjektgruppen frem til at pasientoverleveringen burde starte ved intensivsykepleierens arbeidsstasjon, for deretter å gjennomføre en klinisk gjennomgang ved pasientsengen. Dette gir intensivsykepleierne mulighet til å danne en felles forståelse av pasientens kliniske tilstand og utført en dobbeltkontroll av medisinteknikk utstyr.

I følge Segall et al. (2012) er det et kjent problem at flere personer snakker samtidig under pasientoverleveringen. Det foretrekkes dermed at kun en person snakker av gangen da det kan redusere sjansen for at informasjon går tapt og at misforståelser oppstår (Segall et al., 2012). For at dette skal kunne skje bør de involverte i pasientoverleveringen i følge von Dossow & Zwissler (2016) kjenne til den grunnleggende gode kommunikasjonen. Dette synet underbygges av Colvin et al. (2016) og Registered Nurses `Association of Ontario (2014) som presiserer viktigheten av god og klar kommunikasjon hvor en ikke tar i bruk forkortelser, men bruker kjent og faglig språk. I følge Gardiner et al. (2015), Segall et al. (2012) og Vineet & Franan (2019) bør pasientoverleveringen dreie seg om å vektlegge hvilke oppgaver som skal utføres og hva som er pasientens aktuelle problemstilling. Gjennom samarbeid med prosjektgruppen har vi fått frem hvilke erfaringer helsepersonell i intensivavdelingen har i forhold til den verbale pasientoverleveringen. De støtter at den verbale pasientoverleveringen bør være fokusert på

pasientens aktuelle problemstilling og vektlegge oppgaver som skal utføres, for å unngå irrelevante samtaler under pasientoverleveringen.

Å kunne sette av tid til å stille spørsmål og diskutere pasientens behandling har blitt sett på som viktig gjennom flere studier (Gardiner et al., 2015; og Colvin et al., 2016; von Dossow & Zwissler, 2016), samt gjennom erfaringer fra prosjektgruppen. I følge Colvin et al. (2016) bør det skapes en kultur slik at ingen skal føle seg usikker på å stille spørsmål og diskutere pasientbehandlingen. Egne erfaringer tilsier at det er knapt med tid til å utføre pasientoverleveringen. Temaet om når i pasientoverleveringen det burde settes av tid til å stille spørsmål, har blitt diskutert i prosjektgruppen. I konsensus kom en frem til at spørsmål bør bli stilt etter at den kliniske gjennomgangen ved pasientsengen er gjennomført. Ved å sette av en fast tid for pasientoverlevering, kan det gi avsender mulighet til å overlevere pasientinformasjonen uavbrutt til mottaker. Eventuelle spørsmål fra mottaker, som er notert underveis, kan da bli besvart under overleveringen. Colvin et al. (2016) understreker viktigheten av å skape en kultur i avdelingen hvor intensivsykepleiere føler at de kan stille spørsmål og diskutere pasientbehandlingen.

5.5 Omgivelsene rundt pasientoverlevering

I følge Registered Nurses `Association of Ontario (2014) og Siriwardena & Mudalige (2017) kan pasientoverleveringen bli mer effektiv dersom det blir satt av optimalt med tid og en fast plass til overleveringen. Under pasientoverleveringen bør det være minst mulig forstyrrelse eller avbrytelse fra telefoner, leger, sykepleiere eller pårørende med mindre det er en nødsituasjon. Dette er også noe som blir fremhevet i resultatene til Vineet & Franan (2019) og Segall et al. (2012). Til tross for anbefalinger for optimalisering av omgivelsene rundt pasientoverleveringen har vi erfart at det ikke alltid er mulig å oppnå, fordi behandlingen til pasienten pågår kontinuerlig og at det kan være vanskelig å kontrollere hva som skjer den neste halve timen. I møte med prosjektgruppen diskuterte vi om planleggingen av pasientoverleveringen kan forbedres. Vi kom frem til at kulturen i avdelingen bør bli bedre og at ulike prosedyrer ikke bør bli utført i det avsatte tidspunktet for pasientoverleveringen. I tillegg bør en unngå forstyrrelser i form av beskjeder eller henvendelser så langt det lar seg gjøre.

5.6 Metodisk diskusjon

For å utarbeide anbefalinger i den kunnskapsbaserte fagprosedyren fulgte vi helsebibliotekets metode og minstekrav som bygger på AGREE II og trinnene i kunnskapsbasert praksis. Fremgangsmåten opplever vi som brukervennlig og oversiktlig. Videre skal vi drøfte det systematiske arbeidet av metoden ut i fra følgende seks trinn.

Trinn 1 og 2 i utarbeidelsen til anbefalinger for fagprosedyrer handler om refleksjon, forberedelse og spørsmålsformulering. Å utvikle en kunnskapsbasert fagprosedyre er en stor prosess og vi måtte derfor være sikker på at det er behov for en slik kunnskapsbasert fagprosedyre. Som tidligere nevnt har vi gjennom egne erfaringer observert at det er stor variasjon på hvordan pasientoverleveringen blir praktisert. Kowitlawakul et al. (2015) sine resultater viser at pasientoverlevering har en stor risiko for å påvirke pasientsikkerheten. Helse- og omsorgsdepartementet (2017-2018) ønsker økt pasientsikkerhet og trygge overganger innad i helsevesenet. Vi har med dette vurdert at en kunnskapsbasert fagprosedyre kan være til stor nytte for praksisfeltet.

Et krav fra AGREE II er at det skal være klart hvem som skal bruke prosedyren. I problemstillingen er det presisert at fagprosedyren gjelder for intensivsykepleiere som har pasientansvar. I tillegg har vi formulert forskningsspørsmålet til hvordan en med bruk av standardisert verktøy kan ivareta pasientsikkerheten under pasientoverleveringen i vaktskiftet. Ved å spisse problemstillingen på denne måten mener vi at forskningsspørsmålet som er stilt kan besvares, og tilfredsstillende da kravet i AGREE II. PICO-skjemaet danner grunnlaget for det systematiske litteratursøket. I samarbeid med hovedbibliotekaren valgte vi å ikke benytte oss av søkefeltet for «sammenlign». Dette ble gjort fordi det ikke var aktuelt å sammenligne pasientoverleveringen (vedlegg 2). På denne måten mener vi at vi får fram studier som kan svare til valgt problemstilling. Søkeordene som er benyttet er vurdert og godkjent av prosjektgruppen.

Trinn 3 i kunnskapsbasert praksis omhandler å utføre et systematisk litteratursøk (Nortvedt et al., 2016). I denne prosessen møtte vi på noen utfordringer, som gjorde at vi brukte lengre tid på søkene enn planlagt. På grunn av dette fikk vi hjelp fra en ekstern bibliotekar som har erfaring

med fagprosedyrer. Litteratursøket ble i etterkant godkjent og kan brukes ved en senere anledning.

Trinn 4 var et omfattende trinn da en skulle svare på AGREE II krav om å beskrive styrke og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget. For å oppnå dette ble funnen gjennomgått og vurdert ved hjelp av sjekklister, og det endelige resultatet ble lagt inn i et samle-og styrkeskjema. Det har vært diskutert med veilederne om vi skal bruke verktøyet GRADE for å gradere styrken på anbefalinger i de inkluderte studiene. I følge Helsebiblioteket (2011) metode og minstekrav for utarbeidelse av kunnskapsbaserte fagprosedyrer, skal helsebibliotekets sjekklister tas i bruk for å kvalitetsvurdere og gradere studiene. Det beskrives også i helsebiblioteket at vurderingen av styrke ikke er en del av minstekravet for å utvikle fagprosedyrer. Vi har valgt å legge ved kritisk vurderingsskjema til hver enkelt studie (vedlegg 7), i tillegg til de obligatoriske vedleggene som er nevnt på helsebiblioteket. Vi har utarbeidet fagprosedyren i henhold til metode og minstekrav, og hevder at reliabiliteten og validiteten er ivaretatt i vår fremgangsmåte da vi synliggjøre styrker og svakheter av kunnskapsgrunnlaget. På bakgrunn av dette har vi valgt å ikke benytte oss av GRADE som hjelpemiddel for å vurdere styrker på anbefalingene i de inkluderte studiene. Ved å utarbeide metoderapporten (vedlegg 1) gir vi andre innsyn til vår fremgangsmåte og bidrar til fagprosedyrens reliabilitet. Metoderapporten viser hvordan vi har oppfylt kravene til AGREE II. Slik vi vurderer det er de inkluderte studiene gjennomgående av høy til middels kvalitet og skjevhetene ved studiene er beskrevet i samle-og styrkeskjemaet.

Trinn 5 og 6 i prosessen handler om gjøremål som ligger fram i tid. Det skal beskrives hvordan den kunnskapsbaserte fagprosedyren skal anvendes, oppdateres og evalueres. For at fagprosedyren skal bli tilgjengelig for alle helseforetak må den til høring hos fagpersoner som ikke har vært delaktig under utarbeidelse. Vi mener at det er svært positivt at utenforstående skal vurdere fagprosedyren, da det kan øke reliabilitet og validitet. Når fagprosedyren er blitt publisert, vil navnene på personer som har bidratt under utarbeidelsen og helseinstituttet vises, men i selve masteroppgaven har vi anonymisert disse opplysningene. I følge AGREE II skal det lages en plan for oppdatering av den kunnskapsbaserte fagprosedyren. Vi har dokumentert dato for siste litteratursøk er gjennomført og har satt intensivavdelingen i vårt helseforetak og oss selv

som ansvarlige for framtidig oppdatering. Masteroppgaven er utarbeidet etter forskningsetiske retningslinjer og godkjent av forskningsavdelingen ved vårt helseforetak.

5.7 Plan for implementering

Den kunnskapsbaserte fagprosedyren skal være til hjelp i arbeidshverdagen til intensivsykepleiere. Anbefalingene i fagprosedyren kan endre gamle vaner og påvirke utførelsen av pasientoverleveringen ut i fra prinsipper for kunnskapsbasert praksis, og dermed bedre praksisen som blir utført (Houser, 2012). Implementeringen av fagprosedyren i egen avdeling og helseforetak er noe vi kan ta tak i når fagprosedyren er blitt godkjent i vårt helseforetak. Vi ser for oss at det kan bli utfordrende da til holdninger til fagprosedyrer kan variere. For at implementeringen skal kunne gjennomføres på en god måte, er det viktig at det blir tilrettelagt for god opplæring for alle ansatte. Ved at intensivsykepleiere er opplyst om utfordringene ustrukturert pasientoverlevering kan by på, og prioriteter pasientoverleveringen i behandlingen mener vi at fagprosedyren kan heve kvaliteten og redusere variasjoner under pasientoverleveringen. På denne måten kan pasientoverleveringen bli utført på en lik måte uavhengig hvilket helseforetak overleveringen utføres ved.

5.8 Implikasjoner for videre forskning

Det systematiske litteratursøket har vist at det er lite forskning på pasientoverlevering i intensivavdeling. Et forslag til videre forskning er at masterstudenter innen intensiv kan gjøre en studie på implementering og etterlevelse av denne fagprosedyren. Vi ønsker i tillegg at det skal blir gjort mer forskning på pasientoverlevering i intensivavdeling, og at det utarbeides et verktøy for å måle effekten av standardisert verktøy.

6.0 Konklusjon

Hensikten med masteroppgaven har vært å utarbeide en kunnskapsbasert fagprosedyre for trygg pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling. Anbefalingene bygger på systematisk innhentet forskning, erfaringsbasert kunnskap gjennom diskusjon og konsensus med prosjektgruppen, og pasientens synspunkter ut i fra studier som er inkludert. Vi har prøvd å gjøre fagprosedyren så oversiktlig og tydelig som mulig. Anbefalingene er klart definert i fagprosedyren hvor vi har laget et ISBAR-verktøy som systematiserer innholdet i overleveringen. Vi mener at fagprosedyren kan bidra til å øke utøvelsen av kunnskapsbasert praksis under pasientoverleveringen i intensivavdeling. Selv om det ikke finnes en standard for beste praksis på temaet, mener vi at anbefalingene i fagprosedyren kan bedre pasientsikkerheten ved å redusere variasjoner under pasientoverleveringen.

Referanser

- Arora, V. M., Manjarrez, E., Dressler, D. D., Basaviah, P., Halasyamani, L., & Kripalani, S. (2009). Hospitalist handoffs: a systematic review and task force recommendations. *Journal of Hospital Medicine (Online)*, 4(7), 433-440.
doi:<https://dx.doi.org/10.1002/jhm.573>
- Bakon, S., Wirihana, L., Christensen, M., & Craft, J. (2017). Nursing handovers: An integrative review of the different models and processes available. *Int J Nurs Pract*, 23(2).
doi:10.1111/ijn.12520
- Colvin, M. O., Eisen, L. A., & Gong, M. N. (2016). Improving the patient handoff process in the intensive care unit: keys to reducing errors and improving outcomes. *Seminars in Respiratory & Critical Care Medicine*, 37, 96-106. doi:10.1055/s-0035-1570351
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Retrieved from <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/?fbclid=IwAR3pZ1QCzZPz7ZqNG2pt50fsQHQ7GQtIzsfceKDn8kIMfQhUBeiI-5mjxKg>
- Eiring, Ø., Pedersen, M. S., Borgen, K., & Jamtvedt, G. (2010). Prosedyrearbeid- meningsløst mangfold? Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten
- Figur 1: Kunnskapsbasert praksis. [hentet 20.08.18]. Retrieved from <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Figur 2: Metode og minstekrav for utarbeidelse av kunnskapsbasert fagprosedyre, (2011)
Retrieved from <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/metode>
- Figur 3: Kunnskapspyramiden med eksempler på kilder. [hentet 20.08.18]
Retrieved from <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>
- Flemming, D., & Hubner, U. (2013). How to improve change of shift handovers and collaborative grounding and what role does the electronic patient record system play? Results of a systematic literature review. *Int J Med Inform*, 82(7), 580-592.
doi:10.1016/j.ijmedinf.2013.03.004

- 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. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2015.02.001>
- Goldenberg, M. J. (2005). On evidence and evidence-based medicine: lessons from the philosophy of science. *socialscience medicine*, 2621-2632. doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.031
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2017-2018). *Melding til stortinget- kvalitet og pasientsikkerhet*. (Meld. St. 6). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20172018/id2581316/>.
- Helsebiblioteket. (2010). Deinisjon av fagprosedyre. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/metode/definisjon-av-fagprosedyre>
- Helsebiblioteket. (2011). Metode og minstekrav for utarbeidelse av kunnskapsbasert fagprosedyre. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/metode>
- Helsebiblioteket. (2016). Sjeklister. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjeklister>
- Houser, J. (2012). *Nursing Research reading, using, and creating evidence* (2 Ed.). Mississauga: Jonas & Bartlett Learning.
- I trygge hender 24/7. (2017). I trygge hender 24-7 og pasientsikkerhetsprogram.
- Mardis, T., Mardis, M., Davis, J., Justice, E. M., Riley Holdinsky, S., Donnelly, J., . . . Riesenber, L. A. (2016). Bedside Shift-to-Shift Handoffs: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Nursing Care Quality*, 31(1), 54-60. doi:10.1097/NCQ.0000000000000142
- 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*. doi:10.1016/j.aucc.2018.03.009
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinar, L. M. (2016). *Jobb kunnskapsbasert* (2 ed.). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.

- NSFLIS. (2017). Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere. Retrieved from <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3637056/17036/FUNKSJONS--OG-ANSVARSBESKRIVELSE-FOR-INTENSIVSYKEPLEIER>
- Registered Nurses` Association of Ontario. (2014). Care Transitions. Retrieved from https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Care_Transitions_BPG.pdf
- Reine, E. (2015). Postoperativ pasientoverføring. In K. Aase (Ed.), *PASIENTSIKKERHET TEORI OG PRAKSIS* (2 ed., pp. 155-166). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- 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(7), 600-607. doi:<https://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002309>
- Saunes, I. S., Svendsby, P. O., Mølstad, K., & Thesen, J. (2010). Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet. Retrieved from https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat_2010_kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet_v2.pdf
- Schibeavaag, L., Laugaland, K. A., & Aase, K. (2015). Sikkerhet, samhandling og pasientoverganger. In K. Aase (Ed.), *PASIENTSIKKERHET TEORI OG PRAKSIS* (2 ed., pp. 129-140). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Segall, N., Bonifacio, A. S., Schroeder, R. A., Barbeito, A., Rogers, D., Thornlow, D. K., . . . Durham, V. A. P. S. C. o. I. (2012). Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesthesia & Analgesia*, 115(1), 102-115. doi:<https://dx.doi.org/10.1213/ANE.0b013e318253af4b>
- Smeulers, M., Dolman, C. D., Atema, D., van Dieren, S., Maaskant, J. M., & Vermeulen, H. (2016). Safe and effective nursing shift handover with NURSEPASS: An interrupted time series. *Applied Nursing Research* 32, 199-205. doi:10.1016/j.apnr.2016.07.010
- Spesialisthelsetjenestenloven. (2011). Lov om spesialisthelsetjenesten. Retrieved from https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_3
- Spooner, A. J., Aitken, L. M., Corley, A., Fraser, J. F., & Chaboyer, W. (2016). Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 165-172. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.05.006

- Spooner, A. J., Chaboyer, W., Corley, A., Hammond, N., & Fraser, J. F. (2013). Understanding current intensive care unit nursing handover practices. *Int J Nurs Pract*, *19*(2), 214-220. doi:10.1111/ijn.12058
- Stubberud, D. G. (2015). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. . In T. Gulbrandsen, & Stubberud, D.G. (Ed.), *Intensivsykepleie* (3 ed., pp. 43-68). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Stubberud, D. G. (2018). *Kvalitet og pasient- sikkerhet* (1 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tobiano, G., Bucknall, T., Sladdin, I., Whitty, J. A., & Chaboyer, W. (2018). Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review. *International Journal of Nursing Studies*, *77*, 243-258. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.10.014
- Vineet, A., & Farnan, J. (2019). Patient handoffs. Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/patient-handoffs?search=bedsid-safty-check&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
- Vist, G. E., Sæterdal, I., Vandvik, P. O., & Flottorp, S. A. (2013). Gradering av kvaliteten på dokumentasjonen. *23*, 151-156. doi:<https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1637>
- von Dossow, V., & Zwissler, B. (2016). Recommendations of the German Association of Anesthesiology and Intensive Care Medicine (DGAI) on structured patient handover in the perioperative setting
- World Health Organization. (2009). Human Factors in Patient Safety. Review of Topics and Tools. Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety. Retrieved from https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf

Del II
Kunnskapsbasert
fagprosedyre

Trygg pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling

Utgitt:

NN

Versjon: 1.0

Siste litteratursøk:

22.02.19

Helsepersonell prosedyren gjelder for:

Intensivsykepleier med pasientansvar under pasientoverleveringen

Pasienter prosedyren gjelder for:

Voksne pasienter ≥ 18 år, innlagt i intensivavdeling

Hensikt og omfang

Sikre en kunnskapsbasert pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling, og derved kunne redusere variasjoner i overleveringen av pasientansvaret mellom intensivsykepleiere. Fagprosedyren kommer med anbefalinger for utøvelsen og skal være et veiledende verktøy til bruk under pasientoverleveringen.

Fremgangsmåte

- Anbefaling med visuell støtte
- Bakgrunn
- Referanseliste

Vedlegg

- Metoderapport
- PICO-skjema
- Dokumentasjon av litteratursøk
- Samle-og styrkeskjema

Anbefalinger

Standardisering av pasientoverleveringen

- Standardisering gjennom utvikling og bruk av verktøy (1, 2).
- Bruk av ISBAR-verktøyet (3, 7, 9)
- Fast oppsett for rekkefølgen av rapportering (1)
- Tilpass rapporteringsverktøy til ulike situasjoner og spesialiteter (1)

Bruk av elektronisk overleveringssystem

- Start pasientoverleveringen ved intensivsykepleiers arbeidsstasjon (1, 2, 5)

Verbal pasientoverlevering

- Ansikt- til- ansikt kommunikasjon (2, 5).
- Kommuniser konkret og konsist (1, 2, 5)
- Overlever objektiv og pasientrelatert informasjon (1, 2)
- Vektlegg hvilke oppgaver som skal utføres og pasientens aktuelle problemstilling (2, 5, 8)
- Avsender gir spesifikk veiledning om håndtering av forventede hendelse til mottaker (2, 5)
- Gi mottaker rom for å stille spørsmål (1, 2)
- Mottaker noterer underveis (1)

Innhold i ISBAR

Identitet: (9)

- Navn (2, 3, 9, 10)
- Alder (2, 3, 5, 9)
- Intensivdøgn (5, 9)
- Pårørende (9)
 - Barn som pårørende (K)

Situasjon (9) - nåværende tilstand (2, 3, 10)

- Diagnose (2, 9)
 - Tidligere sykdom, spesifiser kort tidligere sykdommer som har hatt innvirkning på innleggelsen (K)
 - Aktuelle diagnoser (K)

- Allergi (2, 5, 6)
- Smitte (K)
- HLR-status (2, 9)

Bakgrunn (3, 9, 10)

- Hendelsesforløp (K)
 - Medisinsk og kirurgisk historie/prosedyrer (2, 6, 9)
- Funksjonsnivå (CNS, bevegelighet) (K)
- Faste medikamenter (5, 6)

Aktuelle vurderinger (3, 9):

- Sentralnervesystemet (9)
 - RASS/ CAM-ICU (K)
- Respirasjon (luftveier og respirator) (6, 9)
- Sirkulasjon (9)
- Abdomen (9)
- Eliminasjon (9)
 - Diurese
 - Avføring
 - Oppkast
- Ernæring/væske, elektrolyttbalanse (K) og vekt (2, 5, 6)
- Hud (9)
- Aktivitet/funksjonsstatus (K)
- Smerte, søvn, hvile, velvære (K)
- Aktuelle medikamenter (5)
- Laboratoriske prøver (2, 6)

Råd/ anbefalinger (9)

- Beskjeder fra anestesilege (6, 9)
- Videre plan i behandlingen (2, 3, 9, 10) forventet bedring eller problemer (2)
- Plan for dagen (3)
 - Mobilisering (K)
 - Seding (K)
 - Smertebehandling (K)
 - Ventilasjonsstøtte (3)
- Planlagte undersøkelser (9)

- Gjennomgang ved pasientsengen (K)
 - Systematisk gjennomgang av pasientens kliniske tilstand (1)
 - Dobbeltkontroll av medisinsk utstyr og infusjoner (1, 10)
 - Invasive tilganger (3)
 - Innstillinger på medisinsktekniske utstyr (K)
- Oppsummering av pasientens tilstand, planer og mål: tid til å stille spørsmål samt gjenfortelle aktuell informasjon (1, 2, 5).
 - Pasienten og pårørende kan ta del i diskusjonen (1, 2)
 - Plan for informasjonsmøte med pårørende (K)

(Tabell 2)

Omgivelsene rundt pasientoverleveringen

- Godt opplyst pasientrom (1)
- Stille omgivelser (1)
- Skap tilstrekkelig tid (1, 5)
- Begrens avbrudd og distraksjoner (1, 2, 5)
- Avsender stiller forberedt til å gi rapport (1, 2)
- Utsett overleveringen ved bekymring for pasientens tilstand (1)
- Ivareta pasientens og pårørendes personvern (1, 2).

Skriftlig pasientoverlevering

- Det anbefales at avsender utfører en skriftlig pasientoverlevering som er dokumentert i pasientjournalen i tillegg til den verbale overleveringen (3, 5, 10).

Begrunnelser for anbefalinger

Erfaring og forskning tilsier at det blir utøvd variasjoner ved pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling. Pasientoverleveringen har fått økende fokus i det siste og er nå en av fem prioriterte saker for å sikre pasientsikkerheten verden over (9). Det økte fokuset kommer av at dårlig kvalitet og kommunikasjonsfeil under pasientoverleveringen har blitt identifisert som en av hovedårsakene til pasientskader i sykehus (3, 9, 10). I fagprosedyren har vi ut i fra forskning og konsensus med prosjektgruppen kommet frem til anbefalinger som kan bidra til å redusere variasjoner under pasientoverleveringen. Anbefalingene er skissert og illustrert i tabell 2, videre i fagprosedyren har vi utdypet anbefalingene vi mener må presiseres.

Vi har valgt å bruke ordet «mottaker» og «avsender» av pasientoverlevering, da disse begrepen er brukt i en tidligere studie (6). Vi definerer ordet «mottaker» om intensivsykepleier som overtar pasientansvaret, og ordet «avsender» om intensivsykepleier som overleverer pasientansvaret i pasientoverleveringen. ISBAR står for «identitet», «situasjon», «bakgrunn», «aktuelle vurderinger» og «råd/anbefalinger»

Ved å standardisere pasientoverleveringen gjennom utvikling og bruk av verktøy, struktureres og defineres den verbale overleveringen (1). Pasientinformasjonen som formidles blir dermed tydelig, innholdsrik og sikrer inkludering av den mest relevante informasjonen (1, 2, 6). Dette kan øke kvaliteten og effektiviteten av kommunikasjonen (6, 11). Ved å standardisere pasientoverleveringen kan en forhindre kjente utfordringene med pasientoverlevering (3, 9, 10) og forbedre pasientsikkerheten (6).

Resultatene i studiene vi har inkludert i fagprosedyren viser til ulike standardiseringsverktøy, deriblant ulike former for SBAR-verktøyet (1-7, 9). Verktøyet har vist seg å være vellykket implementert blant sykepleiere (3-5), da informasjonen blir overlevert med en forutsigbar struktur som forbedrer kommunikasjonen og gjør pasientoverleveringen mer informativ (1-4, 10). Ut i fra konsensus med prosjektgruppen har vi valgt kommunikasjonsverktøyet ISBAR som en ramme for innholdet i fagprosedyren. ISBAR-verktøyet er allerede implementert ved

noen postoperative avdelinger i Norge. Vi mener dermed at å benytte oss av det samme verktøyet kan bidra til at pasientoverleveringen blir av mest mulig lik kvalitet i helsevesenet. I tillegg inkluderer ISBAR punktet «identitet», noe som anbefales av enkelte studier (2, 9, 10) som er inkludert i fagprosedyren.

Intensivsykepleiere som har ansvaret for pasientoverlevering skal stille forberedt til den verbale pasientoverleveringen ved å samle den nødvendige informasjonen om pasientens aktuelle problemstilling (1, 2, 5, 6, 8). Dersom pasientsituasjonen skulle bli forverret bør en vurdere å utsette overleveringen til situasjonen er under kontroll (1). Pasientoverleveringen skal først starte ved intensivsykepleierens arbeidsstasjon, for å lettere innhenter nødvendig informasjon som lab-resultater og undersøkelser (1, 2, 5). Under den verbale pasientoverleveringen skal pasientinformasjonen overleveres ansikt-til-ansikt (5). Mottaker av pasientoverleveringen får dermed mulighet til å stille spørsmål underveis, og bekrefter at pasientansvaret er overlevert ved å uttrykke en felles forståelse av pasientsituasjonen (5, 10).

Vi har valgt å inkludere punktet «barn som pårørende» under «identitet» dersom det skulle være relevant, da det bevisstgjør intensivsykepleiere om å inkludere barn i pasientforløpet (K). Vi tydeliggjør at tidligere sykdommer under punktet «situasjon» kun skal inneholde tidligere sykdommer som har hatt innvirkning på pasientens innleggelse. Med det mener vi for eksempel KOLS i eksaserbasjon eller koronare sykdom og hjertestans. Punktet for «situasjon» i ISBAR skal være kort og presis slik at en kan sette den informasjonen som kommer senere i relasjon til den aktuelle situasjonen. Under oppsummeringen av pasientens tilstand skal det nevnes planer for informasjonsmøte med pårørende, som en påminnelse til intensivsykepleieren om å inkludere pårørende i pasientbehandlingen (K).

Etter gjennomgangen ved intensivsykepleiers arbeidsstasjon skal pasientoverleveringen fortsette ved pasientsengen, for å sikre at ingen essensiell pasientinformasjon er utelatt (1, 7). En gjennomfører i den forbindelse en dobbeltkontroll av innstillinger på medisinskteknisk utstyr og infusjoner (1) samt invasive tilganger (3). Avslutningsvis i pasientoverleveringen skal mottaker av pasientinformasjonen gjengi kritisk informasjon og gjøremål for å forsikre avsender at informasjonen er tilstrekkelig formidlet. Mottaker bekrefter da sin forståelse av pasientinformasjonen under overleveringen av det faglige pasientansvaret (1, 2, 5, 10). Pasienten kan da ta del i diskusjonen om tilstand, planer og videre mål for behandlingen (1, 2).

Tabell 2 – ISBAR verktøy

Intensiv	
I	<p>Identitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Navn • Alder • Intensivdøgn • Pårørende <ul style="list-style-type: none"> - Barn som pårørende
S	<p>Situasjon – nåværende tilstand:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidligere sykdommer – som har hatt innvirkning på innleggelsen • Aktuelle diagnoser • Allergi • Smitte • HLR status
B	<p>Bakgrunn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hendelsesforløp • Funksjonsnivå (CNS, bevegelighet) • Faste medikamenter
A	<p>Aktuelle vurderinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentralnervesystemet • Respirasjon • Sirkulasjon • Abdomen • Eliminasjon <ul style="list-style-type: none"> - Diurese - Avføring - Oppkast • Ernæring/væske/elektrolyttbalanse/vekt • Hud • Aktivitet/funksjonsstatus • Smerte/søvn/hvile/velvære • Medikamenter • Blodgass/lab.prøver • Andre problemer som burde bli nevnt
R	<p>Råd/anbefalinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beskjeder fra anestesilege • Videre plan i behandlingen • Plan for dagen <ul style="list-style-type: none"> - Mobilisering - Sedering - Smertebehandling - Ventilasjonsstøtte • Henvisninger til undersøkelse og vurderinger • Klinisk rapport <ul style="list-style-type: none"> - Systematisk gjennomgang av pasienten - Invasive tilganger - MTU utstyr og infusjoner - MTU innstillinger • Oppsummering av pasientens tilstand, planer og mål <ul style="list-style-type: none"> - Plan for informasjonsmøte med pårørende

Referanser

1. Registered Nurses`Association of Ontario. Care Transitions2014. Available from:
https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Care_Transitions_BPG.pdf.
2. Segall N, Bonifacio AS, Schroeder RA, Barbeito A, Rogers D, Thornlow DK, et al. Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesth Analg*. 2012;115(1):102-15.
3. Bakon S, Wirihana L, Christensen M, Craft J. Nursing handovers: An integrative review of the different models and processes available. *Int J Nurs Pract*. 2017;23(2).
4. Robertson ER, Morgan L, Bird S, Catchpole K, McCulloch P. Interventions employed to improve intrahospital handover: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(7):600-7.
5. Vineet,A., & Farnan, J. Patient handoffs 2019 [Available from:
https://www.uptodate.com/contents/patient-handoffs?search=bedsid-safty-check&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4.
6. Marshall AP, Tobiano G, Murphy N, Comadira G, Willis N, Gardiner T, et al. Handover from operating theatre to the intensive care unit: A quality improvement study. *Aust Crit Care*. 2018;26:26.
7. Mardis T, Mardis M, Davis J, Justice EM, Riley Holdinsky S, Donnelly J, et al. Bedside Shift-to-Shift Handoffs: A Systematic Review of the Literature. *J Nurs Care Qual*. 2016;31(1):54-60.
8. Gardiner TM, Marshall AP, Gillespie BM. Clinical handover of the critically ill postoperative patient: an integrative review. *Aust Crit Care*. 2015;28(4):226-34.
9. Spooner AJ, Aitken LM, Corley A, Fraser JF, Chaboyer W. Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study. *Int J Nurs Stud*. 2016;61:165-72.
10. Spooner AJ, Chaboyer W, Corley A, Hammond N, Fraser JF. Understanding current intensive care unit nursing handover practices. *Int J Nurs Pract*. 2013;19(2):214-20.
11. Salzwedel C, Mai V, Punke MA, Kluge S, Reuter DA. The effect of a checklist on the quality of patient handover from the operating room to the intensive care unit: A randomized controlled trial. *J Crit Care*. 2016;32:170-4.

Vedlegg

Fagprosedyrer

Vedlegg 1 - Metoderapport

Metoderapport (AGREE II, 2010-utgaven)

OMFANG OG FORMÅL

1. Fagprosedyrens overordnede mål er:

Å utføre en kunnskapsbasert og systematisk pasientoverlevering av intensivpatienten under vaktskiftet i intensivavdeling. Målet er å redusere variasjoner som blir utøvd under overleveringen av pasientansvaret mellom intensivsykepleiere.

2. Helsepørsmål(ene) i fagprosedyren er:

Hvordan skal intensivsykepleiere ved bruk av et standardisert verktøy ivareta pasientsikkerheten under pasientoverleveringen i vaktskiftet.

3. Populasjonen (pasienter, befolkning osv) fagprosedyren gjelder for er:

Voksne pasienter ≥ 18 år, innlagt i intensivavdeling.

INVOLVERING AV INTERESSER

4. Arbeidsgruppen som har utarbeidet fagprosedyren har med personer fra alle relevante faggrupper (navn, tittel og arbeidssted noteres):

I utarbeidelsen av masteroppgaven har vi som masterstudenter fungert som ledere i prosjektgruppen.

Charlotte Svalestad, Mastergradsstudent i intensivsykepleier, Universitetet i Stavanger,
c.svalestad@stud.uis.no

Vibeke Dalene, Mastergradsstudent i intensivsykepleier, Universitetet i Stavanger,
v.dalene@stud.uis.no

NN, anestesioverlege på Universitetssykehuset i NN

NN, fagutviklingssykepleier i intensivavdeling på Universitetssykehuset i NN

NN, intensivsykepleier i intensivavdeling på Universitetssykehuset i NN

NN, intensivsykepleier i intensivavdeling på Universitetssykehuset i NN

Fagprosedyrer

Vedlegg 1 - Metoderapport

5. Synspunkter og preferanser fra målgruppen (pasienter, befolkning osv) som fagprosedyrer gjelder for:

I samarbeid med prosjektgruppen har det blitt diskutert hvordan brukermedvirkningen skal ivaretas. Vi mener at pasientens stemme har blitt tatt hensyn til ved å inkludere studier som omhandler den våkne pasients opplevelser under pasientoverleveringen. Disse grepene mener vi danner grunnlaget for å ivareta pasientens behov på en tilfredsstillende måte.

6. Det fremgår klart hvem som skal bruke prosedyren:

Den kunnskapsbaserte fagprosedyrer skal brukes av intensivsykepleier som har pasientansvar under pasientoverleveringen.

METODISK NØYAKTIGHET

7. Systematiske metoder ble benyttet for å søke etter kunnskapsgrunnlaget:

I perioden mai 2018 til februar 2019 har vi i samarbeid med hovedbibliotekar NN ved bibliotekjennesten i Helse NN utført et systematisk litteratursøk (vedlegg 3). PICO-skjemaet ble utarbeidet etter spørsmålene i forhold til fagprosedyrer (vedlegg 2). Vi har søkt i databaser med utgangspunkt i S-pyramiden, hvor vi startet å søke i øverste trinn og jobbet oss nedover mot primærstudier etter anbefaling fra helsebiblioteket metode og minstekrav.

Vi har kontaktet fire Universitetssykehus i Norge og Danmark for å undersøke om de hadde noen kunnskapsbaserte fagprosedyrer eller lokal prosedyre om pasientoverlevering i intensivavdeling.

8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er:

Kunnskapsgrunnlaget i masteroppgaven ble dannet ut i fra PICO-skjemaet. Vi har valgt å avgrense søkene til intensivpasienter ≥ 18 år og studier på engelsk og skandinavisk språklige studier. På grunn av begrensinger i treff som omhandler pasientoverlevering i intensivavdeling, valgte vi å inkludere studier som ikke spesifiserer avdelinger, men omhandler pasientoverleveringsverktøy blant sykepleiere, postoperativ pasientoverlevering og pasientoverlevering fra postoperativ til intensiv. I tillegg til at prosjektgruppens erfaringer ble inkludert i kunnskapsgrunnlaget.

Fagprosedyrer

Vedlegg 1 - Metoderapport

9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er:

Styrken ved kunnskapsgrunnlaget er at det baseres seg på forskningskunnskap og erfaringsbasert kunnskap. Litteratursøket vårt resulterte i forskning høyt i S-pyramiden med to retningslinjer og fem systematiske oversiktsartikler. Svakheterne er at det finnes lite forskning som spesifikt omhandler pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling. Effektiviteten i forhold til bruken av de ulike overleveringsverktøyene har ikke blitt tilstrekkelig vurdert da det er få artikler med studiedesignet RCT som har blitt utført. Det er dermed utfordrende å trekke en konklusjon om hvilket verktøy som er det «beste» i utøvelse av pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling.

10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er:

Vi har brukt helsebibliotekets metode og minstekrav i utarbeidelsen av den kunnskapsbaserte fagprosedyre, som bygger på AGREE II verktøyet. De utvalgte studiene ble vurdert med bruk av sjekklister fra helsebiblioteket. Studiene er deretter lagt inn i samle-og styrkeskjemaet (vedlegg 6). Samleskjemaet oppsummerer innhold, resultat, konklusjon, relevant og overføringsverdi, og styrkeskjemaet oppsummerer styrker og svakheter i studiene.

11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene:

Helsemessige fordeler med bruk av anbefalingene er å redusere uønskede hendelser og bidra til å ivareta pasientsikkerheten. Risikoen er at selv om anbefalingene blir fulgt kan pasientinformasjon bli glemt.

12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget:

Kunnskapsgrunnlaget blir presentert i samle-og styrkeskjemaet. For å referer til kunnskapsgrunnlaget til anbefalingen er det blitt brukt Vancouver referansestil, og anbefalinger som er laget på bakgrunn av prosjektgruppens erfaring er referert med (K).

Fagprosedyrer

Vedlegg 1 - Metoderapport

13. Fagprosedyren er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering (Tittel, navn, avdeling, sykehus på alle som har hatt prosedyren til høring):

Etter at fagprosedyren er godkjent i eget helseforetak skal den sendes til ekstern høring.

14. Tidsplan og ansvarlige personer for oppdatering av fagprosedyren er:

Oppdatering av fagprosedyren og gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget skal gjøres hvert 3 år etter at det siste litteratursøk ble utført. Det er mastergradsstudentene Charlotte Svalestad og Vibeke Dalene, sammen med intensivavdelingen ved NN Universitetssykehus som er ansvarlig for oppdateringen. Neste oppdatering er februar 2021.

KLARHET OG PRESENTASJON

15. Anbefalingene er spesifikke og tydelige:

Kunnskapsgrunnlaget gir tydelige anbefalinger for trygg pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling. Anbefalingene blir presentert i kulepunkter og illustrert i et ISBAR-verktøy.

16. De ulike mulighetene for håndtering av tilstanden eller det enkelte helse spørsmålet er klart presentert:

Ja.

17. De sentrale anbefalingene er lette å identifisere:

Ja.

18. Faktorer som hemmer og fremmer bruk av fagprosedyren:

Faktorer som er hemmende i bruken av fagprosedyren kan være at intensivsykepleiere ikke er kjent med problemer som er knyttet til pasientoverleveringen, i tillegg til mulig skepsis til endring av praksis. Fremmende faktorer kan være at ISBAR-verktøyet er kjent og anvendbart. Det fremmer bevisstgjøring av fordeler ved å strukturere pasientoverleveringen.

Fagprosedyrer

Vedlegg 1 - Metoderapport

ANVENDBARHET

19. Hvilke råd og/eller verktøy for bruk i praksis er fagprosedyren støttet med:

Det er utarbeidet anbefalinger for hva en pasientoverlevering i en intensivavdeling burde inneholde.

20. Potensielle ressursmessige konsekvenser ved å anvende anbefalingene er:

Ved å redusere variasjoner under pasientoverleveringen vil en kunne bidra til å ivareta pasientsikkerheten og forbedre effektiviteten på overleveringen.

21. Fagprosedyrens kriterier for etterlevelse og evaluering:

Fagprosedyrens klare anbefalinger presenteres enkelt gjennom et ISBAR-verktøy, og gjør anbefalingene mulig å etterleve.

REDAKSJONELL UAVHENGIGHET

22. Synspunkter fra finansielle eller redaksjonelle instanser har ikke hatt innvirkning på innholdet i fagprosedyren:

Nei.

23. Interessekonflikter i arbeidsgruppen bak fagprosedyren er dokumentert og håndtert:

Det har ikke vært noen interessekonflikter under utarbeidelsen av fagprosedyren.

Vedlegg 2 – PICO-skjema

Tittel/arbeidstittel på prosedyren: Trygg pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling			
Problemstilling formuleres som et presist spørsmål Hvordan skal intensivsykepleiere ved bruk av et standardisert verktøy ivareta pasientsikkerheten under pasientoverleveringen i vaktskiftet?			
Viktigste punktene for vår oppgave: <ul style="list-style-type: none"> - Pasientsikkerhet - Informasjonsoverføring om pas. tilstand og medisinteknisk innstillinger - Kvalitetssikre arbeidet som blir utført - Standardisering av rutiner på intensiv 			
Hva slags type spørsmål er dette? <input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input checked="" type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input checked="" type="checkbox"/> Effekt av tiltak		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter? Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	
P Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	C Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
P	I	C	O
Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem	Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	Noter engelske søkeord for utfall
ICU patient Critically ill(ness) Intensive Care Unit Post-Operative	Checklist* (Bedside) safety check* (Bedside) Shift report* Handoff* Hand off* Handover* Nursing (handover) Intershift Shift Change of shift report* Sign off* Sign out* ISOBAR I-Pass CRM SBAR		Patient safety Quality improvement Risk reduction Quality assurance

Dokumentasjon av litteratursøk for fagprosedyrer

Søk skal dokumenteres på en slik måte at de kan reproduseres nøyaktig slik de ble gjennomført. Dato for søk skal alltid oppgis. Antall treff oppgis der det er relevant.

Prosedyrens tittel	Trygg pasientoverlevering under vaktskiftet i intensivavdeling
Spørsmål fra PICO-skjema	<i>Hvordan skal intensivsykepleiere ved bruk av et standardisert verktøy ivareta pasientsikkerheten under pasientoverleveringen i vaktskiftet?</i>
Kontakt detaljer prosedyremakere	Navn: Vibeke Dalene og Charlotte Svalestad E-post: v.dalene@stud.uis.no Tlf: 90630316
Bibliotekar som utførte eller veiledet søket	Navn: Hilde Elin Sperrevik Magnussen Arbeidssted: Universitetsbiblioteket i Stavanger, Medisinsk bibliotek E-post: hilde.e.magnussen@uis.no Tlf: 51831362 Navn: Elisabeth Molland Arbeidssted: Universitetsbiblioteket i Stavanger, Medisinsk bibliotek Epost: elisabeth.h.molland@uis.no Tlf: 51831368

Obligatoriske kilder er merket (obligatorisk). Slett gjerne bokser for kilder det ikke er søkt i, og legg eventuelt til nye bokser for kilder som er søkt i tillegg. Nederst i skjemaet er en tom boks som kan kopieres og limes inn andre steder.

Retningslinjer og kliniske oppslagsverk

Database/kilde	Fagprosedyrer som er godkjent i de enkelte helseforetak på fagprosedyrer.no (obligatorisk)
Dato for søk	22.02.19
Søkehistorie eller fremgangsmåte	Pasientsikkerhet (18 treff, ingen relevante) Pasientoverlevering (0 treff),
Kommentarer	

Database/kilde	Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere, prioriteringsveiledere og pakkeforløp fra Helsedirektoratet (obligatorisk)
Dato for søk	22.02.19

Dokumentasjon av litteratursøk for fagprosedyrer

Søkehistorie eller fremgangsmåte	Sett igjennom de aktuelle temaene på publikasjoner som er publisert. Pasientsikkerhet 62 treff, (ingen relevante) Pasientoverlevering 0 treff
Kommentarer	

Database/kilde	UpToDate (obligatorisk)
Dato for søk	03.05.18
Søkehistorie eller fremgangsmåte	Brukt søkeordene; hand off, checklist, information transfer, bedside report, handover, handoff, shift report
Patient Education	
Kommentarer	1 relevant

Database/kilde	BMJ Best Practice (obligatorisk)
Dato for søk	07.01.19
Søkehistorie eller fremgangsmåte	Brukt søkeordene; hand off, checklist, informaion transfer, bedside report, handover, handoff, shift report
Patient leaflets	
Kommentarer	Da dette er et oppslagsverk for symptomer og sykdommer finner vi ingen aktuelle oppslagsverk for temaet vårt.

Database/kilde	National Guideline Clearinghouse (obligatorisk)
Dato for søk	07.01.19
Søkehistorie eller fremgangsmåte	Brukt søkeordene; hand off, checklist, informaion transfer, bedside report, handover, handoff, shift report
Antall treff	Søkeord Hand-off: 10 treff
Kommentarer	4 mulige relevante

Database/kilde	G-I-N (Guidelines International Network)
Dato for søk	08.02.19
Søkehistorie eller fremgangsmåte	Brukt søkeordene: hand off, handoff*, checklist*, informaion transfer, bedside report*, handover*, shift report*
Antall treff	Søkeord: Handoff = 1 treff, Shift report* = 1 treff, Checklist* = 22 treff (ingen relevante)
Kommentarer	1 mulig relevant

Dokumentasjon av litteratursøk for fagprosedyrer

Database/kilde	NICE Guidance (UK) (obligatorisk)
Dato for søk	07.01.19
Søkehistorie eller fremgangsmåte	Brukt søkeordene; hand off, handoff*, checklist*, informaion transfer, bedside report*, handover*
Kommentarer	Ingen relevante

Database/kilde	Helsebibliotekets retningslinjer og veiledere
Dato for søk	22.02.19
Søkehistorie eller fremgangsmåte	Søkt på Vaktskifte 0 treff, Pasientsikkerhet 4 treff, Pasientoverlevering 0 treff,
Kommentarer	Ingen relevante

Database/kilde	Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer (SE)
Dato for søk	10.01.19
Søkehistorie eller fremgangsmåte	Gjennomlesning av listen på http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer
Kommentarer	Ingen relevante

Database/kilde	Sundhedsstyrelsen, Nationale kliniske retningslinjer (DK)
Dato for søk	10.01.19
Søkehistorie eller fremgangsmåte	Gjennomlesning av listen over utgitte eller påbegynte retningslinjer https://www.sst.dk/da/nkr/udgivelser
Kommentarer	Ingen relevante

Database/kilde	Center for kliniske retningslinjer (DK)
Dato for søk	10.01.19
Søkehistorie eller fremgangsmåte	Gjennomlesning av liste over utgitte retningslinjer http://cfkr.dk/retningslinjer/godkendte-retningslinjer.aspx og påbegynte retningslinjer http://cfkr.dk/retningslinjer/under-behandling.aspx
Kommentarer	Ingen relevante

Dokumentasjon av litteratursøk for fagprosedyrer

Database/kilde	Retningslinjesøk i Embase <1974 to 2019 February 15>
Dato for søk	15.02.19
Søkehistorie eller fremgangsmåte	<p>1 Intensive care unit/ or (ICU or ICUs or intensive care unit* or post-operative or critically ill or critical care).tw,kw. or critically ill patient/ or intensive care/ or (shift or shifts or intershift).tw,kw. (767599)</p> <p>2 (checklist* or bedside safety check* or shift report* or handoff* or hand-off* or handover* or bedside report* or intershift report).tw,kw. or clinical handover/ or "change of shift report"/ or checklist/ (53490)</p> <p>3 (isobar or "i-pass" or SBAR).tw,kw. (545)</p> <p>4 2 or 3 (53854)</p> <p>5 patient safety/ or quality control/ or (quality assessment or quality assurance or quality improvement or risk reduction or patient safety).tw,kw. (372008)</p> <p>6 1 and 4 and 5 (1209)</p> <p>7 practice guideline/ or guideline*.ti. (396413)</p> <p>8 6 and 7 (132)</p> <p>9 limit 8 to embase (77)</p>
Antall treff	77
Kommentarer	5 mulig relevante

Database/kilde	Retningslinjesøk i MEDLINE Retningslinjesøk i Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations and Daily <1946 to February 12, 2019> Search Strategy:
Dato for søk	12.02.19
Søkehistorie eller fremgangsmåte	<p>1 (icu or icus or intensive care unit* or "post-operative").tw,kw. or Intensive Care Units/ or Critical care/ or critically ill.tw,kw. or critical care.tw,kw. or (shift or shifts or intershift).tw,kw. (523891)</p> <p>2 (checklist* or bedside safety check* or shift report* or handoff* or hand-off* or handover* or bedside report* or intershift report).tw,kw. or Checklist/ or patient handoff/ (37843)</p> <p>3 (isobar or "i-pass" or SBAR).tw,kw. (397)</p> <p>4 2 or 3 (38137)</p> <p>5 patient safety/ or patient safety.tw,kw. or quality control/ or quality assurance, health care/ or quality improvement/ or (quality assessment or quality assurance or quality improvement).tw,kw. or risk reduction.tw,kw. (209319)</p> <p>6 1 and 4 and 5 (596)</p> <p>7 (practice guideline or guideline).pt. or guideline*.ti. (88210)</p> <p>8 6 and 7 (10)</p>
Antall treff	10
Kommentarer	3 mulig relevante

Dokumentasjon av litteratursøk for fagprosedyrer**Systematiske oversikter**

Database/kilde	<u>The Cochrane Library</u> (obligatorisk)
Dato for søk	13.02.19
Søkehistorie	<p>ID Search Hits</p> <p>#1 MeSH descriptor: [Checklist] this term only 227</p> <p>#2 MeSH descriptor: [Patient Handoff] this term only 26</p> <p>#3 (checklist* or ("bedside safety" next check*) or (shift next report*) or handoff* or "hand-off" or "hand-offs" or handover* or (bedside next report*) or (intershift next report*)):ti,ab,kw 4464</p> <p>#4 (isobar or "i-pass" or sbar):ti,ab,kw 30</p> <p>#5 #1 or #2 or #3 or #4 in Cochrane Reviews, Clinical Answers 56</p>
Antall treff	<p>Cochrane Reviews: 56</p> <p>Cochrane Protocols: 0</p> <p>Clinical Answers: 0</p>
Kommentarer	1 mulig relevant

Database/kilde	<u>Epistemonikos</u> (obligatorisk)
Dato for søk	19.02.19
Søkehistorie eller fremgangsmåte	(title:(checklist* OR "bedside safety check" OR "shift report" OR "shift reports" OR "change-of-shift report" OR "change-of-shift reports" OR "shift-to-shift report" OR "shift-to-shift reports" OR "bedside report" OR "bedside reports" OR "intershift report" OR "intershift reports" OR handover* OR handoff* OR "hand off" OR "hand offs" OR "hand-off" OR "hand-offs" OR isobar OR "i-pass" OR SBAR) OR abstract:(checklist* OR "bedside safety check" OR "shift report" OR "shift reports" OR "change-of-shift report" OR "change-of-shift reports" OR "shift-to-shift report" OR "shift-to-shift reports" OR "bedside report" OR "bedside reports" OR "intershift report" OR "intershift reports" OR handover* OR handoff* OR "hand off" OR "hand offs" OR "hand-off" OR "hand-offs" OR isobar OR "i-pass" OR SBAR)) AND (title:(intershift OR shift OR shifts OR "shift-to-shift" OR "change-of-shift" OR "post-operative" OR icu OR "intensive care unit" OR "intensive care units" OR "critical care" OR "critically ill" OR nursing) OR abstract:(intershift OR shift OR shifts OR "shift-to-shift" OR "change-of-shift" OR "post-operative" OR icu OR "intensive care unit" OR "intensive care units" OR "critical care" OR "critically ill" OR nursing)) AND (title:("patient safety" OR "quality assessment" OR "quality assurance" OR "quality improvement" OR "risk reduction") OR abstract:("patient safety" OR "quality assessment" OR "quality assurance" OR "quality improvement" OR "risk reduction"))
Antall treff	<p>Broad Synthesis (2)</p> <p>Structured summary (0)</p> <p>Systematic review (63)</p>
Kommentarer	7 mulig relevant

Dokumentasjon av litteratursøk for fagprosedyrer

Database/kilde	Folkehelseinstituttet - rapporter og trykksaker
Dato for søk	22.02.19
Søkehistorie eller fremgangsmåte	Brukte søkeordet; pasientoverlevering
Antall treff	1
Kommentarer	1 mulig relevant

Database/kilde	Clinical Queries Reviews Embase <1974 to 2019 February 15>
Dato for søk	15.02.19
Søkehistorie	<p>1 Intensive care unit/ or (ICU or ICUs or intensive care unit* or post-operative or critically ill or critical care).tw,kw. or critically ill patient/ or intensive care/ or (shift or shifts or intershift).tw,kw. (767599)</p> <p>2 (checklist* or bedside safety check* or shift report* or handoff* or hand-off* or handover* or bedside report* or intershift report).tw,kw. or clinical handover/ or "change of shift report"/ or checklist/ (53490)</p> <p>3 (isobar or "i-pass" or SBAR).tw,kw. (545)</p> <p>4 2 or 3 (53854)</p> <p>5 patient safety/ or quality control/ or (quality assessment or quality assurance or quality improvement or risk reduction or patient safety).tw,kw. (372008)</p> <p>6 1 and 4 and 5 (1209)</p> <p>7 limit 6 to (embase and "reviews (best balance of sensitivity and specificity)") (111)</p>
Antall treff	111
Kommentarer	7 mulig relevante

Database/kilde	Clinical Queries Reviews Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations and Daily <1946 to February 15, 2019>
Dato for søk	19.02.19
Søkehistorie	<p>1 (icu or icus or intensive care unit* or "post-operative").tw,kw. or Intensive Care Units/ or Critical care/ or critically ill.tw,kw. or critical care.tw,kw. or (shift or shifts or intershift).tw,kw. (532213)</p> <p>2 (checklist* or bedside safety check* or shift report* or handoff* or hand-off* or handover* or bedside report* or intershift report).tw,kw. or Checklist/ or patient handoff/ (37845)</p> <p>3 (isobar or "i-pass" or SBAR).tw,kw. (396)</p> <p>4 2 or 3 (38138)</p> <p>5 patient safety/ or patient safety.tw,kw. or quality control/ or quality assurance, health care/ or quality</p>

Dokumentasjon av litteratursøk for fagprosedyrer

	improvement/ or (quality assessment or quality assurance or quality improvement).tw,kw. or risk reduction.tw,kw. (209390) 6 1 and 4 and 5 (611) 7 limit 6 to "reviews (best balance of sensitivity and specificity)" (96)
Antall treff	Reviews: 96
Kommentarer	12 mulig relevante

Database/kilde	Clinical Queries Reviews i Cinahl		
Dato for søk	19.02.19		
Søkehistorie	Limiters - Exclude MEDLINE records; Clinical Queries: Review - Best Balance Search modes - Boolean/Phrase		
	Search ID	Search Terms	Last Run Via
	S 14	S4 AND S9 AND S13	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text
	S 13	S10 OR S11 OR S12	137,392
	S 12	"quality assessment" or "quality assurance" or "quality improvement" or "risk reduction" or "patient safety"	137,392
	S 11	(MH "Quality Assurance") OR (MH "Quality Assessment") OR (MH "Quality Improvement")	67,107
	S 10	(MH "Patient Safety")	47,908
	S 9	S5 OR S6 OR S7 OR S8	36,787
	S 8	isobar or "i-pass" or SBAR	305
	S 7	checklist* or "bedside safety check*" or shift report* or handoff* or hand-off* or handover* or "bedside report*" or "intershift report*"	36,616

Dokumentasjon av litteratursøk for fagprosedyrer

	S 6	(MH "SBAR Technique") OR (MH "Hand Off (Patient Safety)")		1,966
	S 5	(MH "Checklists")		23,026
	S 4	S1 OR S2 OR S3		151,054
	S 3	ICU or ICUs or "intensive care unit*" or "post- operative" or "critically ill" or "critical care" or shift or shifts or intershift		151,054
	S 2	(MH "Critically Ill Patients")		10,333
	S 1	(MH "Intensive Care Units")		31,674
Antall treff	30			
Kommentarer	4 mulig relevante			

Kvalitetsvurderte enkeltstudier

Database/kilde	McMaster PLUS – (ACP Journal Club (selected via PLUS) og PLUS Studies)
Dato for søk	25/1/19
Søkehistorie eller fremgangsmåte	1 Checklist* - 3 treff, ingen relevante 2 Bedside safety check* - 0 treff 3 Bedside shift report* - 0 treff 4 Handoff* - 2 treff, ikke relevant 5 Hand off* - 2 treff, ikke relevant 6 Handover* - 0 treff 7 Intershift – 0 treff 8 Shift - 4 treff, ikke relevante 9 Change of shift report* - 4 treff, ikke relevante 10 ISOBAR - 0 11 I-Pass - 0 12 CRM – 2 treff, ikke relevante 13 SBAR – 1 treff, ikke relevant
Antall treff	
Kommentarer	

Primærstudier

Database/kilde	Ovid MEDLINE <1946 to February 15, 2019>
Dato for søk	19.02.19

Dokumentasjon av litteratursøk for fagprosedyrer

Søkehistorie	<p>1 (icu or icus or intensive care unit* or "post-operative").tw,kw. or Intensive Care Units/ or Critical care/ or critically ill.tw,kw. or critical care.tw,kw. (244869)</p> <p>2 (checklist* or bedside safety check* or shift report* or handoff* or hand-off* or handover* or bedside report* or intershift report*).tw,kw. or clinical handover/ or "change of shift report"/ or checklist/ (37848)</p> <p>3 (isobar or "i-pass" or SBAR).tw,kw. (396)</p> <p>4 2 or 3 (38141)</p> <p>5 patient safety/ or quality control/ or (quality assessment or quality assurance or quality improvement or risk reduction or patient safety).tw,kw. (160901)</p> <p>6 1 and 4 and 5 (334)</p> <p>7 nursing/ or critical care nursing/ or nurses/ or (nurse* or nursing).tw,kw. (463105)</p> <p>8 6 and 7 (110)</p>
Antall treff	110
Kommentarer	12 mulig relevante

Database/kilde	<u>Embase</u> <1974 to 2019 February 15>
Dato for søk	19.02.19
Søkehistorie eller fremgangsmåte	<p>1 Intensive care unit/ or (ICU or ICUs or intensive care unit* or post-operative or critically ill or critical care).tw,kw. or critically ill patient/ or intensive care/ (450967)</p> <p>2 (checklist* or bedside safety check* or shift report* or handoff* or hand-off* or handover* or bedside report* or intershift report*).tw,kw. or clinical handover/ or "change of shift report"/ or checklist/ (53493)</p> <p>3 (isobar or "i-pass" or SBAR).tw,kw. (545)</p> <p>4 2 or 3 (53857)</p> <p>5 patient safety/ or quality control/ or (quality assessment or quality assurance or quality improvement or risk reduction or patient safety).tw,kw. (372008)</p> <p>6 1 and 4 and 5 (863)</p> <p>7 nurse/ or nursing/ or (nurse* or nursing).tw,kw. (590204)</p> <p>8 6 and 7 (324)</p> <p>9 limit 8 to embase (73)</p>
Antall treff	Tredje søk: 73
Kommentarer	13 mulig relevante

Database/kilde	<u>CINAHL</u>
Dato for søk	19.01.19

Dokumentasjon av litteratursøk for fagprosedyrer

<p>Søkehistorie eller fremgangsmåte</p>	<p>Limiters - Exclude MEDLINE records; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish. Search modes - Boolean/Phrase</p>			
	<p>Search ID#</p>	<p>Search Terms</p>	<p>Last Run Via</p>	<p>Results</p>
	<p>S15</p>	<p>S4 AND S9 AND S13 AND S14</p>	<p>Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text</p>	<p>175</p>
	<p>S14</p>	<p>(MH "Nurses") or nurse* or nursing</p>		<p>763,730</p>
	<p>S13</p>	<p>S10 OR S11 OR S12</p>		<p>137,392</p>
	<p>S12</p>	<p>"quality assessment" or "quality assurance" or "quality improvement" or "risk reduction" or "patient safety"</p>		<p>137,392</p>
	<p>S11</p>	<p>(MH "Quality Assurance") OR (MH "Quality Assessment") OR (MH "Quality Improvement")</p>		<p>67,107</p>
	<p>S10</p>	<p>(MH "Patient Safety")</p>		<p>47,908</p>
	<p>S9</p>	<p>S5 OR S6 OR S7 OR S8</p>		<p>36,787</p>
	<p>S8</p>	<p>isobar or "i-pass" or SBAR</p>		<p>305</p>
<p>S7</p>	<p>checklist* or "bedside safety check*" or shift report* or handoff* or hand-off* or handover* or "bedside report*" or "intershift report*"</p>		<p>36,616</p>	

Dokumentasjon av litteratursøk for fagprosedyrer

	S6	(MH "SBAR Technique") OR (MH "Hand Off (Patient Safety)")		1,966
	S5	(MH "Checklists")		23,026
	S4	S1 OR S2 OR S3		117,894
	S3	ICU or ICUs or "intensive care unit*" or "post-operative" or "critically ill" or "critical care"		117,894
	S2	(MH "Critically Ill Patients")		10,333
	S1	(MH "Intensive Care Units")		31,674
Antall treff	175			
Kommentarer	12 mulig relevante			

Database/kilde	Trials i The Cochrane Library (Kan evt. dokumenteres sammen med andre delbaser i Cochrane over)
Dato for søk	19.02.19
Søkehistorie	<p>#1 MeSH descriptor: [Checklist] this term only 227</p> <p>#2 MeSH descriptor: [Patient Handoff] this term only 26</p> <p>#3 (checklist* or ("bedside safety" next check*) or (shift next report*) or handoff* or "hand-off" or "hand-offs" or handover* or (bedside next report*) or (intershift next report*)):ti,ab,kw 4465</p> <p>#4 (isobar or "i-pass" or sbar):ti,ab,kw 30</p> <p>#5 #1 or #2 or #3 or #4 4488</p> <p>#6 MeSH descriptor: [Intensive Care Units] this term only 2057</p> <p>#7 MeSH descriptor: [Critical Care] this term only 1592</p> <p>#8 (icu or icus or ("intensive care" next unit*) or "post-operative" or "critical care" or "critically ill"):ti,ab,kw 29196</p> <p>#9 #6 or #7 or #8 29196</p> <p>#10 MeSH descriptor: [Patient Safety] this term only 472</p> <p>#11 MeSH descriptor: [Quality Control] this term only 473</p> <p>#12 ("quality assessment" or "quality assurance" or "quality improvement" or "risk reduction" or "patient safety"):ti,ab,kw 16690</p> <p>#13 #10 or #11 or #12 17105</p>

Vedlegg 3 – Dokumentasjon av litteratursøk

Dokumentasjon av litteratursøk for fagprosedyrer

	#14 #5 and #9 and #13 34
Antall treff	34
Kommentarer	2 mulig relevante

Database/kilde	Joint Commission https://www.jointcommission.org/search/?keywords=handoff&f=sitenam&sitenam=Joint%20Commission
Dato for søk	05.01.19
Søkehistorie	Handoff
Antall treff	10
Kommentarer	1 mulig relevant

Database/kilde	SveMed+ https://svemedplus.kib.ki.se																								
Dato for søk	23.01.19																								
Søkehistorie	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Søkeord</th> <th>Treff</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Handover</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Handoff</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Handoff Limits: granskning: «peer reviewd»</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Brukermedvirkning limits: granskning: «peer reviewed»</td> <td>436</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>ICU</td> <td>39</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>#2 AND #5</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>#2 AND 4</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>		Søkeord	Treff	1.	Handover	3	2.	Handoff	18	3.	Handoff Limits: granskning: «peer reviewd»	10	4.	Brukermedvirkning limits: granskning: «peer reviewed»	436	5.	ICU	39	6.	#2 AND #5	0	7.	#2 AND 4	1
	Søkeord	Treff																							
1.	Handover	3																							
2.	Handoff	18																							
3.	Handoff Limits: granskning: «peer reviewd»	10																							
4.	Brukermedvirkning limits: granskning: «peer reviewed»	436																							
5.	ICU	39																							
6.	#2 AND #5	0																							
7.	#2 AND 4	1																							
Kommentarer	1 mulig relevant																								

Vedlegg 4 – Kontakt med Universitetssykehus i Norge og Danmark

Kontakt med Universitetssykehus i Norge og Danmark

August 2018

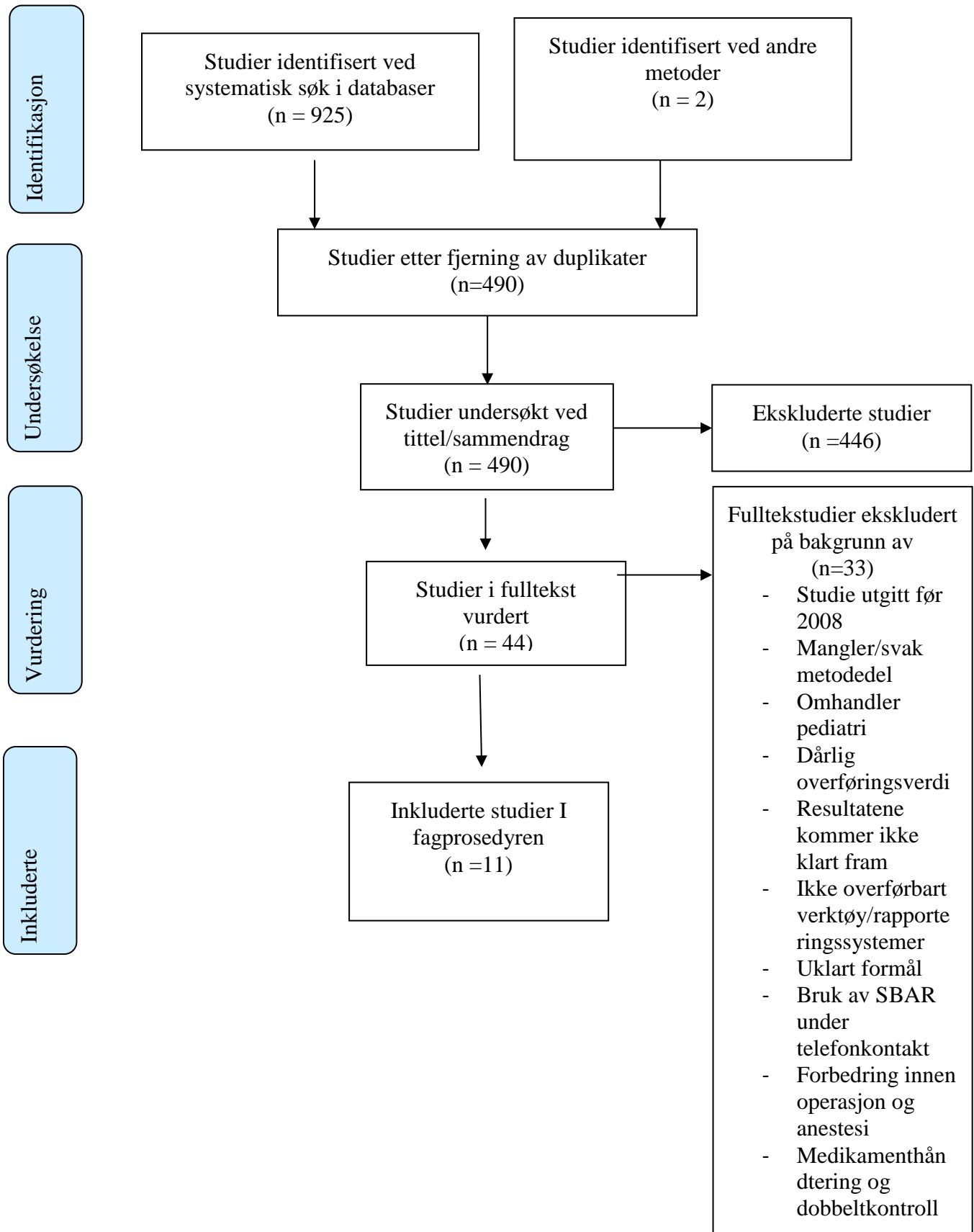
- Tilbakemelding fra NN Universitetssykehus per mail: har lokal prosedyre, men fagprosedyre for trygg pasientoverlevering under vaktskiftet foreligger ikke.
- Tilbakemelding fra NN Universitetssykehus per telefon: fagprosedyre for trygg pasientoverlevering under vaktskiftet foreligger ikke.
- (Danmark) Tilbakemelding fra Universitetssykehus NN per mail: fagprosedyre for trygg pasientoverlevering under vaktskiftet foreligger ikke.
- (Danmark) Tilbakemelding fra Universitetssykehus NN per muntlig kommunikasjon: fagprosedyre for trygg pasientoverlevering under vaktskiftet foreligger ikke.

Januar 2019

- Tilbakemelding fra anesthesiavdeling ved NN Universitetssykehus per. mail: Fikk vedlagt, ISBAR, flytskjema og prosjektbeskrivelse



PRISMA 2009 Flyttdiagram



Fagprosedyrer

Samleskjema

Metode					Resultater		
Artikkel nr.	Studiedesign	Utvalg/størrelse	Intervensjon/hensikt	Kommentarer	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi
1, RNAO. 2014	Retningslinje		Kunnskapsbaserte anbefalinger om pasientoverleveringer	Side 30-32 er aktuelle	Har kategorisert strategier til forbedringstiltak ved pasientoverlevering i vaktskiftet		Høy relevans/ Stor overføringsverdi
2, Vineet Arora & Jeanne Farnan. 2019	Retningslinje		Strategier og metoder for å utføre pasientoverlevering på sykehus			Standardiserte strategier for verbal og skriftlig overlevering er assosiert med reduksjon av medikamentelle feil	Høy relevans/ Stor overføringsverdi
3, Segall N, Bonifacio AS, Schroeder RA, Barbeito A, Rogers D,	Systematisk oversikts artikkel	N=31 inkluderte artikler	Sikker og effektiv pasientoverlevering		Oppsummert pasientoverlevering sprosesser og kommunikasjon anbefalinger mellom operasjon og intensivavdelinger	Det anbefales å ta i bruk standardiserte sjekklister og protokoller for å strukturere kommunikasjon og de kliniske oppgavene	Relevant

Vedlegg 6 – Samle-og styrkeskjema

Thornlow DK, Emery J, Kellum S, Wright MC, & Mark JB. 2012							
4, Robertson ER, Morgan L, Bird S, Catchpole K, & McCulloch P. 2014	Systematisk oversikts artikkel	N= 29, 2 RCT, 27 ukontrollerte studier	Forbedre kvaliteten eller sikkerheten på pasientoverleveringen		Standardisert verktøy forbedret informasjon og personalets tilfredshet og uønskede hendelser ble redusert		
5, Gardiner TM, Marshall AP, & Gillespie BM. 2014	Systematisk oversikts artikkel	N= 10 kohort	Sikker pasientoverlevering ved hjelp av standardisert verktøy		Standardisert verktøy forbedrer strukturen på pasientoverlevering		Relevant
6, Mardis T, Mardis M, Davis J, Justice EM, Riley Holdinsky S,	Systematisk oversikts artikkel	N= 41 kvalitative og kvantitative artikler	Pasientoverlevering ved pasientsengen		Pasientoverlevering ved sengen økte pasientens, pårørende og helsepersonells tilfredshet. Uønskede		Relevant

Vedlegg 6 – Samle-og styrkeskjema

Donnelly J, Ragozine-Bush H, & Riesenber g LA. 2016					hendelser under pasientoverlevering en ble redusert		
7, Bakon S, Wirihana L, Christensen M & Craft J. 2017	Systematisk oversikts artikkel	N= 16, 5 mixed-method, 1 observational design, 2 content analysis, 3 kohort, 2 literature review, 1 dicursive, 1 descriptive statistical analysis, 1 prospective trail	Forbedring av kommunikasjon under pasientoverlevering		En strukturert prosess kan forbedre kommunikasjonsferdigheter, nøyaktigheten av informasjonsoverføring, øke kritisk tenkning og jobbe kunnskapsbasert	Pasientoverlevering ved pasientsengen bør være en standard for «beste» praksis, da det fører til økt pasientinvolvering og pasienttilfredshet	Relevant
8, Salzwedel C, Mai V, Punke MA, Kluge S,	RCT	N=60 intervensjonsgruppe n og N= 61 i	Bruk av sjekkliste ved pasientoverlevering		Bruk av sjekkliste i pasientoverlevering en viste en signifikant endring i mengden av		Relevant

Vedlegg 6 – Samle-og styrkeskjema

& Reuter DA. 2016		kontrollgruppen			viktig informasjon som ble overlevert		
9, Spooner AJ, Aitken LM, Corley A, Fraser JF, & Chaboyer W. 2016	Kohort	N= 40 pasientoverleveringer ble observert	Utforsker effekten av pasientoverleveringsmødder		Ved bruk av verktøyet ISBAR i pasientoverlevering ble 99% av pasientens identitet, 96% om situasjonen og 88 % av bakgrunnen overlevert. Et variert utvalg av tilleggsinformasjon ble diskutert som ikke passet inn i ISBAR- skjemaet	Selv om alle elementene i ISBAR ble overlevert, var innholdet av overføringen varierende	Relevant
10, Marshall AP, Tobiano G, Murphy N, Comadira G, Willis N, Gardiner T, Hervey L, Simpson W, &	Kohort	N=32 pasientoverleveringer ble observert N=27 intervju av deltakerne	Forbedre pasientoverleveringen		Helsepersonell ble sett på som mer oppmerksomme og unødvendige samtaler ble redusert etter implementeringen av SBAR verktøy. Observasjoner etter 6 mnd viste at verktøyet ikke ble brukt, men det ble likevel sett en	Implementering av SBAR-verktøyet viser seg å være enkel å bruke	Relevant

Vedlegg 6 – Samle-og styrkeskjema

Gillespie BM. 2018					forbedring av innhold fra 20% til 80%		
11, Spooner AJ, Chaboyer W, Corley A, Hammond N, & Fraser JF. 2013	Kohort	N=20 bedside overlevering er ble observert.	Vurdere pasientoverlevering i vaktskiftet		Intensivsykepleierne hadde en god forståelse over pasientsituasjonen, men det var ulike elementer som ikke ble tatt med: gjenoppliving status og langsiktige planer	Implementering av et overføringsverktøy som er spesifikt for intensivavdelingen kan sikre at viktig informasjon blir dekket under pasientoverlevering en	Relevant

Vedlegg 6 – Samle-og styrkeskjema

Styrkeskjema

Studie	Styrker	Svakheter	Evidensnivå
RNAO	RNAO har tidligere skrevet flere retningslinjer. Anbefalingene baseres på kunnskapsbasert praksis. Retningslinjer i anbefalingene ble gjennomgått av AGREE II instrumentet. Retningslinjene oppdateres jevnlig	<ul style="list-style-type: none"> - Interessekonflikt er ikke beskrevet. - Det er ikke blitt beskrevet om retningslinjen er blitt gjennomgått av eksterne vurdering 	Høy kvalitet
Vineet Arora & Jeanne Farnan	Anbefalinger om pasientoverlevering som skjer på sykehus. Forfattere av innholdet skal være eksperter innenfor sitt felt. GRADE-systemet ble brukt for å grader litteraturen og alt innhold har blitt fagfellevurdert	<ul style="list-style-type: none"> - Søkehistorikk, utvalg og kritisk vurdering av litteratur er ikke vedlagt 	Høy kvalitet
Segall N, Bonifacio AS, Schroeder RA, Barbeito A, Rogers D, Thornlow DK, Emery J, Kellum S, Wright MC, & Mark JB	Kommer med skjematiske anbefalinger for pasientoverlevering fra operasjonsavdeling til intensivavdeling. Svarer ja på samtlige punkter i Helsebibliotekets sjekklister for systematiske oversikter	<ul style="list-style-type: none"> - Studien har ikke søkt etter ikke-publiserte studier og de beskriver ikke bruk av sjekklister for å vurdere studienes kvalitet 	Middels kvalitet
Robertson ER, Morgan L, Bird S, Catchpole K, & McCulloch P.	Systematisk oversikt som viser til oppsummering av den forskning som er blitt gjort i forhold til intervensjoner for å forbedre kvaliteten eller sikkerheten i pasientoverlevering innen sykehus. Kvaliteten på den inkluderte litteraturen er vurdert ut fra bruk av Downs and Black sjekklisten	<ul style="list-style-type: none"> - Det kommer ikke frem noen klare anbefalinger for hva som er foreslått i de studiene som er inkludert, kun hvilke resultater protokoller i overleveringer kan ha 	Middels kvalitet

Vedlegg 6 – Samle-og styrkeskjema

Gardiner TM, Marshall AP, & Gillespie BM	Illustrere bruken av strukturerte pasientoverleveringen mellom operasjons-og intensivavdelingen. Kvaliteten av den inkluderte litteraturen er vurdert ut fra sjekklisten «standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers»	- Kun en forfatter fullførte datautvinningen og kvalitetsvurderingen av artikler	Middels kvalitet
Mardis T, Mardis M, Davis J, Justice EM, Riley Holdinsky S, Donnelly J, Ragozine-Bush H, & Riesenber LA.	Oppsummerer forskningen om pasientoverleveringen ved pasientsengen og tar for seg brukermedvirkningen. Benyttet to uavhengige korrekturlesere i forbindelse med søkeresultatene	- Sjekklisten er ikke benyttet i kvalitetsvurderingen i litteraturen - Det er ikke beskrevet om det er utført søk i ikke-publiserte studier	Middels kvalitet
Bakon S, Wirihana L, Christensen M & Craft J.	Skissert ulike pasientoverleveringsmodeller og deres effekt i forbedring av informasjonsoverlevering. Kvaliteten på litteraturen er vurdert ut fra «Appraisal Skills Programme checklists»	- Ingen åpenbare svakheter ved studien	Høy kvalitet
Salzwedel C, Mai V, Punke MA, Kluge S, & Reuter DA.	Studien resulterer i at standardisert sjekkliste for pasientoverlevering øker mengden og kvaliteten på den medisinske overleveringen. Deltakerne ble randomisert fordelt og blindet.	- Uklart om alle deltagerne ble gjort rede for ved slutten av studien	Middels kvalitet
Spooner AJ, Aitken LM, Corley A, Fraser JF, & Chaboyer W.	Svarer ja på de fleste punkter i Helsebibliotekets sjekkliste for korhort	- Det er ikke beskrevet om de har tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse - En begrensning er at sykepleierne åpenlyst ble observert, som dermed kunne påvirke deres oppførsel	Middels kvalitet

Vedlegg 6 – Samle-og styrkeskjema

<p>Marshall AP, Tobiano G, Murphy N, Comadira G, Willis N, Gardiner T, Hervey L, Simpson W, & Gillespie BM.</p>	<p>Helsepersonellene ble blindet for den spesifikke informasjon som ble innsamlet. Brukte også semistrukturerte intervjuer for å få frem deltakernes oppfatning av intervensjonsansvarlighet. Svarer ja på de fleste punkter i Helsebibliotekets sjekklister for kohort</p>	<p>- Ingen åpenbare svakheter ved studien</p>	<p>Høy kvalitet</p>
<p>Spooner AJ, Chaboyer W, Corley A, Hammond N, & Fraser JF</p>	<p>Svarer ja på de fleste punkter i Helsebibliotekets sjekklister for kohort</p>	<p>- De kommer ikke frem noe presist mål for utfallet, målemetode eller beskrivelse om personer som var eksponert ble blindet for å unngå bias</p>	<p>Middels kvalitet</p>

Vedlegg 7 – Kritisk vurdering av studiene

RNAO, 2014

Avgrensning og formål

1.	Retningslinjens overordnede mål er klart beskrevet	Ja x	Uklart	Nei
2.	De(t) kliniske (eller organisatoriske) spørsmål i retningslinjen er klart beskrevet	Ja x	Uklart	Nei
		PICO-skjemaet ligger på deres nettside.		
3.	Populasjonen (pasienter, brukere, befolkning) retningslinjen omfatter er klart beskrevet	Ja x	Uklart	Nei
		Retningslinjer gjelder anbefalinger til sykepleiere og omhandler alle pasientgrupper i alle typer pasientoverleveringer.		

Involvering av interessenter

4.	Arbeidsgruppen som har utarbeidet retningslinjen har med personer fra alle relevante faggrupper	Ja x	Uklart	Nei
		Retningslinjegruppen er presentert og består av sykepleiere med ulike videreutdannelser samt metodeeksperter.		
5.	Synspunkter og ønsker fra populasjonen retningslinjen omhandler (pasienter, brukere, befolkning) er forsøkt inkludert	Ja x	Uklart	Nei
		Synspunkter fra sykepleiere kommer fram gjennom fokusgrupper.		
6.	Retningslinjens målgruppe (de som skal bruke retningslinjen) er klart definert	Ja x	Uklart	Nei

Metodisk nøyaktighet

7.	Systematiske metoder ble brukt for å søke etter kunnskapsgrunnlaget	Ja x	Uklart	Nei
		Det ble utført søk i retningslinjer og systematisk litteratursøk i ulike databaser.		
8.	Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet	Ja x	Uklart	Nei
		Inklusjon og eksklusjons kriterier er klart beskrevet på deres nettside. Søkene begrenses til meta-analyse, systematiske vurderinger, integrative vurderinger, randomiserte kontroll studier, kvalitative bevissynteser og engelskspråklige artikler.		
9.	Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet	Ja x	Uklart	Nei
		Kunnskapsgrunnlaget ble valgt ut gjennom en gruppe i ekspertpanelet, og 2 forskere utførte en selvstendig vurdering av kvaliteten av studiene. 16 artikler ble vurdert ut i fra kvalitetsvurderingspoeng uavhengig av RNAOs retningslinjer.		

Vedlegg 7 – Kritisk vurdering av studiene

10.	Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er tydelig beskrevet	Ja x	Uklart	Nei	Oppsummeringen av litteraturfunn ble presentert for ekspertpanelet for å oppnå enighet om retningslinjeanbefalinger og diskutere forskning.
11.	Helsemessige fordeler, bivirkninger og risiko er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene	Ja	Uklart	Nei x	
12.	Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget	Ja x	Uklart	Nei	Alle anbefalinger har referanser.
13.	Retningslinjen er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering	Ja	Uklart x	Nei	Usikkert om det har blitt vurdert av noen andre enn de som er oppført.
14.	Prosedyre for oppdatering av retningslinjen er beskrevet	Ja x	Uklart	Nei	Anbefalingene oppdateres hvert femte år.

Klarhet og presentasjon

15.	Anbefalingene er spesifikke og entydige	Ja x	Uklart	Nei	Forslagene er skissert i enkelte punkter eller laget i en rubrikk som er enkle å forstå.
16.	De ulike muligheter for håndtering av tilstanden er klart beskrevet	Ja x	Uklart	Nei	
17.	De sentrale anbefalingene er lette å identifisere	Ja x	Uklart	Nei	Anbefalingene er oppsummert i en boks og beskriver deretter anbefalingene.

Anvendbarhet

18.	Faktorer som kan hemme og fremme bruk av retningslinjen er beskrevet	Ja x	Uklart	Nei	
19.	Retningslinjen er støttet av råd og/eller verktøy for bruk i praksis	Ja x	Uklart	Nei	
20.	Potensielle ressursmessige implikasjoner ved å følge anbefalingene er tatt i betraktning	Ja x	Uklart	Nei	
21.	Retningslinjen inneholder vurderingskriterier for monitorering og/eller evaluering	Ja x	Uklart	Nei	

Redaksjonell uavhengighet

22.	Retningslinjen er redaksjonelt uavhengig av den bidragsytende innsats	Ja	Uklart x	Nei	
-----	---	----	----------	-----	--

Vedlegg 7 – Kritisk vurdering av studiene

		Det blir ikke beskrevet om de har mottatt økonomisk støtte.
23.	Det er redegjort for interessekonflikter for arbeidsgruppens medlemmer	Ja Uklart Nei x

Vineet Arora & Jeanne Farnan

Avgrensning og formål

1.	Retningslinjens overordnede mål er klart beskrevet	Ja x Uklart Nei
2.	De(t) kliniske (eller organisatoriske) spørsmål i retningslinjen er klart beskrevet	Ja x Uklart Nei Retningslinjer som er publisert i UpToDate har brukt PICO-skjemaet for å formulere et strukturert klinisk spørsmål, selv om det ikke er vedlagt
3.	Populasjonen (pasienter, brukere, befolkning) retningslinjen omfatter er klart beskrevet	Ja x Uklart Nei Populasjonen omhandler sykepleiere og helsepersonell som utfører pasientoverleveringer

Involvering av interessenter

4.	Arbeidsgruppen som har utarbeidet retningslinjen har med personer fra alle relevante faggrupper	Ja x Uklart Nei Forfatterne av UpToDate retningslinjer er eksperter innen for sitt felt. For å ta høyde for uenighet mellom eksperter har de lagt opp til fagfelleevaluering av alt innhold
5.	Synspunkter og ønsker fra populasjonen retningslinjen omhandler (pasienter, brukere, befolkning) er forsøkt inkludert	Ja Uklart x Nei
6.	Retningslinjens målgruppe (de som skal bruke retningslinjen) er klart definert	Ja x Uklart Nei Sykepleiere

Metodisk nøyaktighet

7.	Systematiske metoder ble brukt for å søke etter kunnskapsgrunnlaget	Ja x Uklart Nei UpToDate har en anerkjent metode for utarbeidelse hvor både systematiske søk, kritisk vurdering og oppdatering gjøres av eksperter
8.	Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet	Ja x Uklart Nei

Vedlegg 7 – Kritisk vurdering av studiene

9.	Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet	Ja x	Uklart	Nei
		GRADE blir tatt i bruk for å gradere bevis i UpToDate studier		
10.	Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er tydelig beskrevet	Ja x	Uklart	Nei
		Da det ikke er mulig å finne ut av hvordan søkene er blitt utarbeidet har vi vurdert referanselisten til å være akseptabel.		
11.	Helsemessige fordeler, bivirkninger og risiko er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene	Ja	Uklart x	Nei
12.	Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget	Ja x	Uklart	Nei
		Anbefalingene blir henvist til av kilder		
13.	Retningslinjen er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering	Ja x	Uklart	Nei
		UpToDate vurderer retningslinjer blir vurdert av eksterne eksperter		
14.	Prosedyre for oppdatering av retningslinjen er beskrevet	Ja x	Uklart	Nei
		Retningslinjen oppdateres jevnlig		

Klarhet og presentasjon

15.	Anbefalingene er spesifikke og entydige	Ja x	Uklart	Nei
16.	De ulike muligheter for håndtering av tilstanden er klart beskrevet	Ja x	Uklart	Nei
		UpToDate understreker at anbefalingene ikke vil gjelde for alle, og helsepersonell må vurdere anbefalingene i lys av de individuelle omstendighetene rundt pasienten		
17.	De sentrale anbefalingene er lette å identifisere	Ja x	Uklart	Nei

Anvendbarhet

18.	Faktorer som kan hemme og fremme bruk av retningslinjen er beskrevet	Ja x	Uklart	Nei
19.	Retningslinjen er støttet av råd og/eller verktøy for bruk i praksis	Ja x	Uklart	Nei
20.	Potensielle ressursmessige implikasjoner ved å følge anbefalingene er tatt i betraktning	Ja	Uklart x	Nei
21.	Retningslinjen inneholder vurderingskriterier for monitorering og/eller evaluering	Ja	Uklart x	Nei

Vedlegg 7 – Kritisk vurdering av studiene

Redaksjonell uavhengighet

22.	Retningslinjen er redaksjonelt uavhengig av den bidragsytende innsats	Ja	Uklart x	Nei
		Det er ikke beskrevet i retningslinjen		
23.	Det er redegjort for interessekonflikter for arbeidsgruppens medlemmer	Ja	Uklart	Nei x

Segall N, Bonifacio AS, Schroeder RA, Barbeito A, Rogers D, Thornlow DK, Emery J, Kellum S, Wright MC, & Mark JB

Innledende spørsmål

1.	Er formålet og oversikten klart formulert?	Ja x	Uklart	Nei
2.	Søkte forfatterne etter relevant type studier?	Ja x	Uklart	Nei
		Alle artikler som omhandler pasientoverføring fra operasjonsavdeling til intensivavdeling ble inkludert.		

Kan vi stole på resultatene?

3.	Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?	Ja x	Uklart	Nei
		PubMed og ProQuest ble brukt som database og det ble dokumentert hvilke søkeord som benyttet.		
4.	Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?	Ja	Uklart x	Nei
		Det er ikke beskrevet hvilket verktøy som er blitt brukt for vurdering av kvaliteten på studien.		
5.	Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?	Ja	Uklart	Nei
		Er ikke relevant		

Hva forteller resultatene?

6.	Hva er resultatene?	Anbefalinger for hvilke strategier som skal brukes i ulike postoperative pasientoverleveringer.		
7.	Hvor presise er resultatene?	Alle artikler som er inkludert i studien er skissert, men det er ikke brukt statistikk.		

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

8.	Kan resultatene overføres til praksis?	Ja x	Uklart	Nei
9.	Ble alle viktige utfallsmål vurdert?	Ja	Uklart	Nei

Vedlegg 7 – Kritisk vurdering av studiene

		Det er ikke sammenligning som er målet, kun å komme med anbefalinger for pasientoverlevering.
10.	Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?	Ja x Uklart Nei Fordeler veier opp for ulemper, men det ikke aktuelt å gjøre en kostnadsvurdering.

Robertson ER, Morgan L, Bird S, Catchpole K, & McCulloch P.

Innledende spørsmål

1.	Er formålet og oversikten klart formulert?	Ja x Uklart Nei
2.	Søkte forfatterne etter relevant type studier?	Ja x Uklart Nei Studier som omhandler forbedring av alle typer pasientoverlevering i en sykehussetting ble inkludert.

Kan vi stole på resultatene?

3.	Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?	Ja x Uklart Nei Søkene ble utført i Embase, MedLine, HMIC, CHINAL.
4.	Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?	Ja x Uklart Nei Sjekklisten: Downs and Black checklist, ble brukt for vurdering av kvaliteten på de inkluderte artiklene. Artiklene ble vurdert av 2 forskere.
5.	Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?	Ja Uklart Nei Ikke relevant

Hva forteller resultatene?

6.	Hva er resultatene?	Pasientoverlevering ble tydelig forbedret ved bruk av standardisert verktøy, samt forbedring i informasjonsoverføringen og personalets tilfredshet.
7.	Hvor presise er resultatene?	Alle artikler som er inkludert i studien er skissert, men det er ikke brukt statistikk.

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

8.	Kan resultatene overføres til praksis?	Ja x Uklart Nei
9.	Ble alle viktige utfallsmål vurdert?	Ja Uklart Nei

Vedlegg 7 – Kritisk vurdering av studiene

		Det er ikke sammenligning som er målet, men evaluere effekten av inngrepsjonene.
10.	Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?	Ja x Uklart Nei Fordeler veier opp for ulemper, men det ikke aktuelt å gjøre en kostnadsvurdering.

Gardiner TM, Marshall AP, & Gillespie BM.

Innledende spørsmål

1.	Er formålet og oversikten klart formulert?	Ja x Uklart Nei
2.	Søkte forfatterne etter relevant type studier?	Ja Uklart Nei Integrative review ble brukt for å inkludere både eksperimentelle og ikke-eksperimentelle forskningsdesign.

Kan vi stole på resultatene?

3.	Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?	Ja x Uklart Nei Søkene ble utført i CINAHL, PROQUEST, PubMed, Cochrane Library og Embase. Artikler som spesifikt omhandler pasientoverlevering mellom operasjonsavdeling til intensivavdeling ble inkludert.
4.	Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?	Ja x Uklart Nei Verktøyet som ble benyttet for kvalitetsvurdering var “Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers”
5.	Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?	Ja Uklart Nei Ikke aktuelt

Hva forteller resultatene?

6.	Hva er resultatene?	Strukturert verktøy ble vist å forbedre informasjonsoverføringen og nøyaktighet. Utelatelse av informasjon og tekniske feil ble redusert og mengden informasjon økte etter implementeringen. Varigheten ble ikke signifikant endret.
7.	Hvor presise er resultatene?	Resultatene er vurdert ut i fra “Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers” og er derfor ganske presise.

Vedlegg 7 – Kritisk vurdering av studiene

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

8.	Kan resultatene overføres til praksis?	Ja x	Uklart	Nei
9.	Ble alle viktige utfallsmål vurdert?	Ja	Uklart	Nei
		Det er ikke sammenligning som er målet, kun å komme med anbefalinger for pasientoverlevering.		
10.	Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?	Ja x	Uklart	Nei
		Fordeler veier opp for ulemper, men det ikke aktuelt å gjøre en kostnadsvurdering.		

Mardis T, Mardis M, Davis J, Justice EM, Riley Holdinsky S, Donnelly J, Ragozine-Bush H, & Riesenberg LA.

Innledende spørsmål

1.	Er formålet og oversikten klart formulert?	Ja x	Uklart	Nei
2.	Søkte forfatterne etter relevant type studier?	Ja x	Uklart	Nei
		Artikler med kvalitativ og kvantitativ forskningsdesign som omhandlet pasientoverlevering ved pasientsengen i vaktskiftet ble inkludert.		

Kan vi stole på resultatene?

3.	Er det sannsynlig at alle viktige og	Ja x	Uklart	Nei
		Søkene ble utført i Ovid MEDLINE without Revisions MEDLINE, EBSCOhost CINAHL og JournalsOvid.		
4.	Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?	Ja	Uklart x	Nei
		Artiklene ble vurdert av to forfattere. Det ble ikke benyttet sjekklister.		
5.	Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?	Ja	Uklart	Nei
		Ikke relevant		

Hva forteller resultatene?

6.	Hva er resultatene?	Pasientoverlevering ved sengen økte pasientens, pårørende og helsepersonells tilfredshet. Uønskede hendelser under pasientoverleveringen ble redusert.		
7.	Hvor presise er resultatene?	Resultatene ble presentert med prosent		

Vedlegg 7 – Kritisk vurdering av studiene

--	--	--

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

8.	Kan resultatene overføres til praksis?	Ja x	Uklart	Nei
9.	Ble alle viktige utfallsmål vurdert?	Ja	Uklart	Nei
		Det er ikke sammenligning som er målet, men effekten av pasientoverlevering ved pasientsengen.		
10.	Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?	Ja x	Uklart	Nei
		Fordeler veier opp for ulemper, men det ikke aktuelt å gjøre en kostnadsvurdering.		

Bakon S, Wirihana L, Christensen M & Craft J.

Innledende spørsmål

1.	Er formålet og oversikten klart formulert?	Ja x	Uklart	Nei
2.	Søkte forfatterne etter relevant type studier?	Ja x	Uklart	Nei
		Det ble gjennomført et litteratursøk ved å benytte en induktiv eksplorasjonsdesign.		

Kan vi stole på resultatene?

3.	Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?	Ja x	Uklart	Nei
		Det utført søk i CINAHL, PubMed og Science Direct.		
4.	Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?	Ja x	Uklart	Nei
		Kvalitetsvurdering av artiklene ble utført ved å bruke "Critical Appraisal Skills Programme checklists" Artiklene ble deretter utvunnet ved hjelp av Thomas og Harden 3- trinns induktive tematiske analyser.		
5.	Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?	Ja	Uklart	Nei
		Ikke relevant		

Hva forteller resultatene?

6.	Hva er resultatene?	En strukturert prosess kan forbedre kommunikasjonsferdigheter, nøyaktigheten av informasjonsoverføring, øke kritisk tenkning og jobbe kunnskapsbasert.		
----	---------------------	--	--	--

Vedlegg 7 – Kritisk vurdering av studiene

7.	Hvor presise er resultatene?	Resultatene blir oppsummert i underpunkter for ulike verktøy, det er ikke ført statistikk.
----	------------------------------	--

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

8.	Kan resultatene overføres til praksis?	Ja x Uklart Nei
9.	Ble alle viktige utfallsmål vurdert?	Ja x Uklart Nei Det er ikke sammenligning som er målet, kun å komme med anbefalinger for pasientoverlevering.
10.	Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?	Ja x Uklart Nei Fordeler veier opp for ulemper, men det ikke aktuelt å gjøre en kostnadsvurdering.

Salzwedel C, Mai V, Punke MA, Kluge S, & Reuter DA.

Innledende spørsmål

1.	Er formålet med studien klart formulert?	Ja x Uklart Nei
2.	Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?	Ja x Uklart Nei Ble utført med lukket konvolutt

Kan vi stole på resultatene?

3.	Ble deltagere, helsepersonell og utfallsmål blindet?	Ja x Uklart Nei Blindet. Den ansvarlige sykepleieren fikk skjema levert av forskeren under operasjonen, Skjemaet ble deretter utfylt på bakgrunn av pasientdata og han/hennes kunnskap til kirurgien.
4.	Var gruppene like ved starten av studien?	Ja x Uklart Nei En i frafall
5.	Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?	Ja x Uklart Nei Alle overleveringer ble analysert av to forskere pluss en utenforstående forsker.
6.	Ble alle deltagerne gjort rede for ved slutten av studien, og ble eventuelt frafall tatt hensyn til i analysen?	Ja Uklart x Nei

Hva forteller resultatene?

Vedlegg 7 – Kritisk vurdering av studiene

7.	Hva er resultatene?	Bruk av sjekkliste i pasientoverleveringen viste en signifikant endring i mengden av viktig informasjon som ble overlevert.
8.	Hvor presise er resultatene?	Resultatene er presentert i statistisk signifikans, median og percentil. Statistisk betydning ble utpekt som $P < .05$.

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

9.	Kan resultatene overføres til praksis?	Ja x Uklart Nei
10.	Ble alle viktige utfallsmål vurdert?	Ja x Uklart Nei Det ble sammenlignet med og uten sjekkliste i pasientoverleveringen.
11.	Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?	Ja x Uklart Nei Fordeler veier opp for ulemper, men det ikke aktuelt å gjøre en kostnadsvurdering.

Spooner AJ, Aitken LM, Corley A, Fraser JF, & Chaboyer W.

Innledende spørsmål

1.	Er formålet klart formulert?	Ja x Uklart Nei
2.	Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?	Ja x Uklart Nei 40 teamledere ble inkludert og ga en bred representasjon av denne gruppen.
3.	Ble eksponeringen presist målt?	Ja x Uklart Nei For å redusere muligheten for bias ble pasientoverleveringen tilfeldig valgt ut fra tre fastsatte tidspunkter på intensivavdelingen.
4.	Ble utfallet presist målt?	Ja x Uklart Nei Transkripsjonene ble kontrollert for nøyaktighet av en forsker. Deduktive og induktive innholdsanalyser ble brukt til å undersøke dataene. En kvasi-kvantitativ tilnærming ble også brukt til å identifisere frekvensen av prioriterte kategorier (ISBAR), underkategorier og induktive kategorier som ble diskutert under overleveringen.
5.	Forvekslingsfaktorer a) Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer?	Ja x Uklart Nei

Vedlegg 7 – Kritisk vurdering av studiene

	b) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse?	
6.	Oppfølging a) Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp? b) Ble personene fulgt opp lenge nok?	Ja Uklart x Nei

Hva er resultatene?

7.	Hva er resultatene i denne studien?	Ved bruk av verktøyet ISBAR i pasientoverlevering ble 99% av pasientens identitet, 96% om situasjonen og 88 % av bakgrunnen overlevert. Et variert utvalg av tilleggsinformasjon ble diskutert som ikke passet inn i ISBAR- skjemaet.
8.	Hvor presise er resultatene og hvor presist er risikoestimatet?	Resultatene er presentert i prosent og median (SD)
9.	Tror du på resultatene?	Ja x Uklart Nei
10.	Kan resultatene overføres til praksis	Ja x Uklart Nei
11.	Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene fra annen forskning?	Ja x Uklart Nei

Marshall AP, Tobiano G, Murphy N, Comadira G, Willis N, Gardiner T, Hervey L, Simpson W, & Gillespie BM.

Innledende spørsmål

1	Er formålet klart formulert?	Ja x Uklart Nei
2.	Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?	Ja x Uklart Nei Sykepleiere og leger som arbeider i kliniske områder av kirurgi, intensivbehandling og anestesi ble observert.
3.	Ble eksponeringen presist målt?	Ja x Uklart Nei Datasamlingsverktøy ble tatt i bruk for å fastslå de tverrfaglige medlemmene som deltok. Observatør dokumentere observasjoner som blir utført.
4.	Ble utfallet presist målt?	Ja x Uklart Nei

Vedlegg 7 – Kritisk vurdering av studiene

		Observasjonsdata fra før og etter intervensjonen ble analysert ved hjelp av beskrivende statistikk, inkludert frekvens, median og interkvartile rekkevidde. Kvalitative intervju data ble analysert ved hjelp av en induktiv innholdsanalyse for å sortere, kode og identifisere fremvoksende konsepter
5.	<p>Forvekslingsfaktorer</p> <p>c) Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer?</p> <p>d) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse</p>	<p>Ja x Uklart Nei</p> <p>For å studere intervensjonene ble det brukt en ukontrollert før og etter studiedesign for å observere forskjellen i helsepersonells utførelse av overlevering som hadde blitt påvirket av implementeringen av noe de kaller HOT ICU-protokollen.</p>
6.	<p>Oppfølging</p> <p>c) Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp?</p> <p>d) Ble personene fulgt opp lenge nok?</p>	<p>Ja Uklart x Nei</p>

Hva er resultatene?

7.	Hva er resultatene i denne studien?	Helsepersonell ble sett på som mer oppmerksomme og unødvendige samtaler ble redusert etter implementeringen av SBAR verktøy. Observasjoner etter 6 mnd viste at verktøyet ikke ble brukt, men det ble likevel sett en forbedring av innhold fra 20% til 80%.
8.	Hvor presise er resultatene og hvor presist er risikoestimatet?	Resultatene ble presentert i en ramme og ble beskrevet med prosent før og etter intervensjonen.
9.	Tror du på resultatene?	Ja x Uklart Nei
10.	Kan resultatene overføres til praksis	Ja x Uklart Nei
11.	Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene fra annen forskning?	Ja x Uklart Nei

Spooner AJ, Chaboyer W, Corley A, Hammond N, & Fraser JF.

Innledende spørsmål

1.	Er formålet klart formulert?	Ja x Uklart Nei
----	------------------------------	-----------------------

Vedlegg 7 – Kritisk vurdering av studiene

2.	Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?	Ja x Uklart Nei	Informasjonsark ble sendt ut til alle deltakende sykepleiere som jobbet på intensivavdelingen.
3.	Ble eksponeringen presist målt?	Ja x Uklart Nei	New South Wales Department of Healths hovedprinsipper for klinisk overdragelse ble brukt med tillatelse som ramme for å utvikle et semistrukturert observasjonsark.
4.	Ble utfallet presist målt?	Ja Uklart Nei x	
5.	Forvekslingsfaktorer e) Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer? f) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse?	Ja x Uklart Nei	En oversikt over samtykkede og observerte deltaker ble holdt for å unngå duplikat for å observere deltakerne.
6.	Oppfølging e) Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp? f) Ble personene fulgt opp lenge nok?	Ja x Uklart Nei	40 sykepleiere med varierende grad av erfaring ble observert 20 pasientoverleveringer ble observert.

Hva er resultatene?

7.	Hva er resultatene i denne studien?		Intensivsykepleierne hadde en god forståelse over pasientsituasjonen, men det var ulike elementer som ikke ble tatt med: gjenoppliving status og langsiktige planer.
8.	Hvor presise er resultatene og hvor presist er risikoestimatet?		Resultatene ble presentert i en egen tabell i prosent og mean (SD)
9.	Tror du på resultatene?	Ja x Uklart Nei	
10.	Kan resultatene overføres til praksis	Ja x Uklart Nei	
11.	Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene fra annen forskning?	Ja x Uklart Nei	

Vedlegg 8 – Ekskluderte fulltekststudier

Ekskluderte fulltekststudier

Forfatter	Tittel	Årstall	Begrunnelse
V. von Dossow & B. Zwissler	Recommendations of the German Association of Anesthesiology and Intensive Care Medicine (DGAI) on structured patient handover in the perioperative setting	2016	Mangler metodedel
Derek S. Wheeler, Anna M. Sheets & Frederick C. Ryckman	Improving transitions of care between the operating room and intensive care unit	2018	Omhandler pediatri. Mangler metodedel
Mai O. Colvin, Lewis A. Eisen & Michelle Ng Gong	Improving the patient handoff process in the intensive care unit: keys to reducing errors and improving outcomes	2016	Mangler metodedel
Cavalcanti AB, Bozza FA, Machado FR, Salluh JI, Campagnucci VP, Vendramim P, Guimaraes HP, Normilio-Silva K, Damiani LP, Romano E, Carrara F, Lubarino Diniz de Souza J, Silva AR, Ramos GV, Teixeira C, Brandão da Silva N, Chang CC, Angus DC & Berwanger O.	Effect of a Quality Improvement Intervention With Daily Round Checklists, Goal Setting, and Clinician Prompting on Mortality of Critically Ill Patients A Randomized Clinical Trial	2016	Svak metodedel. Dårlig overføringsverdi
Erandi Malika Siriwardena & Anushka Dilani Mudalige	Quality and safety of handover in intensive care	2017	Dårlig overføringsverdi
Stephanie Muller, Rajesh Patel, Jennifer O'Toole & Jeffery Schnipper	Best Practices in Inpatient Handoff of Care	2018	Mangler metodedel
Stephen C. Clark Joel, Dunning, Ottavio R. Alfieri, Stefano Elia, Leslie R. Hamilton, A. Pieter Kappetein, Ulf Lockowandt, George	EACTS guidelines for the use of patient safety checklists	2011	Omhandler pediatri

Vedlegg 8 – Ekskluderte fulltekststudier

E. Sarris & Philippe H. Kolh			
Raiten JM, Lane-Fall M, Gutsche JT, Kohl BA, Fabbro M, Sophocles A, Chern SY, A-Ghofaily L, Augoustides JG.	Transition of Care in the Cardiothoracic Intensive Care Unit: A Review of Handoffs in Perioperative Cardiothoracic and Vascular Practice	2015	Mangler metodedel
Wrae Hill & James M. Nyce	Human Factors in Clinical Shift Handover Communication Review of Reliability and resilience principles applied to Change of Shift Report	2010	Mangler metodedel
Starmer AJ, Schnock KO, Lyons A, Hehn RS, Graham DA, Keohane C & Landrigan CP	Effects of the I-PASS Nursing Handoff Bundle on communication quality and workflow	2017	Omhandler pediatri
Petrovic MA, Aboumatar H, Baumgartner WA, Ulatowski JA, Moyer J, Chang TY, Camp MS, Kowalski J, Senger CM & Martinez EA.	Pilot Implementation of a Perioperative Protocol to Guide Operating Room-to- Intensive Care Unit Patient Handoffs	2012	Resultatene kommer ikke klart frem
Centofanti JE, Duan EH, Hoad NC, Swinton ME, Perri D, Waugh L & Cook DJ.	Use of a Daily Goals Checklist for Morning ICU Rounds: A Mixed-Methods Study*	2014	Brukte et verktøy som ikke er aktuelt i vår oppgave
Spooner AJ, Aitken LM & Chaboyer W	Implementation of an Evidence-Based Practice nursing handover tool in intensive care using the knowledge to action framework	2018	Brukte et verktøy som ikke er aktuelt i vår oppgave
Meghan B. Lane-Fall, Jose L. Pascual, Scott Massa; Meredith L. Collard, BA, Hannah G. Peifer, Laura J. Di Taranti, Megan Linehan, Lee A. Fleisher & Frances K. Barg	Developing a Standard Handoff Process for Operating Room-to-ICU Transitions: Multidisciplinary Clinician Perspectives from the Handoffs and Transitions in Critical Care (HATRICC) Study	2018	Uklart formål

Vedlegg 8 – Ekskluderte fulltekststudier

Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, & Stock S.	Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review	2018	Bruk av SBAR under telefonkontakt
Buus N, Hoeck B, & Hamilton BE.	Nurses' shift reports: A systematic literature search and critical review of qualitative field studies	2017	Omhandler ulike rapportssystemer på forskjellige avdelinger på sykehus
Mardis M, Davis J, Benningfield B, Elliott C, Youngstrom M, Nelson B, Justice EM, & Riesenberg LA.	Shift-to-Shift Handoff Effects on Patient Safety and Outcomes: A Systematic Review	2017	Dårlig overføringsverdi
Zjadewicz K, Deemer KS, Coulthard J, Doig CJ, & Boiteau PJ.	Identifying What Is Known About Improving Operating Room to Intensive Care Handovers: A Scoping Review	2018	Dårlig overføringsverdi
Bressan V, Cadorin L, Pellegrinet D, Bulfone G, Stevanin S, & Palese A.	Bedside shift handover implementation quantitative evidence: findings from a scoping review	2019	Dårlig overføringsverdi
Wheeler DS, Sheets AM, & Ryckman FC.	Improving transitions of care between the operating room and intensive care unit	2018	Omhandler pediatri
Street M, Eustace P, Livingston PM, Craike MJ, Kent B, & Patterson D.	Communication at the bedside to enhance patient care: a survey of nurses experience and perspective of handover	2011	Svak metodedel
Joy BF, Elliott E, Hardy C, Sullivan C, Backer CL, & Kane JM.	Standardized multidisciplinary protocol improves handover of cardiac surgery patients to the intensive care unit	2011	Omhandler pediatri
Hoskote SS, Racedo Africano CJ, Braun AB, O'Horo JC, Sevilla Berrios RA, Loftsgard TO, Bryant KM, Iyer VN, & Smischney NJ.	Improving the quality of handoffs in patient care between critical care providers in the intensive care unit	2017	Omhandler overleveringen fra operasjon sin side
Bonds RL.	SBAR tool implementation to advance communication, teamwork, and the perception of patient safety culture	2018	Omhandler forbedring innen anestesi
Malekzadeh J, Mazluom SR,	A standardized shift handover protocol: improving nurses' safe practice in intensive care units	2013	Dårlig overføringsverdi

Vedlegg 8 – Ekskluderte fulltekststudier

Etezadi T, & Tasseri A.			
Moon TS, Gonzales MX, Woods AP, & Fox PE.	Improving the quality of the operating room to intensive care unit handover at an urban teaching hospital through a bundled intervention	2016	Omhandler rapport via telefon fra operasjon til intensiv
Justice LB, Cooper DS, Henderson C, Brown J, Simon K, Clark L, Fleckenstein E, Benscoter A, & Nelson DP.	Improving communication during cardiac ICU multidisciplinary rounds through visual display of patient daily goals	2016	Omhandler pediatri
Raiten JM, Lane-Fall M, Gutsche JT, Kohl BA, Fabbro M, Sophocles A, Chern SY, Al-Ghofaily L, & Augoustides JG.	Transition of care in the cardiothoracic intensive care unit: a review of handoffs in perioperative cardiothoracic and vascular practice	2015	Mangler metodedel
Breuer RK, Taicher B, Turner DA, Cheifetz IM, & Rehder KJ.	Standardizing postoperative PICU handovers improves handover metrics and patient outcomes	2015	Omhandler pediatri
Stahl K, Palileo A, Schulman CI, Wilson K, Augenstein J, Kiffin C, & McKenney M.	Enhancing patient safety in the trauma/surgical intensive care unit	2009	Svak metodedel
Haim Berkenstadt, MD; Yael Haviv, MD; Atalia Tuval, MSc; Yael Shemesh, RN; Alexander Megrill, MD; Amir Perry, MSc; Orit Rubin, PhD; and Amitai Ziv, MD	Improving handoff communications in critical care* Utilizing Simulation-Based Training Toward Process Improvement in Managing Patient Risk	2008	Omhandler medikamenthåndtering og dobbeltkontroll
Poletick EB, & Holly C.	A systematic review of nurses` inter-shift handoff reports in acute care hospitals	2018	Resultatene kommer ikke klart frem
Krimminger D, Sona C, Thomas-Horton E, & Schallom M.	A multidisiplinary QI initiative to improve OR-ICU handovers: Making progress on safe patient transfer	2018	Dårlig overføringsverdi

Første møte 13.12.18

Møtested: Stavanger Universitetssykehus Tidspunkt: 13:00-14:00

Alle deltagerene av den tverrfaglige prosjektgruppen var tilstede.

- Masterstudenter: Charlotte Svalestad og Vibeke Dalene
- NN anestesioverlege, NN fagutviklingssykepleier i intensivavdeling, NN intensivsykepleier, NN intensivsykepleier

Agenda:

- Presentasjon av prosjektplanen
- Metoden og minstekrav for utarbeidelse av for fagprosedyre – AGREE II
- PICO skjema, søk og foreløpig funn
- Diskutere inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier
- Hva forventes av deltagerne

Sak 1: Prosjektplan

- Presentasjon av prosjektplanen, og hvor langt vi har kommet.

Sak 2: Problemstilling

Forslag til endring på problemstilling:

- Hvordan gjennomføre en sikker pasientoverlevering på en intensivavdeling
- Hvordan kan intensivsykepleieren gjennomføre en sikker pasientoverlevering i vaktskiftet
- Anbefaling til pasientoverlevering på en intensivavdeling

Se på hele problemstillingen på nytt. Helst ikke bruke ordet «bør». Ord som kan styrke problemstillingen: Anbefalt – sikkerhet – økt pasientsikkerhet

Sak 3: PICO skjema

Punkter å legge til:

- CRM – teoretisk rammeverk
- SBAR – teoretisk rammeverk
- Risiko
- Risikoreduksjon

Vedlegg 9 – Referat fra møte med prosjektgruppen

- Kvalitetssikring
- Vaktskiftet

Forslag til at implementering skal bli nevnt i fagprosedyren, og hvordan intensivsykepleieren opplever implementeringen. Vi har bestemt oss for å skrive litt om implementeringen, men ikke noe om hvordan dette vil oppleves da det blir for stor jobb i forhold til våres masteroppgave.

Vi skal se om det finnes noen teorier på pasientoverleveringen i vaktskiftet på en intensivavdeling. Publiserte kvalitative studier kommer fram gjennom søkene vi gjør.

Sak 4: Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Vaktskiftet på intensivavdelingen
- Voksne intensivpasienter

Eksklusjonskriterier:

- Ikke ved pause avvikling eller avløsning
- Sjekk inn – sjekk ut – (ikke så viktig, ha fokus på vaktskiftet.)

Sak 5: Innspill fra gruppemedlemmer

- Veldig viktig tema
- Viktig å ha klare definisjoner slik at ikke masteroppgaven blir for stor.
- Hva er spesielt med intensiv
- Viktig med system
- God problemformulering
- Close loop

Sak 6: Begrunnelse for hvorfor deltagerne har blitt valgt ut til å være med i prosjektgruppen:

- Klinisk ledelse i team – pasientsikkerhet og kvalitet – anestesioverlege og fagutvikling intensivsykepleier
- Vært med i grupper som har skrevet fagprosedyrer tidligere, Jobber 100%, vært lærer til sykepleien. Teoretisk erfaring innen metode og klinisk praksis - intensivsykepleier

Vedlegg 9 – Referat fra møte med prosjektgruppen

- Jobber 100%, nyutdannet, skrevet master, kan stilles kritisk til rutiner på pasientoverlevering og ser forbedringspotensial – intensivsykepleier

Sak 7: Videre plan:

- Virker positive til å se gjennom artikler
 - Neste møte er i januar, informasjon til neste møte vil bli sendt ut ca. 1 uke i forveien.
-

Andre møte 05.02.19

Møtested: Stavanger Universitetssykehus Tidspunkt: 11:30-12:30

Alle deltagerene av den tverrfaglige prosjektgruppen var tilstede.

- Masterstudenter: Charlotte Svalestad og Vibeke Dalene
- NN anestesioverlege, NN fagutviklingssykepleier i intensivavdeling, NN intensivsykepleier, NN intensivsykepleier

Sak 1: Åpning av møtet

Kort presentasjon av problemstillingen, det reviderte PICO-skjemaet og den nåværende prosedyren om pasientoverlevering på intensivavdelingen hentet fra EQS.

Sak 2: Presentasjon av de resultatene vi har i samleskjemaet.

Vi presenterte et kortfattet sammendrag av de funnene vi har til nå. De fleste artikler henviser til at det er et behov for standardiserte verktøy for å redusere feil og uønskede hendelser. Det er ulike verktøy som har blitt tatt i bruk, men det er enda ikke noe klart bevis for hvilket verktøy som er det «beste» i praksis. Likevel blir det ofte nevnt SBAR og I-PASS som forslag til standardisering av pasientoverlevering i vaktskiftet. Vi diskuterte rundt det å ekskludere I-PASS, selv om dette verktøyet er forbundet med forbedret pasientbehandling. Grunnen til dette er at I-PASS blir brukt i pediatriske avdelinger og har dermed ikke den samme overføringsverdien. Gruppen var enig i dette, men vi bør se om det mulig kan være noen punkter som kan være aktuelle i forhold til fagprosedyren.

Vedlegg 9 – Referat fra møte med prosjektgruppen

Sak 3: Innspill i forhold til foreløpig algoritme med utgangspunkt i ISBAR

Vi presenterte ISBAR-kortene som var laget i forbindelse av et postoperativt pasientoverleveringsprosjekt i NN, samt vårt foreløpige ISBAR-verktøy.

Det var enighet om at ISBAR kan bli brukt som en ramme for en verktøyet i vaktskiftet da vi allerede har fokus på bruken av SBAR i klinisk ledelse i team på avdelingen. Likevel er det en del elementer å jobbe videre med når det gjelder ISBAR:

- SBAR er i utgangspunktet laget for å gi en rask oversikt over pasienten i akutte situasjoner og vi har en del å jobbe med for å få dekket den relevante informasjonen i vaktskiftet, samt tilpasninger til avdelingen.
- S og B i ISBAR kan overlape hverandre og en må dermed være ekstra oppmerksom på hva som skal være under disse punktene. Et forslag var å ha en helt kort og konkret oppsummering av pasientens diagnose under S punktet.
- Under punktet for A er det ikke hensiktsmessig å kun ha ABCDE punkter som en ramme da det ikke dekker CNS, nyrefunksjon, abdomen eller ernæring. Bruken av Sykepleierdokumentet i DIPS kan være et utgangspunkt for hva som burde være med inn under A. Det kan også være aktuelt å bruke pasientkurven som en mal for hvordan en bør gå igjennom pasientinformasjonen.
- ISBAR mangler punkt for pasientens sosiale tilstand med tanke på pårørende o.l.
- Under utviklingen av fagprosedyren må vi være observante i forhold til at pasientoverleveringen ikke skal bli for teknisk, men få med den helhetlige sykepleien inn i prosedyren.
- Bør få innført en dobbeltkontroll av hovedkurven av medisiner i pasientoverlevering, samt stille seg mer kritisk til bruken av de ulike medikamentene.
- Den endelige prosedyren bør være enkel og konkret å forholde seg til.

Sak 4: Diskusjon i forhold til hvor pasientoverleveringen bør utføres.

Det ble foreslått å ha pasientoverleveringen ved sengen da man kan gå igjennom pasienten fra topp til tå. Gjennom denne metoden kan man få en gjennomgang av den allerede eksisterende sjekklisten på pasientkurven i felleskap og danne seg en felles forståelse av pasientens kliniske bilde. Det ble diskutert hvor og hvordan det var best å overføre pasientinformasjonen da man har begrenset med tid. En annen metode som ble fremmet var å ha en muntlig gjennomgang ved data for deretter å ha en felles gjennomgang ved pasientsengen. Da får man en repetisjon av pasientens tilstand, pumpene innstillinger, samt mulighet til read-back.

Sak 5: Hvordan vil medlemmene i prosjektgruppen bli presentert.

NN anestesioverlege, NN fagutviklingssykepleier, NN intensivsykepleier, NN intensivsykepleier

Sak 6: Brukermedvirkning

Det ble diskutert hvordan vi kan få inn brukermedvirkning inn i prosedyren. Det ble foreslått å fremme intensivsykepleieres forhold til kjernejournal. Ved å bruke kjernejournal aktivt kan en bli bedre kjent med pasienten igjennom ens tidligere sykehistorie. Ett annet forslag var å inkludere de våkne pasienter i punktet R i ISBAR hvor pasientene kunne ta del i de råd som var gitt i forhold til videre behandling.

Tredje møte 11.03.19

Møtested: Stavanger Universitetssykehus Tidspunkt: 13:00-14:00

Alle deltagerene av den tverrfaglige prosjektgruppen var tilstede.

- Masterstudenter: Charlotte Svalestad og Vibeke Dalene
- NN anestesioverlege, NN fagutviklingssykepleier i intensivavdeling, NN intensivsykepleier, NN intensivsykepleier

Sak 1: Åpning av møtet

Kort presentasjon av den nye problemstillingen og hensikten.

Vi diskuterte med prosjektgruppen om vi skal bruke ordet «kan» eller «skal» i problemstillingen. Det ble enstemmig bestemt å bruke ordet «skal» slik at problemstillingen blir: *Hvordan skal intensivsykepleiere ved bruk av et standardisert verktøy ivareta pasientsikkerheten ved pasientoverleveringen i vaktskiftet?*

Grunnen for at vi valgte «skal» er fordi det ikke skal være valgfritt å bruke en fagprosedyre når det eksistere en.

Vedlegg 9 – Referat fra møte med prosjektgruppen

Sak 3: Avgrensninger, metode og inklusjonskriterier / eksklusjonskriterier:

Vi presenterte hvor langt vi var kommet i arbeidet med metodedelen. Vi la fram inklusjon-og eksklusjonskriterier og forklarte hvorfor de ikke er helt like og at de skal bli godt forklart i metodedelen.

Sak 4: Fagprosedyre:

Presenterte utkast av fagprosedyren og hvilke endringer som er blitt gjort siden veiledningstimen.

Sak 5: Diskusjon rundt første utkast av fagprosedyre:

- Burde få inn pårørende og barn som pårørende. Gjerne legge det inn under punktet for identitet.
- I stedet for å skrive respiratoravvenning, som ikke alltid er aktuelt selv om pasienten er innlagt på intensiv, ble det bestemt at vi kan skrive ventilasjonsstøtte. Da det dekker alt som omhandler respirasjon og oksygenering.
- Vi burde ta bort punktet «utskrivningsplan», da det ikke er aktuelt. På intensiv blir pasienten overflyttet til moderpost før de blir utskrevet. Og planer for overflytting blir ikke kartlagt før pasienten er stabil nok til å flyttes.
- RASS/CAM-ICU ble bestemt at det kommer under CNS, selv om det også kan komme under smerte og hvile i tillegg. Det burde utdypes i begrunnelsen og gjøres klart i anbefalingene.
- Punkter som må legges til under gjennomgang ved pasientsengen:
 - Invasive tilganger
 - MTU utstyr

Punktet om spørsmål/read-back er greit å ha på slutten slik at det gir mulighet til å stille spørsmål og gjenta det viktigste under rapporten.

Vi må sortere anbefalinger slik at det kommer under riktige overskrifter. Se over punktet «nåværende status», da det er det samme som «tilstand». Og alle punktene til sammen sier noe om pasienten sin tilstand.

Et ønske fra prosjektgruppen var å få inn et punkt om «mål for dagen». Dette legges inn under «beskjed fra anestesilege».

Vedlegg 9 – Referat fra møte med prosjektgruppen

Anbefalinger for skriftlig rapport bør kortes ned da det ikke omhandler selve pasientoverleveringen og dermed skrive: *Det er anbefalt at skriftlig pasientoverlevering blir utført for å utfylle den verbale pasientoverleveringen (UTD) og (Bakon et al., 2017).*

Sak 7: Til slutt:

Neste møte er avtalt til 29/3 kl 13:00-14:00

Gruppen ønsker å få tilsendt artikler, kritiskvurdering skjema, foreløpig kappen, samleskjema og eksklusjon skjema.

Fjerde møte 29.03.19

Møtested: Stavanger Universitetssykehus Tidspunkt: 13:00-14:00

Deltakere av den tverrfaglige prosjektgruppen som var tilstede

- Masterstudenter: Charlotte Svalestad og Vibeke Dalene
- NN fagutviklingssykepleiere i intensivavdeling, NN intensivsykepleier, NN intensivsykepleier
- NN anestesioverlege var ikke tilstede, men skal komme med tilbakemelding per mail

Sak 1: Åpning av møtet

Kort presentasjon av utkastet til fagprosedyren og endringer som er blitt utført i etterkant av veiledning 28/3.

Sak 2: Helsepersonell prosedyren gjelder for:

Tidligere var det presisert at fagprosedyren gjelder for kvalifisert helsepersonell i intensivavdeling. I etterkant av veiledning endret vi kvalifisert helsepersonell til intensivsykepleier/sykepleier i intensivavdeling. Deltakeren var enig i dette, men ønsket at overleveringen av pasientansvaret skulle komme tydeligere frem i fagprosedyren.

Sak 2: Gjennomgang av de ulike punktene under ISBAR

Under veiledning ble det stilt spørsmål til hvorvidt tidligere diagnose hørte til under punktet for «situasjon», da det omhandler den nåværende pasientsituasjon. Prosjektgruppen var

Vedlegg 9 – Referat fra møte med prosjektgruppen

derimot enig om at tidligere diagnoser var en naturlig del av dette punktet, da det kan klargjøre hvorfor pasienten er innlagt og hvordan pasientens nåværende situasjon er.

Punktet «eliminasjon» ble diskutert da det var usikkerhet om ordet er spesifikt nok. Vil nyansatt sykepleier og intensivsykepleier ha samme syn på hva som bør inkluderes under dette punktet? Det ble bestemt å inkludere diurese, avføring og oppkast som underpunkter under eliminasjon. Punktet med abdomen skal stå, da det dekker mye annet enn kun tarmfunksjon.

Setningen «grundig gjennomgang av pasientens kliniske tilstand» ble diskutert. En kom frem til at punktet var uklart og det ble foreslått å endre det til et «klinisk rapport» med underpunktet «systematisk gjennomgang av pasienten».

Ut i fra konsensus bør punktet for råd/anbefalinger inkludere plan for dagen og den videre plan i pasientbehandlingen. I tillegg til at brukermedvirkningen bør komme tydeligere frem i fagprosedyren.

Sak 3: Gjennomgang av begrunnelse for anbefalinger

Tilbakemeldingene innebar å tydeliggjøre ordet pasientansvar og omformulere hvorfor en skal utsette pasientoverleveringen ved bekymring for pasientens tilstand. Setningen «pasientoverleveringen skal starte ved datamaskinen» ble diskutert og kom frem til at en bør omformulere denne setningen. Et forslag var å skrive start rapporten ved arbeidsstasjonen hvor en har tilgang til pasientjournal.

Sak 4: Videre plan

Endringer av fagprosedyren vil bli sendt til alle i prosjektgruppen per mail.

Mail fra anestesilege etter at referatet og fagprosedyren ble sendt:

Det ser veldig bra ut! Bra jobbet.

Jeg ser at dere har diskutert om tidligere diagnoser skal være med på «Status» eller «Bakgrunn». Jeg tror det er mer riktig å ha det på bakgrunn med mindre en tidligere diagnose er helt relevant for innleggelse (f.eks.: KOLS og eksaserbasjon eller koronar sykdom og hjertestans). Men hvis du rapportere alle tidligere diagnoser kan det blir veldig langt (særlig på Pas. som er multimorbid) og da mister du fokus på situasjon. Situasjon i SBAR skal jo

Vedlegg 9 – Referat fra møte med prosjektgruppen

være kort og presis slik at man kan sette de informasjonen som kommer senere i relasjon til den aktuelle situasjonen.

Men bortsett fra det virker det veldig bra og jeg liker at hele prosedyren er kort og tydelig!

Notat

Til:

Charlotte Svalestad Vibeke Dalene

Fra:

Fagsjef Kirsten Lode

Kopimottakere:

Klinikkjef Geir Lende, Juridisk rådgiver Ina Trane **Dato:** 16.11.2018

Arkivref: 2018/8984 - 106111/2018

Godkjent masterprosjekt - MA170

Masterprosjektet: «Trygg pasientoverlevering i vaktskiftet på en intensivavdeling»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet er vurdert av forskningsansvarlig og registrert i vår database med intern id: MA170.

De nødvendige tillatelser foreligger og basert på disse og forskningsprotokollen godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Som ved alle forskningsprosjekter minner vi om at:

- Ved endringer må endringsmelding sendes Forskningsavdelingen. - Data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt.

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. En kort rapport med sluttdato sendes forskning@sus.no når prosjektet er avsluttet.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra SUS vurderes i de tilfeller hvor sykehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

Vedlegg 11: Spesifisering av studentbidrag

UNIVERSITETET I STAVANGER

Studentene som skriver sammen forplikter seg til å bidra likt. Den enkeltes bidrag skal spesifiseres, og signeres av studentene og veileder ved innlevering av masteroppgave.

STUDENT 1

Navn *Vibeke Dalene*

Spesialisering i: *Intensiv*

Bidrag: *50%*

Vi har jobbet sammen gjennom hele masteroppgaven. Vi har under utarbeidelsen fordelt punkter hvor vi hver for oss innhentet kunnskapsgrunnlaget. Kunnskapsgrunnlaget er bearbeidet og satt sammen til en helhet i samarbeid.

STUDENT 2

Navn *Charlotte Sælestad*

Spesialisering i: *Intensiv*

Bidrag *50%*

Signatur:

Vibeke Dalene
Student 1

Charlotte Sælestad
Student 2

Veileder:

Evy M. Gundersen

