

# **Pasientsikkerhet i overflytting fra postoperativ til kirurgisk avdeling – konsekvenser for utøvelse av intensivsykepleie**



---

Universitetet  
i Stavanger

## **Det helsevitenskapelige fakultet**

Master i spesialsykepleie med spesialisering i intensivsykepleie

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Emilie Eriksen og Kamilla Kibsgaard

Veileder: Otto Margon Aareskjold

03.05.2024

**MASTERS I SPESIALSYKEPLEIE, spesialisering i:  
MASTEROPPGAVE**

---

**Semester:** Høst 2023

---

**Forfatter/masterkandidat:** Emilie Eriksen og Kamilla Kibsgaard

**Veileder:** Otto M. Aareskjold

---

**Norsk tittel:** Pasientsikkerhet i overflytting fra postoperativ til kirurgisk avdeling –  
konsekvenser for utøvelse av intensivsykepleie

**Engelsk tittel:** Patient safety in transfer from the postoperative to the surgical ward –  
consequences for the practice of intensive care nursing

---

**Emneord/stikkord:** elektronisk journal, elektronisk kurve, pasientsikkerhet, papirjournal,  
kommunikasjon, dokumentasjon, kirurgisk avdeling, postoperativ avdeling

---

**Antall ord:** 16124

**Stavanger:** 03/05-2024  
**Dato/år**

## Forord

Vi har nådd slutten av studiet til mastergrad i intensivsykepleie, utført ved Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger (UiS). Studiet har vært utfordrende og til tider krevende, men det har vært en uvurderlig lærerik prosess som har gitt oss stor faglig og personlig vekst. Takk til UiS og alle kompetanserike forelesere og veiledere for god undervisning og veiledning. Takk til medstudenter og alle andre som har vært involvert for god støtte og trygt læringsmiljø underveis i studiet.

Takk til avdelingslederne ved de kirurgiske sengepostene for rekruttering av informanter og deres villighet til å avsette tid og sted i en hektisk arbeidsdag. Særlig takk til informantene i studien som villig og engasjerende delte sine opplevelser og erfaringer med oss. Deres bidrag har vært avgjørende for å gjøre dette arbeidet mulig.

Vi vil rette en stor takk til vår veileder Otto Margon Aareskjold for stort engasjement og inspirerende veiledning. Hans tålmodighet og ekspertise har vært uvurderlig!

Vi håper at vår masteroppgave kan være bidragende til utvikling av både fag og praksis innen intensivsykepleie. Masterstudiet har vært av stor nytte for å kunne gå inn i arbeidslivet med et solid grunnlag for videre utvikling og håndtering av det store ansvaret arbeidet som intensivsykepleier medbringer. Vi gleder oss til å anvende vår kunnskap og kompetanse i møte med våre fremtidige pasienter, pårørende og kollegaer.

Stavanger 01.05.2023

*Emilie Eriksen*

*Kamilla Kibsgaard*

## SAMMENDRAG

**Hensikt:** Formålet med studien er å gi intensivsykepleiere en bredere oversikt over aspekter og konsekvenser av innføring av elektronisk kurve på postoperativ avdeling, og for pasientoverføring til kirurgiske sengeposter. Dette ble gjort ved å hente inn erfaringer fra sykepleiere på kirurgiske sengeposter, i den hensikt å få dybdekunnskap om hvordan kommunikasjon fra sykepleiere og intensivsykepleiere ved postoperativ avdeling påvirker pasientsikkerhet i overflyttingsprosessen.

**Metode:** Studien ble gjennomført ved bruk av kvalitativ metode, med en eksplorerende og induktiv tilnærming. Data ble samlet inn gjennom to semistrukturerte fokusgruppeintervju, hvert bestående av fire sykepleiere fra forskjellige kirurgiske sengeposter. Studien er gjennomført ved det sykehuset vi har tilknytning til. Kvalitativ innholdsanalyse er benyttet for å analysere data.

**Funn:** Funn viser at sykepleierne på kirurgiske sengeposter opplever forbedret kommunikasjon med postoperativ avdeling etter innføring av elektronisk kurve. Samtidig identifiserer de flere utfordringer og forbedringspotensialer. Tre tema som har betydning for pasientsikkerhet, pekte seg ut: 1) Samhandling og felles kommunikasjon, 2) feil, mangler og utfordringer i informasjonsoverføring og 3) et felles dokumenteringssystem. Overgang til elektronisk informasjonsoverføring har ført til færre misforståelser som før kunne oppstå på grunn av utydelig håndskrift eller utilgjengelig kurve. Dette gir tryggere informasjonsutveksling med postoperativ avdeling. Den elektroniske kurven oppleves effektiv, tidsbesparende og tilgjengelig. Funn viser behov for utbedring av systemet og identifiserer forbedringsområder. Uklare ansvarsforhold og utilstrekkelig opplæring oppgis som opphav til uforsvarlig legemiddelhåndtering.

**Konklusjon:** Erfaringer viser at elektronisk kurve oppleves som et bedre system i sin helhet, sammenliknet med papirkurven. Samtidig presenteres det tydelige behov for utbedring av systemet for å ivareta pasientsikkerhet i overflyttingsprosessen fra postoperativ avdeling. Opplevelse av uklare ansvarsforhold og manglende opplæring representerer en reell fare for svikt i pasientsikkerheten. Mangel på felles scoringsverktøy utgjør en risiko for at informasjon kan gå tapt som resultat av mangel på felles kommunikasjon, og presenteres som innspill for forbedring.

## **ABSTRACT**

**Aim:** The study aims to give intensive care nurses a broader overview of aspects and consequences related to the implementation of an electronic journal in the post-operative ward, and for patient transfer to the surgical ward. This was done by collecting experiences from surgical bedside nurses, with the intention of gaining in-depth knowledge of how communication between nurses and intensive care nurses in the post-operative ward affects patient safety in patient transfers.

**Method:** The study was conducted using qualitative method, with an exploratory and inductive approach. Data is collected through two semi-structured focus group interviews, each consisting of four nurses from different surgical bedside posts. The study was carried out at the hospital to which we are affiliated. Qualitative content analysis is used to analyze data.

**Findings:** Results reveal that surgical bedside nurses have positive associations to the implementation of an electronic journal. However, they also face several challenges related to information transfer. Three themes that have importance for patient safety emerged: 1) Interaction and joint communication, 2) errors, shortcomings and challenges in information transfer and 3) a shared documentation system. The transition to electronic information transfer has led to fewer misunderstandings that could previously arise due to unclear handwriting or an inaccessible curve. This provides safer information exchange with the post-operative department. The electronic journal is perceived as efficient, time-saving and accessible. Findings show a need for improving the system and areas for improvement are identified. Unclear responsibilities and insufficient training are cited as reasons for improper drug handling.

**Conclusion:** Experiences show that the electronic journal is perceived as an overall better system, compared to the paper journal. However, it is evident that improvement of the system is necessary to ensure patient safety in the transfer process from the post-operative ward. Experiences of unclear responsibilities and lack of training represent a real danger to patient safety. A lack of a shared scoring tool poses a risk of loss of information due to deficient joint communication and is presented as input for improvement.

## Innhold

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	2
1.2 STUDIENS HENSIKT, MÅL OG RELEVANS.....	2
1.3 PROBLEMSTILLING.....	3
1.4 TIDLIGERE FORSKNING.....	3
<b>2.0 TEORETISK RAMMEVERK</b> .....	<b>5</b>
2.1 INTENSIVSYKEPLEIERS ROLLE I POSTOPERATIV AVDELING.....	5
2.2 DOKUMENTASJON.....	6
2.3 PASIENTSIKKERHET .....	9
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>12</b>
3.1 VITENSKAPSTEORETISK PERSPEKTIV .....	12
3.2 DESIGN.....	13
3.3 FORFORSTÅELSE.....	14
3.4 KONTEKST .....	15
3.5 METODE FOR DATAINNSAMLING .....	15
3.5.1 FOKUSGRUPPEINTERVJU .....	15
3.5.2 UTVALG .....	16
3.5.3 INTERVJUPROSESSEN.....	17
3.5.4 INFORMASJONSSTYRKE .....	19
3.6 ANALYSE AV DATA .....	19
3.6.1 KVALITATIV INNHOLDSANALYSE .....	19
3.6.2 ANALYSEPROSESSEN .....	21
3.7 METODISKE BETRAKTNINGER.....	22
3.7.1 TROVERDIGHET, PÅLITELIGHET, VALIDITET OG OVERFØRBARHET.....	23
3.8 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER.....	25
<b>4.0 RESULTATER</b> .....	<b>26</b>
4.1 SAMHANDLING OG FELLES KOMMUNIKASJON .....	26
4.1.1 BRUK AV FELLES SCORINGSSYSTEM (NEWS).....	26
4.1.2 DISKREPANS I RAPPORT OG DOKUMENTERING .....	27
4.2 FEIL, MANGLER OG UTFORDRINGER I INFORMASJONSOVERFØRING.....	28
4.2.1 UTFORDRENDE OG UTRYGT Å TYDE HÅNSKRIFT .....	28
4.2.2 RISIKO FOR FEIL OG MANGLER I LEGEMIDDELHÅNTERING.....	29
4.3 ET FELLES DOKUMENTERINGSSYSTEM.....	30
4.3.1 EFFEKTIVT OG TIDSBESPARENDE .....	30
4.3.2 POSITIVE HOLDNINGER TIL SYSTEMET .....	31
<b>5. DISKUSJON</b> .....	<b>32</b>
5.1 INTENSIVSYKEPLEIERS ROLLE .....	32
5.2 SAMHANDLING OG FELLES KOMMUNIKASJON .....	33
5.2.1 BRUK AV FELLES SCORINGSSYSTEM.....	33
5.2.2 DISKREPANS I RAPPORT OG DOKUMENTERING .....	35
5.3 FEIL, MANGLER OG UTFORDRINGER I INFORMASJONSOVERFØRING.....	38
5.3.1 UTFORDRENDE OG UTRYGT Å TYDE HÅNSKRIFT .....	38
5.3.2 RISIKO FOR FEIL OG MANGLER I LEGEMIDDELHÅNTERING.....	39
5.4 ET FELLES DOKUMENTERINGSSYSTEM.....	43
5.4.1 EFFEKTIVT OG TIDSBESPARENDE .....	43
5.4.2 POSITIVE HOLDNINGER TIL SYSTEMET .....	44

<b>6.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>47</b>
<b>7.0 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING .....</b>	<b>48</b>
<b>8.0 LITTERATURLISTE.....</b>	<b>49</b>
<b>VEDLEGG 1: PICO-SKJEMA.....</b>	<b>54</b>
<b>VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE.....</b>	<b>55</b>
<b>VEDLEGG 3: SAMTYKKESKJEMA.....</b>	<b>56</b>
<b>VEDLEGG 4: INNHOLDSANALYSE.....</b>	<b>59</b>
<b>VEDLEGG 5: SIKT-VURDERING.....</b>	<b>63</b>
<b>VEDLEGG 6: EGENERKLÆRING.....</b>	<b>64</b>

## 1.0 Innledning

Det ble i mai 2022 innført elektronisk kurve på postoperativ avdeling ved det sykehuset vi har kjennskap til. Endringen i dokumentasjonen i postoperativ avdeling har vært betydelig, og gitt intensivsykepleierne et nytt verktøy for å holde oversikt, registrere tiltak, medisiner og annen relevant informasjon. Hvordan endringen til elektronisk kurve på postoperativ avdeling har påvirket informasjonsoverføringen til kirurgisk sengepost vil være interessant å avdekke for å kunne forbedre dokumentasjon, pasientsikkerhet og effektiviteten i arbeidet med pasientoverføring fra postoperativ til kirurgisk avdeling.

Postoperativ avdeling fungerer som en korttid-intensivavdeling. Den tar imot pasienter som er nyopererte, kvinner med preeklampsi og personer som er i påvente av operasjon og som ikke er stabile nok til å ligge på sengepost. Oppvåkning, overvåking, behandling og observasjon er en del av postoperativ avdeling sine oppgaver. Anestesimidler som blir gitt under operasjon kan påvirke pusteevnen, blodtrykket, bevisstheten og koordinasjon i mange timer etter operasjon og pasientene må derfor være under grundig overvåking. Kirurg og anestesilege har hyppige tilsyn på avdelingen og det avdekkes raskt om det er en forverring i pasientens tilstand. Overvåkingen er med på å oppdage komplikasjoner som for eksempel blødning eller andre forverringer tidligere (Opdahl, 2019).

En god pasientoverføring mellom postoperativ avdeling og sengepost vil gjenspeiles i hensiktsmessig dokumentasjon og ivaretagelse av pasientsikkerhet. Sykehuset vi arbeider ved er delt opp i flere kirurgiske avdelinger som er spesialisert på forskjellige fagfelt. Kirurgisk sengepost har pre- og postoperative pasienter som de følger opp frem til utskrivelse. Kirurgiske sengeposter har ofte høyt pasientbelegg og tempo.



## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Forfatterne av studien har jobbet på kirurgiske avdelinger ved to ulike sykehus hvor papirkurver var normal praksis i postoperativ sammenheng. Sykehuset vi har praksis ved har nå endret praksis til å bruke elektronisk kurve i postoperativ sammenheng, og det har endret måten å arbeide på for alle involverte. Juvik & Meling (2023) beskriver intensivsykepleiers erfaringer av suksessfaktorer og barrierer ved innføring av elektronisk kurve på post operativ avdeling i sin masteroppgave. Det er ønskelig å se på hvordan overgangen til elektronisk kurve har endret informasjons- overflytningsprosessen fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost og hvordan pasientsikkerheten kan ivaretas i denne sammenhengen.

Forskningen rundt temaet er begrenset. Videre forbedring av systemet og oppdagelse av eventuelle mangler og begrensninger, vil kunne optimalisere praksisen og komme sykepleiere på både postoperativ avdeling og kirurgisk sengepost til gode.

## 1.2 Studiens hensikt, mål og relevans

Formålet med studien er å gi intensivsykepleiere en bredere oversikt over aspekter og konsekvenser etter innføring av elektronisk kurve på postoperativ avdeling. Dette gjøres ved å hente inn erfaringer fra sykepleiere på kirurgiske sengeposter, i den hensikt å få dybdekunnskap om hvordan kommunikasjon mellom sykepleiere og intensivsykepleiere påvirker pasientsikkerhet i overflyttingsprosessen fra postoperativ avdeling. Vi vil undersøke hvilke faktorer som påvirker pasientsikkerheten, og identifisere eventuelle forbedringsområder. Målet for studien er å skape ny kunnskap som kan hjelpe sykepleiere fra postoperativ avdeling og kirurgisk sengepost til en felles forståelse, og dermed bedre kommunikasjonen. Studien har hatt et pasientsikkerhetsperspektiv, slik at nytteverdien er relevant for intensivsykepleiere, samt andre grupper som er involvert i pasientoverflytninger.

Juvik & Meling (2023) sin studie tyder på at kommunikasjonen med kirurgiske sengeposter er forbedret som en konsekvens av implementeringen av elektronisk kurve. Dette ønsker vi å undersøke ved å se på hvordan sykepleiere ved kirurgiske sengeposter opplever kommunikasjon og samhandling når pasienter flyttes fra postoperativ avdeling til kirurgisk avdeling. Tema for studiet er etterspurt av sykepleiefaglig ledelse ved postoperativ avdeling. Vi anser det som betydningsfullt og avgjørende at intensivsykepleieren kan samarbeide

effektivt og strategisk med andre enheter og faggrupper for å ivareta pasientsikkerheten og informasjonsflyten.

### 1.3 Problemstilling

Etter overgangen til elektronisk kurve har alle avdelinger involvert måtte omstille seg til den nye arbeidsmetoden. Vi vil sette søkelys på hvordan sykepleierne på sengepost opplever endringen for å optimalisere arbeidet på postoperativ avdeling. Vi har utarbeidet følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

**“Hvordan påvirkes kommunikasjonen mellom sykepleiere etter overgang fra papirkurve til elektronisk kurve på postoperativ avdeling – og hvilke konsekvenser har dette for pasientsikkerhet ved pasientoverflytninger?”**

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan opplever sykepleiere på kirurgiske sengeposter pasientoverflytting fra postoperativ avdeling etter implementering av et felles elektronisk dokumentasjonssystem?
2. Hvordan kan kommunikasjon og informasjonsoverføring i pasientoverflytting fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost forbedres?

### 1.4 Tidligere forskning

Litteratursøk i forkant og underveis i studien er foretatt for å utvide kunnskapen og bevisstgjøring av vår for forståelse for tema, samt for å utforme en relevant intervjuguide. Systematisk litteratursøk er gjennomført i ulike databaser, hovedsakelig Cinahl, Medline og SveMed. Søkeordene er skissert i PICO-skjema (se [vedlegg 1](#)) basert på problemstilling og tema. Treff på søkeordene med kriterier om språk, årstall og relevans gjorde at funnene ble avgrenset. De valgte referansene er med på å sette lys på tema, og gir et kunnskapsgrunnlag for å diskutere problemstillingen. Systematisk litteratursøk og kritisk vurdering av artiklene har blitt gjort for å kunne arbeide kunnskapsbasert, og bevisstgjøre oss under prosessen (Helsebiblioteket, 2021). Artiklene omhandler store deler av tema, men sykepleierfunksjonen fremkommer ikke tydelig i de aktuelle referansene.

Aktuell forskning handler i stor grad om pasientsikkerhet, dokumentasjon og samhandling som direkte kan overføres til denne studien. Relevant forskning ble hovedsakelig innhentet før fokusgruppeintervjuer og datasamling.

Dokumentering i elektroniske kurver på postoperativ avdeling er fremdeles et relativt nytt aspekt av pasientbehandlingen. Vi fant begrenset forskning som tar for seg overgang fra papirkurve til elektronisk kurve på postoperative avdelinger. Dette kan skyldes at flere sykehus fremdeles er i startfasen av implementering, eller at implementeringen ikke er igangsatt. Funnene i litteratursøkene tar ofte for seg en generell opplevelse av elektroniske kurver eller journaler, og ikke nødvendigvis fra et sykepleieperspektiv. Vi valgte likevel å inkludere flere av disse artiklene, som vi anser som relevante for å svare på problemstillingen. Vi har valgt å inkludere artikler som omhandler pasientsikkerhet i pasientoverføringer generelt, ettersom nye systemer og rutiner ofte kan ha store konsekvenser for pasientsikkerheten.

## 2.0 Teoretisk rammeverk

Det teoretiske rammeverket omhandler intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder, og hvilke yrkesetiske retningslinjer som gjelder for sykepleiere i pasientoverflytningsprosessen. Relevant teori og tidligere forskning relatert til dokumentasjon, kommunikasjon, lovverk, elektronisk pasientjournal og pasientsikkerhet vil også presenteres.

### 2.1 Intensivsykepleiers rolle i postoperativ avdeling

Intensivsykepleierens funksjon og ansvar er relevant for å få et overblikk over hvilken rolle de har når det kommer til pre- og postoperative pasienter. Intensivsykepleierne NSF (2023) har formet en funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere. De skriver om formell kompetanse og klinisk utøvelse av intensivsykepleie. Ansvarsområdene til en intensivsykepleier er mange, og de endres fortløpende etter behov og videreutvikling av yrket. Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelser er retningsgivende, konkretiserende og er en faglig plattform for lederskap, prioriteringer og fag- og karriereutvikling innen intensivsykepleie (Intensivsykepleierne NSF, 2023).

Ved postoperativ avdeling mottar intensivsykepleieren pasient fra operasjon, eller pasient som er i påvente av operasjon. Rapportering om tilstanden til pasienten er viktig for mottaker for å kunne ivareta pasienten best mulig. Under den kritiske postoperative fasen får pasienten tett oppfølging fra intensivsykepleier som overvåker pasienten kontinuerlig. Oppgaver som å innhente vitale parameter, gi medisiner, ivareta grunnleggende behov og observere pasientens allmenntilstand inngår i dette arbeidet. Intensivsykepleierens kliniske blikk ved å se sammenhenger og iverksette tiltak, samt informere og konferere med lege er sentralt for jobben (Nygaard & Gulbrandsen, 2015, s.719-760). Fortløpende vurderinger av blodgasser, blodprøver, diurese og klinisk tilstand er gjentakende. Spesialiseringen i intensivsykepleie gir sykepleieren en unik evne til å sette ting i kontekst, og utøve sykepleie ut ifra de svarene de sitter med. Evnen til å tenke fremover i tid og planlegge i forveien gir intensivsykepleieren en uerstattelig kompetanse. Tverrfaglig samarbeid med andre profesjoner er av stor betydning for arbeidet (Kristoffersen, 2021, s.169-223).

Pasienter som er klarert for overføring til kirurgisk avdeling, meldes direkte til den aktuelle avdelingen. Intensivnotat og elektronisk kurve sendes til kirurgisk avdeling, og andre papirer fra operasjonen følger med pasienten. Tidligere har det vært intensivsykepleier sitt ansvar å gi rapport over telefon til sykepleier på sengepost. Praksisen i dag er gått vekk fra muntlig rapport og over til elektronisk rapport med mindre det er noe som avviker fra normalen. Dokumentasjonen må derfor være utfyllende, relevant og informativ. For å kunne skrive pasienten ut av postoperativ avdeling er det flere kriterier som bør være oppfylt. Stabile vitale tegn som indikerer adekvat respirasjon og sirkulasjon, at postoperative komplikasjoner er vurdert og håndtert, smerter er under kontroll, pasienten har motorisk og sensorisk funksjon etter anestesi og til slutt at pasienten er våken og kan tilkalle hjelp ved behov (Holm & Kummeneje, 2009, s.163-165).

## 2.2 Dokumentasjon

Sykepleiere har faglig, etisk og juridisk plikt til å føre dokumentasjon (Helsepersonelloven, 1999).

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell. (Helsepersonelloven, 1999, § 40)

Dokumentasjon er et juridisk dokument som skal sikre pasientsikkerhet, kvalitet, forsvarlighet og kontinuitet. For å oppnå dette må dokumentasjonen brukes som et kommunikasjonsmiddel. En felles språklig forståelse er viktig for kommunikasjon og samhandling i en organisasjon. Både i skriftlig dokumentasjon og muntlige rapporter er det sentralt at budskapene formuleres i et entydig språk (Grasaas et al., 2023). Identifisering av forbedringsområder og rapportering av kritikkverdige eller uforsvarlige forhold er med på å skape en god pasientsikkerhetskultur (Norsk sykepleierforbund, 2023).

En felles forståelse for hva som bør dokumenteres skaper en forventning til dokumentasjonen. Relevant informasjon og oversikt over pasientens tilstand er noen av hovedpunktene for dokumentasjonen. Strenge krav blir stilt til hvem som har tilgang til journalene og all aktivitet i journal logges for å ivareta pasientsikkerheten. Pasientens sikkerhet bedres og øker kvaliteten på pleien, forsvarlighet og kontinuitet på bakgrunn av dette (Vabo, 2014, s.173-

188). Helsedirektoratet (2023) har utarbeidet retningslinjer med hensyn til dokumentasjonsplikt i helsevesenet. Plikt til å føre journal medbringer sikring av nødvendige og relevante opplysninger, og tilgjengelighet for å oppnå en forsvarlig behandling av pasienten. Krav til journalens innhold stilles, for å beholde journalens funksjon til å yte forsvarlig helsehjelp. Kommunikasjon som gir en felles språkforståelse og trygghet i at budskapet blir kommunisert og forstått av mottaker er viktig i denne sammenhengen (Grasaas et al., 2023).

Implementering av elektronisk pasientjournal innebærer endring i helseorganisasjoner. Det er flere aspekter som blir påvirket av implementeringen, blant annet den sosio-tekniske prosessen. Det påpekes i tidligere forskning at dersom det kun settes søkelys på de tekniske aspektene, kan dette føre til at implementeringen blir mislykket (Chao & Goldbort, 2012).

Elektronisk kurve er en del av en elektronisk pasientjournal. Pasientens tilstand registreres i den elektroniske kurven. Vitale parametere, nevrologisk status, administrering av medikamenter, laboratoriesvar og andre observasjoner logges. Ordinasjoner fra lege, og muligheten til å dobbelkontrollere medisiner er noen av kvalitetene til en elektronisk kurve (Hofstad, 2022). Ifølge Johannessen (2017), minsker risikoen for feil knyttet til klargjøring og utdeling av medisiner ved bruk av elektroniske kurver. Det legger også til rette for effektive overflyttinger av data ved behov. Den elektroniske kurven er tilgjengelig for de som har ansvar for pasienten, og det kan gjøres endringer uten at man er ved pasientens side. Legen kan legge inn ordinasjoner uavhengig av hvor de befinner seg på sykehuset. Elektronisk kurve er tilpasset fra avdeling til avdeling ut ifra behov, tiltak og hva som er praktisk. Bjerga et al. (2013), kom frem til at innføringen av elektronisk dokumentasjon gav bedre pleie. De skriver at pleien ble mer målrettet, og at sykepleiediagnosene samt tiltakene ble mer konkrete. Overgangen til elektronisk kurve har ifølge dem vært et steg i retningen til å individualisere pleieplaner og sjekklister.

Elektroniske kurver har blitt mer aktuelle de siste årene. Det er delte meninger rundt effektivitet, fordeler og ulemper. Det er en rekke likheter, men også ulikheter i forskningsartiklene funnet angående effektivitet, fordeler og ulemper. Bjerga et al. (2013)

hevdet at pleien til pasientene ble mer målrettet etter innføring av elektronisk dokumentasjon, og gradvis forbedret. Funnene i forskningen deres viste til at sykepleiediagnosene ble mer individualiserte og tiltakene mer konkrete. Upadhyay og Hu (2022) uttrykte at sykepleiere hadde et ambivalent forhold til elektronisk dokumentasjon. Positive tilbakemeldinger på innføringen var knyttet til erfart økt effektivitet. Negative tilbakemeldinger gikk på at det var tidkrevende. Sykepleierne hadde ifølge Akhu-Zaheya et al. (2018) en forventning om at elektronisk dokumentasjon ville være bedre enn papirdokumentasjon før innføring. Dette med bakgrunn av prosess og struktur. Kvaliteten og kvantiteten på dokumentasjonen endte derimot opp med å bli oppfattet som dårligere ved elektronisk dokumentasjon, som bekreftet alt i alt nedsatt kvalitet på sykepleiedokumentasjonen. Elektronisk kurve og papirkurve avdekket begge ulemper med hensyn til innhold, prosess og struktur.

Pasienten ligger kun en kort periode på postoperativ avdeling. Intensivsykepleieren skal dokumentere alt som skjer i dette tidsrommet. Det skal dokumenteres hvordan operasjonen har forløpt og den nåværende tilstanden til pasienten. Årsaken til at det er kontinuerlig monitorering er med tanke på komplikasjoner etter narkose, selve operasjonen eller reaksjoner på medisiner. De første timene etter operasjon har pasienten høyere risiko for at komplikasjoner kan oppstå, og det er derfor god dokumentasjon er av stor betydning (Opdahl, 2019).

Han et al. (2016) kom i sin forskning frem til at en implementering av elektroniske journaler var med på å forbedre utfallet av intensivbehandlingen. Høyere kompetanse og kontroll førte til økt pasientsikkerhet. Videre rapporterte de en positiv innvirkning på overlevelse, og en avtakelse i medisinske avvik etter overgangen til elektroniske journaler. Innen samme tema uttrykte Pandya et al. (2019) at avvik knyttet til medisiner ble redusert betraktelig etter en innføring av et elektronisk verktøy for overføring av pasienter. Laugaland et al. (2012) nevner viktigheten av koordinering og kontinuitet ved pasientoverføring. Hovedmålet i deres studie var å oppnå best mulig pasientsikkerhet og behandling. De fant videre ut at uønskede hendelser som omhandlet medisiner, prosedyrer, diagnostisk oppfølging og fall var repeterende. Risikofaktorer i funnene var ineffektiv omsorgsprosess, dårlig kommunikasjon og mangelfull dokumentasjon. Alvorlige medisinske avvik er i tillegg relatert til nedsatt kunnskap om medikamenter hos sykepleiere. Risiko for feil kan forekomme i alle ledd i

legemiddelhåndteringen, og en økt kompetanse hos sykepleiere vil kunne føre til færre avvik (Simonsen et al., 2011).

## 2.3 Pasientsikkerhet

Et helsevesen med fokus på pasientsikkerhet er nødvendig. Tiltak for å øke kvaliteten og pasientsikkerheten blir beskrevet av Stubberud (2018) som viktig for å unngå unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenester. Det kom i 2016 en oppdatert forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016). Forskriften er til for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet i helsetilsynet, spesialisthelsetjenesten, helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten.

Tiltakene som kan iverksettes for å øke pasientsikkerheten er mange, blant annet at sykepleiere skal arbeide kunnskapsbasert. Tverrfaglig samarbeid, standardisert helsehjelp, bruk av sjekklister, bruk av standardiserte verktøy for kartlegging, kompetent legemiddelhåndtering, kompetanseutvikling og etikk er andre relevante tiltak for å oppnå tilstrekkelig pasientsikkerhet. Meldeordninger og pasientsikkerhetsprogram trekkes også frem som kvalitetsforbedrende med tanke på pasientsikkerhet av Folkehelseinstituttet (Helsebiblioteket, 2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere blir i tillegg vektlagt når det kommer til etiske verdier for å overholde lover, forskrifter, veiledere og tilsynsorganer. De yrkesetiske retningslinjene i sammenheng med pasientoverflytningsprosessen pålegger sykepleieren å overholde en viss standard for å ivareta pasientsikkerheten (Norsk sykepleierforbund, 2023).

Pasientoverføring i postoperativ sammenheng er direkte knyttet til pasientsikkerhet. Pasientoverføring skjer hyppig på sykehus, og er spesielt aktuelt på postoperativ avdeling. Pasientsikkerhet i overføring kan påvirkes av flere faktorer som vil utgjøre en forskjell for både pasienten og helsepersonellet. Segall et al. (2012) nevner at godt samarbeid og bruk av sjekklister forbedret pasientoverføringen. Oppgaver relatert til pasienten som hastet burde gjennomføres i forkant av overføringen, og alle i teamet burde være til stede og lytte til hverandre under rapport. Trening i teamarbeid og kommunikasjon ble trukket frem som forslag til kvalitetsforbedring i postoperative pasientoverføringer. McCarthy et al. (2018)



gjennomførte en studie om virkningen av elektronisk sykepleiedokumentasjon, og om det var med på å fremme eller forbedre kvaliteten og pasientsikkerheten i akutte situasjoner. Konklusjonen i studien var at det kunne virke tidsbesparende, redusere feil ved dokumentering og føre til færre fall og infeksjoner.

Hellesø & Opheim (2023, s.45-64) skrev at flytting av pasienter mellom ulike avdelinger kunne øke risikoen for feil. Ønsket kvalitet i pasientsikkerheten kunne være utfordrende dersom det sviktet i en eller flere faser av behandlingen. Reine et al. (2021) understrekte i sin forskning at variasjonene i overføringene var relatert til pasientens tilstand, situasjon og lav overholdelse av sjekklister. Tilpassing av overføringen med tanke på pasientens tilstand, situasjon, god dialog og en strukturert rapport ville kunne føre til bedre kvalitet og ivaretagelse av pasientsikkerheten.

Risikovurderingsverktøy som eksempelvis NEWS (Nordseth, 2023) legges vekt på som en sentral del av den elektroniske kurven innen forskning på pasientoverleveringer. NEWS-score er et eksempel på et elektronisk risikovurderingsverktøy og er ifølge McNeill & Khairat (2020) med på å forebygge reinnleggelser på intensivavdelinger dersom det blir brukt systematisk. Dataen fra NEWS-score er med på å støtte beslutninger om å overføre pasienter og å identifisere pasienter med høyere risiko. Bruk av risikovurderingsverktøyet vil kunne føre til et bedre utfall for pasienten. Dette kan direkte overføres til hvordan pasientsikkerheten kan ivaretas under informasjonsoverføringen til sengepost. Bell et al. (2023) utførte et lignende prosjekt om kommunikasjon mellom anestesipersonell og intensivsykepleiere under pasientoverføring, og bruken av et standardisert elektronisk overleveringsverktøy. Hovedfunnene her var at et standardisert elektronisk overleveringsverktøy forbedret informasjonsflyten og tilfredshet i overleveringsprosessen. Disse resultatene kan direkte knyttes til postoperativ sykepleie, og pasientoverflytning.

Patton et al. (2018) konkluderte i sin studie med at helsepersonell med overdreven tillit til elektroniske journaler kunne føre til medisinske avvik og tap av pasientsentrert omsorg. De tok videre opp at kunnskapen/opplæringen burde kontinuerlig bli oppdatert hos både leger og sykepleiere for å ivareta pasientsikkerheten. Dette resultatet støttes av Iqbal et al. (2021), hvor

funnene tilsa at elektroniske journaler hadde flere brukervennlighetsutfordringer som var med på å bidra til medisinske feil. Mer ressursbruk på opplæring og forbedring av systemene ville føre til økt pasientsikkerhet.

## 3.0 Metode

Metodekapittelet innledes ved å presentere forskningsmetode og designet som studien bygges på. Vi vil gjøre rede for hvordan studien er gjennomført og grunnlag for valg av metode. Dette innebærer fremgangsmåte for datainnsamling, utvalg, utarbeidelse av intervjuguide og analyseprosessen. Vår forforståelse og kontekst beskrives også i dette kapittelet.

Metodekritikk vil synliggjøres gjennom flere deler av kapittelet. Studiet omhandler et avgrenset emne, og er derfor strukturert som en monografi.

### 3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Det finnes to forskningsmetoder innen helsevitenskapelig forskning – kvalitativ og kvantitativ. Kvalitativ metode er forskningsmetoder som brukes ved innsamling av meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Kvantitative metoder fokuserer ofte på tall og statistikk, og kan dermed mangle nødvendig dybde for å fange opp de komplekse og individuelle erfaringene som vi søker. En kvalitativ tilnærming bygger på fenomenologi (menneskelige erfaringer) og hermeneutikk (fortolkning), og er som regel i form av tekst som fremtrer fra intervjuer eller observasjoner. Fokusgrupper hører hjemme blant de kvalitative forskningsmetodene, hvor det empiriske materialet består av tekster som representerer samtaler eller samhandlinger (Malterud, 2012). Den kvalitative forskningsmetoden anser deltakernes subjektive meninger og opplevelser som uunngåelige, men også gunstige, for å kunne oppnå dybdeforståelse av fenomenet som studeres (Polit & Beck, 2021, s. 13).

Kvalitative metoder egner seg godt når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra subjektive erfaringer og meninger (Malterud, 2012). Hensikten med studien er å beskrive og forstå hvordan kommunikasjonen mellom sykepleiere påvirker pasientsikkerheten under pasientoverflytninger. Kjernen i studien er sykepleieres synspunkter, utfordringer og opplevelser av kommunikasjon og samhandling når pasienter flyttes fra postoperativ avdeling til kirurgisk avdeling. Vi søker kunnskap i form av erfaringer knyttet til overgangen fra papirkurve til elektronisk journal som skjedde på en spesifikk postoperativ avdeling på et lokalt sykehus vi allerede har tilknytning til. Vårt utvalg blir dermed demografisk begrenset og valgt strategisk etter relevante kriterier. Det blir derfor naturlig for oss å velge en kvalitativ tilnærming for å svare på vår problemstilling.

Kvantitativ metode vurderer vi som uhensiktsmessig fordi det kan begrense muligheten til å forstå den kontekstuelle bakgrunnen for en persons erfaringer. Konteksten er ofte avgjørende for å forstå opplevelser og hvordan de påvirker en person. En kvantitativ tilnærming kan begrense muligheten for deltakerne å uttrykke seg fritt, ettersom svaralternativene i kvantitative spørreskjemaer eller undersøkelser ofte er forhåndsdefinerte. En kvantitativ studie ville krevd et større utvalg og inkludering, med begrenset mulighet for strategisk utvalg. Dette ville skapt utfordringer for validitet og overførbarhet ettersom vi søker erfaringer og meninger fra et demografisk begrenset område (Polit & Beck, 2021, s. 13).

### 3.2 Design

Studiet utforsker et spesifikt fenomen uten hypotese, og har på bakgrunn av dette en kvalitativ og induktiv tilnærming med et eksplorerende design. Vi har valgt en tilnærming som vektlegger sykepleieres opplevelser og erfaringer, og hvordan de selv beskriver disse muntlig. Hensikten er å avdekke både likheter og ulikheter i erfaringene deres, og eventuelle utfordringer og hvordan disse løses eller nye ideer for forbedring. Erfaringene kan gi intensivsykepleiere innsikt i synspunkter angående pasientsikkerhet og kommunikasjon i pasientoverflytninger. For å innhente ønsket kunnskap har vi valgt å invitere sykepleiere fra kirurgiske sengeposter til å delta i fokusgruppeintervjuer. Ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide søker vi kunnskap for å forstå erfaringer og beskrivelser fra sykepleiernes arbeidshverdag. Et eksplorativt intervju er som regel åpent og semistrukturert. I intervjuet presenteres det spørsmål angående vår problemstilling som vi ønsker å kartlegge og avdekke. De intervjuedes svar følges opp for å utforske ny informasjon og innfallsvinkler (Kvale & Brinkmann, 2019, s.141).

Vi har benyttet oss av en induktiv tilnærming i analyseprosessen ved å se på og likheter og ulikheter i de empiriske dataene, og dermed søke etter mønstre. En risiko ved bruk av induktiv metode er at man kan sette seg fast i tilbakevendende empiriske oppsummeringer som blir et resultat av forskerens forforståelse. For å unngå dette har vi lagt vekt på bevisstgjøring og åpenhet om egen forforståelse gjennom alle ledd i forskningsprosessen. Deduktiv og abduktiv metode er ikke aktuelt å bruke i denne sammenheng, da de tar

utgangspunkt i allerede eksisterende teorier eller eksploratoriske modeller (Graneheim et al., 2017).

Ved hjelp av kvalitativ metode kan vi bearbeide og analysere empiriske intervjudata på en vitenskapelig måte. Vi har analysert de empiriske dataene ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse forankret i Graneheim & Lundman (2004). Ved vår fortolkning og innsikt har vi forsøkt å gjengi deltakernes virkelighet slik de oppfatter den etter beste evne. Vår forforståelse spiller en avgjørende rolle for hva vi legger merke til, og hva vi vektlegger. Dermed blir vår tolkning og innsikt som forskere en del av forståelsesprosessen (Malterud, 2013).

### 3.3 Forforståelse

Forforståelse er den kunnskapen og forståelsen man bringer med seg inn i et forskningsprosjekt. Datasamlingen og hvordan man forstår det man leser vil bli påvirket av forforståelsen rundt det aktuelle temaet. Forskerens motivasjon for å ha et ønske om å forske på det bestemte temaet er ofte påvirket av forforståelsen. Forforståelse bygger på erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretiske referanserammer, og kan både være en styrke og en svakhet i forskning. Forebygging mot å gå inn i et prosjekt med en begrenset horisont eller manglende evne til å lære, er relevant ved at forskeren har et aktivt og bevisst forhold til sin forforståelse (Malterud, 2013, s.40-41). For å styrke studiens validitet og pålitelighet følges Malteruds (2013) anbefaling om å identifisere vårt utgangspunkt som forskere. Vi har vært bevisste på vår forforståelse gjennom hele forskningsprosessen for å unngå å påvirke deltakerne og forstyrre dataene vi innhenter og tolker.

Forforståelsen vår har gitt oss motivasjon til å gjennomføre studien. Vi har begge erfaring fra kirurgiske sengeposter og bruk av pre- og postoperative papirkurver. Vi har ikke erfaring fra kirurgisk sengepost etter implementering av elektronisk kurve. En av oss har erfaring med bruk av papirkurve og elektronisk kurve på postoperativ avdeling. Dermed har vi tanker og forventninger om hvordan overgangen har vært, og hvilke konsekvenser det kan ha hatt. Ut ifra egne erfaringer kan vi se for oss at overgangen til elektronisk kurve har gjort arbeidet mindre komplisert for sykepleiere på sengeposter. Dette utgjør en fare knyttet til egen subjektivitet, og at vår forforståelse fra tidligere kan påvirke hvordan vi oppfatter og tolker det

som blir sagt under intervjuene. Forforståelsen vår er i stor grad med på å påvirke våre forventninger av funn i egen studie, og dette krever høy bevisstgjøring. Vi må derfor forsøke å være så kritisk refleksive som mulig for at forskningen skal fremskaffe ny kunnskap.

Utarbeidelsen av intervjuguiden er gjort i den hensikt at spørsmålene holdes nøytrale, slik at deltakernes erfaringer og opplevelser skal komme frem og ikke forstyrres av vår forforståelse. Vi var ikke deltakende i diskusjoner under intervjuene, men vi benyttet oss av oppfølgingsspørsmål for å bekrefte at vi forstår hva deltakerne mener, slik at det ikke oppstår antakelser på grunnlag av vår forforståelse.

### 3.4 Kontekst

Studien er utført av to medstudenter i spesialisering innen intensivsykepleie og er vårt første forskningsprosjekt. Arbeidserfaringen vi har med oss er noe forskjellig. Begge har erfaring fra sengeposter i varierende grad. Studien er gjennomført ved fire kirurgiske sengeposter ved et sykehus i Norge. Sykepleierne ved disse sengepostene har i stor grad varierende erfaring og ansiennitet. De aktuelle sengepostene ble valgt ut på grunnlag av deres tilknytning til en spesifikk postoperativ avdeling. En av forfatterne har kjennskap til ledelsen på to av avdelingene, samt noen av deltakerne som ble valgt ut av ledelsen. Intervjuene ble avholdt under arbeidstid på to av avdelingenes tilhørende rom, og ble delt inn i deltakere fra to og to avdelinger. Deltakerne hadde varierende kjennskap til hverandre.

### 3.5 Metode for datainnsamling

#### 3.5.1 Fokusgruppeintervju

Vi har benyttet oss av fokusgrupper for å innhente erfaringer og opplevelser.

Fokusgruppeintervju kjennetegnes av en strukturert eller semistrukturert intervjustil med mål om å få innsikt i personers erfaringer, opplevelser, tanker eller følelser. Den sosiale samhandlingen og samspillet i gruppen gir mulighet for å innhente kvalitativ kunnskap og dybdeforståelse rundt et fenomen. Fokusgruppen har ikke som formål å komme til enighet eller finne løsninger på de temaene som diskuteres, men å få frem forskjellige synspunkter. Ved eksplorative undersøkelser vil fokusgrupper være velegnet ettersom diskusjonen mellom deltakerne kan bringe frem flere synspunkter enn ved bruk av individuelle intervjuer (Malterud, 2012, s.21).

Hensikten er å beskrive og forstå sykepleieres opplevelser, og på denne måten gi innsikt i kommunikasjonen og samhandlingen mellom postoperativ- og kirurgisk avdeling i pasientoverflytninger. Erfaringene vi innhenter vil ikke nødvendigvis være gjeldende for andre sykepleiere, men de kan belyse forbedringsområder som kan gi intensivsykepleiere grunnlag til en positiv utvikling og nye tiltak som kan styrke pasientsikkerheten. Bruk av fokusgrupper er spesielt godt egnet når man vil kartlegge erfaringer, holdninger og synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler, og er velegnet for å finne forbedringsområder (Malterud, 2013, s.21). Vi mener at denne metoden er den mest relevante vei til å svare på vår problemstilling.

Vi valgte å utarbeide en semistrukturert intervjuguide for å legge til rette for ordveksling i en velvillig og åpen atmosfære. Kvale & Brinkmann (2019) sier en semistrukturert intervjuguide preges av åpenhet og gir mulighet for åpen diskusjon rundt et tema. En svakhet kan imidlertid være at moderatorens kontroll over intervjuforløpet reduseres, og intervjuet kan få et noe kaotisk preg med avsporinger. Spesielt i grupper der deltakerne kjenner hverandre godt fra før, risikerer man at samtalen ender opp i en ensidig retning som følge av at temaet ofte blir pratet om mellom de ansatte i arbeidshverdagen (Malterud, 2012, s.42). En annen svakhet ved valg av fokusgrupper er at hver enkelt deltaker har begrenset tid til disposisjon for å fortelle om sine erfaringer, og dette fører til tilsvarende begrenset tid til dialogisk validering av deltakernes utsagn.

Metoden kan forhindre individuell tenkning, samt at noen personer kan være ukomfortable med å uttrykke sine synspunkter i en gruppe (Malterud, 2012). Vi opplevde at gruppedynamikken i intervjuene gjorde det mulig for deltakerne å respondere på hverandres synspunkter og ledet til gode diskusjoner. Alle deltakerne var engasjerte og deltagende i diskusjonen og uttrykte sine personlige og til tider motstridende synspunkter.

### 3.5.2 Utvalg

Tilfeldig utvalg vil i denne studien ikke være hensiktsmessig for å svare på vår problemstilling, og ble tidlig utelukket. Malterud (2012) hevder at et tilfeldig utvalg i en

kvalitativ studie ikke vil bidra til å styrke validiteten, men tvert imot være ugunstig. Utvalget for studiet ble dermed et strategisk utvalg. Strategisk utvalg betyr at man velger de personene som mest sannsynlig kan belyse den aktuelle problemstillingen vi vil ta opp. Fokusgrupper dreier seg om både strategisk utvalg og det samlede utvalget av deltakere, samt fordelingen av deltakerne i den enkelte gruppen (Malterud, 2012). Malterud (2012) deler opp strategisk utvalg for fokusgrupper i to trinn. Først blir det besluttet hvilke deltakere som vil bli inkludert i fokusgruppene for at diskusjonen skal oppleves mest mulig relevant for tema. Deretter vurderer vi hvor og hvordan vi kan rekruttere et utvalg på best mulig måte. Det var av stor betydning, og en forutsetning, at deltakerne hadde kjennskap til bruk av både papirkurve og elektronisk kurve i pasientoverføring fra postoperativ avdeling. Utvalgskriteriene for deltakerne i studien vår var derfor sykepleiere som har arbeidet på kirurgisk sengepost i tiden før og etter implementering av elektronisk journal på postoperativ avdeling.

Vi fikk gjennom samarbeid med avdelingenes ledelse samlet to grupper, hver bestående av fire sykepleiere fra to forskjellige avdelinger. Antallet av deltakere i gruppene ble noe mindre enn ønsket på grunn av de ansattes tilgjengelighet og disposisjon. Vi har ikke vurdert dette som en svakhet ettersom vi var ute etter dybdeforståelse, og da kreves det ikke nødvendigvis så mange deltakere for en god informasjonskraft (Malterud, 2012). Begge gruppene bestod av deltakere med stor variasjon av alder og arbeidsbakgrunn. Arbeidserfaringen de forskjellige sykepleierne hadde fra kirurgisk avdeling varierte fra tre til over tjue års erfaring. Vi opplevde at deltakerne var engasjerte i å delta i studien, og ingen trakk seg fra forskningen i etterkant.

### 3.5.3 Intervjuprosessen

Forarbeidet før intervjuene spiller en stor rolle for å hente inn nok informasjon til at problemstillingen skal bli besvart (Kvale & Brinkmann, 2019). Under arbeidet med utforming av intervjuguide leste vi faglitteratur, søkte etter relevant forskning og skrev ned våre egne spørsmål og forforståelser. Intervjuguiden ble utarbeidet på bakgrunn av problemstilling og forskningsspørsmål. For å tilrettelegge for fri diskusjon utarbeidet vi nøytrale og åpne spørsmål rundt temaet vi ønsket belyst. Vi testet ut intervjuguiden ved gjennomføring av et pilotintervju i forkant av fokusgruppeintervjuene. Dette gav oss bedre oversikt over rollefordeling mellom moderator og observatør, og var en nyttig øvelse for improvisering av oppfølgingsspørsmål.



Dato ble valgt av ledelsen på en dag hvor de hadde best mulig rådighet til å avse sykepleiere som oppfylte kriteriene. Vi avtalte også et eventuelt senere tidspunkt på samme dag, dersom sykepleierne ikke hadde mulighet til å gå fra arbeidet sitt på det tidligere tidspunktet. Andre intervju ble utført to uker etter det første. Tidspunkt og deltakere var bestemt av avdelingslederne på de to andre kirurgiske sengepostene. Vi hadde i forkant av begge intervjuene vært innom avdelingene og delt ut informasjonsskriv om studien og samtykkeerklæring. Intervjuguiden ble noe justert etter første intervju for å forebygge avsporing.

Intervjuene ble avholdt på nøytrale møterom disponert av avdelingene selv. Deltakerne satt ovenfor hverandre rundt et bord slik at alle fikk sett hverandre. Moderator satt på andre enden av bordet for å ha godt innsyn uten å bli en naturlig del av diskusjonen. Sekretær satt ikke rundt bordet, men ble plassert litt borte fra gruppen. Dette var en planlagt plassering i samsvar med anbefalinger fra Malterud (2012). Moderator ledet intervjuet og sekretær fungerte som observatør og foretok feltnotater underveis. Disse notatene var til hjelp for å fange opp non-verbale reaksjoner blant deltakerne. Kun moderator stilte spørsmål for å unngå at deltakerne måtte forholde seg til flere enn en person. Moderator startet intervjuene med å presentere seg selv og observatør, og fikk deretter deltakerne til å introdusere seg selv for gruppen. Gruppen ble så spurt om de hadde lest informasjonsskriv og samtykkeskjema. Noen hadde lest og andre hadde kun sett lett over. Moderator gav derfor muntlig en kort og konkret gjennomgang av informasjonsskriv og samtykkeskjema, samt studiets hensikt og hva vi ønsket å diskutere. Intervjuene ble avholdt i tråd med intervjuguiden og deltakernes svar ble fulgt opp med ytterligere spørsmål og avklaringer om nødvendig. Moderator var nøye med å ikke stille for mange spørsmål i løpet av intervjuet, ettersom dette kan svekke datakvaliteten (Malterud, 2012).

Intervjuguiden ble ikke fulgt kronologisk ettersom diskusjonen naturlig tok opp flere av hovedpunktene våre. Mange av temaene ble flettet inn i hverandre og intervjuguiden ble mer brukt som en kontroll underveis på at alle områdene var belyst. I det første intervjuet forekom det noe avsporing ettersom det første innledende spørsmålet var for åpent, og deltakerne snakket mer om samhandling de har preoperativt med anestesileger enn samhandlingen med

intensivsykepleiere postoperativt. Vi justerte intervjuguiden før det andre intervjuet for å forebygge dette, og opplevde da mindre avsporing.

Det ble satt av 60 minutter til intervjuene, men etter 50 og 45 minutter hadde ikke deltakerne mer de ønsket å dele og vi hadde fått flere synspunkter på alle temaene vi ønsket å gjennomgå. Begge intervjuene ble avholdt uten forstyrrelser og alle deltakerne var med i diskusjonen. Det ble tatt lydopptak under hele intervjuet. Opptaket ble lagret på kryptert fil ved hjelp av nettskjema og ble slettet ved prosjektslutt.

#### 3.5.4 Informasjonsstyrke

Etter Malteruds (2012) anbefaling foretok vi en pragmatisk vurdering etter de to fokusgruppeintervjuene var fullført. Dette for å avdekke om studiet har tilstrekkelig omfang og bredde på de empiriske dataene til å belyse problemstillingen med en eksplorerende ambisjon. Det forekom ikke materiale vi ønsket å utdype og vi opplevde at dataene våre viste nok likheter og variasjon til å kunne gi ny innsikt. Deltakerne i begge gruppene tok opp svært lignende utfordringer og det var stor enighet om systemet generelt. Vi opplevde også kvaliteten på dialogen i begge gruppene som gode, og at alle turte å dele sine meninger og ingen var overkjørende med sterke meninger. Lydfilene var klare og av god kvalitet. Det ble dermed ikke aktuelt å supplere datainnsamlingen med flere intervjuer.

### 3.6 Analyse av data

#### 3.6.1 Kvalitativ innholdsanalyse

Kvalitativ analyse innebærer ulike varianter av dekontekstualisering og rekontekstualisering. Ved å velge ut deler av teksten som er relevant for vår problemstilling, brytes den ned i mindre biter eller elementer. Intervjuanalysen er en bro mellom den opprinnelige fortellingen som ble fortalt i intervjuene, og den endelige historien vi som forskere presenterer (Kvale & Brinkmann, 2019). Ved Malteruds (2012) anbefalinger for analyse skal datamaterialet fortolkes og sammenfattes på en slik måte at andre senere kan følge den veien vi har gått, anerkjenne vår systematikk underveis, og forstå våre konklusjoner.

Å skape meningsfull innsikt krever at man forstår og analyserer de kvalitative dataene på en hensiktsmessig måte. Dette kan gjøres ved både tematisk analyse og innholdsanalyse. Tilnærmingene og analysemetodene er forskjellige, men har flere likheter og et felles mål om å avdekke mønstre og temaer i kvalitative data. Tematisk analyse innebærer et høyere nivå av tolkning og subjektiv analyse, mens innholdsanalyse har en mer objektiv tilnærming med mindre tolkning (Polit & Beck, 2021, s. 486). Vårt mål er å sammenfatte deltakernes meninger og opplevelser på en måte som kan lede til nye beskrivelser av temaet vi ønsker å belyse. Dette ønsker vi å gjøre med minst mulig fortolkning, slik at den essensielle betydningen av deltakernes budskap beholdes. Våre data opplevdes tydelige og konkrete, med lite behov for tolkning. Vi har derfor analysert de empiriske dataene ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004).

Graneheim & Lundman (2004) beskriver kvalitativ innholdsanalyse som en strukturert metode for å systematisk analysere og tolke kvalitative data. Tilnærmingen legger vekt på en systematisk og transparent analyseprosess hvor man identifiserer deler av teksten, avsnitt og setninger som meningsbærende enheter (meningsenheter). Videre i prosessen kondenseres innholdet i meningsenhetene, det vil si reduseres uten at det påvirker kvaliteten eller budskapet fra den originale meningsenheten. Kondenserte meningsenheter som er knyttet til hverandre fordeles i kategorier og tema. En kategori svarer på spørsmålet “Hva?” og er kjernefunksjonen i kvalitativ innholdsanalyse. En kategori består av meningsenheter som har fellestrekk i innholdet sitt. Et tema kan ses som et uttrykk for tekstens “latente” innhold, og er en sammenfatning av felles innhold i flere kategorier. Latent innhold vil si hva man som forsker forstår ut av teksten. Analyse av hva teksten sier omtales som “manifest” innhold, og refererer til det som er synlig og åpenbart i teksten. Et eksempel på manifest innhold kan være hvordan sykepleierne beskriver opplevelsen av informasjonsoverføring i pasientoverflytninger. Tema svarer på spørsmålet “hvordan?” og er en tråd av underliggende mening gjennom kondenserte meningsenheter og kategorier på et fortolkende nivå (Graneheim & Lundman, 2004).

Forforståelsen vår og de teoretiske referanserammene påvirker hva vi som forskere oppfatter som relevant for formålet (Malterud, 2012). Den teoretiske referanserammen spilte en begrenset rolle for utviklingen av kategorier. Dette på bakgrunn av at vi ønsket å holde oss så

nært som mulig til deltakernes meninger, slik at deres erfaringer gjenspeiles i våre funn. Vi har under hele forskningsprosessen lagt vekt på bevisstgjøring og refleksjon over egen forforståelse, rolle og bakgrunn som kan påvirke tolkningen av datamaterialet. Under analyseprosessen har vi tatt med oss tilbakemeldinger fra medstudenter i masterseminar og diskutert åpent mellom flere for å forsikre oss om at vår forforståelse ikke tar overhånd.

### 3.6.2 Analyseprosessen

Analyseprosessen startet ved at sekretær transkriberte intervjuene direkte etter de var utført slik at alt skulle være ferskt i minne. Arbeidet ble deretter kontrollsjekket av den som hadde vært moderator. Transkriberingen foregikk ord for ord, og pauser, kroppsspråk og reaksjoner blant deltakerne ble notert. Denne prosessen var tidkrevende og til tider utfordrende når deltakerne snakket over hverandre, eller det var usikkert hvem som sa hva. Deltakerne ble gitt en kode for gjenkjenning i bearbeidingsprosessen. Dette gav en god oversikt over hvem som sa hva under intervjuet, uten å bruke navn. Navn og ansiennitet ble utelatt fra transkripsjonen på grunn av personvern. Vi hadde ingen erfaring med transkribering i forkant av studiet, men gjorde oss bevisste på å i størst mulig grad unngå å redigere eller endre meningene i det de ble transkribert til et skriftlig språk.

Transkripsjonene ble lest gjennom flere ganger for å bli kjent med materialet, og for å danne et helhetlig inntrykk. Arbeidet med analysen ble utført gjennom fire analytiske ledd, hvor dataene ble systematisk delt i meningsenheter, kondenserte meningsenheter, subkategorier og tema (Graneheim & Lundman, 2004). Vi valgte å analysere hvert intervju for seg, for så å sammenligne og sette data sammen i en felles analyse. Arbeidet med å kondensere meningsenhetene på en slik måte at hovedbudskapet ble bevart var en tidkrevende prosess og materialet ble gjennomgått i flere runder. Dette arbeidet gjorde vi hver for oss for å sikre et bredere perspektiv, og at vi hadde samme oppfattelsen av den essensielle betydningen av det som ble sagt (Kvale & Brinkmann, 2019). Vi gikk deretter sammen over arbeidet og kom til enighet om meningsenhetene og betydningen de hadde.

Til tross for noe ulik arbeidsmetode satt vi igjen med mange like tanker og oppfattelser av materialet. Meningsenheter med lignende budskap ble kategorisert ved så lite fortolkning

som mulig. Under intervjuene hadde moderator sørget for avklaringer av hva som mentes med forskjellige utsagn og kommentarer, der dette var nødvendig. Dette var til stor hjelp i analysearbeidet for å beholde en induktiv tilnærming med så lite fortolkning som mulig. Arbeidet med å kategorisere data på en slik måte at deltakerne skal kunne kjenne seg igjen i datamaterialet når det er ferdig analysert var en av de mest tidkrevende og utfordrende prosessene. Vi var nøye med å påse at ingen data knyttet til formålet skulle utelukkes på grunn av mangel på en passende kategori. Samtidig ønsket vi heller ikke at data skulle falle mellom to kategorier eller passe inn i mer enn en kategori (Graneheim & Lundman, 2004). Basert på funn og våre forskningsspørsmål satt vi til slutt igjen med tre tema; Feil, mangler og utfordringer i informasjonsoverføring, samhandling og felles kommunikasjon og et felles dokumenteringssystem. Alle temaene påvirker pasientsikkerhet, som blir et felles hovedtema.

Alle steg i den kvalitative innholdsanalysen er presentert i eget vedlegg (se [vedlegg 4](#)). Dette gir leseren mulighet til å følge vår vei i analysen fra meningsenhet, kondensert meningsenhet, subkategori og tema. På denne måten kan leseren selv vurdere analysen og dens gyldighet, samt alternative tolkninger av data (Graneheim & Lundman, 2004).

### 3.7 Metodiske betraktninger

Kvalitativ innholdsanalyse er en grundig og systematisk tilnærming for å utforske og forstå betydningen av kvalitative data. Flere metodiske betraktninger må følges for å kunne produsere innsiktsfulle og meningsfulle funn i analysen. Før analysen hadde vi klargjort forskningsspørsmål og formålet med studien, slik at vi kunne identifisere relevante temaer i materialet. De empiriske dataene ble analysert på en systematisk og refleksiv måte, hvor systematikken i mønstrene avklares og videreformidles. Funnene skal reflektere og representere deltakernes erfaringer og ikke forstyrres av våre egne synspunkt (Polit & Beck, 2021, s. 55). For å oppnå dette har vi forsøkt å være bevisste på egen forforståelse og gått inn med en induktiv tilnærming. Under datainnsamling har vi vært oppmerksomme på å ikke la vår forforståelse påvirke deltakernes tanker og holdninger.

En av fordelene med kvalitativ metode er at analysen kan tilpasses etter hvert som forskeren blir kjent med datamaterialet, og nye temaer og ideer som oppstår underveis i analysen kan

utforskes. En ulempe med kvalitativ metode er at virkeligheten kan tolkes på ulike måter. Graneheim & Lundman (2004) sin antagelse er at en tekst alltid har flere betydninger, og at det alltid er en viss grad av tolkning når man analyserer en tekst. Dette er et dilemma når man diskuterer funnens troverdighet i kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004). For å oppnå troverdighet har vi forsøkt å gi en nøyaktig beskrivelse av alle ledd i forskningsprosessen, slik at leseren forstår veien til våre funn og hvordan den ble til.

### 3.7.1 Troverdighet, pålitelighet, validitet og overførbarhet

Troverdighet, pålitelighet, validitet og overførbarhet er sentralt gjennom alle stegene innen kvalitativ innholdsanalyse. Ved å gjennomføre og formidle analyseprosessen på en måte som gir leseren et godt overblikk og ny innsikt, styrker vi funnens troverdighet og validitet. For å styrke vår studies troverdighet har vi brukt systematisk tilnærming ved datainnsamling og analyse, og søkt bekreftende og motstridende eksempler på temaer og mønstre. Et reflektert og godt begrunnet valg av metode som er hensiktsmessig for å svare på vår problemstilling vil øke studiets troverdighet (Malterud, 2012). Disse valgene har vi gjort rede for underveis i studien. Vi har tatt hensyn til konteksten der datamaterialet ble produsert slik at vi kan forstå betydningen av innholdet og tolke funnene på en meningsfull måte. Vi benyttet oss av strategisk utvalg, samtidig som vi ønsket deltakere med variert grad av erfaring, bakgrunn og kjønn. Dette bidro til flere synspunkter med både variasjoner og likheter. Vi har tatt til betraktning Lincoln og Guba (beskrevet i Polit & Beck, 2021, s. 569-570) sine forslag til kriterier for å øke troverdigheten.

Vi har underveis i analyseprosessen tilbakeført våre funn til den sammenhengen de er hentet ut fra (Malterud, 2012, s. 23) for å vurdere validitet (gyldighet). Validitet er en betegnelse på hvor godt man klarer å måle det man har som hensikt å måle eller undersøke. Ved å forholde oss til en avgrenset problemstilling og klar formulering av hensikten med studien, har vi styrket validiteten i vår studie (Polit & Beck, 2021, s. 569). For å videre styrke validiteten benyttet vi oss av regelmessige bekreftelser underveis i intervjuene med kontroll-spørsmål som "har jeg forstått deg riktig når du sier at ...?". Ved å skape dialogisk validering styrkes intervjuobjektiviteten mellom deltaker og forsker, samt forsker og leser (Malterud, 2012, s. 182-183). Gjennom diskusjon med veileder, medstudenter og hverandre har vi søkt enighet og bekreftelse i forsøk på å fastslå at våre data representerer deltakernes synspunkter, og ikke

forstyrres av vår forforståelse og fortolkning. Dette har vært viktig for å styrke objektivitet i studiet, det vil si potensiale for overensstemmelse mellom to eller flere personer om dataenes nøyaktighet, relevans eller mening (Polit & Beck, 2021, s. 569-570).

Troverdighet kan ikke oppnås uten pålitelighet. Pålitelighet vurderes ut ifra hvorvidt forskningen skal kunne replikeres og funnene bli gjentatt, forutsett at deltakere og kontekst er den samme eller lignende (Polit & Beck, 2021, s. 569). Kvalitativ forskning har ikke som mål at resultatene skal generaliseres, eller å kunne påstå at funnene gjelder for alle sykepleiere og sykehus (Graneheim & Lundman, 2004). Det vil si at våre funn ikke nødvendigvis ville latt seg replikere dersom studien ble gjentatt på et annet sykehus som har gjennomgått en lignende innføring. For å kunne hevde at våre funn representerer deltakernes faktiske virkelighet, har vi lagt vekt på at det empiriske materialet og vår tolkning utgjør et gyldig bindeledd mellom utgangspunktet og resultatene. Gjennom hele analysen har vi spurt oss selv om deltakernes svar måler det de er ment å måle, og om dataene er pålitelige og gyldige. Pålitelighet vurderes også ut ifra risiko for inkonsekvent datasamling. Dersom omfattende data innhentes over en lengre periode vil det være økt risiko for inkonsekvens under datasamlingen (Graneheim & Lundman, 2004). Våre data er samlet inn med noen få ukers mellomrom, og vi vurderer derfor ikke dette som en svakhet for vår studie.

Troverdighet omfatter også spørsmål om overførbarhet. Overførbarhet er i hvor stor grad funnene kan overføres til andre settinger eller grupper. Som forfattere kan vi gi forslag om overførbarhet, men det er leseren som avgjør om funnene er overførbare til en annen kontekst. Den eksterne validiteten av studien vurderer vi som redusert på grunn av den spesifikke konteksten studiet er gjennomført i. Vi ser allikevel for oss at funnene kan være gjenkjennbare for sykepleiere og intensivsykepleiere på andre sykehus. Gjennom grundig beskrivelse av våre funn, gis det også grunnlag for overførbarhet til lignende situasjoner. Dette kan for eksempel gjelde pasientsikkerhet i pasientoverflytninger generelt. For at leseren selv skal kunne avgjøre grad av overførbarhet har vi nøye beskrevet utvalg, kontekst og analyseprosessen. For å styrke troverdighet har vi presentert våre funn på en måte som gjør det mulig for leseren å lete etter alternative tolkninger. Vi har inkludert representative sitater sammen med funnene for å kunne bedømme likheter innenfor og forskjeller mellom

kategorier. Dette er med på å styrke troverdighet og overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004).

### 3.8 Forskningsetiske vurderinger

All forskning som involverer mennesker, må gjøres i tråd med etiske retningslinjer. Man må opplyse om og orientere seg om eventuelle etiske dilemmaer som kan oppstå eller være i konflikt med studiemålet (Polit & Beck, 2021, s. 11). Kvalitative data er ofte av sensitiv og personlig karakter, og avhenger av at deltakerne er villige til å fremstille seg selv i et ærlig, og kanskje lite flatterende lys. Vår studie kunne ikke blitt utført uten frivillig samtykke fra deltakerne. Det stilles derfor strenge krav til informert samtykke, som vil si at deltakerne må kjenne til prosjektet godt nok til å kunne ta stilling til om de ønsker å bidra med sin kunnskap eller ikke (Malterud, 2013). Deltakerne ble i forkant av intervjuet informert om formålet med studiet gjennom et informasjon- og samtykkeskjema som de fikk lese gjennom og signert. Skjemaet utarbeidet vi etter en mal fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) (se [vedlegg 3](#)). Deltakerne ble igjen informert muntlig om studiets hensikt og påminnelse om deres rettigheter på intervjudagen. De ble informert om hvordan data samles inn og håndteres, og at de når som helst kan trekke sitt samtykke uten at det gir negative konsekvenser. Dette ble gjort for å ivareta deltakerne og deres integritet, og som en forutsetning for forsvarlig forskningsetikk (Jerpseth & Halvorsen, 2019).

For å kunne gjennomføre vår studie sendte vi først inn et meldeskjema til kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT). SIKT (2023) har som funksjon å kontrollere at forskning som utføres følger retningslinjer for håndtering av personvernopplysninger. Etter godkjenning (se [vedlegg 5](#)) sendte vi epost til seks forskjellige kirurgiske avdelinger ved det aktuelle sykehuset hvor studien skulle utføres. Vi fikk skriftlig godkjenning fra samtlige avdelingsledere og kunne deretter søke til personvernombudet (PVO). Ingen intervju ble utført før godkjenning fra PVO. Under intervjuene ble det benyttet lydopptak for datainnsamling. Dette ble deltakerne informert om i forkant. Opptaket ble lagret og oppbevart på en kryptert fil via nettskjema.



## 4.0 Resultater

Vi vil i dette kapitlet presentere våre funn som kom frem etter analyse av det empiriske materiale fra fokusgruppeintervjuene. Vi ønsker å besvare følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan opplever sykepleiere på kirurgiske sengeposter pasientoverflytting fra postoperativ avdeling etter implementering av et felles elektronisk dokumentasjonssystem?
2. Hvordan kan kommunikasjon og informasjonsoverføring i pasientoverflytting fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost forbedres?

Forskningsspørsmålene er utarbeidet med hensikt å kartlegge eventuelle utfordringer og risikofaktorer for pasientsikkerhet i tråd med den teoretiske rammen. I analysearbeidet er meningsenheter kondensert og samlet i subkategorier. Tre tema kom frem etter dette arbeidet;

1) Samhandling og felles kommunikasjon, 2) Feil, mangler og utfordringer i informasjonsoverføring, og 3) et felles dokumenteringssystem. Alle temaene påvirker pasientsikkerhet. Funnene svarer i hovedsak på forskningsspørsmål 1, men respondentene kommer også med innspill til forbedringsområder som svarer på forskningsspørsmål 2.

### 4.1 Samhandling og felles kommunikasjon

Våre funn viser at sykepleierne på de kirurgiske sengepostene generelt sett er fornøyd med samhandling og kommunikasjonen med intensivsykepleierne på postoperativ avdeling. Informantene uttrykker at de opplever å få nødvendig informasjon, men det kommer frem noen forbedringspunkter. Disse er delt i følgende subkategorier: Bruk av felles scoringssystem (NEWS) og diskrepans i rapport og dokumentering. Sykepleierne uttrykker et kjennskap til at det er forskjeller i arbeidsmetoder og scoringssystem mellom dem og postoperativ avdeling. De fleste av sykepleierne er enige i at dette utgjør en risiko for at viktig informasjon kan gå tapt som resultat av mangel på felles kommunikasjon.

#### 4.1.1 Bruk av felles scoringssystem (NEWS)

Flere av sykepleierne fra kirurgisk sengepost uttrykker at de savner en NEWS-score av pasientene de får overført fra postoperativ avdeling. Noen sykepleiere er ikke helt enige i dette, og mener at det ikke er nødvendig fordi de selv tar NEWS av pasienten så snart den ankommer avdelingen, og at de har rikelig informasjon angående pasientens vitale parametere fra den elektroniske kurven, til tross for at det ikke er lagt inn som NEWS. Sykepleierne er

enige i at de lett finner frem til målinger som er lagt inn fra postoperativ avdeling og det ikke er mangel på dem, men at de savner en kommentar på vurderinger og tiltak som er gjort.

En sykepleier sier:

“Det hadde absolutt vært en fordel å ha NEWS-score fra intensiv. Da kunne vi sett om NEWS er stabil eller om det er nyoppstått forverring.”

En annen supplerer:

“Det hadde vært greit å vite om pasienten har høy NEWS-score når de blir meldt, spesielt hvis de kommer opp i vaktskiftet. Som regel går du til den postoperative først, men det hender du setter deg ned og leser eller holder på med noe annet, men så skulle du kanskje sett til den pasienten først.”

En tredje legger til:

“Hvis en pasient har 6/7 i NEWS så skriver vi en vurdering på hvilke tiltak man har gjort, om man har kontaktet lege, og tanker man har om NEWS'en. Det hadde vært greit å få den informasjonen fra postoperativ avdeling også.”

Samtidig som de fleste informantene er enige i at dette kunne vært et godt tiltak, er andre kritiske til forslaget. De forteller at de har rutiner for å ta NEWS av pasient som kommer fra postoperativ avdeling, og at dette fungerer bra. De frykter at denne rutinen kan skli ut, og ikke følges i like stor grad dersom pasienten kommer med en nylig NEWS-score fra postoperativ avdeling, og dermed gå utover pasientsikkerheten.

En sykepleier uttrykker:

“Jeg har ikke savnet NEWS på Meona, men vi jobber jo på forskjellige poster. Vi har rutine for å ta målinger med en gang de kommer opp, og det gjør vi og det fungerer bra. Da har vi et bilde av pasienten.”

#### 4.1.2 Diskrepans i rapport og dokumentering

Sykepleierne er generelt fornøyd med dagens rapport og dokumentering de får fra postoperativ avdeling. De legger stor vekt på at de fleste problemene de har i stor grad skyldes legearbeid, og ikke intensivsykepleierne. Det kommer frem at informantene i stor grad erfarer ansvarsfraskrivelse fra kirurger og leger med tanke på ordinasjoner, som fører til at ansvaret for oppfølging ofte faller på sykepleierne. Dette er et ansvar de ikke ønsker, spesielt med tanke på nyansatte og vikarer, og de ser ofte at det kan gå utover pasientsikkerheten.

Informantene er enige i overgang til elektronisk kurve har hatt flest positive konsekvenser for

dokumentasjon og informasjonsoverføring. Allikevel er de fleste enige om at dokumenteringen av administrering av legemidler som er gitt på postoperativ avdeling ikke alltid stemmer.

En sykepleier forteller:

“Av og til kan vi knote med hvilket tidspunkt medisiner er gitt i elektronisk kurve. Det kan være administrert feil. Det står kanskje som administrert, men det har egentlig vært en forskyvning, men det kan vi ikke se. Dersom antibiotika blir forskjøvet kunne de lagt igjen en kommentar.”

En annen supplerer:

“De trykker ikke på “gi nå”, og da blir det halvveis. Jeg har måttet ringe ned, og da har de som regel glemt det ut.”

Til tross for dette uttrykker sykepleierne stor enighet om at det er greit å ringe til postoperativ avdeling for oppklaring når det trengs. Flere er enige i at klokkeslettene på papirkurven ofte var mer til å stole på enn de som er i elektronisk kurve, men at de ofte kunne leses av feil på grunn av utydelig føring og liten plass/skrift. Sykepleierne uttrykker at de er generelt sett svært positive til samarbeidet de har i dag, og beskriver det som en forbedring sammenlignet med tiden hvor papirkurve ble brukt til dokumentering.

## 4.2 Feil, mangler og utfordringer i informasjonsoverføring

Våre funn viser at sykepleiere på kirurgiske sengeposter opplever flere utfordringer i informasjonsoverføring ved pasientoverflytning fra postoperativ avdeling. Det var stor enighet og klarhet blant informantene angående deres opplevelse av informasjonsoverføring, og dens påvirkning av pasientsikkerheten. Dette førte til to gjentakende subkategorier; 1) Utfordrende og utrygt å tyde håndskrift og 2) risiko for feil og mangler i legemiddelhåndtering.

### 4.2.1 Utfordrende og utrygt å tyde håndskrift

Papirkurven var også lett tilgjengelig for pasient og annet helsepersonell som skapte en åpning for at de selv kunne skrive inn ordinasjoner dersom de hadde en kulepenn tilgjengelig. En sykepleier hadde opplevd at en pasient hadde skrevet smertestillende på sin egen papirkurve, som førte til økt bevisstgjøring av slike hendelser. Slike eksempler hørte sjeldenheten til, men det var likevel en risiko de måtte forholde seg til.

Alle sykepleierne uttrykker at de hadde store problemer med misforståelser og oversikt på papirkurven. Det er stor enighet om den elektroniske kurven er mer oversiktlig og at det er betydelig mindre risiko for misforståelser. Utfordring med å tyde riktig informasjon fra papirkurve på grunn av utydelig håndskrift, lite plass på kurven og håndskrift som var strøket ut og skrevet over på ny førte til utrygghet blant sykepleierne.

En sykepleier sier:

“Elektronisk kurve er bedre enn papirkurve fordi du slipper misforståelser i tyding av håndskrift.”

En annen legger til:

“Det var utfordrende og nesten umulig å tyde håndskriften, det var litt utrygt.”

“Det er mer oversiktlig nå. Tidligere stod medisinerne skrevet med håndskrift, ikke alltid lett å lese.”

En tredje sykepleier supplerer:

“Det er tryggere med elektronisk kurve. I papirkurve var det lite plass og usikkert om en leste riktig.”

#### 4.2.2 Risiko for feil og mangler i legemiddelhåndtering

Sykepleierne på de kirurgiske sengepostene uttrykker at de ofte opplever feil og mangler i informasjonen som angår legemiddelhåndtering i den elektroniske kurven. De opplever ofte at legemidler er lagt inn til feil tidspunkt, for mange doseringer, eller for få doseringer som fører til at pasienten kan gå glipp av doser. Et gjengående problem er at nyansatte ofte ikke oppdager disse feilene og at de dermed videreføres. Eksempelvis har dette ført til at pasienter ikke har fått blodfortynnende og antibiotika i dagene etter operasjonen, fordi det ikke er ordinert for mer enn et døgn fra postoperativ avdeling. Smertestillende og kvalmestillende medikamenter er ofte kun ordinert og administrert i intravenøs form på postoperativ avdeling. Dette har ført til at pasienter har fått disse legemidlene i intravenøs form på sengepost, til tross for at det ikke lengre er nødvendig. Det er stor enighet og frustrasjon blant informantene når de snakker om disse erfaringene og opplevelsene.

En sykepleier uttrykker:

“Jeg tror vi har skrevet mye synergier på både papir- og elektronisk kurve, men gjerne mer på elektronisk kurve fordi det ofte ligger inne feil eller mangler noe.”

En annen sykepleier fortsetter:

“Jeg ser ofte at Klexane og Oxynorm bare blir dosert inn for et døgn i elektronisk kurve. Hvis det er uerfarne sykepleiere på jobb, og legene ikke fanger det opp kan det ofte gå ekstra tid før pasienten får neste dose Klexane. Når vi hadde papirkurven la vi inn ubegrenset frem til de reiste.”

Dette er det stor enighet rundt, og flere legger til sine egne lignende erfaringer som bekræftelse.

En sykepleier legger til:

“Det har vært nye folk hos oss, og da har jeg sett at pasientene får smertestillende og kvalmestillende legemidler intravenøst lengre enn de trenger.”

### 4.3 Et felles dokumenteringssystem

Alle sykepleierne vi har intervjuet fra de kirurgiske avdelingene uttrykker stor takknemlighet over at postoperativ avdeling har gått over til å bruke det samme elektroniske dokumenteringssystemet som dem. De forklarer det som en lenge etterlengtet overgang som har gjort pasientoverføringen tryggere og mer pasientsikkert. Subkategorier for temaet er følgende: 1) Effektivt og tidsbesparende og 2) positive holdninger til systemet.

#### 4.3.1 Effektivt og tidsbesparende

Alle sykepleierne er enige om at de sparer mye tid og ekstra arbeid på at postoperativ avdeling har tatt i bruk elektronisk kurve. Arbeidet har blitt mer effektivt, enklere og de slipper å bruke tid på tyding av papirkurven for så å legge den inn selv i elektronisk kurve, hvor arbeidet så måtte dobbeltkontrolleres av en annen sykepleier.

En sykepleier forteller:

“Jeg synes det er enklere postoperativt fordi alle medisiner er lagt inn i elektronisk kurve. Før måtte vi tyde papirkurven først og så skrive det inn i systemet.”

En annen legger bekræftende til:

“Det tar mindre tid nå som det allerede er lagt inn i elektronisk kurve, enn at vi skal føre det inn og få dobbeltkontroll på at det er lagt inn rett, slik vi holdt på med før.”

Alle er enige i at arbeidet har blitt enklere postoperativt, men også preoperativt fordi de slipper å printe ut den elektroniske kurven som skulle følge pasienten. De forteller om mye tidsbruk som gikk til å få printer til å fungere, og at alt skulle printes ut i farger.

En sykepleier sier:

“Generelt syns jeg det var en grei overgang. Det var mer effektivt enn å printe alt ut.”

#### 4.3.2 Positive holdninger til systemet

I alle våre funn er det en gjennomgående positiv holdning til systemet fra sykepleierne fra kirurgisk avdeling. Alle er enige om at de ikke ville gått tilbake til papirkurve, dersom det var et alternativ.

En sykepleier sier:

“Overgangen til elektronisk kurve var lenge etterlengtet. Den er mer oversiktlig og grei enn papirkurven.”

En annen legger til:

“Det er fint med digital løsning og helt topp postoperativt. Nå har vi blitt vant med det. Det er noen ting som kan justeres, men generelt er det bra.”

Noen sykepleiere forteller om problemer med tilgjengelighet av PCer og at det elektroniske systemet noen ganger kan ha nedetider, som kan føre til problemer. Til tross for disse problemene kommer det tydelig frem at overgangen til elektronisk kurve har vært positivt både for arbeidet for sykepleierne på sengepost og pasientsikkerheten.

En sykepleier sier videre:

“IT er tilgjengelig 24 timer i døgnet og hjelper fort hvis kurvene er nede. Jeg har ikke opplevd det som et problem som går utover pasientsikkerheten.”

En annen supplerer:

“Jeg har opplevd at elektronisk kurve har vært nede og IT bruker tid på å finne løsning. Det kan være heftig og tidskonsumerende. Det skjer ikke så ofte og utgjør betydelig mindre problem enn det papirkurven gjorde.”

## 5. Diskusjon

Her vil funn diskuteres og drøftes opp mot tidligere forskning og teoretisk rammeverk. Våre egne refleksjoner vil gjøres rede for. Hensikten med studiet er å beskrive og forstå sykepleieres opplevelser med innføring av elektronisk kurve på postoperativ avdeling, og på denne måten gi innsikt i kommunikasjonen og samhandlingen mellom postoperativ- og kirurgisk avdeling i pasientoverflytninger. Funnene fra den kvalitative innholdsanalysen resulterte i tre hovedtema, med flere underpunkter. Vi har valgt å først diskutere intensivsykepleiers rolle i postoperativ sammenheng, og deretter hvert tema og underpunkt for seg selv. Problemstilling og forskningsspørsmål er presentert i [kapittel 1.3](#).

### 5.1 Intensivsykepleiers rolle

Intensivsykepleierens rolle i postoperativ sammenheng er sentralt å diskutere opp mot funnene i studien. Informantene nevner opptil flere ganger at de ikke opplever mye feil eller mangler på dokumentasjonen som kommer fra sykepleierne på postoperativ avdeling. Det nevnes derimot at dokumentasjonen som stammer fra leger varierte veldig med tanke på registrering i elektronisk kurve. Forskjell i kvaliteten på dokumentasjonen ansees som en utfordring for pasientsikkerheten og tryggheten for den mottakende sykepleieren. På den ene siden oppleves den elektroniske kurven pålitelig og praktisk når det kommer til informasjon og oversikt. På den andre siden ligger det en usikkerhet hos sykepleiere angående det som er registrert, på bakgrunn av gjentakende opplevelser av feilregistrering. Dette fører til at det brukes mye ekstra tid på å sikre at informasjonen er rett, istedenfor at de hovedsakelig kan gå ut ifra at det stemmer.

Funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (Intensivsykepleierne NSF, 2023) vektlegger at sykepleieren skal arbeide etisk, kunnskapsbasert og utøve forsvarlig sykepleie. Yrket er stadig i endring, og det er sykepleieren selv som har ansvar for å holde seg oppdatert innen faget. Ivaretagelsen av pasientsikkerheten trekkes frem som en av hovedleddene for å utøve god sykepleie (Stubberud, 2018). Når det kommer til postoperativ sykepleie er det mange endringer som har blitt gjort de seneste årene angående dokumentering og kommunikasjon. Digitaliseringen fra papir- til elektronisk kurve er en av disse endringene (Chao & Goldbort, 2012). En god informasjonsoverføring vil føre til mindre feil, misforståelser og merarbeid. Til tross for at informasjonsoverføringen har utviklet seg, og det

er mer søkelys på god dokumentasjon og kommunikasjon, ser man fremdeles at det er en vei å gå. Avvik som går på dokumentasjon er ikke unormalt, og at dette kan gå utover pasienten er en risiko. God informasjonsoverføring ved pasientoverflytning fra postoperativ- til kirurgisk avdeling er derfor avgjørende for å kunne ivareta pasientsikkerheten (Laugaland et al., 2012). Erfaringsmessig i postoperativ sammenheng og generelt ellers, unngår man mye repetisjon av informasjon dersom dokumentasjonen er gjort grundig i første omgang.

Korrekt og relevant informasjon er verdsatt uansett hva man jobber med. Som sykepleiere selv ser vi at det er mange faktorer som påvirker oss når vi er på jobb. God samhandling og kommunikasjon er noe av det som legger til rette for at vi kan arbeide pasientsikkert og effektivt. Vi ser derfor at intensivsykepleieren har et stort ansvar når det kommer til å ivareta pasientsikkerhet i postoperativ avdeling. Selv om det skjer endring på en avdeling, vil ikke dette automatisk føre til endring på andre avdelinger. Det må være en enighet, og samkjøring for at noe skal kunne endre seg. På den ene siden kan postoperativ avdeling innføre nye rutiner, sjekklister eller krav for å øke pasientsikkerheten under pasientoverføringer. På den andre siden vil ikke endringen på postoperativ avdeling ha en påvirkning på pasientoverføringen til de kirurgiske avdelingene dersom det ikke er kommunikasjon og samhandling mellom de ulike enhetene. Endringer som kun iverksettes eller prioriteres ett sted, kan dermed føre til større forskjeller og ulikheter som kan skape mer splittelse og hindringer enn tidligere. Dette eksempelet er overførbart når det kommer til implementeringen av den elektroniske kurven i postoperativ avdeling.

## 5.2 Samhandling og felles kommunikasjon

### 5.2.1 Bruk av felles scoringssystem

En andel av sykepleierne fra sengepost uttrykte at bruken av et felles scoringssystem som NEWS, kunne vært et nyttig verktøy for å ivareta pasientsikkerheten. NEWS er en scoringmodell som kartlegger livsviktige funksjoner og brukes for å kartlegge pasientens tilstand, og er med på å oppdage forverring av tilstanden tidligere (Nordseth, 2023). Postoperativ avdeling bruker ikke NEWS-modellen, men legger inn fortløpende vitale parametere, tiltak og observasjoner i den elektroniske kurven. Sykepleierne ved kirurgisk sengepost bruker NEWS-score for å avgjøre hvilke pasienter de tilser først eller hyppigst i løpet av vekten sin. Nyopererte pasienter fra postoperativ avdeling kommer tilbake til avdeling



uten en NEWS-score, men likevel med alle vitale parameter logget i den elektroniske kurven. Noen av sykepleierne ser for seg at en NEWS-score fra postoperativ avdeling kunne vært til fordel for å få bedre oversikt. Andre er kritiske til dette, og tror tiltaket heller kan være en trussel for pasientsikkerheten. Dette forklares med at de har streng rutine for å tilse pasienten og foreta NEWS-vurdering så snart pasienten ankommer avdelingen. Dersom pasienten da har en nylig score kan det tenkes at denne rutinen utsettes eller sklir ut, og at oversikten reduseres. Noen av sykepleierne mener at NEWS ville gitt dem et bedre innblikk i pasientens faktiske tilstand, i stedet for en rapport på avansert fagspråk og informasjon om andre vitale parameter som ikke er like aktuelle på sengepost.

Som sykepleiere med tilknytning til postoperativ avdeling, ser vi både negative og positive aspekter ved innføring av NEWS før overflytning til sengepost. Tiden sykepleierne bruker på å innhente vitale parametere etter pasienten ankommer sengeposten gjør at de får vurdert pasienten, og skaffer seg et overordnet blikk av pasientens tilstand. Selv om målingene som kommer fra postoperativ avdeling er tilfredsstillende, vil ikke dette automatisk tilsi at pasienten er stabil eller ikke har komplikasjoner. Det kliniske blikket spiller en sentral rolle i oppdagelsen av forverringer, og ved en allerede ferdig NEWS-score, kan dette som nevnt tidligere gi en mulighet for at pasienten ikke blir vurdert med en gang. Endringer i tilstanden kan skje raskt, og på bakgrunn av at mange kompenserer lenge dersom de er dårlige, kan forverringen raskt bli kritisk. Når vi som sykepleiere på postoperativ avdeling avgir rapport og sender pasienten videre, er det en trygghet at vi vet om rutinene for å ta NEWS ved ankomst til sengepost. Da vet vi at pasienten blir godt ivaretatt og at eventuelle problemer vil bli fanget opp tidlig.

Det fortelles om enkelttilfeller der pasienten har kommet opp fra postoperativ avdeling og vært i dårligere tilstand enn sykepleieren hadde fått inntrykk av fra rapporten. Dette kan skyldes at mottakende sykepleier ikke har oppfattet innhold og alvorlighetsgrad av rapporten. Da kan pasienter bli sendt for tidlig ut av postoperativ avdeling, fordi sengepostene ikke får uttrykt at de ikke har ressurser til å ta imot en pasient som fremdeles trenger høy grad av tilsyn og overvåking. Sykepleiere på postoperativ avdeling kan også ha en annen oppfattelse av hva som oppleves som en dårlig pasient enn sykepleiere på sengepost. Risikoen for at pasienten må sendes tilbake til en intensivavdeling øker dersom dårlige pasienter eller

forverring i tilstand ikke oppdages tidlig. McNeill & Khairat (2020) kommer frem til at et elektronisk vurderingsverktøy er med på å forebygge reinnleggelser på intensivavdelinger. Dette støttes av Bell et al. (2023) som hevder at elektronisk vurderingsverktøy forbedrer informasjonsflyten og tilfredshet i overleveringsprosessen. Selv om et felles vurderingsverktøy kan være en ekstra sikkerhet for sykepleier på sengepost ved rapport, kan dette føre til feil prioritering og maskere nåværende tilstand hos pasienten.

En NEWS-score fra postoperativ avdeling kan gi sykepleierne på kirurgisk avdeling tilpasset informasjon om pasienten, og dermed bedre forståelse. Samtidig kan det tenkes at denne NEWS-scoren kan bli en falsk trygghet, og at det fører til lengre tid fra pasienten blir sendt fra postoperativ avdeling, og til de blir tilsett av sykepleier på kirurgisk sengepost. Vi er derfor skeptiske til hvordan dette tiltaket ville utspilt seg, og hvilke konsekvenser det ville hatt for pasientsikkerheten sett fra et helhetlig synspunkt. Dersom det blir innført et felles scoringssystem er det sentralt at det settes krav til sykepleiere på kirurgisk avdeling om at dette kun skal være et øyeblikksbilde av pasienten, og at det ikke er målingene, observasjonene og tiltakene fra postoperativ avdeling man tar utgangspunkt i uten å ta en ny vurdering av pasienten.

### 5.2.2 Diskrepans i rapport og dokumentering

Diskrepans i rapport og dokumentasjon gir en større arbeidstynge for de ansatte på sengepost, og kan true pasientsikkerheten. På den ene siden forteller de at de generelt sett er fornøyde med rapporteringen og dokumentasjonen som kommer fra intensivsykepleierne på postoperativ avdeling. De opplever at viktig og nyttig pasientinformasjon er tilgjengelig i større grad nå, til sammenligning med papirkurven. Flere uttrykker at de fremdeles får muntlig informasjon fra intensivsykepleierne dersom det er noe spesielt, og at de setter pris på dette. Sykepleierne er klart enige om at skriftlig informasjon er viktigst, men de skjønner også at noen ganger bør beskjeder gis per telefon. Sykepleierne uttrykker å sette pris på telefonrapportene fordi de ofte bekrefter den skriftlige informasjonen, eller belyser spesifikke utfordringer. De er også fornøyd med kommunikasjonen de har med sykepleierne på postoperativ avdeling etter pasient er overført, og opplever en god spørrekultur. På den andre siden hender det at medisiner ligger inne til feil tidspunkt, eller er blitt gitt på et annet tidspunkt enn det som er blitt registrert i kurven. I en travel arbeidshverdag skaper det

frustrasjon dersom det ikke er korrekt informasjon i kurven. Som en løsning ved feilregistreringer ender sykepleierne ofte opp med å ringe til postoperativ avdeling for å avklare tidspunkt eller lignende.

Informantene legger i stor grad vekt på at de største utfordringene med den elektroniske kurven hovedsakelig angår ordinerings av medikamenter. Denne problemstillingen underbygges av Laugaland et al. (2012), som nevner at uønskede hendelser som omhandlet medisiner var repeterende etter implementering av elektronisk kurve. Ansvarsfraskrivelse fra kirurger og leger blir tatt opp av informantene som en felles opplevelse, og det vektlegges at dette problemet sjeldent gjelder intensivsykepleiere. Legene var mer “tvunget” til å ha en grundig gjennomgang av medisiner da de fysisk måtte signere kurven, i motsetning til nå som de elektroniske kurvene er tilgjengelig på hele sykehuset. På denne måten har det oppstått uklare ansvarsforhold blant legene, og en opplevelse blant sykepleierne av å bli pålagt mer ansvar enn det som er riktig og forsvarlig. Dette blir spesielt et problem for nyansatte og vikarer, fordi de ofte mangler erfaring og kunnskap til å kunne oppdage feilene og rette opp i dem. De stoler vanligvis på at kurvene stemmer, og denne overdrevne tilliten kan videre føre til medisinske avvik og tap av pasientsentrert omsorg (Patton et al., 2018). Flere av informantene kan fortelle om tilfeller der viktige deler av behandling ikke er fulgt opp, eller gjort feil, som en konsekvens av feil eller mangler i den elektroniske kurven.

Uoverensstemmelse mellom muntlig rapport og elektronisk dokumentering kan skape problemer ved vaktskifte. Det skjer ofte at en sykepleier tar imot rapport, men at pasienten ikke ankommer avdeling før neste vaktskifte. Dersom sykepleier som mottok beskjeden går hjem uten å videreformidle informasjonen til neste sykepleier som kommer på vakt, kan viktig informasjon gå tapt. Det samme gjelder på postoperativ avdeling. Til tross for dette blir tilfeller med mangel på viktig informasjon fra postoperativ avdeling i hovedsak ansett som enkelttilfeller og ikke gjentakende problemer. Sykepleierne nevner i tillegg at det fremdeles kan forekomme diskrepans i rapport og dokumentering fra postoperativ avdeling, men de er enige om at dette er i mye mindre grad sammenlignet med papirkurve og muntlig rapport.

Rapport og dokumentasjon skal være preget av oversiktlig, relevant og selvforklarende informasjon for en kvalitetssikker pasientoverføring. Pasientoverføringer involverer teamarbeid og kommunikasjon, og er direkte knyttet til pasientsikkerhet. Et økt fokus på teamarbeid og kommunikasjon, samt bruk av felles sjekklister, vil kunne øke kvaliteten på pasientoverføring (Segall et al.,2012). Denne påstanden støttes av Reine et al. (2021) som hevder at det kan være store variasjoner i pasientoverføringene på grunn av pasientens tilstand, situasjon og lav overholdelse av sjekklister. På den ene siden ser man at dårlig kommunikasjon og teamarbeid er noen av hovedårsakene til uønskede hendelser og avvik. Dersom informasjonen ikke blir lagt frem på en forståelig måte, kan det føre til misforståelser og avvik. På den andre siden kan rapport og dokumentasjon i mange tilfeller bli påvirket av det individuelle kunnskapsnivået til giver og mottaker av informasjonen. Ettersom at postoperativ avdeling er en spesialavdeling med en stor andel spesialsykepleiere, kan dette spille en rolle i de store forskjellene. Kunnskapsnivået i informasjonsoverføringen må derfor legges på et nivå der både mottakende og givende part har forståelse for situasjonen. Pasientens tilstand må videreformidles uten at viktig informasjon faller vekk.

Postoperativ avdeling bruker sjekklisten “White’s fast tracking scoring system” som kriterium for å avgjøre om pasienten kan overflyttes til kirurgisk sengepost. Denne scoren føres i den elektroniske kurven, og ble ført på papirkurven før. Sjekklisten er ikke en del av kurvebildet som vises hos sengepostene, men de kunne se den på papirkurven. Under intervjuet spurte moderator om sjekklisten, men fikk til svar at sykepleierne ikke hadde tatt stilling til white-score, og at de ikke savnet dette. De begrunner dette med at de opplever å finne den aktuelle informasjonen i det elektroniske journalsystemet for sykepleiedokumentasjon. Dette er et eksempel på at det er store forskjeller innad på avdelingene når det kommer til hvilken informasjon de er interessert i. Som sykepleiere på postoperativ avdeling er det informativt å vite hvilken informasjon som blir brukt, og hvilken informasjon som ikke er relevant for kirurgisk sengepost av det som registreres. Denne informasjonen gir et inntrykk av hvilke områder som bør vektlegges i overflytningsprosessen.

## 5.3 Feil, mangler og utfordringer i informasjonsoverføring

### 5.3.1 Utfordrende og utrygt å tyde håndskrift

Utfordringer knyttet til papirkurver kom tydelig frem under intervjuene. Tyding og tolkning av håndskrift var noen av problemene som truet pasientsikkerheten. Til tross for utfordringene sykepleierne presenterer angående legemiddelhåndtering i den elektroniske kurven, beskriver de likevel flere faktorer som gjør at den elektroniske kurven oppleves tryggere og mer pasientsikker enn papirkurven. Håndskriften var ofte utydelig, og papirkurven ble i mange tilfeller brukt over lengre tid som førte til hyppige endringer i doseringer og medisiner. Ordinasjoner ble ofte krysset over, som førte til uoversiktlige kurver. Rubrikkene på papirkurven var i tillegg små og vanskelige å tyde. Tilliten til papirkurven ble dermed svekket, og sykepleierne opplevde til tider informasjonen som usikker og utrygg.

Uklar og usystematisk kommunikasjon gjennom papirkurven opplevdes å medføre flere feil og tap av informasjon i sykepleiedokumentasjonen, sett i sammenligning med elektronisk kurve. Elektronisk kurve oppleves tryggere fordi sykepleierne ikke lengre er usikre på om de tyder kurven korrekt. De trekker frem at de har bedre oversikt og færre misforståelser ved bruk av elektronisk kurve. Informantene uttrykker at sykepleiedokumentasjonen er av bedre kvalitet og kvantitet i elektronisk kurve, sammenlignet med papirkurve. Dette er en direkte motsetning til funnene i studien til Akhu-Zaheya et al. (2018), som hevdet at kvaliteten og kvantiteten på dokumentasjonen endte opp med å bli oppfattet som dårligere ved elektronisk dokumentasjon. Funn og tidligere forskning viser at det er flere forbedringspotensialer når det kommer til elektronisk kurve, og at oppfatningen av implementeringen vil variere i stor grad. Forskjellene som kommer frem i tidligere forskning og intervjuer setter søkelys på at de utfordringene som finnes kan oppleves ulikt og ha en ulik grad av alvorlighet.

Implementeringen av elektronisk kurve har virket tidsbesparende, informasjonen er lettere tilgjengelig, og det krever ikke lenger at to sykepleiere må bli enige om at informasjonen de leser av papirkurven er riktig. Disse funnene samsvarer med studien gjort av McCarthy et al. (2018), som også beskriver virkningen av elektronisk sykepleiedokumentasjon som tidsbesparende og mer pasientsikkert. All informasjon i den elektroniske kurven er loggført med personlige brukernavn, i motsetning til i papirkurven der man ikke kunne se tilbake på hvem informasjonen kom fra. Endringer i kurven kan nå gjøres med et tastetrykk og gir en

bedre oversikt og sikkerhet. Alt dette tatt i betraktning finnes det fremdeles varierende grad av usikkerhet blant sykepleierne på bakgrunn av tilfeller der informasjonen på den elektroniske kurven ikke har vært korrekt. Utfordringen som finnes nå er ikke lenger at det er stor sannsynlighet for feiltolking, men heller at det som er ordinert ikke stemmer.

### 5.3.2 Risiko for feil og mangler i legemiddelhåndtering

Informantene forteller om flere risikofaktorer for feil og mangler i informasjonsoverføring ved bruk av både papirkurve og elektronisk kurve, og at de har skrevet avvik i forbindelse med begge kurvene. Samtidig er diskusjonen preget av en felles enighet om at hyppigheten av medisinske avvik oppleves økt etter implementeringen av elektronisk kurve.

En av sykepleierne forteller:

“Jeg tror vi har skrevet mye synergier på både papir- og elektronisk kurve, men gjerne mer på elektronisk kurve fordi det ofte ligger inne feil eller mangler noe.”.

Flere av informantene er enig i dette, andre mener det er nokså likt. For flere av sykepleierne har dette ført til mindre grad av tillit til elektronisk kurve når det gjelder medikamenter og ordinasjoner, og at denne informasjonen oftere opplevdes korrekt i papirkurven. Dette skiller seg ut som et uventet funn, sammenlignet med resultater fra tidligere forskning gjort av Pandya et al. (2019), Laugaland et al. (2012) og Han et al. (2016). Hovedfunnene i disse studiene viser at en implementering av elektroniske journaler forbedret utfallet av behandlingen, minsket risiko for medisinske avvik og førte til bedre pasientsikkerhet. Det er et gjennomgående fellestrekk i forskningsartiklene som peker på mangler i informasjonsoverføringen og legemiddelhåndtering. Enda tilliten til elektronisk kurve er høy, ser vi at pasientsikkerheten trues på bakgrunn av implementeringen. Medisinske avvik oppstår hyppig, og sykepleiere sitter med en følelse av å måtte påta seg et større ansvar for legemiddelhåndteringen enn det som riktig og forsvarlig.

Noen av informantene påstår at alvorligheten av avvikene har økt etter implementeringen av elektronisk kurve. Disse avvikene har nesten utelukkende dreid seg om legemiddeilfeil, og forklares i stor grad å være knyttet til selve legemiddelordinasjonen. Feil eller mangelfullt innhold i pasientkurver får konsekvenser for hvilken informasjon som utveksles. Et av områdene hvor det er mest krevende å sikre at informasjonen blir korrekt, er ved legemiddelhåndtering. Feil kan oppstå i ulike faser av legemiddelhåndteringen; ved

ordinering, tillaging, administrering og utdeling. Spesielt når pasienter flyttes mellom ulike avdelinger eller nivå, øker risikoen for feil. Dersom det svikter i en eller flere faser, blir det utfordrende å sikre ønsket kvalitet av pasientsikkerhet (Hellesø & Opheim, 2023, s.45-64). Feil i legemiddelhåndtering er i motsetning til andre sykepleieoppgaver en av hovedårsakene til at det blir skrevet mange avvik. Man ser at avvikene ofte er relatert til ordinasjoner, og at det svikter ved dobbelkontroll. Avvikene som oppstår ved feil i legemiddelhåndtering kan ofte være alvorlige og ha et negativt utfall for pasienten det gjelder. Alvorlige medisinske avvik er vanligvis en konsekvens av sykepleiernes dårlige kompetanse om medikamenter, og et press om å arbeide raskt (Simonsen et al., 2011).

Selv om det ble brukt papirkurve i postoperativ sammenheng tidligere, innførte de kirurgiske avdelingene elektroniske kurver en stund før postoperativ avdeling. Pasienter ble sendt til operasjon med utskrift av elektronisk kurve fra kirurgisk sengepost. Ved overflytning tilbake til sengepost hadde pasientene med seg en papirkurve fra postoperativ avdeling. Sykepleierne måtte deretter overføre informasjonen fra papirkurven inn i elektronisk kurve, som så ble dobbelkontrollert av annen sykepleier. Dette steget førte til mye merarbeid for sykepleierne, men opplevdes som en trygghet for at informasjonen var riktig og komplett. Papirkurven ble arkivert og ikke tatt opp igjen med mindre pasienten skulle opereres på ny. Man ser at dette var en faktor som kunne føre til at feil eller mangler ikke ville bli oppdaget med en gang fordi papirkurven ble lagt vekk og dermed utilgjengelig. Dette til forskjell fra dagens praksis når man enkelt kan gå tilbake i den elektroniske kurven og oppdage feil eller mangler. Sett fra en annen side faller dobbelkontrolleringen ved overføring til elektronisk kurve bort. Dette kan gi økt risiko for at feil forekommer.

Informantene legger stor vekt på registrering av feil tidspunkt og doseringer av medikamenter som et gjentakende problem i den elektroniske kurven. Akhu-Zaheya et al. (2018) beskriver lignende resultater, der deres funn viser at kvaliteten og kvantiteten på dokumentasjon ble oppfattet som dårligere ved elektronisk dokumentasjon. De konkluderer med at dokumentasjonen hadde nedsatt kvalitet på grunn av dårlig opplæring, og at det er behov for en generell økning i kvalitetsnivået på dokumentasjonen. Flere av våre informanter stilte seg spørrende til grad av opplæring blant kirurger og nyansatte, og uttrykker at flere av utfordringene kan skyldes manglende- eller svikt i opplæring. I motsetning til tidligere

antagelser, ser man at utfordringene omkring legemiddelordinasjoner preger hverdagen i stor grad selv om implementeringen av elektroniske kurver gav en forventning om avtagende medisinske avvik. Dette kan skyldes at arbeidstyngden og ansvaret har økt for sykepleiere, som gir mindre tid til de ulike oppgavene de har. Dette kan videre føre til slurvete og usystematisk arbeid for å få tid til å fullføre alt man skal gjøre i løpet av en vakt.

Deltakerne i begge fokusgruppene trekker spesielt frem ordinerer av blodfortynnende og antibiotika som en stor utfordring. Klokkeslett for ordinasjonene oppleves å ofte ikke være korrekte, både når det kommer til ordinerer og administrer. Sykepleierne forteller at de ofte oppdager at flere av medisinene kun er ordinert for en kort periode, eller som en engangsordinasjon, til tross for at behandlingen skal være vedvarende. Videre ordinerer blir overlatt til kirurger på post. Dette opplever sykepleierne som problematisk på flere måter. For det første fører dette til merarbeid for sykepleierne som må etterspørre ordinasjoner, og bruke tid på å kontakte leger som ofte er utilgjengelige. Dette tar mye av tiden de kunne brukt til andre oppgaver eller pasientene sine. For det andre er det fare for svikt i pasientbehandling og pasientsikkerhet når ordinerer ikke blir fulgt opp. Alt ekstraarbeid som oppstår, er følgefeil som i mange tilfeller kan komme av dårlig opplærer eller ansvarsfraskrivelse. Pasienter som blir satt på nye medikamenter etter operasjon, ofte blodfortynnende eller antibiotika, får av og til den første dosen på postoperativ avdeling. Postoperativ avdeling registrerer dermed den første doseringen av medikamentet, men videre ordinasjon må gjøres ved kirurgisk sengepost. Dersom dette ikke kommer tydelig frem i kommunikasjonen mellom avdelingene, er det fort gjort at det går i glemmeboken.

Flere av informantene kan fortelle om en rekke tilfeller der viktige deler av behandling ikke er fulgt opp, eller gjort feil, som en konsekvens av feil eller mangler ved legemiddelhåndterer. Disse opplevelsene har for flere av informantene ført til merarbeid fordi de blir pålagt et utvidet ansvar for forordning og oppfølger av ordinerer av medisiner. De opplever at dette krever høy årvåkenhet, og føler på mye ansvar som egentlig skal ligge hos legene. En allerede hektisk arbeidsdag der flere, og ofte uerfarne, jobber sammen om pasienter, utgjør de uklare ansvarsforholdene en stor risiko for alvorlig svikt i pasientbehandlingen. Risikoen for at feil ikke oppdages er spesielt høy blant nyansatte, nyutdannede og vikarer. Flere av informantene trekker frem at opplærer av disse ofte kan være begrenset til å begynne med, og at de også



blir pålagt mer ansvar enn det som er riktig og forsvarlig, uten å være klar over det selv. De legger til at det oppstår et enda større ansvar og merarbeid blant erfarne sykepleiere som finner feilene, men at det gjerne kan ta en stund før de oppdages.

Observasjonene fra informantene underbygges av studien gjort av Juvik & Meling (2023), hvor dette fremkommer tydelig. Informantene i deres studie har lignende erfaringer med uklare ansvarsforhold og manglende opplæring. Kontinuitet og kvalitet i pasientbehandling skal sikre at ingen pasienter tar skade eller får komplikasjoner av behandlingen de får, og avhenger av et velfungerende tverrfaglig samarbeid (Helsebiblioteket, 2019). Dette gjelder for både sykepleiere og intensivsykepleiere, og annet helsepersonell som tar del i pasientbehandlingen. Fokus på opplæring vil være et steg i riktig retning, og føre til en positiv konsekvens for å bedre teamarbeid og kommunikasjon. Ressursbruk på opplæring og forbedring av systemene vil i tillegg øke pasientsikkerheten (Iqbal et al., 2021). Selv om det er viktig at opplæringen av de tekniske aspektene er tilstrekkelig, bør man likevel ivareta den sosio-tekniske prosessen oppi det hele (Chao & Goldbort, 2012). Funnene i vår studie understreker at behovet for opplæring innen de tekniske ferdighetene, men også forståelsen og kunnskapen må være på plass for en vellykket implementering. Det må også være en felles forståelse mellom yrkesgruppene om hva som er riktig bruk av kurven, og riktig fordeling av ansvar over de ulike arbeidsoppgavene

Selv om flere av informantene uttrykker svekket tillit til informasjon i den elektroniske kurven, svarte andre at de som regel går ut ifra at informasjonen stemmer. Denne holdningen finner man også i studien gjort av Patton et al. (2018) som beskriver økt forekomst av medisinske avvik og tap av pasientsentrert omsorg blant helsepersonell med overdreven tillit til elektroniske journaler. Flere av informantene opplever dessuten at spesielt nyansatte har høy tillit til den elektroniske kurven. Konsekvensene av dette påvirker i stor grad pasientsikkerheten. Høy tillit til den elektroniske kurven kan ansees å være en konsekvens av den tidligere felles antagelsen om at elektronisk kurve ville bli mer pålitelig og trygg enn papirkurve. Det faktum at den elektroniske kurven oppleves usikker og blir kritisk vurdert, er en motsetning til forventningene i forkant av implementeringen. Selv om det viser seg en del utfordringer med den elektroniske kurven, kan det likevel ansees som positivt at problemene

omkring ordinasjoner og medikamenter er synlige og tydeliggjøres. Synliggjøring av feil og mangler er nødvendig for å iverksette endringer som kan føre til forbedring.

## 5.4 Et felles dokumenteringssystem

### 5.4.1 Effektivt og tidsbesparende

Forventningen om at elektroniske journalsystemer skulle være tidsbesparende og pålitelige var repeterende under intervjuene. Etter innføringen kunne dokumenteringen foregå hvor som helst på sykehuset og sykepleierne slapp å lete etter papirene til pasienten. Avvik som tidligere gikk på utydelig håndskrift eller uklare registreringer i papirkurvene falt bort etter innføringen. Feil og mangler i de elektroniske journalsystemene utgjør derimot fremdeles en risiko som kan føre til pasientskader. På den ene siden ser man at innføringen av elektroniske kurver har ført til en økt effektivitet i arbeidet. På den andre siden ser man at det kan være tidkrevende å bruke tid på innlogging og eventuelle uforutsette dataproblemer og feilføringer (Upadhyay & Hu, 2022).

Et felles dokumenteringssystem ansees som en stor forbedring for tidsbruk og effektivitet, sammenlignet med den tidligere papirkurven. Før måtte sykepleierne selv føre legemidler fra papirkurven inn i den elektroniske kurven, og deretter få dobbelkontroll fra en annen sykepleier for å sikre at det ble ført riktig. Dette tok mye tid og ressurser, og opplevdes dessuten utrygt på grunn av utydelig håndskrift og usikkerhet rundt troverdigheten til informasjonen. Det oppleves også feil å skulle dokumentere og skrive under for oppgaver og legemiddelutdelinger som var utført av andre. Etter overgang til elektronisk kurve på postoperativ avdeling falt dette ekstraarbeidet bort fordi legemidlene i all hovedsak er ført inn i forkant av overflytningen til avdeling.

Ordinering av legemidler i den elektroniske kurven skulle etter implementeringen av elektronisk kurve utelukkende bli et legeansvar, noe sykepleierne opplever som en mer korrekt ansvarsfordeling. Dette opplevdes i teorien tryggere, men flere erfaringer med feil og mangler ved legemiddelhåndtering har ført til at dette ansvaret fremdeles i stor grad faller på sykepleierne. Til tross for dette opplever sykepleierne at et felles dokumenteringssystem med

postoperativ avdeling har ført til en mer effektiv hverdag som har gitt mer tid til andre oppgaver. Kommunikasjonen mellom postoperativ avdeling og kirurgisk avdeling gikk fra å være muntlig til å bli skriftlig. Muntlige rapporter ble i flere tilfeller mer mangelfulle enn skriftlige da sykepleier på sengepost ofte stod med andre oppgaver når rapporten ble gitt over telefon. Sykepleierne på postoperativ avdeling tok heller ikke alltid med all informasjon, og kun det de anså som relevant. Til forskjell fra dagens praksis der kirurgisk avdeling får all informasjonen de har behov for i den elektroniske journalen uten å måtte etterspørre den.

Tidsbruk på dokumentering kan påstås å ha blitt kuttet etter innføringen av elektronisk kurve. Effektivitet og tidsbesparing går igjen i forskning og tilbakemeldinger fra informantene, men det er også noen tilfeller hvor elektronisk kurve ikke oppleves tidsbesparende. Det som tidligere tok betydelig tid innen dokumentasjon, kan nå gjøres enklere. Når det er sagt, kan man fremdeles se at legenes oppgaver med å ordinere medisiner og andre tiltak blir overlatt til sykepleiere i stor grad. Informantene beskriver mye ansvarsfraskrivelse fra legenes side, som fører til merarbeid for dem. McCarthy et al. (2018) konkluderte i studien deres med at elektronisk dokumentasjon kunne virke tidsbesparende, redusere feil ved dokumentering og føre til færre fall og infeksjoner. Til tross for dette ser man at elektronisk dokumentasjon har ført med seg noen andre utfordringer. Upadhyay & Hu (2022) fant ut at negative konsekvenser av innføringen gikk på at det var tidkrevende med elektronisk dokumentasjon. Positive konsekvenser som ble trukket frem var økt effektivitet. Dette resultatet samsvarer delvis med informantenes opplevelser, og er med på å sette søkelys på andre problemområder. De motstridende funnene kan tyde på at problemene ofte er spesifikke for hvert enkelt helseforetak, og at det derfor ikke er fullstendig overførbart til denne studien. Man vil se at det er individuelle forskjeller når det kommer til de ulike legene og sykepleierne i tillegg.

#### 5.4.2 Positive holdninger til systemet

Tidligere forskning viser hovedsakelig positive erfaringer og forventninger til overgang fra papir til elektronisk kurve. Dette samsvarer i tillegg med funn blant våre informanter. Akhu-Zaheya et al. (2018) trekker frem at prosess og struktur oppleves bedre når det kom til elektroniske kurver. Dette samstemmer med flere av våre funn. Sykepleierne oppgir å ha større tillit til informasjon knyttet til vitale parametere og andre målinger i elektronisk kurve. Denne informasjonen oppleves av informantene som klar, tydelig og lett tilgjengelig, til

sammenligning med papirkurven som hadde små rubrikker, utydelig håndskrift og redusert tilgjengelighet.

Til tross for at det elektroniske journalsystemet har ført med seg noen nye utfordringer, er alle sykepleierne som ble intervjuet enige om at de er mer fornøyde med elektronisk kurve, og legger stor vekt på at de ikke ønsker å gå tilbake til papirkurve. Positive holdninger til systemet har vært gjentakende i fokusgruppeintervjuene og i tidligere forskning som har blitt innhentet. Funnene forteller oss at overgang til elektronisk kurve har gjort hverdagen enklere, men det har også skapt noen nye utfordringer. Disse utfordringene må synliggjøres for å finne riktige tiltak for forbedring. Det var for det meste enighet i opplevelsene til sykepleierne rundt temaet, men det var noen ulikheter hvor de ikke hadde samme oppfattelse. Dette gjorde at vi fikk ulike synspunkter, og kunne se at noen positive og negative tilbakemeldinger gjaldt spesifikt for de ulike avdelingene.

På den ene siden ser man at overgangen har ført til en endring i positiv retning. Sykepleierne i fokusgruppeintervjuene uttrykte positive holdninger til systemet. Implementeringen var lenge etterlengtet og har spart dem for mye tidsbruk og dobbeltføringer. Legen kan også legge inn ordinasjoner uten å være til stede på avdelingen, mye kan derfor endres via noen tastetrykk. På den andre siden kommer det frem at tilgjengelighet til PC, trege datasystemer og generelt dårlig kommunikasjon og dokumentasjon er en svakhet. Upadhyay & Hu (2022) uttrykker at sykepleiere har et ambivalent forhold til implementeringen, og at de positive tilbakemeldingene de fant gikk på økt effektivitet. Man ser videre at IKT er tilgjengelig hele døgnet, men det skaper mye frustrasjon dersom datasystemene ikke fungerer slik de skal. Dersom journalsystemet er nede, må sykepleier manuelt skrive ut de elektroniske kurvene til pasientene. Dårlig kommunikasjon påvirker også arbeidshverdagen i stor grad (Grasaas et al., 2023). Informantene understrekte derimot mange ganger i fokusgruppeintervjuene at de ikke kunne tenke seg å gå tilbake til papirkurve. De nevnte også at selv om det er en del utfordringer med den elektroniske kurven, er de utfordringene å foretrekke fremfor de utfordringene som var tidligere med papirkurve.

Informantene påpekte som nevnt tidligere gjennom begge fokusgruppeintervjuene at de hadde positive assosiasjoner med elektronisk kurve. Selv om dette var hovedopplevelsen knyttet til elektroniske kurver, er det likevel tydelige utfordringer implementeringen har ført med seg.

En av sykepleierne sa:

“Det er fint med digital løsning og helt topp postoperativt. Nå har vi blitt vant med det. Det er noen ting som kan justeres, men generelt er det bra”.

Dette til tross for at det fremdeles oppleves en del feil ved systemet og at det er en risiko for at systemene kan ligge nede ved tekniske problemer. Dette gjenspeiles generelt sett i tidligere forskning i tillegg. Det oppleves en enighet mellom sykepleierne at de ikke vil gå tilbake til papirkurver. Papirkurvene blir ansett som utdatert og upraktiske, og de tidligere utfordringene trumfer de nåværende utfordringene som er knyttet til elektronisk kurve.

Andre positive konsekvenser som har kommet etter implementering av elektronisk kurve i postoperativ avdeling er tryggheten det har gitt med tanke på loggføring av aktivitet i journal. Dokumentasjon er som nevnt lovpålagt (Helsepersonelloven, 1999, § 39-47), og taushetsplikten er sentral når det kommer til journalen. Store forskjeller på kvalitet i dokumentasjon kan true pasientsikkerheten, til tross for iverksetting av tiltak og bruk av hjelpemidler for å unngå at pasienten havner i uheldige situasjoner. Det faktum at pasienter eller forbipasserende ikke lenger har mulighet til å se eller fysisk røre journalen har ført til en mer pasientsikker tendens. Sensitiv informasjon og journalføring er nå beskyttet av passord og brukernavn, i motsetning til papirkurven hvor hvem som helst kunne lese av informasjon eller skrive på kurven med en kulepenn dersom papirene kom på avveie. Dersom man ikke har gyldig grunn til innsyn i journal kan det raskt oppdages hvis noen gjør oppslag i journaler de ikke skal ha tilgang til. Alt loggføres, som gir helsepersonellet og pasienten en økt sikkerhet. IKT kan enkelt få innsyn i hva man har foretatt seg i journalen, og dermed eventuelt frikjenne den aktuelle personen ved uheldige situasjoner. På den ene siden kan man si at helsepersonell blir overvåket i større grad nå enn tidligere, men på den andre siden er dette med på å skape en betryggelse om at man ikke vil få negative konsekvenser som er uberettiget. Digitalt fotspor gjør at aktivitet kan spores tilbake til enkeltpersoner og avklares raskt. Alvorlige konsekvenser av journalsnoking som eksempelvis suspensjon av autorisasjon, jobb, samt anmeldelse kan bli utfallet dersom man blir antatt skyldig i en slik sak (Helsepersonelloven, 1999, § 56-59).

## 6.0 Konklusjon

Våre funn viser at innføring av elektronisk kurve på postoperativ avdeling med påfølgende elektronisk journaloverføring i pasientoverflytninger opplevdes som etterlengtet av sykepleierne på kirurgiske avdelinger. Innføringen har medført flere suksessfaktorer som bidrar til å trygge pasientoverflyttingsprosessen. Innføringen har likevel noen utfordringer som representerer en reell fare for svikt i pasientsikkerheten.

Overgang til et felles dokumenteringssystem har forenklet arbeidet til sykepleierne, og lagt til rette for en mer oversiktlig og helhetlig dokumentasjon av pasientforløpet. Studien vår tyder på en generelt bedre informasjonsutveksling mellom sykepleiere på sengepost og postoperativ avdeling som en konsekvens av innføringen. Usikkerhet relatert til feiltolkninger av håndskrevne ordinasjoner og observasjoner var ofte en utfordring ved bruk av den tidligere papirkurven. Den elektroniske kurven oppleves sikrere i henhold til avlesning av informasjon, og systemet har virket tidsbesparende, effektivt og tilgjengelig.

Den største utfordringen, og trussel mot pasientsikkerheten, relateres til feil og mangler ved legemiddelhåndtering, spesielt legemiddelordinasjon. Dette ble begrunnet med opplevelse av ansvarsfraskrivelse fra leger som skapte uklare ansvarsforhold mellom leger og sykepleiere, samt manglende opplæring av nyansatte. Sykepleierne har flere forestillinger om hvordan de ønsker at rutinene skal bli forbedret, slik at de kan bidra til å forebygge uønskede hendelser og pasientskader, og dermed øke pasientsikkerheten.

Noen av sykepleierne etterspør at det dokumenteres NEWS av pasienten i den elektroniske kurven før overflytning fra postoperativ avdeling til sengepost. De mener at dette tiltaket kan skape en felles ramme og felles språk for å oppnå lik forståelse på tvers av avdelingene, og dermed styrke pasientsikkerheten. Dette er imidlertid tveegget ettersom andre sykepleiere mener at en NEWS-score fra postoperativ avdeling kunne føre til at det ikke ville bli tatt en ny vurdering av pasienten på post, og at tiltaket vil være mot sin hensikt. Erfaringer viser at spesielt nyansatte og vikarer mangler opplæring og kompetanse til å håndtere den elektroniske kurven, som utgjør en fare for pasientsikkerhet. Studien vår tyder på at uklare ansvarsforhold mellom yrkesgrupper fører til at sykepleierne påføres et utvidet ansvar for ordinerer av medikamenter. Dette fremstår ikke forsvarlig og kan føre til pasientskade.

## 7.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Studien har hatt et pasientsikkerhetsperspektiv sett fra sykepleieres synspunkter og erfaringer rundt overgang til elektronisk kurve på postoperativ avdeling. Våre funn kan gi intensivsykepleiere økt felles forståelse og kommunikasjon med sengeposter under pasientoverflytninger, og en oversikt over opplevelser og aspekter av innføring av elektronisk kurve. Tre forbedringsområder er identifisert; NEWS-score ved overflytning til sengepost, bedre opplæring i elektronisk kurve og tydeligere avklaring av ansvarsforhold mellom leger og sykepleiere, spesielt i forbindelse med ordinerer av medikamenter.

Det kan tenkes at bevisstgjøring av mangelen på et felles scoringsverktøy i den elektroniske kuven kan bidra til bedre kommunikasjon i pasientoverflytninger til sengeposter. Det kan være interessant å undersøke om innføring av NEWS på postoperativ avdeling ville ført til bedre informasjonsutveksling, og hvilke konsekvenser det ville hatt for pasientsikkerhet.

Erfaringer tyder på et behov for grundigere opplæring i bruk av den elektroniske kurven for nyansatte og vikarer. Bedre opplæring kan bidra til mindre feil og uønskede hendelser ved legemiddelhåndtering, og dermed kvalitetssikring av pasientbehandlingen.

Sykepleierne uttrykker behov for tydeligere avklaring av ansvarsforhold, spesielt når det kommer til legemiddelordinasjoner. Som videre forskning kan det være interessant å innhente erfaringer og synspunkter fra leger for å oppklare deres opplevelse av ansvarsfordeling. Tydeligere ansvarsforhold og krav til riktig og forsvarlig ordinerer av medikamenter kan bidra til færre uønskede hendelser og dermed økt pasientsikkerhet. Det kan også tenkes at det kan bidra til mindre arbeidsbelastning for sykepleierne på kirurgiske sengeposter og postoperativ avdeling.

## 8.0 Litteraturliste

Akhu-Zaheya, L., Al-Maaitah, R., & Bany Hani, S. (2018). Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *Journal of clinical nursing*, 27(3-4), e578-e589. <https://doi.org/10.1111/jocn.14097>

Bell, E., Benefield, D., Vollenweider, A., Wilson, K., Warren, L.L. & Aroke, E.N. (2023). Improving Communication Between ICU Nurses and Anesthesia Providers Using a Standardized Handoff Protocol. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 38-2, 200-205. doi: <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1016/j.jopan.2022.08.002>

Bjerga, G.H., Gausel, M.K., Heggland, M.G. & Rossavik, B. (2013). Dokumentasjon ga bedre pleie. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/1289921.pdf>

Chao, C. A., & Goldbort, J. (2012). Lessons learned from implementation of a perinatal documentation system. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 41(5), 599–608. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01378.x>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. (FOR-2016-10-28-1250).

Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>

Graneheim, U.H., Lindgren, B-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, Sep2017; 56: 29-34. Doi: [10.1016/j.nedt.2017.06.002](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002)

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, Feb; 24(2): 105-112. Doi: <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Grasaas, K. K., Sjursen, M. & Stordalen, J. (2023). *Fag, etikk og kommunikasjon*. (3. Utg). Cappelen Damm Akademisk.

Han, J. E., Rabinovich, M., Abraham, P., Satyanarayana, P., Liao, T. V., Udoji, T. N., Cotsonis, G. A., Honig, E. G., & Martin, G. S. (2016). Effect of Electronic Health Record Implementation in Critical Care on Survival and Medication Errors. *The American journal of the medical sciences*, 351(6), 576–581. <https://doi.org/10.1016/j.amjms.2016.01.026>



Hellesø, R. & Opheim, R. (2023) *Samhandling i helsetenesta*. (1. Utg, s.45-64). Det Norske Samlaget.

Helsebiblioteket. (2019). *Kvalitetsforbedring*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kvalitetsforbedring/kvalitetsforbedring#pasientsikkerhet>

Helsebiblioteket. (2021). *Kunnskapsbasert praksis.no*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis>

Helsedirektoratet. (2023). *Dokumentasjonsplikt*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/dokumentasjonsplikt>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell mv. (LOV-1999-07-02-64)*. Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hofstad, E. (2022). *Elektronisk kurve skaper frustrasjon og forsinkelser*. Sykepleien.

<https://sykepleien.no/2022/09/elektronisk-kurve-skaper-frustrasjon-og-forsinkelser>

Holm, S. & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie*. (2.utg, s. 163-165).

Fagbokforlaget

Intensivsykepleierne NSF. (2023). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*.

<https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-09/funksjons-og-ansvarsbeskrivelse.pdf>

Iqbal, A. R., Parau, C. A., Kazi, S., Adams, K. T., La, L., Hettinger, A. Z., & Ratwani, R. M.

(2021). Identifying Electronic Medication Administration Record (eMAR) Usability Issues from Patient Safety Event Reports. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 47(12), 793-801. Doi: <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1016/j.jcjq.2021.09.004>

Jerpseth, H. & Halvorsen, K. (2019). *Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier*.

doi: <https://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.57440>

- Johannessen, L.B. (2017). Digitalt løft for helsetjenesten. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2017/10/aktuelt-i-foreningen/digitalt-loft-helsetjenesten>
- Juvik, T. & Meling, C. (2023). *Intensivsykepleiers erfaringer av suksessfaktorer og barrierer ved innføring av elektronisk kurve på postoperativ avdeling – en kvalitativ studie*. <https://hdl.handle.net/11250/3079223>
- Kristoffersen, N.J. (2021). Sykepleie- kunnskap og kompetanse. I N.J., Kristoffersen, E-A., Skaug, S.A., Steindal & G.H., Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (4.utg, s.169-223). Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg). Gyldendal Akademisk.
- Laugaland, K., Aase, K. & Barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence. *Work*, 41, 2915-2924. <https://doi.org/10.3233/wor-2012-0544-2915>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. (1.utg). Universitetsforlaget AS.
- Malterud., K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (3.utg). Universitetsforlaget AS.
- McCarthy, B., Fitzgerald, S., O’Shea, M., Condon, C., hartnett-Collins, G., Clancy, M., Sheehy, A., Denieffe, S., Bergin, M. & Savage, E. (2019). Electronic nursing documentation interventions to promote or improve patient safety and quality care: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 27(3), 491-501. <https://doi.org/10.1111/jonm.12727>
- McCrorie, C., Benn, J., Johnson, O. A. & Scantlebury, A. (2019). Staff expectations for the implementation of an electronic health record system: a qualitative study using normalisation process theory. *BMC medical informatics and decision making*, 19(1): 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12911-019-0952-3>
- Mcneill, H., & Khairat, S. (2020). Impact of Intensive Care Unit Readmissions on Patient Outcomes and the Evaluation of the National Early Warning Score to Prevent Readmissions: Literature Review. *JMIR perioperative medicine*, 3(1), e13782. <https://doi.org/10.2196/13782>

Norsk sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Nordseth, T. (2023). *NEWS (National Early Warning Score)*. [https://sml.snl.no/NEWS\\_-\\_National\\_Early\\_Warning\\_Score](https://sml.snl.no/NEWS_-_National_Early_Warning_Score)

Nygaard, A.M. & Gulbrandsen, T. (2015). Den postoperative pasienten. I Stubberud, D-G., Gulbrandsen, T. (Red.), *Intensivsykepleie* (utg 3, s.719-760). Cappelen Damm Akademisk.

Opdahl, H. (2019). *Postoperativ avdeling*. Store norske leksikon.

[https://sml.snl.no/postoperativ\\_avdeling](https://sml.snl.no/postoperativ_avdeling)

Pandya, C., Clarke, T., Scarsella, E., Alongi, A., Amport, S. B., Hamel, L., & Dougherty, D. (2019). Ensuring Effective Care Transition Communication: Implementation of an Electronic Medical Record–Based Tool for Improved Cancer Treatment Handoffs Between Clinic and Infusion Nurses. *Journal of Oncology Practice*, 15(5), e480–e489.

<https://doi.org/10.1200/JOP.18.00245>

Patton, J., Monrad, S.U., Zaidi, N. & Abbott, P. (2018). Electronic health record as an educational intervention in medical error reduction. *Medical education*, 52-11(1199-1199).

Doi: <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/medu.13700>

Reine, E., Aase, K., Raeder, J., Thorud, A., Aarsnes, R. M., & Rustøen, T. (2021). Exploring postoperative handover quality in relation to patient condition: A mixed methods study. *Journal of clinical nursing*, 30(7-8), 1046–1059. <https://doi.org/10.1111/jocn.15650>

Reine, E., Rustøen, T., Ræder, J. & Aase, K. (2018). Postoperative patient handovers – Variability in perceptions of quality: A qualitative focus group study. *Journal of clinical nursing*. 2019;28:663-676. Doi: 10.1111/jocn.14662

SIKT. (2023). *Meldeskjema for personopplysninger i forskning*.

<https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger>

Simonsen, B.O., Johansson, I., Daehlin, G.K., Osvik, L.M. & Farup, P.G. (2011). Medication knowledge, certainty, and risk of errors in health care: a cross-sectoinal study. *BMC Health Services Research*, 11-175. <https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-11-175>

Segall, N., Bonifacio, A. S., Schroeder, R. A., Barbeito, A., Rogers, D., Thornlow, D. K., Emery, J., Kellum, S., Wright, M. C., Mark, J. B., & Durham VA Patient Safety Center of

Inquiry (2012). Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesthesia and analgesia*, 115(1), 102–115.

<https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e318253af4b>

Stubberud, D-G. (2018). *Kvalitet og pasient-sikkerhet. Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal Akademisk.

Upadhyay S, Hu H. (2022). A Qualitative Analysis of the Impact of Electronic Health Records (EHR) on Healthcare Quality and Safety: Clinicians' Lived Experiences. *Health Services Insights*. 2022;15. doi: <https://10.1177/11786329211070722>

Vabo, G. (2014). *Dokumentasjon i sykepleie*. (2.utg, s.173-188). Cappelen Damm Akademisk.

## Vedlegg 1: PICo-skjema

P – patient/problem	I – phenomenon of interest	Co - context
<p>Surgical patients or postoperative patients</p> <p>Postoperative transfer or/and preoperative transfer</p> <p>Communication</p> <p>Documentation or documentation errors</p> <p>Medication errors or drug errors or medication administration errors or drug administration errors</p>	<p>Electronic journal or electronic health records or electronic documentation or EHR or EMR</p> <p>Postoperative documentation or postoperative ICU documentation</p> <p>Paper journal or paper health records</p> <p>Paper charts</p>	<p>Assessment</p> <p>Evaluation</p> <p>Healthcare quality</p> <p>Experience</p> <p>Improvement</p> <p>Hospital</p>
<p>ICU nurses or intensive care nurses or critical care nurse or nurses</p> <p>Health care professionals</p> <p>Nurses or nurse or nursing</p>	<p>Paperless transition</p> <p>Implementation</p> <p>Patient safety or patient outcomes or quality of care or safety or error</p>	<p>Postoperative or post operative or post-surgery or post-surgical</p> <p>Intensive care unit or ICU or critical care or critical care unit</p> <p>Hospital</p>

## Vedlegg 2: Intervjuguide

<u>Tema</u>	<u>Spørsmål</u>
<u>Pasientsikkerhet</u>	Opplever dere at pasientsikkerheten har blitt påvirket etter implementering av det elektroniske kurvesystemet? Har den blitt bedre eller verre? Tanker og erfaringer dere ønsker å dele i henhold til implementering av elektronisk kurve og pasientsikkerhet? Fremstår pasientoverførselen som tryggere?
<u>Effektivitet og rutiner</u>	Har overgangen gjort jobben for dere på sengepost enklere? Finnes det noe merarbeid? – i tilfellet, fremstår det som hensiktsmessig? Har det vært noen utfordringer/gevinster med tanke på effektivitet?
<u>Brukervennlighet og dokumentasjon</u>	Får dere like god informasjon fra den elektroniske kurven som dere fikk fra papirkurven? Erfaringer knyttet til preoperativ dokumentasjon? Er den elektroniske kurven enklere å forstå? Er det lett å se/finne frem i dokumentasjonen som er gjort på postoperativ avdeling?
<u>Tilbakemeldinger</u>	Har dere hatt noen tilbakemeldinger på bruken av elektronisk kurve? Har disse blitt hørt? Har det blitt satt i gang endringer? Eventuelt tilbakemeldinger om endringer dere kunne ønsket dere? Fordeler og ulemper ved å bytte fra papirkurve til elektronisk kurve?

Versjon 2  
04/12-23



### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### *«Konsekvenser for informasjonsoverføringen fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost etter innføring av elektronisk kurve» ?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut om overgangen fra papirkurver til elektroniske kurver har hatt konsekvenser for informasjonsoverføringen i post operativ avdeling. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Studiets formål er å avdekke tanker og erfaringer fra sengepost etter overgang til elektronisk kurve på postoperativ avdeling. Vi ønsker deres personlige meninger knyttet utfordringer og gevinster for å avdekke eventuelle styrker og svakheter. Aktuelle undertema vil være pasientsikkerhet, brukervennlighet og dokumentasjon, effektivitet og rutiner og tilbakemeldinger. Resultater fra studien kan potensielt bli brukt i praksis til forbedringsarbeid. Studien er knyttet til en masteroppgave.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

Intervjuene gjennomføres i samhandling med Stavanger Universitetssykehus.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

For å kunne svare på våre spørsmål og bidra i diskusjonen er det viktig at du har erfaring fra arbeid på kirurgisk avdeling både før og etter overgang fra papirkurver til elektronisk kurve på postoperativ avdeling. Dette fordi vi ønsker å kunne sammenligne de to kurvesystemene. Vi ønsker derfor å rekruttere sykepleiere/spesialsykepleiere som har erfaring med både papirkurver og Meona.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Vi ønsker å benytte oss av fokusgrupper som forskningsmetode for dette prosjektet. Det innebærer at 6-8 deltagere samles i grupper for å diskutere aktuelle tema i plenum. Det vil være frivillig å svare på spørsmålene som introduseres av moderator. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet, som deretter

transkriberes etter kort tid. Lydopptaket slettes etter intervjuet er ferdig transkribert. Alle personopplysninger fjernes, samt kjønn og alder.

### **Det er frivillig å delta**

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

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

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

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

Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai 2024, og lydopptakene vil bli slettet etter godkjent masteroppgave.

### **Dine rettigheter**

Som deltaker i vårt prosjekt har du rett til:

- Innsyn i hvilke opplysninger vil behandler om deg
- Utlevering av kopi av opplysningene
- Å få rettet opp opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- Å få dine personopplysninger slettet
- Å sende klage om behandlingen av dine personopplysninger til Datatilsynet

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

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

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

- Universitetet i Stavanger ved Emilie Eriksen ([emil.eriksen@stud.uis.no](mailto:emil.eriksen@stud.uis.no)), Kamilla Kibsgaard ([k.kibsgaard@stud.uis.no](mailto:k.kibsgaard@stud.uis.no)) og Otto M. Aareskjold ([otto.m.aareskjold@uis.no](mailto:otto.m.aareskjold@uis.no))
- Vårt personvernombud kan nåes på epost: [personvernombud@uis.no](mailto:personvernombud@uis.no)



**Versjon 2**  
**04/12-23**



- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Emilie Eriksen, Kamilla Kibsgaard og Otto M. Aareskjold  
(Forsker/veileder)

**Versjon 2**  
**04/12-23**



### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Konsekvenser for informasjonsoverføringen fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost etter innføring av elektronisk kurve*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i *[fokusgruppeintervju]*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. mai 2024

-----  
(Prosjektdeltakers navn med blokkbokstaver)

-----  
(Sted

/dato

/prosjektdeltakers signatur)

## Vedlegg 4: Innholdsanalyse

Feil, mangler og utfordringer i informasjonsoverføring		
Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Subkategori
<p>Ja det er ikke alltid det stemmer med antibiotika heller i postoperativ kurve (Meona). At det gjerne er lagt inn til feil tidspunkt, eller at det er lagt inn for mange doseringer, mer enn de egentlig skal ha postoperativt, ja. Jeg følte at med papirkurven, fra 1g så markerte de som regel av sant liksom at klokken da, da og da. Da var det ferdig. Så det var gjerne bedre på den papirkurven. Med antibiotika følte jeg i hvert fall. At det er litt kluss nå med det i Meona.</p> <p>Det er også av og til litt knotete for av og til så er det gjerne lagt inn klexane på feil tidspunkt eller ikke ordinert videre i forhold til hva de skal fortsette med også er det gjerne bare en gang ordinert klexane. Men jeg føler at det er mye som ikke blir altså satt som fortsettelse, men det vet jeg at blir avklart ved visitt neste dag. Det er legene selv som må se på det.</p> <p>Jeg ser at ofte blir de Klexanene bare dosert inn en gang, og hvis det er nye da og ikke legene fanger det opp så kan det ofte gå noe ekstra tid før de får en ekstra dose med Klexane. Det er en av de fallgruvene jeg har i hvert fall sett på typ Klexane, og det samme gjelder bruk av Oxynorm, det legges bare inn for et døgn og ikke lenger på en måte. Når vi hadde papirkurven la vi jo på en måte inn ubegrenset frem til de reiste ut.</p> <p>Jeg har også sett det oppe hos oss for det har vært veldig mye nytt hos oss og nye folk. Og da har jeg sett at hvis det kommer til tredje dag så får de fremdeles iv selv om de ikke trenger det. Både når det kommer til Oxynorm eller smertestillende da, og kvalmestillende.</p> <p>Jeg tror nok at for min del så har vi jo skrevet mye synergier på både papir og Meona og egentlig. Og vi skrev jo veldig mye synergi på disse Klexane ordinasjonene som lå feil inne nesten hver eneste dag (i Meona). Så akkurat med synergi så føler jeg gjerne at med papirkurven så skrev jeg mindre synergier enn gjerne det som er i Meona. Kanskje, for min del da. Jeg opplever ofte at det ligger inne feil eller mangler et eller annet eller. Men det går nok gjerne mer på operatøren.</p>	<p>Det er ikke alltid det stemmer med antibiotika i elektronisk kurve. Det er gjerne lagt inn feil tidspunkt eller for mange doseringer. Jeg følte at med papirkurven var dosene markert i klokkeslett til de var ferdige.</p> <p>Det er av og til lagt inn Klexane på feil tidspunkt eller ikke ordinert videre i den elektroniske kurven. Jeg føler det er mye som ikke blir lagt inn som fortsettelse, men jeg vet at legene må avklare ved visitt neste dag.</p> <p>Jeg ser ofte at Klexane og Oxynorm bare blir dosert inn for et døgn i elektronisk kurve. Hvis det er nye og legene ikke fanger det opp kan det ofte gå ekstra tid før pasienten får ekstra dose Klexane. Når vi hadde papirkurven la vi inn ubegrenset frem til de reiste.</p> <p>Det har vært nye folk hos oss, og da har jeg sett at pasientene får smertestillende og kvalmestillende legemidler intravenøst lengre enn de trenger.</p> <p>Jeg tror vi har skrevet mye synergier på både papir- og elektronisk kurve, men gjerne mer på elektronisk kurve fordi det ofte ligger inne feil eller mangler noe.</p>	<p><i>Risiko for feil og mangler i legemiddel-håndtering</i></p>

Det er knotete å drive å tyde den håndskriften. Det var nesten umulig å se hva som stod, det var litt utrygt. Det har alltid vært utfordrende å lese av hva de har skrevet.

Men du slipper de misforståelsene med at du skjønner jo hva som står på Meona. Du trenger ikke å tyde skrift. Så lenge det blir fulgt opp og du kan stole på det så er jo Meona mye bedre enn papir.

Ja, spesielt hvis de har vært strøket en gang også skal operere igjen også bruker de gjerne samme papiret da, også strøket ut og skrevet på ny. Også å tyde mellom linjene på en måte. Så det var jo veldig knotete.

Jeg synes det er mer oversiktlig nå da. På den gamle så stod det jo medisiner med håndskrift, ikke alltid like lett å lese. Men nå står det jo ganske greit.

Ja, det er mye tryggere nå for nå har du det jo både skrevet inn og tidligere måtte du lese noe som stod på skrått eller sånn fordi det var for lite plass. Så det var jo veldig egentlig usikkert om en leste riktig.

Det var utfordrende og nesten umulig å tyde håndskriften, det var litt utrygt.

Elektronisk kurve er bedre enn papirkurve fordi du slipper misforståelser i tyding av håndskrift.

Utfordrende å tyde riktig informasjon fra papirkurve, spesielt håndskrift som er strøket ut og skrevet over på ny.

Det er mer oversiktlig nå. Tidligere stod medisinerne skrevet med håndskrift, ikke alltid lett å lese.

Det er tryggere med elektronisk kurve. I papirkurve var det lite plass og usikkert om en leste riktig.

## *Utfordrende og utrygt å tyde håndskrift*

## Samhandling og felles kommunikasjon

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Subkategori
<p>Men det hadde egentlig vært en fordel å ha NEWS-score i fra intensiv også. For da kunne vi jo sett om det har ligget stabilt på 6 i NEWS, eller er dette nyoppstått fra de kom opp til oss. Så det hadde absolutt vært en fordel.</p> <p>Det hadde kanskje vært greit hvis du liksom kommer fra en, eller du begynner på kveldsvakt så blir den liksom meldt litt sånn at den kommer opp i vaktskifte. Også hadde det vært greit å vite om de liksom har 6 i NEWS, for da går du kanskje, eller som regel går du jo til den postoperative først, men det kan jo hende du setter deg ned og leser eller holder på med noe annet, men så skulle du kanskje vært å sett til den pasienten først da. Hvis de hadde høy NEWS-score.</p> <p>For der også (Meona) skriver du jo hvis vi har en som er 6/7 i NEWS så skriver vi jo vurdering på hvilke tiltak man har gjort, har man kontakta lege. Hva slags tanker har man egentlig om den NEWS'en. Og det hadde vært litt greit. Ja, så en på en måte kunne lagt inn fra for eksempel IG, det står jo som regel i DIPS men, det er jo greit med Meona om målingene hadde stått og avklart med ortopedien at det er stabilt eller sånn og sånn. Eller tiltak gjort. Og da får en sett det, og avklart.</p>	<p>Det hadde absolutt vært en fordel å ha NEWS-score fra intensiv. Da kunne vi sett om NEWS er stabil eller om det er nyoppstått forverring.</p> <p>Det hadde vært greit å vite om pasienten har høy NEWS-score når de blir meldt, spesielt hvis de kommer opp i vaktskiftet. Som regel går du til den postoperative først, men det hender du setter deg ned og leser eller holder på noe annet, men så skulle du kanskje sett til den pasienten først.</p> <p>Hvis en pasient har 6/7 i NEWS så skriver vi en vurdering på hvilke tiltak man har gjort, om man har kontakta lege, og tanker man har om NEWS'en. Det hadde vært greit å få den informasjonen fra postoperativ avdeling også.</p>	<p><i>Bruk av felles scorings-system (NEWS)</i></p>
<p>Jeg føler av og til at det gjerne, det skjer ikke hele veien, men at hvis det ikke er skrevet i overføringsnotatet så kan vi knote litt med når ting er gitt. For det er gjerne administrert feil. Det skulle kanskje vært gitt kl.12, og er dokumentert som administrert også gir de kanskje en rapport om at noe er forskjøvet også ser det ikke sånn ut i Meona. Hvis antibiotika blir forskjøvet så kunne de lagt igjen en kommentar i Meona.</p> <p>Ja, at de ikke trykker på gi nå. At det blir litt halvveis. Da har jeg noen ganger måtte ringe ned og spørre, og da hender det ofte at de bare har glemt det ut for eksempel.</p>	<p>Av og til kan vi knote med hvilket tidspunkt medisiner er gitt i elektronisk kurve. Det kan være administrert feil. Det står kanskje som administrert, men det har egentlig vært en forskyvning, men det kan vi ikke se. Dersom antibiotika blir forskjøvet kunne de lagt igjen en kommentar</p> <p>De trykker ikke på "gi nå", og da blir det halvveis. Jeg har måttet ringe ned, og da har de som regel glemt det ut.</p>	<p><i>Diskrepans i rapport og dokumentering</i></p>

Et felles dokumenteringssystem		
Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Subkategori
<p>Det tar jo mindre tid når det allerede er lagt inn i Meona når de kommer opp enn at vi skal sitte og føre det inn og få en til sykepleier til å dobbelkontrollere at vi har lagt inn rett. Sånn som vi holdt på med før. Så det er jo, for vår del tar det mindre tid synes jeg sånn som det er nå.</p> <p>Jeg synes postoperativt at det er mye enklere fordi alle medisiner er lagt inn i Meona. Før måtte vi alltid skrive inn. Dere andre husker hvordan det var. Vi måtte tyde først, også få det inn i systemet. Nå kommer de opp med medisiner og det er veldig greit.</p> <p>Det var ikke alltid så lett på den gamle kurven å se på de prikkene. Står den på 70, eller 75? Ja, så det er jo mye lettere å tyde nå, og vi slipper å bruke tid på det. Ofte måtte to stykker bruke dobbelt opp med tid liksom. "ser du hva som står her?". Ja, så måtte alt dobbeltkontrolleres før du kan gi ut medisiner sant, men det er jo allerede gjort for oss nå da. Det er den mindre tidsbruken som er veldig bra.</p> <p>Generelt så synes jeg at det var en grei overgang. Det var mer effektivt enn å stå å printe ut alt dette her. Så det synes jeg jo gikk greit.</p>	<p>Det tar mindre tid nå som det allerede er lagt inn i elektronisk kurve, enn at vi skal føre det inn og få dobbeltkontroll på at det er lagt inn rett, slik vi holdt på med før.</p> <p>Jeg synes det er enklere postoperativt fordi alle medisiner er lagt inn i elektronisk kurve. Før måtte vi tyde papirkurven først og så skrive det inn i systemet.</p> <p>Vi slipper å bruke tid på å tyde papirkurven og legge den inn i elektronisk kurve. Det var to stykker som brukte tid på dobbeltkontroll, det slipper vi å bruke tid på nå.</p> <p>Generelt syns jeg det var en grei overgang. Det var mer effektivt enn å printe alt ut.</p>	<p><i>Effektivt og tids-besparende</i></p>
<p>Jeg synes det er veldig fint med digital løsning. Nå har vi blitt vant med det. Også postoperativt er det helt topp. I forhold til hvordan det var før. Det er småting som eventuelt kan justeres, men til syvende og sist er det bra.</p> <p>Vi har ventet og ventet og ventet på at det skulle komme inn på Meona. Det er oversiktlig og greit, som du sier. Det var ikke så greit på de andre kurvene (papirkurve).</p> <p>Det er jo IT-hjelp 24 timer i døgnet. Sånn at hvis kurvene detter ned og det går utover pasientsikkerheten så er de jo veldig kjappe på å fikse det altså. Så jeg har ikke opplevd det som et problem for pasientsikkerheten, ikke mer enn andre ting.</p> <p>Jeg opplevde på natt at Meona var nede og IT ikke kunne gjøre noe, de fant ikke ut av hva det var for noe og da brukte vi jo masse tid på det, og når du har 24 pasienter er det ganske heftig. Men det er jo ikke så ofte det skjer, og det er jo bare peanøtter i forhold til sånn som det var.</p>	<p>Det er fint med digital løsning og helt topp postoperativt. Nå har vi blitt vant med det. Det er noen ting som kan justeres, men generelt er det bra.</p> <p>Overgangen til elektronisk kurve var lenge etterlengtet. Den er mer oversiktlig og grei enn papirkurven.</p> <p>IT er tilgjengelig 24 timer i døgnet og hjelper fort hvis kurvene er nede. Jeg har ikke opplevd det som et problem som går utover pasientsikkerheten.</p> <p>Jeg har opplevd at elektronisk kurve har vært nede og IT bruker tid på å finne løsning. Det kan være heftig og tidskonsumerende. Det skjer ikke så ofte og utgjør betydelig mindre problem enn det papirkurven gjorde.</p>	<p><i>Positive holdninger til systemet</i></p>

## Vedlegg 5: SIKT-vurdering

### Vurdering av behandling av personopplysninger

08.11.2023

**Referansenummer**  
531314

**Vurderingstype**  
Standard

**Dato**  
08.11.2023

**Tittel**

Konsekvenser for informasjonsoverføringen fra postoperativ avdeling til kirurgisk sengepost etter innføring av elektronisk kurve

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

**Prosjektansvarlig**

Otto M. Aareskjold

**Student**

Emilie Eriksen og Kamilla Kibsgaard

**Prosjektperiode**

08.01.2024 - 28.06.2024

**Kategorier personopplysninger**

- Alminnelige

**Lovlig grunnlag**

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 28.06.2024.

Meldeskjema

**Kommentar**

OM VURDERINGEN Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personverneverket. Vi har nå vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER Det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt og hvilke databehandlere du kan bruke. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el. ).

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 6: Egenerklæring

### Vedlegg 6: Master i spesialsykepleie, 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: Emilie Eriksen

Spesialisering i: Intensivsykepleie

Bidrag: Emilie har bidratt med beskrivelse av metodekapittelet, samt gjort et viktig og tidkrevende arbeid med utforming av den kvalitative innholdsanalysen og resultatdelen. Drøfting og analysearbeidet er i stor grad gjort i fellesskap. Rollen som intervjuer falt naturlig på grunn av egne preferanser.

#### STUDENT 2

Navn: Kamilla Kibsgaard

Spesialisering i: Intensivsykepleie

Bidrag: Kamilla har gjort mye av arbeidet med innledning, teoretisk rammeverk, tidligere forskning og oppsett av oppgaven. Drøfting og analysearbeid er stort sett gjort i fellesskap. Rollen som transkribent og observatør i intervjuene var en personlig preferanse.

Vi har tatt hensyn til hverandres styrker og svakheter i arbeidet med vår master. Dette har ført til en tilnærmet lik arbeidsfordeling og opplevelse av gjensidig innsats.

#### Signatur:

Student 1



Student 2



Veileder: Otto M. Vareskjeld