



Hvordan opplever operasjonssykepleieren at bruk av trygg kirurgi sjekklister påvirker kommunikasjonen i det tverrfaglige teamet på operasjonsstuen?

Kandidatnummer: 106, 119, 122.
Lovisenberg diakonale høgskole

Fordypningsoppgave
i operasjonssykepleie

Antall ord: 10725
Dato: 08.12.16



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 08.12.16
Tittel: ”Hvordan opplever operasjonssykepleieren at bruk av trygg kirurgi sjekkliste påvirker kommunikasjonen i det tverrfaglige teamet på operasjonsstuen?”	
<p><u>Bakgrunn:</u> I løpet av studietiden har vi opplevd forskjellig praksis og ulike holdninger ved gjennomføringen av trygg kirurgi sjekkliste. Derfor ville vi se nærmere på hvordan operasjonssykepleierne opplevde dette.</p> <p><u>Hensikt:</u> Vi ønsket å finne ut av hvordan operasjonssykepleieren opplevde at trygg kirurgi sjekkliste bidro til å bedre kommunikasjon inne på operasjonsstuen.</p> <p><u>Metode:</u> Vi har foretatt ett litteraturstudie ved å gjøre systematiske søk i databasene Cinahl og Pubmed.</p> <p><u>Resultat:</u> Alle artiklene understreker at ved bruk av trygg kirurgi sjekkliste ble kommunikasjonen og samarbeidet i teamet forbedret. Gjengangeren i flere av artiklene var at operasjonssykepleieren var mer positive til bruken av sjekklisen, og opplevde i større grad en forbedring i kommunikasjonen enn resten av teamet. Introduksjon av medlemmene i teamet bidro til at alle ble mer komfortable til å ytre bekymringer og si i fra ved nestenulykker, og det økte i tillegg teammentaliteten.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Operasjonssykepleierne opplevde at trygg kirurgi sjekkliste forbedret kommunikasjonen og samarbeidet i teamet. Dette var med på å øke pasientsikkerheten og forebygge uønskede hendelser på operasjonsstuen. Operasjonssykepleierne følte at introduksjonen av teammedlemmene var svært viktig for teammentaliteten, da dette bidro til at flere fikk mot til å si i fra og ytre bekymringer under operasjonen. Teammedlemmenes holdninger og innstilling til sjekklisen har betydning for gjennomføringen. Negative holdninger kan påvirke stemningen i teamet, og i verste fall føre til at sjekklisen ikke blir fullstendig gjennomført.</p>	
Nøkkelord: Peroperativ omsorg, peroperativ sykepleie, operasjonspersonell, operasjonssykepleier, operasjonsstuen, trygg kirurgi sjekkliste, kirurgisk sjekkliste, sjekklister, pasientsikkerhet, pasientutfall, peroperativ sikkerhet, kommunikasjon, kommunikasjonsferdigheter	

ABSTRACT	Lovisenberg Deaconal University College Date: 08.12.16
<p>Title: "How perioperative nurses experience the use of safe surgery checklist affects the communication in interdisciplinary team in the operating room"?</p>	
<p><u>Background:</u> During the study period, we have experienced different practice and different approaches in the implementation of the safe surgery checklist. We therefore wanted to examine how perioperative nurses experienced this.</p> <p><u>Aim:</u> We wanted to find out if the perioperative nurses experienced the safe surgery checklist to be improving the communication in the operating room.</p> <p><u>Method:</u> We wrote a literature review by conducting a systematic search of the research databases Cinahl and PubMed</p> <p><u>Results:</u> The safe surgery checklist improves communication and collaboration in the surgical team. Several articles shows that the perioperative nurses were more positive about the use of the checklist, and experienced greater improvement in communication than the rest of the team. Several articles revealed that the introduction of team members facilitated the staff to be more comfortable to express concerns and speak out when they experienced a near-accident.</p> <p><u>Conclusion:</u> Perioperative nurses felt that the safe surgery checklist improved communication and collaboration within the surgical team. This helps to increase patient safety and preventing adverse events in the operating room. Perioperative nurses felt that the introduction of team members were very important for the teammentality. Several had the courage to speak up and express concerns during surgery. Team members' attitude and preferences to the checklist is relevant to its implementation. Negative attitudes can affect the atmosphere, and cause the checklist not to be fully completed.</p>	
<p>Key words: Perioperative care, perioperative nursing, operating room personnel, scrub nurse, operating rooms, operating theatre, safe surgery checklist, surgical checklist, checklists, patient safety, patient outcomes, perioperative safety, communication, communication skills,</p>	

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av problemstilling	2
1.2	Oppgavens avgrensning	2
1.3	Disposisjon	2
2	METODE	3
2.1	Søkestrategi.....	3
2.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	6
2.3	Kildekritikk.....	6
3	TEORI	8
3.1	Opplevelse	8
3.2	Operasjonssykepleier	8
3.3	Pasientsikkerhet.....	8
3.4	Trygg kirurgi sjekklister	9
3.5	Operasjonssykepleierens ansvar og funksjon.....	10
3.6	Kommunikasjon	11
3.6.1	Profesjonell kommunikasjon	11
3.6.2	Tverrfaglig kommunikasjon	12
3.7	Tverrfaglig samarbeid.....	12
3.7.1	Ansvar, tillit og makt	13
3.7.2	Hierarki og makt.....	13
3.8	Holdninger	14
3.9	Etikk	15
4	RESULTAT	16
4.1	Artikkel 1.....	16
4.2	Artikkel 2.....	17
4.3	Artikkel 3.....	17
4.4	Artikkel 4.....	18
4.5	Artikkel 5.....	19
4.6	Artikkel 6.....	20
4.7	Artikkel 7.....	21
4.8	Artikkel 8.....	21
4.9	Funn og sprik fra artiklene.....	22
5	DRØFTING	23
5.1	Tverrfaglig samarbeid.....	23
5.2	Pasientsikkerhet.....	26
5.3	Holdninger, makt og hierarki.....	29
6	KONKLUSJON	32
6.1	Anbefaling til videre praksis	32
7	LITTERATURLISTE	33

VEDLEGG 1: PICO-skjema

VEDLEGG 2: Søkehistorikk i Cinahl og Pubmed

VEDLEGG 3: Litteraturmatrise

VEDLEGG 4: Trygg kirurgi sjekklister

1 INNLEDNING

I følge verdens helseorganisasjon, WHO (2016), er det flere millioner mennesker som gjennomgår kirurgisk behandling hvert år. Kirurgi er ofte den eneste behandlingen som kan redusere, behandle og helbrede skader, tilstander og sykdommer, samt redusere risikoen for død. Kirurgiske prosedyrer har som hensikt å redde liv, men uønskede hendelser kan oppstå, noe som kan føre til signifikante komplikasjoner for pasienten. WHO (2016) rapporterer at ved et kirurgisk inngrep, varierer mortalitetsraten fra 0.5-5%. Hos 25% av pasientene som gjennomgår kirurgi oppstår det komplikasjoner. Det understrekes at nesten halvparten av alle uønskede hendelser som oppstår hos pasienter innlagt på sykehus, kommer som følge av kirurgi. Dette er hendelser som kunne vært unngått i over halvparten av tilfellene. For å øke fokus på pasientsikkerheten ved kirurgisk behandling, startet WHO (2016) kampanjen "safe surgery saves lives". Som følge av dette arbeidet, ble trygg kirurgi sjekkliste utarbeidet som ett ledd for å øke pasientsikkerheten (WHO, 2016). Forskning bekrefter at ved å bruke trygg kirurgi sjekkliste, så reduseres forekomsten av uønskede hendelser, og mortalitetsraten går ned (Haynes et al., 2009).

Problemstillingen som ligger til grunne for oppgaven er: "Hvordan opplever operasjonssykepleieren at bruk av trygg kirurgi sjekkliste påvirker kommunikasjonen i det tverrfaglige teamet på operasjonsstuen?" For å besvare problemstillingen, har vi utført et systematisk litteratursøk om temaet i forskjellige databaser. Vi har benyttet oss av pensumlitteratur, annen relevant litteratur, samt egne erfaringer. For å få et oversiktlig oppsett i oppgaven har vi valgt å strukturere den ved hjelp av IMTRoD. I oppgaveteksten bruker vi begrepene trygg kirurgi sjekkliste, sjekkliste og time-out om hverandre. Teamet som vi omtaler i oppgaven er det kirurgiske teamet, dette består som oftest av kirurger, anestesipersonell, og operasjonssykepleiere.

1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

Vi er tre operasjonssykepleierstudenter som har erfart fra flere praksissteder at holdninger og opplevelsen rundt bruken av trygg kirurgi sjekkliste varierer fra sted til sted. Vi har vært med på at trygg kirurgi sjekkliste ikke alltid blir fullstendig gjennomført. Som både ny og ukjent på praksisstedet, syntes vi blant annet at det å bli introdusert for hverandre før operasjonsstart, var med på at vi følte oss mer komfortabel i studentrollen. Dette bidro også til at alle i teamet ble bevisst på hverandres roller. Ved å følge trygg kirurgi sjekkliste blir pasientens identifikasjon og operasjonssted bekreftet, risikofaktorer ved inngrepet blir belyst, samt postoperative beskjeder blir gitt. Vi mener at det å bruke sjekklisten er med på å bidra til bedre kommunikasjon inne på operasjonsstuen, og øker pasientsikkerheten. Vi har derfor utført et systematisk litteratursøk for å finne ut om trygg kirurgi sjekkliste faktisk har påvirkning på kommunikasjonen i det kirurgiske teamet, og hvilke opplevelser operasjonssykepleieren har til bruken av den.

1.2 Oppgavens avgrensning

Vi har valgt å avgrense oppgaven til opplevelsen rundt bruken av trygg kirurgi sjekkliste inne på operasjonsstuen. Vi har ikke fokusert på de forskjellige punktene i sjekklisten eller gått inn på alle mulige komplikasjoner som kan oppstå som følge av mangelfull bruk av sjekklisten.

1.3 Disposisjon

Som nevnt har vi valgt å strukturere oppgaven etter IMTROD for å få en systematisk og oversiktlig oppgave. Oppgaven starter med en innledningsdel, hvor problemstillingen, oppgavens avgrensning og oppbygning presenteres. Videre tar vi for oss metodekapittelet, hvor søkeord kommer frem og søkestrategien blir beskrevet, samt inklusjon- og eksklusjonskriterier. Kapittelet avsluttes med kildekritikk. Deretter har vi et teorikapittelet. I dette kapittelet avklarer vi sentrale begreper og legger frem teori, dette for å kunne bygge opp under resultater vi har funnet. I resultatdelen presenteres artiklene hver for seg for å få en god og ryddig oversikt. Tilslutt oppsummerer vi funn og sprik. I drøftingsdelen tar vi for oss funn fra artiklene og diskuterer disse opp mot teori og egne erfaringer. Avslutningsvis har vi en konklusjon, og anbefalinger til videre praksis. Vi har fire vedlegg i oppgaven. Pico-skjema, søkehistorikk, lesematrise og et eksempel på hvordan en trygg kirurgi sjekkliste kan se ut.

2 METODE

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2012, s. 111).

En metode forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Sitatet over er fra den anerkjente sosiologen Vilhelm Aubert, som ofte blir sitert i sammenhenger hvor det er spørsmål om hva metode er. Metoden vi bruker er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden vi bruker hjelper oss å samle inn dataene, altså den informasjonen vi trenger til det vi skal undersøke (Dalland, 2012, s. 112).

Oppgaven er en litteraturstudie, og i følge Magnus og Bakketeig (2002, s. 37-38), tar ikke en litteraturstudie sikte på å skaffe ny kunnskap innenfor et bestemt tema, men å sammenfatte kunnskap som allerede er beskrevet. Vi har derfor brukt pensumlitteratur, annen litteratur og systematisk søkt i forskningsbaserte databaser. Vi har kritisk vurdert de artiklene som vi har funnet i litteratursøket.

2.1 Søkestrategi

Relevante søkeord for problemstillingen ble formulert. Vi benyttet oss av et PICO-skjema (vedlegg 1) for å kunne arbeide kunnskapsbasert og for å dele opp problemstillingen på en strukturert og hensiktsmessig måte (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, & Reinart, 2007, s. 29). Vi søkte i to forskjellige forskningsbaserte databaser, Cinahl og Pubmed. Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health) inneholder referanser til artikler og engelskspråklige tidsskrifter og kvalitativ forskning innenfor bl.a. sykepleie (Underdal, 2013, 14.02).

PubMed inneholder medisinske og helsefaglige tidsskrifter, og er verdens største database innen medisin og sykepleie (U.S. National Library of medicine, 2016). Vi har benyttet oss av MESH (Medical Subject Headings) søkeord, i tillegg til fritekstord. Med det menes at vi har brukt søkeordene som databasene har i sitt emneordssystem (Støren, 2010, s. 36).

Søket foregikk på engelsk. Under har vi satt opp tabeller hvor søket vårt fra Cinahl og PubMed kommer frem, samt søkeord, antall treff og benyttede treff. Hele søkehistorikken ligger vedlagt (vedlegg 2).

Vi har benyttet oss av S-pyramiden når vi kritisk vurderte artiklene våre. S-pyramiden er en modell som består av seks nivåer av kunnskapskilder, jo høyere opp i pyramiden en kommer, desto mer kvalitetsvurdert og anvendbar er forskningen (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2014, s. 45). Kilder til oppsummert forskning ligger øverst i pyramiden mens kilder til enkeltstudier ligger nederst. Det anbefales at en starter så høyt opp i pyramiden som mulig, og at en bruker oppsummert forskning, som systematiske oversikter fremfor enkeltstudier (Kunnskapsbasert praksis, 2012). Vi har benyttet oss av både systematiske oversiktsartikler og kvantitative enkeltstudier, da vi kun fant to relevante systematiske oversiktsartikkel. En systematisk oversiktsartikkel er i følge kunnskapsbasert praksis (2012) en oversikt over flere artikler om samme emne. Enkeltstudier er originalresultater som er publisert fra forskningsprosjekter (Nordtvedt et al., 2014, s. 52).

Tabell 1 Cinahl

Søkeord	Antall treff	Benyttede treff
#1. MH Perioperative care	28.680	
#2. MH Perioperative nursing	11.571	
#3. MH Operating room personnel	10.476	
#4. Scrub nurse	34	
#5. MH Operating rooms	5.711	
#6. Operating theatre	598	
#7. S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	50636	
#8. Safe surgery checklist	14	
#9. Surgical checklist	29	
#10. MH Checklists	13194	
#11. S8 OR S9 OR S10	13200	
#12. MH Patient safety	59981	
#13. Patient outcomes	8436	
#14. Perioperative safety	22	
#15. S12 OR S13 OR S14	67893	
#16. MH Communication	143191	
#17. MH Communication skills	4064	
#18. S12 OR S13	143191	
#19. S7 AND S11 AND S15 AND S18	59	
#20. 2011-2016	41	2

I Cinahl benyttet vi oss av disse søkeordene: perioperative care, perioperative nursing, operating room personnel, scrub nurse, operating room, operating theatre, safe surgery checklist, surgical checklist, checklists, patient safety, patient outcomes, perioperative safety, communication, og communication skills. Søket ble avgrenset til de siste fem år. Totalt fikk vi førtien treff, hvorav ni artikler virket å være relevante. Etter grundigere gjennomgang ble seks av artiklene ekskludert som følge av mangelfull systematisk tilnærming (IMTRoD). Vi endte derfor opp med å bruke to artikler fra Cinahl.

Tabell 2 PubMed

Søkeord	Antall treff	Benyttede treff
#1. Operating room personnel	4136	
#2. Perioperative nursing	14953	
#3. Safe surgery checklist	188	
#4. Checklist	25134	
#5. Communication	599459	
#6. Patient safety	105546	
#7. WHO safe surgery checklist	80	
#8. Perioperative safety	6310	
#9. Patient outcomes	389943	
#10. #1 OR #2	17954	
#11. #3 OR #4 OR #7	25134	
#12. #5 OR #6 OR #8 OR #9	1061396	
#13. #10 AND #11 AND #12	87	
#14. Fra 2011- 2016	63	6

I PubMed benyttet vi oss av disse søkeordene: operating room personnel, perioperative nurse, safe surgery checklist, checklist, communication, patient safety, WHO safe surgery checklist, perioperative safety, patient outcomes. Vi avgrenset søket til artikler publisert de siste fem år og fikk sekstitre treff. Ut fra disse treffene virket tjue relevante for vår problemstilling. To av artiklene var det ikke mulig å få tak i gjennom biblioteket på Lovisenberg Diakonale Høgskole, derfor måtte disse ekskluderes. Etter gjennomgang av de resterende atten artiklene ble tolv ekskludert som følge av manglende systematisk tilnærming og at de omhandlet kun

implementering og gjennomføring av sjekklisten. Vi endte opp med seks artikler vi ønsket å bruke i oppgaven.

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi har kun valgt artikler som besvarer problemstilling vår. Artiklene som vi inkluderte i oppgaven måtte være publisert i tidsrommet 2011 til 2016, da vi ønsket den nyeste forskningen innenfor temaet. Vi var ute etter artikler som tok utgangspunkt i WHO's trygg kirurgi sjekkliste, og vi ville at de skulle inneholde kommunikasjon i teamet, trygg kirurgi sjekkliste og operasjonssykepleierens opplevelse rundt bruken av sjekklisten. Alle typer operasjoner ble inkludert. Kjønn eller alder ble ikke tatt hensyn til da dette ikke hadde noe betydning for problemstillingen. Videre måtte de være på engelsk eller skandinavisk. Vi var ute etter artikler med en klar systematisk tilnærming, og de måtte være publisert i autoriserte publiseringskanaler. Vi ekskluderte artikler som omhandlet pasienter og ansatte på andre avdelinger enn operasjonsavdelingen. Vi ekskluderte også de som kun omhandlet implementering av sjekklisten.

2.3 Kildekritikk

I følge Hommelstad (2011, s. 359-260) er ett av trinnene i kunnskapsbasert praksis, at man kritisk går gjennom artikler en finner, og vurderer gyldigheten deres. Ved å gjøre dette kan man lettere finne svakheter og mangler i studiene som har blitt gjort (Hommelstad, 2011, s. 359-360). Artiklene vi valgte var både systematiske oversiktsartikler og enkeltstudier. Artiklene ble kritisk vurdert etter sjekklisten til både kunnskapsbasert praksis (Kunnskapsbasertpraksis, 2012) og kildekompasset (Kildekompasset, 2016). For å sjekke troverdigheten til artiklene har vi gått inn i NSDs database (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste), som er en database for statistikk om høgre utdanning DBH. Her blir de rangert ut fra publikasjonstall, etter kvalitetsnivå og publikasjonsform, og plasseres i nivå 1 eller nivå 2 (NSD, 2016). Kanalene hvor våre artikler ble publisert er alle på nivå 1, og fagfellevurdert. At en artikkel er fagfellevurdert betyr at artikkelen har blitt vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet (Dalland & Trygstad, 2012, s. 78). Artiklene vi har inkludert i oppgaven er på engelsk, derfor må en ta høyde for at vi kan ha mistolket noe av innholdet i teksten. Kulturelle forskjeller kan ikke utelukkes da artiklene ikke er norske publikasjoner. Vi har inkludert seks enkeltstudier. Deres svakheter er at de gir oss begrenset informasjon, da de kun har undersøkt en bestemt gruppe. I artikkelen til Norton et al. (2016) var svarprosenten kun på

49% noe som kan ha påvirke resultatene. I studien til Molina et al. (2016) rapporterte kun 54,1% at de brukte sjekklisten effektivt. Forfatterne setter da selv spørsmålstegn ved om endringene i deltagernes oppfatning av peroperativ sikkerhet virkelig kom av implementeringen av sjekklisten. I litteraturstudiene til Cadman (2016) og Collins, Newhouse, Porter, & Talsma (2014) er det som ved andre litteraturstudier en begrensning ved at forfatterne kan ha plukket ut studier som støtter deres syn på saken, og samtidig utelukket andre studier som ikke gjør det, uten å informere leseren om det.

3 TEORI

I denne delen av oppgaven vil vi belyse sentrale begreper som vi har med i problemstillingen vår, og relevant teori blir presentert. Begrepene vi avklarer er opplevelse og operasjonssykepleier. Videre i teorien presenteres pasientsikkerhet, trygg kirurgi sjekkliste, operasjonssykepleierens ansvar og funksjon, kommunikasjon med profesjonell kommunikasjon og tverrfaglig kommunikasjon, tverrfaglig teamarbeid, ansvar, tillit og makt, hierarki, holdninger og etikk.

3.1 Opplevelse

Opplevelse er innholdet av en persons subjektive erfaring, enten det henger sammen med ytre sansepåvirkning, persepsjon, emosjonell tilstand, følelse, tankeprosesser, motivasjoner o.a. (Store norske leksikon, 2012).

3.2 Operasjonssykepleier

I følge NSFLOS (2015) er en operasjonssykepleier en autorisert sykepleier med videreutdanning/master i operasjonssykepleie.

3.3 Pasientsikkerhet

I følge WHO (2016) er pasientsikkerhet: ”Det å forhindre, forebygge og begrense uheldige konsekvenser eller skader som følge av helsetjenesteprosesser”. For å heve pasientsikkerheten er det viktig å lære av uønskede hendelser, og forebygge at de gjentar seg (WHO, 2016). Det påpekes i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §1-1 at formålet med loven er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester som er av god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pasientsikkerhet må sees i sammenheng med de to grunnleggende rettslige prinsippene, krav på helsehjelp og krav om forsvarlighet. Forsvarlighetskravets hovedmål er å sette krav til god standard på helsehjelpen, og unngå pasientskade (Molven, 2015, s. 279). Under §4 i helsepersonelloven (1999), som omhandler forsvarlighet, stilles det krav til helsepersonell om at de skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Det vil si at operasjonssykepleieren skal i likhet med annet helsepersonell opptre faglig forsvarlig i møte med pasienten. Alle som skal utøve operasjonssykepleie skal handle innenfor det profesjonen anser å være god utøvelse av yrket. Omsorgsfull hjelp er sidestilt med kravet om å opptre faglig forsvarlig. En skal som operasjonssykepleier yte sitt beste ut i fra de rammene og ressursene som er tilgjengelige. Det

kreves at vi som helsepersonell holder oss faglig oppdaterte, samt innretter oss etter våre faglige kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999). I følge yrkesetiske retningslinjer (2016), har sykepleieren et personlig, etisk og faglig ansvar overfor egne vurderinger og handlinger i utøvelsen av sykepleien. Dette innebærer at en blant annet må sette seg inn i lovene som regulerer tjenesten (Norsk sykepleierforbund, 2016).

3.4 Trygg kirurgi sjekkliste

Hensikten med trygg kirurgi sjekkliste er å forsterke allerede akseptert sikkerhetspraksis og fremme bedre kommunikasjon og samarbeid mellom de ulike profesjonene i teamet. Det er tenkt at sjekklisten skal bli brukt som et verktøy for å øke sikkerheten under operasjoner og redusere unødvendige kirurgiske dødsfall og komplikasjoner. Alle medlemmene av det kirurgiske teamet har et ansvar for sikkerheten under operasjonen, og for at operasjonen skal bli vellykket (Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009, 2009).

Den kirurgiske sjekklisten er inndelt i tre deler. Den første delen gjennomføres før anestesistart. Den andre delen skal gjennomføres etter anestesistart, men før operasjonsstart. Siste og tredje del skal gjennomføres under eller rett etter operasjonssåret lukkes, men før pasienten forlater operasjonsstuen. Under gjennomføringen av sjekklisten bør en person være ansvarlig for å utføre sikkerhetspunktene på listen. Alle punktene bør sjekkes verbalt med de aktuelle profesjonene, og den som er ansvarlige for utførelsen bekrefter at alle punktene er utført før prosedyren fortsetter. Det oppfordres i tillegg til lokale tilpasninger av sjekklisten og eventuelle tilføyelser (Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009, 2009).

Før anestesistart vil den ansvarlige sjekklisstekoordinatoreren verbalt sjekke med anestesipersonalet og, om mulig pasienten, at identifikasjon er bekreftet, at prosedyre og operasjonsside er korrekt samt at det er gitt samtykke for operasjon. Koordinatoreren skal visualisere og bekrefte verbalt at riktig operasjonsområde er markert. Han eller hun vil deretter gjennomgå med anestesipersonalet om det er utfordringer med luftveiene, kjente allergier og om det er utført kontroll av anesthesiutstyr og medisiner. Deretter skal man gjennomgå om det er risiko for blodtap (Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009, 2009).

Før operasjonsstart skal hvert medlem introdusere seg med navn og rolle. Teamet skal bekrefte høyt riktig prosedyre, rett pasient og riktig operasjonsside. Teammedlemmene skal deretter verbalt gjennomgå kritiske elementer for deres del av prosedyren. Kirurgen skal informere om det er noen spesielle utfordringer, forventet blodtap og om det er behov for spesialutstyr. Anestesilegen skal informere om det er noen spesielle hensyn man må ta ved pasienten. Operasjonssykepleieren skal bekrefte steriliteten på instrumentene og informere om det er noe spesielt å ta hensyn til med tanke på utstyret. Teamet skal også bekrefte at eventuelt antibiotika er gitt. Eventuelle radiologiske bilder skal være tilgjengelige (Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009, 2009).

Før pasienten forlater operasjonsstuen vil teamet gå gjennom hva slags inngrep som er utført, om kirurgisk utstyr er telt og stemmer, og merking av eventuelle kirurgiske prøver. De vil også gjennomgå om det er eventuelle feil og mangler på utstyr. Til slutt vil teamet gjennomgå videre plan og instruksjoner for videre postoperativ behandling av pasienten (Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009, 2009).

Eksempel på hvordan en trygg kirurgi sjekklister kan se ut, ligger som vedlegg (vedlegg 4).

3.5 Operasjonssykepleierens ansvar og funksjon

I følge fagheftet til NSFLOS (2015) er operasjonssykepleieren en viktig aktør i pasientsikkerhetsarbeidet i operasjonsavdelingen. Operasjonssykepleieren skal bidra til at pasientbehandlingen og pasientsikkerheten skal være faglig forsvarlig. En skal kunne vurdere og kartlegge pasientens behov, samt prioritere og iverksette tiltak med det mål å utøve sykepleie til pasientens beste. Operasjonssykepleieren skal og kunne samarbeide tverrfaglig i det kirurgiske teamet for å sikre at pasientforløpet er faglig forsvarlig. I tillegg til dette har operasjonssykepleieren et ansvar i å bidra til at trygg kirurgi sjekklister blir gjennomført. Dette for å sikre og ivareta pasientsikkerheten (NSFLOS, 2015).

3.6 Kommunikasjon

Med kommunikasjon mener Levin & Rolfsen (2004, s. 84) den utvekslingen av meninger, oppfatninger, tanker og følelser som skjer mellom mennesker. Det er mulig for oss å formidle til hverandre hva vi ønsker, mener, føler og vil gjennom kommunikasjon. Levin & Rolfsen (2004, s. 84) velger å definere kommunikasjon som personers hensiktspregede atferd for å gjøre noe kjent for en annen. I et kommunikasjonsforhold må det være minst to parter. Disse partene står som regel i et gjensidig påvirkningsforhold til hverandre. Nonverbal kommunikasjon utgjør en stor del av kommunikasjonen da det favner det som foregår uten ord (Levin & Rolfsen, 2004, s. 88). Den nonverbale uttrykksformen avslører ofte ens spontane reaksjoner, dette gjelder også reaksjoner som kan være bevisste og ubevisste for oss selv. For å oppfatte viktig informasjon er det viktig å lytte aktivt til den andres nonverbale kommunikasjon. Nonverbale uttrykk må fortolkes, men de er ofte flertydige og det gjør det vanskelig å fortolke disse. Nonverbale signaler sier gjerne noe om relasjonen og uttrykker gjerne noe om den andres følelser og reaksjoner (Eide & Eide, 2007, s 198-201). Antageligvis er øynene den viktigste delen av ansiktet for å gi non- verbale signaler (Levin & Rolfsen, 2004, s. 88).

3.6.1 Profesjonell kommunikasjon

Den profesjonelle kommunikasjonen er forskjellig fra den kommunikasjonen som brukes til vanlig i møte med folk. På jobb kommuniserer en som helsepersonell og ikke som privatperson. Den profesjonelle kommunikasjonen er den som hører ens yrkesrolle til, og med det menes de forventningene som andre har overfor vår profesjon. Den hjelpende kommunikasjonen har et helsefaglig formål, det er i følge Eide og Eide (2008, s. 18) å fremme og gjenopprette helse, forebygge sykdom, samt lindre lidelser. Yrkets verdigrunnlag baserer seg på blant annet helsefaglig profesjonell kommunikasjon. Eide og Eide (2008, s. 18) refererer til forskning som viser at det å ha gode kommunikasjonsferdigheter er med på å bidra til økt helsegevinst for pasienten. Det å kommunisere klart, samt lytte aktivt til andre, er hensiktsmessig for å kunne identifisere krevende situasjoner, forebygge at uheldige valg oppstår og forhindre profesjonelle feil og mangler. Videre understrekes det at god kommunikasjon er en kvalitetssikring av det helsefaglige arbeidet (Eide & Eide, 2008, s. 18).

3.6.2 Tverrfaglig kommunikasjon

Det å ha god kommunikasjon på tvers av de forskjellige profesjonene er ikke alltid en selvfølge. Det er avgjørende både for den faglige kvaliteten og for arbeidsmiljøet at en etterstreber å holde en høy etisk standard i tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon. Å ha en god tverrfaglig kommunikasjon kan bidra til å løse etiske problemer. Alle har et ansvar for å bidra til å holde en høy etisk standard i den tverrfaglige kommunikasjonen, noe som videre vil øke den faglige kvaliteten overfor pasienten (Eide & Eide, 2008, s. 100). I følge Orvik (2004, s. 249) er det en forutsetning at en utvikler ferdigheter i kommunikasjon og samhandling for å fylle den profesjonelle rollen og for å bygge relasjoner. Av den grunn er samhandling både en etisk, juridisk og faglig norm. Ordet samhandling betyr å gjøre noe sammen. Videre understreker Orvik (2004, s. 249-250) at det ikke er mulig å ta ansvar for syke mennesker uten å samarbeide. Det å samarbeide innebærer at en tilpasser seg hverandres arbeidsoppgaver. Når de forskjellige faggruppene fungerer godt sammen øker både kvaliteten på behandlingen og pasientsikkerheten. Grupper som er velfungerende blir byggesteiner i helseorganisasjoner. Effekten av samhandling styrker de personlige relasjonene, senker terskelen for å ta kontakt, samt øker kunnskapen og tilliten til kollegenes faglige kompetanse (Orvik, 2004, s. 250).

3.7 Tverrfaglig teamarbeid

Et tverrfaglig team kjennetegnes ved at representanter fra ulike fag eller profesjoner er representert i teamet. I det tverrfaglige teamet kombineres teori, metoder, ferdighetsområder og kunnskapsområder som ingen enkeltperson besitter alene. Over tid lærer teammedlemmene av hverandre. Teori og metoder fra ulike fag integreres gjennom profesjonsmedlemmenes kommunikasjon med hverandre til en felles tverrfaglig innsikt (Lauvås & Lauvås, 2004, s.211). I et team er det i stor grad en gjensidig avhengighet mellom aktørene i arbeidet mot å nå et mål eller fullføre en oppgave. Teammedlemmene må være enige om målet, og de må være innforstått med at den eneste måten å nå målet på, er å arbeide sammen (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 211). Dårlig samarbeid gir dårlig arbeidsmiljø, noe som igjen vil gå utover pasienten da de vil i mindre grad være sikret en behandling som er helhetlig (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 17-18). For å lykkes med å jobbe i et team, må en tilegne seg kompetanse på hvordan et team er bygget opp, hvordan man samarbeider, samt erkjenner den gjensidige avhengigheten en har til hverandre (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 212). Team skal forandre seg og utvikles. Uavhengig om medlemmer slutter og nye begynner. For å

effektivisere teamet og bygge gode relasjoner, er det viktig med en høy bevissthet om hvilke roller og rollefordelinger som finnes i teamet (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 223). Evalueringer og drøftinger er nødvendig når teamet står overfor nye utfordringer, også når det kommer nye medlemmer i teamet (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 211).

3.7.1 Ansvar, tillit og makt

Det er en nær sammenheng mellom ansvar, tillit og makt, hvor tillit er den skjøreste. Det å bygge opp tillit til en annen er ofte tidkrevende, mens det å bryte den ned kan gå raskt. For å utvikle og bygge en relasjon trenger en tilstrekkelig med tid (Orvik, 2004, s.138). Ansvar kan en se på som en verdi i pasientomsorgen, hvor ansvarlighet og ansvarsbevissthet står sterkt. Det å være ansvarsbevisst innebærer at en gjør seg oppmerksom på omgivelsene og behovene rundt en. Det å være ansvarlig vil si å ta konsekvenser av egne handlinger, samt å kunne sette grenser for andres handlinger (Orvik, 2004, s. 140). Det å skape tillit gir makt, samtidig som makt igjen kan gi tillit. Ved makt kan en ta ansvar, og en får mulighet til å kunne påvirke strukturelle forhold (Orvik, 2004, s. 148).

3.7.2 Hierarki og makt

Sykehuset er en organisasjon med et klart hierarkisk preg innenfor de ulike yrkesgruppene (Lauvås & Lauvås, 2004, s.114). For at et samarbeid skal bli tverrfaglig, er det en forutsetning at identiteten til den enkelte fagrepresentanten vedlikeholdes, samt respekteres. Status og maktforhold spiller inn her. Yrkesgruppene som har høyest status vil ha større innvirkning på blant annet det som oppfattes som kjernen i det som er felles (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 74). Det å skulle endre rolle innenfor et gitt sosialt system, kan få konsekvenser for de andre rollene i det tverrfaglige teamet. Manglende rolleavklaring kan føre til at nye utformer sin rolle som kan føre til konflikt hos de som har andre roller. Dette som følge av misforhold mellom de nyes rolleadferd og forventninger hos "de gamle". Flere forhold kan være årsaken til dette, som for eksempel uklare arbeidsinstrukser, feiltolkninger og ulike oppfatninger. Ved å oppføre seg i tråd med de forventningene som er knyttet opp mot rollen, skapes det sjeldent problemer. Det er først når forventninger og adferd ikke stemmer overens at det skapes frustrasjoner, usikkerhet og uklarhet. Det å få inn en ny rolle i samarbeidet kan både by på både positive og negative utslag (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 77). Det påpekes at hensikten med rolleavklaringer er først og fremst for å ivareta brukerens behov, og ikke

rolleinnhaveren. Rolleavklaring er en kontinuerlig prosess som forandrer seg over tid (Lauvås og Lauvås, 2004, s. 82).

Makt er et nødvendig element i en hver virksomhet, selv om flere har negative assosiasjoner rundt ordet. Mange ønsker å oppnå en posisjon som innebærer innflytelse og makt (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 119). Maktbegrepet er en aktørs mulighet til å påvirke adferd og holdninger hos en eller flere, i den retningen som er ønsket av aktøren. Lauvås og Lauvås (2004, s. 119) skriver at det sentrale med makt er hvordan man kan gjennom påvirkning styre arbeids- og beslutningsprosesser i den hensikt å kunne realisere egne mål. Det å kunne øke sin egen makt vil si å øke sin handlefrihet. Avmakt igjen betyr det samme som innsnevring av valgmuligheter. I alle organisasjoner vil en finne grupper som i følge sin profesjon eller posisjon, kan styre og påvirke andre gruppers arbeid (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 199). Grupper og enkeltpersoner som velger å underkaste seg kan lett bli offer for uprofesjonell maktutøvelse fra andre profesjoner. De i maktstillinger sitter i den posisjonen at de kan påvirke medarbeidere i organisasjonen. Lauvås og Lauvås (2004, s. 120) understreker at yrkesgrupper som bli for enerådende, kan lett stenge for andre gruppers mulighet for å bidra, og føre til at andre som sitter inne med relevant kunnskap begynner å tvile på sin egen kompetanse. Følelsen av fremmedgjøring og avmakt, samt manglende mulighet for å påvirke egen arbeidssituasjon er en konsekvens for gruppene som utsettes for andres makt, innflytelse og kontroll (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 120). Gode kommunikasjonsferdigheter gir også makt som kan brukes i det tverrfaglige samarbeidet (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 121).

3.8 Holdninger

”En holdning er en relativt varig måte å organisere tanker, følelser og atferdstilbøyeligheter på” (Bunkholdt, 2002, s. 188). En holdning er summen av tanker, følelser og handling. Holdninger kan hjelpe oss med å tilpasse oss ulike miljøer samt mestre forskjellige oppgaver (Bunkholdt, 2002, s. 188-193). For at vi skal utvikle og bevare en identitet er det viktig å få bekreftelse av andre på våre holdninger (Bunkholdt, 2002, s. 160).

”Å gjøre noe bærer alltid med seg et holdningsuttrykk – en handling er et uttrykk for en holdning enten man vil eller ikke. Også å tale uttrykker noe holdningsmessig, noe som også vises i håndlag og kroppsholdning” (Nortvedt, 2016, s. 58).

3.9 Etikk

”Ethiske teorier og prinsipper har en viktig oppgave i å bevisstgjøre sykepleieren om sentrale verdier i god sykepleie og hvilke verdier hun er forpliktet på i sin yrkesutøvelse” (Nortvedt, 2016, s. 38). Etikk er refleksjon over moralsk atferd. Med moral menes det vi tolker som rett og galt i forbindelse med konkrete handlinger (Molven, 2016, s. 67). Molven (2015, s. 88) skriver at det skilles mellom deskriptiv og normativ etikk. Deskriptiv etikk er hvordan etikken faktisk er blant folk, mens normativ etikk sier noe om hvordan folk bør handle, hvilke skikker som bør gjelde og hvordan skjønn bør utøves (Molven, 2015, s. 88). Ethiske beslutningsmodeller danner grunnlag for konkret handling. Det skilles vanligvis mellom pliktetikkk, sinnelagsetikk og konsekvensetikk. Pliktetikken er en regelstyrt etikk hvor følelser, spontanitet og refleksjon rundt handlingen har liten plass. Normer og verdier har stor plass og styrer valgene ved handlingsdilemmaer (Molven, 2016, s. 67). I en normbasert etikk fokuseres det på at en handling skal samsvare med et gitt prinsipp eller en gitt norm, det er noe du pålegges å ikke gjøre eller gjøre. I utførelsen av sykepleie er pliktetikken opptatt av at dine handlinger skal være rettleidet av visse retningslinjer eller normer (Nortvedt, 2016, s. 73-82). Som sykepleier står man ofte overfor situasjoner der man må foreta valg. I disse valgene kan ulike verdier og interesser gjøre seg gjeldende og kanskje stå i konflikt mot hverandre. Det har med tiden utviklet seg et generelt verdigrunnlag, og etter hvert et sett normer som sier hva sykepleierne skal la handlingene sine være styrt av. Dette ble i 1983 skrevet ned av Sykepleierforbundet som Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Retningslinjene er senere revidert. Det har de senere årene i norsk lov blitt vedtatt en rekke rettigheter for pasienter, pasient og brukerrettighetsloven. Et viktig spørsmål er hvordan sykepleierne skal forholde seg ved eventuelle konflikter mellom etikken, de yrkesetiske retningslinjene og lovgivningen (Molven, 2016, s. 66-67).

4 RESULTAT

Kapittelet inneholder gjennomgang av artiklene som har blitt brukt for å løse oppgavens problemstilling. Funn og resultat har blitt gjort rede for, samt hovedtendenser og sprik.

4.1 Artikkel 1

Operating Room Clinicians' Attitudes and Perceptions of a Pediatric Surgical Safety Checklist at 1 Institution, (2016), Norton, E.K., Singer, S.J., Sparks, W.,Ozonoff, A., Baxter, J., Rangel, S.

Dette er en kvantitativ enkeltstudie hvor hensikten var å undersøke ansattes holdning til sjekklstens innhold, og måle påvirkningen sjekklsten har på effektivitet, teamsamarbeid og forebygging av medisinske feil. De fleste var positive til sjekklsten, og mente at den reduserte komplikasjoner og feil, og forbedret pasientsikkerheten, kommunikasjonen mellom teammedlemmene, teamsamarbeidet i komplekse prosedyrer, og forbedret effektiviteten på operasjonsstuen. En tredjedel av alle i studien rapporterte at de hadde observert situasjoner hvor sjekklsten faktisk forebygget en feil eller komplikasjon. Operasjonssykepleierne rapporterte det dobbelte i forhold til de andre at de observerte forhindret feil eller komplikasjon. Operasjonssykepleierne er på operasjonsstuen hele tiden da pasienten er der (også ved innledning og avslutning), og da vil de naturlig nok få med seg hendelser som ikke kirurg eller anestesilege gjør. De ansatte kunne nøle med å innrømme en nesten- ulykke eller ha forskjellige definisjoner av typer feil eller komplikasjoner å rapportere. Til tross for innledende bekymringer blant noen profesjoner som mente at introduksjon av de ansatte var unødvendig eller bortkastet tid, tyder funnene på at de fleste støttet introduksjonen, og var enig i at det forbedret fortroligheten, bidro til å etablere en komfortabel, og fin tone for forbedret kommunikasjon og teamarbeid gjennom operasjonen. 3 av 4 ville at sjekklsten skulle brukes hvis deres eget barn måtte opereres.

4.2 Artikkel 2

Impact of the Time-out Process on Safety Attitude in a Tertiary Neurosurgical Department, (2014), McLaughlin, N., Winograd, D., Chung, H.R., Van deWiele, B., Martin, N.A.

Dette er en kvantitativ enkeltstudie hvor tilsammen 98,9% av deltagerne følte at å gjennomføre en time-out før operasjonen forbedret pasientsikkerheten. 75% var enige i at introduksjon av teammedlemmene hjelper på teammentaliteten under operasjonen. I tillegg følte 93,5% at utførelsen av time-out sikret at teammedlemmene var komfortable med å ytre eventuelle hendelse og bekymringer under operasjonen. Alle deltagerne følte at kirurgen skulle presenteres under time-out, og 76,3 % følte at det var han/ henne som skulle lede time-outen. Alle følte at en gjennomgang av mulige kritiske hendelser som kunne oppstå under operasjonen var nyttig å vite. Time-out og introduksjon av teammedlemmer hjalp på at ALLE ble komfortable til å ytre bekymringer i forhold til sikkerheten under operasjonen, noe 87% var enig i. 85% mente at gjennomgangen av forventede kritiske elementer av kirurgen var til hjelp for deres rolle under operasjonen. Selv om nevrokirurgene og anestesiteamet var enig i at å gjennomføre en time-out bidro til å sikre at alle teammedlemmene var komfortable med å lytte til sikkerhetsproblemer under inngrepet, var ikke dette noe profesjonene var helt enige om. 33,4% av kirurgene mente dette, mot 89,9% av operasjonssykepleierne.

4.3 Artikkel 3

The impact of surgical safety checklists on the atredepartments: a critical review of the literature, (2016) Cadman, V.

Artikkelen er en litteraturstudie, hvor forfatteren har utført et bredt søk på studier for å identifisere hvilken påvirkning den kirurgiske sjekklisen har hatt inne på operasjonsstuen. Funnene viser at ved bruk av sjekklister reduseres pasientens mortalitet og morbiditet. Kommunikasjonen i teamet forbedres, og operasjonstiden reduseres. De negative oppfatningene som omgir sjekklisen oppstår ofte som følge av misforståelser og mangel på forståelse. De fleste av de ansatte følte en økt trygghet ved bruk av trygg kirurgi sjekklise. Noen av de som stilte seg kritisk til bruk av sjekklisen mente at flere av punktene på listen aldri ville ha skjedd dem, og derfor hadde de ikke behov for å benytte seg av den. Dette indikerer i følge Cadman (2016) at det er et underliggende problem med sikkerhetskulturen,

og at de mislykkes å anerkjenne at uønskede hendelser kan, og vil oppstå ved å ikke bruke sjekklisten. Dessverre er den negative holdningen mot bruken av trygg kirurgi sjekklister ofte linket til kirurgenes holdninger. Dette har en skadelig effekt på operasjonsteamet. Den andre negative innvirkningen som Cadman (2016) fant i litteraturstudien var effekten av hierarkiet, noe som diskuteres i flere studier. Teamarbeid er svært komplekst, og er relatert til kommunikasjon, dynamikk i teamet, arbeidskultur, holdninger og forventninger som teamet har. Det er gjennom sjekklisten en klarer å bedre kommunikasjonen og teamarbeidet ved å gjøre alle i teamet oppmerksomme på pasienten og på behandlingsforløpet. Funn viser at ved bruk av sjekklisten fikk deltagerne mot til å si i fra og snakke om bekymringer de hadde. En annen ting som kommer frem er at sjekklisten kan være med å bidra til at hierarkiet reduseres ved å sørge for diskusjoner i teamet. Når en velger å ikke bruke sjekklisten korrekt, så opptrer en ikke til pasientens beste. Da opprettholdes heller ikke pasientsikkerheten. Mangel på kunnskap og mangel på bevissthet rundt sjekklstens aspekter fører til lav utførelse og kvalitet. Forfatteren skriver videre at ved bruk av sjekkliste så er de ansatte mer forberedt for hver pasient, dette som følge av bedre kommunikasjon. De tenker seg frem til potensielle uønskede hendelser som kan oppstå, og leter frem relevant utstyr på forhånd istedenfor å forsinke operasjonen ved å lete etter utstyr etter at en hendelse allerede har oppstått.

4.4 Artikkel 4

Effectiveness of the Surgical Safety Checklist in Correcting Errors:A Literature Review Applying Reason's Swiss Cheese Model, (2014), Collins, S. J.,Newhouse, R., Porter, J., &Talsma, A.

Denne artikkelen er en litteraturstudie, hvor målet med studien var å fastslå om bruken av trygg kirurgi sjekkliste reduserte og forebygget uønskede hendelser i operasjonsavdelingen, samt identifisering av hvilke type feil som oppstod. De fant i deres studie ut at sjekklister reduserer uønskede hendelser, som blant annet feil operasjonssted. Men de påpekte også at sjekklister alene ikke kan forhindre at feil oppstår. For at en vellykket gjennomføring skal skje må alle i operasjonsteamet forstå feilene som kan oppstå, samt ha innblikk i den komplekse dynamikken mellom systemer og individer, og skape en kultur hvor pasientsikkerheten står høyt. Collins et al. (2014) skriver i artikkelen at kommunikasjonssvikt er hovedårsaken til at en opererer på feil sted. I følge funn som forfatterne har funnet så skyldes også feil og mangler oftest svikt i systemet, og ikke individuell svikt. Helsevesenet er

et komplekst system, hvor menneskelige feil kan oppstå. Feil kommer som følge av uerfarenhet, brudd på prosedyrer og ved å gjøre feil valg. For å redusere at slike feil oppstår, vil det være hensiktsmessig med trening av de ansatte. Andre funn viser at uønskede hendelser kan oppstå som følge av at en i teamet ikke ønsker å ta del i time-ouden, at det blir glemt, eller at en ansatt ikke følger med på detaljene som blir sagt. I en annen støttes dette da den fant ulike årsaker til at snarveier blir tatt og feil oppstår, og det kan blant annet komme som følge av eldre medlemmer av teamet ikke ønsker å engasjere seg. Det må skapes et trygt og sikkert miljø for blant annet læring, slik at det blir rom til å si i fra og rapportere om feil eller mangler skulle oppstå. I en annen artikkel som de inkluderte fant de ut at når kirurgen og anestesilegen var støttende til bruken av trygg kirurgi sjekklisten ville den mest sannsynlig bli fullstendig gjennomført. Et annet funn sier at når hele teamet inkluderes er det mer sannsynlig at trygg kirurgi sjekklisten blir korrekt gjennomført. Selvtilliten til operasjonssykepleieren var og en viktig faktor relatert til om sjekklisten ble korrekt utført. Fullstendig gjennomføring av listen varierte fra 42- 80%.

4.5 Artikkel 5

A pilot study of the implementation of WHO surgical checklist in Finland:

improvements in activities and communication, (2011), Takala, R. S. K., Pauniahho, S.-L., Kotkansalo, A., Helmiö, P., Blomgren, K., Helminen, M., Kinnunen, M., Takala, A., Aaltonen, R., Katila, A. J., Peltomaa, K., & Ikonen, T. S.

Dette er en kvantitativt enkeltstudie hvor hensikten var å vurdere sjekklstens mulige påvirkninger på operasjonsprosessen, sikkerhetsrelaterte spørsmål og kommunikasjonen mellom medlemmene i det kirurgiske teamet. Forfatterne ønsket også å undersøke mulige fordeler ved å benytte trygg kirurgi sjekkliste, samt hvor anvendbar den er i ulike operasjonsdivisjoner. De ønsket også å samle informasjon for utvikling og validering av en nasjonal sjekkliste. Etter implementeringen av sjekklsten opplevde både anestesilegen og operasjonssykepleieren bedre kommunikasjon i teamet og færre kommunikasjonsbrister. Kirurgene derimot opplevde ingen forandring i kommunikasjonen. Interessant var det at det ved kun to operasjoner ble opplevd kommunikasjonsbrist av to parter. Kommunikasjonen på deltakende sykehus i studien ble vurdert som svært god før implementeringen av sjekklsten. Ifølge forfatterne kan dette forklare hvorfor kirurgene ikke merket noen forbedring i kommunikasjonen. Teammedlemmene var mer oppmerksomme på roller og navn i teamet når

de anvendte sjekklister. Med sjekklister ble flere kritiske hendelser diskutert mellom kirurg og anestesileger, og det ble oftere gitt postoperative beskjeder og forordninger. Identiteten til pasienten ble oftere bekreftet ved bruk av sjekklister og operasjonssykepleieren økte sin bevissthet på riktig operasjonsside. Funnene i studien demonstrerer at sjekklister forbedrer utvekslingen av pasientrelatert medisinsk informasjon i teamet og fremhever viktigheten av alle medlemmene i teamet. Sjekklister forbedret hele teamets bevissthet rundt fysiske restriksjoner, allergier, medisinsk tilstand og medisiner. Kirurgene følte at hele teamets bevissthet rundt det kirurgiske inngrepet økte.

4.6 Artikkel 6

Surgical safety checklist is associated with improved operating room safety culture, reduced wound complications, and unplanned readmissions in a pilot study in neurosurgery, (2013), Lepänluoma, M., Takala, R., Kotkansalo, A., Ravi, M., & Ikonen, S.

Dette er en kvantitativ enkeltstudie hvor hensikten med studien var å undersøke om bruken av trygg kirurgi sjekklister har en effekt på sikkerhetsrelaterte problemstillinger, inkludert kommunikasjon og samarbeid på operasjonsstuen, uønskede hendelser, komplikasjoner og reinnleggelse, samt lengden på sykehusoppholdet. Implementeringen av trygg kirurgi sjekklister forbedret operasjonsteamets bevissthet omkring sikkerhetsrelaterte problemstillinger. Ifølge både kirurger og anestesileger ble mulige kritiske hendelser under operasjonen oftere diskutert etter implementeringen av sjekklister. Informasjonsutvekslingen mellom teammedlemmene ble bedre men sjekklister forandret ikke deltagernes oppfatning av at kommunikasjonen på operasjonsstuen ble bedre. Anestesipersonalet bekreftet pasientens identifikasjon oftere, bevisstheten rundt pasientens allergier og relevante sykehistorie økte. Operatørene mente at de andre teammedlemmenes bevissthet rundt prosedyren økte. Utstyrets sterilitet ble ikke bekreftet oftere. Sjekklister forandret ikke bevisstheten på navn og roller i teamet, oppmerksomhet rundt prosedyren, side som skulle bli operert eller postoperative beskjeder og instruksjoner.

4.7 Artikkel 7

The implementation of a perioperativ checklist increases patients' perioperative safety and staff satisfaction, (2011), Böhmer, A. B., Wappler, F., Tinschmann, T., Kindermann, P., Rixen, D., Bellendir, M., Schwanke, U., Bouillon, B., & Gerbershagen, M. U.

Dette er en kvantitativ enkeltstudie hvor hensikten var å evaluere den perioperative sikkerhetsstandard og kvaliteten på det tverrfaglige samarbeidet før og etter introduksjonen av trygg kirurgi sjekkliste. Etter implementeringen av sjekklisten rapporterte operasjonspersonalet om bedre kvaliteten på de sikkerhetsrelaterte standardene og teamarbeidet. De opplevde også en bedre kommunisjonskultur. Kommunikasjon om eventuelle peroperative komplikasjoner forbedret seg ifølge anestesileger og anestesisykepleiere. I seksjonen for traumatologi økte kjennskapen til operasjonsteamet, det kirurgiske inngrepet som ble utført og underliggende diagnoser. Kirurgene rangerte både den preoperative kjennskapen til pasientens risikofaktorer og fordelingen av hver enkeltes oppgaver i teamet mer positivt. De var også mer bevisst på at utstyret i feltet stemte og orienteringen av postoperative forordninger etter introduksjonen. På sykehuset studien ble utført er det hyppig utskiftning i teamet. Det ble derfor fokusert på introduksjon av alle teammedlemmene med navn og funksjon. Undersøkelsen viser en positiv effekt da bevisstheten rundt hvert teammedlem ble rangert mer positivt etter implementeringen av sjekklisten.

4.8 Artikkel 8

Implementation of the surgical safety checklist in South Carolina hospitals is associated with improvement in perceived perioperative safety, (2016), Molina, G., Jiang, W., Edmondson, L., Gibbons, L., Huang, L. C., Kiang, M. V., Haynes, A. B., Gawande, A. A. Berry, W. R., & Singer, A.J.

Dette er en kvantitativ enkeltstudie. Hensikten med studiet var å evaluere hvordan implementeringen av trygg kirurgi i en hel stat påvirker personalets oppfatning av den peroperative sikkerheten. Implementeringen av trygg kirurgi sjekkliste i en hel stat var assosiert med en forbedret oppfatning av samarbeid i teamet og peroperativ sikkerhet blant personalet. Den største forbedringen etter implementeringen var på følgende utsagn: ”teamdiskusjoner er vanlig”, ”leger er åpne for forslag” og ”potensielle feil eller mangler blir

påpekt uten hevet stemme eller nedlatende bemerkninger”. Mer enn halvparten (54,1%) rapporterte at deres kirurgiske team alltid brukte sjekklisten effektivt. 73,6 % rapporterte at sjekklisten hadde avverget problemer eller komplikasjoner. Implementering av trygg kirurgi sjekkliste i 13 sykehus i South Carolina er assosiert med forbedring i personalets oppfatning av gjensidig respekt, effektivt ledelse, evnen til å være selvsikker når det var nødvendig for å bedre sikkerheten, koordinering mellom kirurger og anestesipersonell og effektiv kommunikasjon.

4.9 Funn og sprik fra artiklene

Alle artiklene understreker at ved bruk av trygg kirurgi sjekkliste ble kommunikasjonen og samarbeidet i teamet forbedret. Gjengangeren i flere av artiklene var at operasjonssykepleieren var mer positive til bruken av sjekklisten, og opplevde i større grad en forbedring i kommunikasjonen enn resten av teamet. I flere av artiklene kom det frem at introduksjon av medlemmene i teamet bidro til at alle ble mer komfortable til å ytre bekymringer og si i fra ved nesten-ulykker. Det var derimot en artikkel som hadde motstridende funn, hvor de kom frem til at informasjonsutvekslingen ble bedre, men deltagerne hadde ingen oppfatning av at kommunikasjonen ble bedre. Videre mente de at sjekklisten ikke forandret bevisstheten på navn og roller i temaet. Den samme artikkelen hevder og at sjekklisten ikke forandret oppmerksomhet rundt prosedyren, hvilken side som skulle bli operert eller postoperative beskjeder og instruksjoner. Til tross for dette konkluderte alle artiklene med at sjekklisten har en positiv innvirkning på pasientsikkerheten.

5 DRØFTING

I denne delen av oppgaven tar vi for oss funn fra artiklene og diskutere opp mot teori og egne erfaringer fra praksis, for å besvare problemstillingen. Vår problemstillingen lyder som følger:

”Hvordan opplever operasjonssykepleieren at bruk av trygg kirurgi sjekkliste påvirker kommunikasjonen i det tverrfaglige teamet på operasjonsstuen?”

I følge Dalland (2014, s. 143) er drøfting å diskutere, ta for seg og granske noe fra forskjellige sider. I denne delen av oppgaven har vi forsøkt å vise evnen til en systematisk og kritisk refleksjon. Vi har valgt å dele drøftingsdelen i underpunkter for å få en mer oversiktlig struktur. Vi tar for oss tverrfaglig samarbeid, pasientsikkerhet, og avslutningsvis holdninger, makt og hierarki. Verken operasjonssykepleierens opplevelse eller kommunikasjon er satt i egne kapitler, da vi heller har valgt å vektlegge disse temaene fortløpende gjennom teksten for en mer helhetlig drøfting.

5.1 Tverrfaglig teamarbeid

Et tverrfaglig team kjennetegnes ved at representanter fra ulike fag eller profesjoner er representert i teamet. Å være i et team innebærer at en har gjensidig avhengighet til hverandre, og at en arbeider sammen for å nå et felles mål eller for å fullføre en oppgave. Medlemmer av teamet må alle være enige om å nå dette målet, og de må være klar over at den eneste måten å kunne nå det på er å samarbeide (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 211). Dette står også beskrevet i operasjonssykepleierens ansvar- og funksjonsbeskrivelse hvor det påpekes at en skal samarbeide tverrfaglig og flerfaglig i pasientbehandlingen i det kirurgiske teamet for å sikre et faglig og forsvarlig pasientforløp (NSFLOS, 2015). Vi har funn som viser at det er flere elementer som utfordrer det tverrfaglige teamarbeidet på operasjonsstuen. Det er blant annet misforståelser dem i mellom. Teamarbeid er svært komplekst, og er relatert til kommunikasjon, dynamikk i teamet, arbeidskultur, holdninger og de forventninger som teamet har (Cadman, 2016). Gode kommunikasjonsferdigheter kan bidra til økt helsegevinst for pasienten, og er en kvalitetssikring av det helsefaglige arbeidet (Eide & Eide, 2007, s. 18). En tydelig kommunikasjon er viktig for å unngå misforståelser på operasjonsstuen. Som deltakere i det tverrfaglige teamet er det viktig å kunne tolke nonverbale tegn og uttrykk. Å tolke de andre teammedlemmenes nonverbale språk er ikke alltid like lett, spesielt om man er

student eller ny på en avdeling. Dette har vi alle tre erfart gjennom våre praksisperioder under studiet. Vi føler at det er lettere å kommunisere og tolke nonverbale tegn når man kjenner de andre teammedlemmene. Som Eide og Eide (2007, s. 201) skriver, må nonverbale uttrykk fortolkes. De kan være flertydige, noe som kan gjøre det vanskelig å tolke. Vi har observert at for å ha en god samhandling på operasjonsstuen, er det en forutsetning å kunne tolke nonverbal kommunikasjon. Det å kunne tolke nonverbal kommunikasjon gjør at vi føler vi kan slappe av mer under operasjonen da vi forstår mer hva de andre i teamet mener i ulike situasjoner. Dette uten å bruke for mye energi og tid på å forstå det.

Et annet element som truer det tverrfaglige teamsamarbeidet er dårlig samhandling. Hensikten med trygg kirurgi sjekklister er å forsterke allerede akseptert sikkerhetspraksis og fremme bedre kommunikasjon og samarbeid mellom de ulike profesjonene i teamet (Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009, 2009). Dette støtter studien til Cadman (2016) der funn viser at det er gjennom sjekklister en klarer å bedre kommunikasjonen, samt forbedre teamarbeidet ved å gjøre alle i teamet oppmerksomme på pasienten og på behandlingsforløpet. Som følge av en bedre kommunikasjon er de ansatte mer forberedt for hver pasient (Cadman, 2016). Bevisstheten rundt pasienten og inngrepet øker, og flere kritiske hendelser blir diskutert mellom kirurg og anestesilege. I tillegg blir det oftere gitt postoperative beskjeder og forordninger (Takala et al., 2011). Dette støtter vi da vi selv har opplevd at postoperative beskjeder har falt bort da den avsluttende delen av trygg kirurgi sjekklister ikke ble gjennomført. Hadde det ikke vært for at kirurgen ble oppringt av operasjonssykepleier så hadde kanskje ikke postoperativ avdeling fått beskjeder som var viktig for videre oppfølging og behandling. Etter implementeringen av sjekklister rapporterte operasjonssykepleierne og anestesipersonellet i studiene til Takala et al. (2011) og Collins et al. (2014) om mindre svikt i kommunikasjonen, mens kirurgene ikke merket noen forskjell. Det interessante i studien til Takala et al. (2011) er at det ved kun to operasjoner ble opplevd kommunikasjonsbrist av to parter. Kommunikasjonen på det deltakende sykehuset i denne studien ble ansett som svært god før implementeringen av sjekklister, spesielt hos kirurgene. Dette kan ifølge forfatterne av artikkelen være en av årsakene til at kirurgene ikke merket noen forbedring i kommunikasjonen (Takala et al., 2011). Kan det være andre årsaker til de ulike oppfatningene? Kan en av grunnene være forskjellige holdninger hos profesjonene? Negative holdninger rundt bruken av sjekklister gikk igjen i flere av artiklene i studien til Cadman (2016), og de negative holdningene var ofte linket til kirurgen. Vi har og opplevd negative holdninger når det gjelder gjennomføringen av trygg kirurgi sjekklister. Ved å

benytte sjekklisten oppnås en tidlig introduksjon. På denne måten blir alle i teamet oppmerksomme på hverandre, og hvilken profesjon de innehar. Dette underbygger Lauvås og Lauvås (2004, s. 211) da de skriver at det kreves tidlig rolleavklaring for å bygge opp gode relasjoner i et team. Våre egne erfaringer når det kommer til introduksjon av medlemmene i teamet er at vi setter pris på det å bli introdusert med navn og rolle. Dette bidrar til at vi føler oss tryggere i vår egen rolle ved at de andre i teamet vet hva de kan forvente av oss. På sykehuset hvor studien til Böhmer et al. (2011) ble utført var det hyppig utskiftning i teamet. Det ble derfor fokusert på introduksjon av alle teammedlemmene med navn og funksjon. Undersøkelsen viste en positiv effekt som følge av økt bevisstheten rundt hvert teammedlem etter implementeringen av sjekklisten (Böhmer et al., 2011). Teammedlemmene ble i tillegg mer oppmerksomme på roller og navn i teamet, og viktigheten av alle teammedlemmene ble fremhevet (Takala et al., 2011). Dette er i tråd med det som står i implementeringsguiden til WHO (Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009, 2009), der det understrekes at alle i det kirurgiske teamet skal introduseres med navn og rolle før operasjonsstart. På den ene siden fremheves det i flere av artiklene at sjekklisten bidro til en økt bevissthet rundt de ulike rollene i teamet, samt viktigheten ved at alle ble introdusert. På den andre siden viste funn i artikkelen til Lepänluoma et al. (2013) at sjekklisten ikke forandret bevisstheten på navn og roller i teamet. Hva kan være grunnen til dette ene enkeltfunnet? Kan det være at de ikke følger med, eller kjenner de hverandre så godt at introduksjonen like godt kunne vært unnlatt? Til tross for dette enkeltfunnet, støttet de fleste i studien til Norton et al. (2016) introduksjonen, og mente at den bidro til å etablere en komfortabel og fin tone, samt forbedret kommunikasjon og samarbeid (Norton et al., 2016). Dette er også noe som McLaughlin et al. (2014) støtter, da 98% av deltakerne var enige i at introduksjon av teammedlemmene hjelper på teammentaliteten under operasjonen. I følge Lauvås og Lauvås (2004, s. 223) skal team forandre seg og utvikles, uavhengig av om medlemmer slutter og nye begynner. For å effektivisere teamet, er det viktig med en høy bevissthet om hvilke roller og rollefordelinger som finnes i teamet. Det er også viktig å være klar over den gjensidige avhengigheten en har til hverandre (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 212, 223). Time-out og introduksjon av teammedlemmer bidrar til at alle blir mer komfortable til å ytre bekymringer i henhold til sikkerheten under operasjonen (McLaughlin, 2014). Dette fører oss til neste punkt hvor vi tar for oss hvilken effekt bruk av trygg kirurgi sjekkliste har for pasientsikkerheten.

5.2 Pasientsikkerhet

WHO utarbeidet trygg kirurgi sjekklister som et verktøy for å øke sikkerheten under operasjoner. WHO påpeker videre at hele det kirurgiske teamet har et felles ansvar for sikkerheten under operasjonen, og for at operasjonen skal bli vellykket (Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009, 2009). Som studenter, og etter hvert operasjonssykepleiere, er vi enige i at vi må ta vår del av ansvaret, da vi er en del av teamet. Dette beskrives også i operasjonssykepleiernes ansvar- og funksjonsbeskrivelse (NSFLOS, 2015) hvor det står at operasjonssykepleiere skal bidra til faglig forsvarlig pasientbehandling og pasientsikkerhet. Det står videre at operasjonssykepleiere skal bidra til gjennomføring av trygg kirurgi sjekklister for å sikre og ivareta pasientsikkerheten (NSFLOS, 2015). Men hvem har egentlig ansvaret for at trygg kirurgi sjekklister blir gjennomført? I studien til McLaughlin et al. (2014) mente 4 av 5 at det er kirurgen som skal gjennomføre time-out. I løpet av studietiden har vi observert store variasjoner fra avdeling til avdeling. Vi har opplevd at alle profesjonene har startet time-out på forskjellig tidspunkt, og med ulik respons. Av hvem og når er det mest hensiktsmessig at sjekklister blir utført? Er det et felles ansvar? Både Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og helsepersonelloven (1999) omhandler forsvarlighetsprinsippet. Det vil si at pasientene har krav på god og forsvarlig helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette er noe alle profesjonene har ansvar for å gjennomføre (Helsepersonelloven, 1999). Vi har ikke fokusert på hvem som skal ta ansvar og gjennomføre sjekklister da vi søkte i litteraturen. Vi har derfor ingen funn om dette, men i artikkelen til Collins et al. (2014) hevdes det at når kirurgen og anestesilegen var støttende til bruken av trygg kirurgi sjekklister ville den mest sannsynlig bli fullstendig gjennomført. Det vi selv har opplevd når vi starter time-out er at vi ikke alltid blir hørt. Dette kan være en ubehagelig følelse, hvor det å skulle fortsette gjennomføringen av sjekklister blir vanskelig. Da blir dilemmaet om en skal avslutte eller fortsette, til tross for at dette kan føles ubehagelig. Velger operasjonssykepleieren å ikke utføre trygg kirurgi sjekklister følges ikke pliktetikken, noe som igjen kan gi store konsekvenser for pasientsikkerheten. Ifølge pliktetikken som er en regelstyrt etikk, skal en velge den handlingen som er rett eller god i seg selv uten hensyn til konsekvensene (Molven, 2016, s. 67).

Mye tyder på at det er viktig å gjennomføre trygg kirurgi sjekklister til riktig tid, altså at timingen er riktig. Dette underbygger studien til Cadman (2016), da det anbefales at en bør se på timingen når sjekklister blir gjennomført. I følge WHO (Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009, 2009) skal andre del av trygg kirurgi sjekklister gjennomføres

etter anestesistart, og før operasjonsstart. Erfaringsmessig føler vi at gjennomgangen av sjekklisten blir mer oversiktlig og fullstendig gjennomført når kirurgen selv tar initiativ, før eller mens de kler seg sterilt. Om det ikke gjøres på dette tidspunktet så har vi observert at sjekklisten ikke alltid blir fullstendig gjennomført som følge av endret fokus. I følge Cadman (2016) bør avslutningsdelen av sjekklisten skje før kirurgen forlater operasjonsstuen, gjerne sammenfalle ved lukking av operasjonssåret. Dette er viktig for at postoperative beskjeder kommer frem før kirurgen forlater operasjonsstuen (Cadman, 2016). I studien til Böhmer et al. (2011) var de etter introduksjonene av sjekklisten mer bevisst på at utstyret i feltet stemte og orienteringen om postoperative forordninger.

Uavhengig av hvem som utfører sjekklisten eller når, er det mange funn i artiklene vi har sett på som støtter bruken av trygg kirurgi sjekkliste, og som kan vise til økt pasientsikkerhet. De fleste mente at sjekklisten reduserte komplikasjoner og feil, og forbedret pasientsikkerheten (Norton et al. (2016). Dette samsvarer med funnene i studien til McLaughlin et al. (2014) som påpekte at en stor andel av deltakerne rapporterte om økt pasientsikkerhet ved bruk av sjekklisten. Implementeringen av trygg kirurgi sjekkliste forbedret operasjonsteamets bevissthet omkring sikkerhetsrelaterte problemstillinger. Både kirurger og anestesileger mente at mulige kritiske hendelser under operasjonen oftere ble diskutert etter implementeringen av sjekklisten (Lepänluoma et al., 2013). Dette underbygges av funnene til Takala et al. (2011) som demonstrerte at sjekklisten forbedrer utvekslingen av pasientrelatert medisinsk informasjon i teamet. Vi har selv opplevd at sjekklisten avduket stor risiko for blødning, noe som gjorde at vi var mer forberedt, og fikk hentet inn nødvendig utstyr før operasjonsstart. Dette underbygges av funnene til Cadman (2016) hvor det å tenke seg frem til potensielle uønskede hendelser som kan oppstå er viktig (Cadman, 2016). Dette kan være elementer som at operasjonsområdet er merket, pasientidentifikasjon, allergier og uønsket blodtap (Cadman 2016). Takala et al. (2011) påpeker at operasjonssykepleierne økte sin bevissthet på riktig operasjonsside etter at sjekklisten ble tatt i bruk, noe som støttes av Collins et al. (2014). Til tross for mangelfull gjennomføring av sjekklisten på ulike avdelinger, opplever vi likevel at kirurgen har tilsett pasienten, og tegnet på operasjonsfeltet. Dette gjør det trygt for oss som møter pasienten på operasjonsstuen. Vi har alle tre opplevd situasjoner hvor feltet ikke er merket, og kirurgen har blitt ringt etter for å bekrefte riktig operasjonsfelt. Lepänluoma et al. (2013) hevder derimot at sjekklisten ikke forandret oppmerksomhet rundt prosedyren, hvilken side som skulle bli operert eller postoperative beskjeder og instruksjoner. Disse funnene kan tyde

på at medlemmene i teamet ikke har fulgt med, da de andre funnene understreker det motsatte.

Cadman (2016) sier i sin artikkel at man ikke opptrer til pasientens beste dersom man ikke bruker sjekklisten på en korrekt måte. Hva om man velger å ikke bruke sjekklisten i det hele tatt? Flere av våre funn tyder på at sjekklisten har en positiv effekt på pasientsikkerheten og vi finner det derfor vanskelig å argumentene for å ikke bruke den. 75% av operasjonssykepleierne ville at sjekklisten skulle bli brukt om deres eget barn måtte opereres (Norton et al., 2016). De fleste av de ansatte følte en økt trygghet ved bruk av trygg kirurgi sjekkliste (Cadman, 2016). Derfor kan en spørre seg om hvorfor en tillater seg å ikke bruke sjekklisten når andres pårørende skal opereres. I operasjonssykepleiernes ansvar- og funksjonsbeskrivelse (NSFLOS, 2015) står det at operasjonssykepleiere skal utøve sykepleie til pasientens beste. Videre sier Yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2016) at sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie. Pliktetikken er opptatt av at utførelsen av sykepleie skal være rettleidet av visse retningslinjer eller normer (Nortvedt, 2016, s 82). Er det da vår plikt å anvende trygg kirurgi sjekkliste? Det å være ansvarlig vil si å ta konsekvenser av egne handlinger, samt å kunne sette grenser for andres handlinger (Orvik, 2004, s. 140).

I studien til Molina et al. (2016) kunne de rapportere at hele 73,6 % av deltakerne hadde avverget problemer eller komplikasjoner som følge av sjekklisten. På den andre siden var det kun en tredjedel av alle deltakerne i studien til Norton et al. (2016) som kunne rapportere det samme. Blant disse var det operasjonssykepleierne som oftest observerte forhindrede feil og komplikasjoner. Som forfatteren skriver videre er operasjonssykepleierne tilstede på stuen under hele det peroperative forløpet, og vil da naturlig nok få med seg hendelser som ikke kirurg og anestesilege gjør (Norton et al., 2016). Vi har derfor et stort ansvar både som studenter i operasjonssykepleie og som ferdige utdannede operasjonssykepleiere, da det er viktig at vi tør å si ifra når vi observerer feil og uønskede hendelser. Dette vil vi se videre på i neste del av drøftingen.

5.3 Holdninger, makt og hierarki

I et team er det i stor grad en gjensidig avhengighet mellom aktørene i arbeidet mot å nå et mål eller fullføre en oppgave. Teammedlemmene må være enige om målet, og de må være innforstått med at den eneste måten å nå målet på, er å arbeide sammen (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 211). For at et samarbeid skal bli tverrfaglig, er det en forutsetning at identiteten til den enkelte fagrepresentanten vedlikeholdes og respekteres. Status og maktforhold spiller inn her (Cadman, 2016). Det vi ønsker å oppnå som nyansatt operasjonssykepleier er respekt og tillit i teamet, da vi føler at dette er med på å bidra til trygghet og god samhandling. Det å bygge opp tillit og relasjon til en annen kan ofte være tidkrevende (Orvik, 2004, s. 140).

Vi har opplevd at hierarkiet kan være ganske uttalt både tverrfaglig på operasjonsstuen, og innad i profesjonene. Ved bruk av sjekklisten kan hierarkiet reduseres ved å sørge for diskusjoner i teamet, samt forbedring av teamarbeidet (Cadman, 2016). Molina et al. (2016) har funn som viser at implementering av trygg kirurgi sjekkliste assosieres med forbedring i personalets oppfatning av gjensidig respekt, effektiv ledelse, evnen til å være selvsikker, koordinering mellom kirurger og anestesipersonell og effektiv kommunikasjon (Molina et al., 2016). Ved å ta sikkerhetssjekker i hver av fasene, hvor en utfører en bekreftelse, så er det avgjørende at alle medlemmene av operasjonsteamet følger med og er enige med hverandre før kirurgien settes i gang. Det å vise bekreftelser i teamet viser seg å kunne redusere feil i den peroperative fasen. Det må skapes et trygt og sikkert miljø for bl.a. læring, slik at det blir rom til å si ifra og rapportere om feil eller mangler skulle oppstå (Collins et al., 2016). Det kom frem at de ansatte kan nøle med å innrømme en nesten-ulykke eller ha forskjellige definisjoner av typer feil eller komplikasjoner å rapportere (Norton et al., 2016). I McLaughlin et al. (2014) sin studie var operasjonssykepleierne svært enig i at gjennomføring av time-out bidro til å sikre at alle teammedlemmene ble komfortable med å si fra om nesten-ulykker under inngrepet. Dette var flesteparten av nevrokirurgene og anesiteamet enige i, men ikke like overbevist som operasjonssykepleieren (McLaughlin et al., 2014). Negative oppfatninger som omgir sjekklisten oppstår ofte som følge av misforståelser eller mangel på forståelse (Cadman, 2016). Dette er noe vi ikke kjenner oss igjen i, da vi opplever at det ofte er dårlige holdninger som ligger til grunn for de negative oppfatningene. Funn hos Cadman (2016) sammenfaller med det synet vi har, og presiserer at negative holdninger rundt bruken av sjekklister gikk igjen i flere av artiklene i studien. Videre hevder Cadman (2016) at den negative holdningen mot bruken av trygg kirurgi sjekklister ofte er linket til kirurgenes holdninger. Nortvedt (2016, s. 58) understreker at en handling er et uttrykk for en holdning,

enten man vil eller ikke. Dette har vi erfart i flere tilfeller hvor andre medlemmer av teamet har vist negative holdninger til sjekklisten, som for eksempel det å ikke delta når sjekklisten blir gjennomført. Vi mener at dette viser mangel på respekt innad i teamet. Slike holdninger kan ha en skadelig effekt på operasjonsteamet, noe som også underbygges av Cadman (2016), da han har funn som bekrefter det samme. Sykehuset er en organisasjon med et klart hierarkisk preg innenfor de ulike yrkesgruppene (Lauvås & Lauvås, 2004, s.114). Vi som operasjonssykepleierstudenter er noen ganger i situasjoner hvor vi ikke innehar den kunnskapen og erfaringen som forventes av oss, og opplever at andre profesjoner utøver makt mot oss. De i maktstillinger sitter i den posisjonen at de kan påvirke medarbeidere i organisasjonen (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 199). Negativ påvirkning fra medarbeidere kan føre til at vi blir usikre og ikke tør å si fra da vi er redd for hvilke konsekvenser dette kan ha for operasjonen, og det videre samarbeidet. Lauvås og Lauvås (2004, 120) påpeker også at grupper og enkeltpersoner som velger å underkaste seg lett kan bli offer for uprofesjonell maktutøvelse fra andre profesjoner. Som student og uerfaren er det ekstra vanskelig å si fra og ikke finne seg i det som skjer da vi ikke har den erfaringen og selvtilliten en erfaren operasjonssykepleier som oftest innehar. Følelsen av avmakt og manglende mulighet for å påvirke egen arbeidssituasjon er en konsekvens for gruppene som utsettes for andres makt, innflytelse og kontroll (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 120). Collins et al. (2014) understreker at selvtilliten til operasjonssykepleieren var en viktig faktor relatert til om sjekklisten blir korrekt utført. Vi bekrefter dette, da vi har opplevd at erfarne operasjonssykepleiere med selvtillit er sikrere i sin egen rolle og i større grad tørr å si fra. Vi har og opplevd at de erfarne operasjonssykepleierne kan oppnå mer respekt fra de andre i teamet, noe som kanskje gjør at de andre er mer oppmerksom til det operasjonssykepleieren kommer med. Til tross for dette anses det viktig for gjennomføringen av trygg kirurgi sjekkliste at kirurgen er positiv for gjennomføringen. Her viser det seg at det finnes ulike funn, da det i den ene studien til Collins et al. (2014) hadde funn som viste at når kirurgen og anestesilegen var støttende til bruken av trygg kirurgi sjekklisten ville den mest sannsynlig bli fullstendig gjennomført. Mens i en annen fant de ut at når hele teamet inkluderes er det mer sannsynlig at trygg kirurgi sjekklisten blir korrekt gjennomført.

Det kan få følger for pasientsikkerheten dersom trygg kirurgi sjekkliste ikke blir gjennomført. Årsaker til at den ikke blir gjennomført kan være at teammedlemmer ikke bidrar, eller ikke følger med. Noen av de som stilte seg kritisk til bruk av sjekklisten mente at flere av punktene på listen aldri ville ha skjedd dem, og derfor hadde de ikke behov for å benytte seg av den

(Cadman, 2016). Dette indikerer at det er et underliggende problem med sikkerhetskulturen, og at de mislykkes å anerkjenne at uønskede hendelser kan og vil oppstå ved å ikke bruke sjekklisten. Mangel på kunnskap og bevissthet rundt sjekklistens aspekter fører til lav utførelse og kvalitet (Cadman, 2016). Noen velger bevisst å ikke gjennomføre den fullstendig. Unnskyldninger vi har hørt er at det tar for lang tid, eller at sjekklisten er unødvendig. Erfaringsmessig har vi opplevd at yngre kirurger kan være flinkere til å gjennomføre trygg kirurgi sjekkliste enn mange av de eldre. Dette støttes i studien til Collins et al. (2014) hvor funn viser at de eldre ikke alltid ønsker å engasjere seg. Feil kan komme som følge av uerfarenhet, brudd på prosedyrer og ved å gjøre feil valg. Andre årsaker til at uønskede hendelser oppstår kan være som følge av at en i teamet ikke ønsker å ta del i time-outen, at det blir glemt, eller at en ansatt ikke følger med på detaljene som blir sagt. Avslutningsvis nevnes det at pasientsikkerheten ikke blir prioritert på organisasjonsnivå, de ansatte ikke støttes eller at det skjer endringer i avdelingen uten at de ansatte blir informert. Dette kombinert med økt arbeidspress om å yte mer (Collins et al., 2014). Vi vil her påpeke viktigheten av gode holdninger i teamet for gjennomføringen av trygg kirurgi sjekkliste, og hva det har å si for pasientsikkerheten.

6 KONKLUSJON

Gjennom teori og drøfting har vi forsøkt å belyse problemstillingen fra ulike aspekter. Ut i fra funnene kan vi konkludere med at operasjonssykepleierne opplever at trygg kirurgi sjekkliste forbedrer kommunikasjonen og samarbeidet i teamet. Dette er med på å øke pasientsikkerheten og forebygger uønskede hendelser på operasjonsstuen.

Operasjonssykepleierne følte at introduksjonen av teammedlemmene var svært viktig for teammentaliteten, da dette bidro til at flere fikk mot til å si i fra og ytre bekymringer under operasjonen. Teammedlemmenes holdninger og innstillinger til sjekklisten har betydning for gjennomføringen. Negative holdninger kan påvirke stemningen i teamet, og i verste fall føre til at sjekklisten ikke blir fullstendig gjennomført.

6.1 Anbefaling til videre praksis

På bakgrunn av funnene anbefaler vi alle å sette pasientsikkerheten i fokus ved å anvende trygg kirurgi sjekkliste i klinisk praksis. Alle i teamet har et felles ansvar for at sjekklisten skal bli gjennomført, derfor må vi som fremtidige operasjonssykepleiere være gode rollemodeller, og etterstrebe positive holdninger til bruk av sjekklisten.

7 LITTERATURLISTE

Brekken, R., S., & Dåvøy, G., M. (2011). Operasjonsavdelingen. I Dåvøy, G. M., Eide, P. H., Hansen, I. (Red.), *Operasjonssykepleie*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s. 84-95

Bunkholdt, V. (2002). *Psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Böhmer, A. B., Wappler, F., Tinschmann, T., Kindermann, P., Rixen, D., Bellendir, M., Schwanke, U., Bouillon, B., & Gerbershagen, M. U. (2011). The implementation of a perioperative checklist increases patients' perioperative safety and staff satisfaction. *Acta anaesthesiologica Scandinavia*, 56: 332-338.

DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1399-6576.2011.02590.x>

(Lest 14. September 2016).

Cadman, V. (2016). The impact of surgical safety checklists on theatre departments: a critical review of the literature. *Journal Of Perioperative Practice*, 26(4), 62-71.

Permalink: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=114721808>

(Lest 17. Oktober 2016)

Collins, S. J., Newhouse, R., Porter, J., & Talsma, A. (2014). Effectiveness of the Surgical Safety Checklist in Correcting Errors: A Literature Review Applying Reason's Swiss Cheese Model. *AORN Journal*, 100(1), 65-79.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2013.07.024>

(Lest 25. Oktober 2016).

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.

Dalland, O. & Trygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I: Dalland, O. (Red.), *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag (s. 63-80).

Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Faghefte, operasjonssykepleie. Ansvar- og funksjonsbeskrivelse (2014). *Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere, NSFLOS*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2164929/10511/NSFLOS-faghefte>
(Lest 2. November 2016).

FAQ: PubMed. (2016). *U.S. National Library of medicine*. Hentet fra: <https://www.nlm.nih.gov/services/pubmed.html>
(Lest 25. November 2016).

Hansen, I. (2011). Operasjonspasientens psykososiale behov. I Dåvøy, G. M., Eide, P. H., Hansen, I. (Red.), *Operasjonssykepleie*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s. 96-127.

Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. S., Dellinger, E. P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P. L., Lapitan, M. C., Merry, A. F., Moorthy, K., Reznick, R. K., Taylor, B. & Gawande, A. A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal Of Medicine*, 360(5), 491-499.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMs0810119>
(Lest 20. November 2016)

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.*
Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
(Lest 1. Desember, 2016).

Hommelstad, J. (2011). Fagutvikling og forskning. I Dåvøy, G. M., Eide, P. H., Hansen, I. (Red.), *Operasjonssykepleie*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s. 354-359.

Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009. (2009). *World Health Organization*. Hentet fra: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44186/1/9789241598590_eng.pdf
(Lest 20. November 2016).

Kildekritikk. (2016) *Kildekompasset*. Hentet fra: <http://kildekompasset.no/kildekritikk.aspx>
(Lest 20. Oktober 2016).

Kritisk vurdering (2012). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet fra:

URL: <http://kunnskapsbasertpraksis.no>

(Lest 5. November 2016).

Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid- perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lepänluoma, M., Takala, R., Kotkansalo, A., Ravi, M., & Ikonen, S. (2013). Surgical safety checklist is associated with improved operating room safety culture, reduced wound complications, and unplanned readmission in a pilot study i neurosurgery. *Scandinavian Journal of Surgery*, 103: 66-72..

DOI: <https://dx.doi.org/10.1177/1457496913482255>

(Lest 4. Oktober 2016).

Levin, R., & Rolfsen, M. (2004) *Arbeid i team- læring og utvikling i team*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Magnus, P., & Bakketeig, L. S. (2002). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

McLaughlin N., Winograd D., Chung HR., Van de Wiele B. & Martin NA. (2014). Impact of the time-out process on safety attitude in a tertiary neurosurgical department.

World Neurosurg. 2014 Nov;82(5):567-74.

DOI: 10.1016/j.wneu.2013.07.074.

(Lest 16. Oktober).

Molina, G., Jiang, W., Edmondson, L., Gibbons, L., Huang, L. C., Kiang, M. V., Hannes, A. B., Gawande, A. A., Berry, W. R., & Singer, S. J. (2016). Implementation of the Surgical Safety Checklist in South Carolina Hospitals is Associated with Improvement in Perceived Perioperative Safety. *Journal of the American College of Surgeons*, 222(5): 725-736

<https://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.12.052>

(Lest 17. Oktober).

Molven, O. (2015). *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk senter for forskningsdata (2016). Register over vitenskapelige publiseringskanaler.

Hentet fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

(Lest 15. November 2016).

Norsk sykepleierforbunds landsforbund av operasjonssykepleiere, NSFLOS (2015). *Faghefte: Operasjonssykepleie – Ansvar og funksjonsbeskrivelse*. Hentet fra:

URL: <http://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>

(Lest 10. November 2016).

Norton EK., Singer SJ., Sparks W., Ozonoff A., Baxter J. & Rangel S. (2016). Operating Room Clinicians' Attitudes and Perception of a Pediatric Surgical Safety Checklist at 1 Institution. *J Patient Saf.* 2016 Mar;12(1):44-50.

DOI: 10.1097/PTS.0000000000000120

(Lest 25. Oktober 2016).

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund. s.17-18.

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2014). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1
(Lest 1. Desember 2016).

Safe surgery (2016). World Health Organization. Hentet fra: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>
(Lest 13. November 2016).

Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler (2016) *Kunnskapssenteret*. Hentet fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartikler>
(Lest 28. November 2016).

Støren, I. (2010). *Bare søk! Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Oslo: Cappelen Damm.

Takala, R. S. K., Pauniahio, S.-L., Kotkansalo, A., Helmiö, P., Blomgren, K., Helminen, M., Kinnunen, M., Takala, A., Aaltonen, R., Katila, A. J., Peltomaa, K., & Ikonen, T. S. (2011). A pilot study of the implementation of WHO Surgical Checklist in Finland: improvements in activities and communication. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 55: 1206-1214.
DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1399-6576.2011.02525.x>
(Lest 28. September 2016).

Teigen, K. H., (2012). Opplevelse. *Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/opplevelse> (Lest: 15. November 2016).

Underdal, H. (2013, 14.02). Cinahl tilgjengelig i helsebiblioteket. Hentet fra: <http://www.helsebiblioteket.no/221404.cms>
(Lest 3. November 2016).

Utdannings- og Forskningsdepartementet. (2005) *Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie*.

URL:http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Videreutd%20helse/Rammeplan_for_videreutdanning_i_operasjonssykepleie_05.pdf

(Lest 14. oktober 2016).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2016) *Norsk sykepleierforbund*. Hentet fra:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

(Lest 1. Desember 2016).

VEDLEGG 1: PICO-Skjema

	P	I	C	O
Subject headings/ Emneord	Perioperative care (MH) Perioperative nursing (MH) Operating room personnel (MH) Scrub nurse (keyword) Operating rooms (MH) Operating theatre (keyword)	Safe surgery checklist (keyword) Surgical checklist (keyword) Checklists (MH)		Patient safety (MH) Patient outcomes (keyword) Perioperative safety (keyword) Communication (MH) Communication skills (MH)
Norsk	Peroperativ omsorg Peroperativ sykepleie Operasjonspersonell Operasjonssykepleier Operasjonsstuen	Trygg kirurgi sjekklister Kirurgisk sjekklister Sjekklister		Pasientsikkerhet Pasient utfall Peroperativ sikkerhet Kommunikasjon Kommunikasjonsferdigheter

VEDLEGG 2: Søkehistorikk

Cinahl:



Friday, October 07, 2016 4:48:35 AM

EBSCOhost

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S19	S7 AND S11 AND S15 AND S18	Limiters - Published Date: 20110101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	41
S18	S16 OR S17	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	143,096
S17	(MH "Communication Skills")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	4,059
S16	(MH "Communication+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	143,096
S15	S12 OR S13 OR S14	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	67,834

S14	"perioperative safety"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	22
S13	"patient outcomes"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	8,431
S12	(MH "Patient Safety+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	59,927
S11	S8 OR S9 OR S10	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	13,184
S10	(MH "Checklists")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	13,178
S9	"surgical checklist"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	29

S8	"safe surgery checklist"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen – Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	14
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	50,610
S6	"operating theatre"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	598
S5	(MH "Operating Rooms")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	5,706
S4	"scrub nurse"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	34
S3	(MH "Operating Room Personnel+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	10,465

S2	(MH "Perioperative Nursing")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	11,562
S1	(MH "Perioperative Care+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	28,668

Søkehistorikk Pubmed:

Låst SIM-kort 15.15 ncbi.nlm.nih.gov 100%

History [Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#14	Add	Search (((Operating room personnel) OR Perioperative nursing)) AND (((Safe surgery checklist) OR Checklist) OR Who safe surgery checklist) AND (((Communication) OR Patient safety) OR Perioperative safety) OR Patient outcomes) Filters: published in the last 5 years	63	09:02:22
#13	Add	Search (((Operating room personnel) OR Perioperative nursing)) AND (((Safe surgery checklist) OR Checklist) OR Who safe surgery checklist) AND (((Communication) OR Patient safety) OR Perioperative safety) OR Patient outcomes)	87	08:56:14
#12	Add	Search (((Communication) OR Patient safety) OR Perioperative safety) OR Patient outcomes	1061396	08:56:00
#11	Add	Search ((Safe surgery checklist) OR Checklist) OR Who safe surgery checklist	25134	08:55:22
#10	Add	Search (Operating room personnel) OR Perioperative nursing	17954	08:54:54
#9	Add	Search Patient outcomes	389943	08:54:37
#8	Add	Search Perioperative safety	6310	08:54:23
#7	Add	Search Who safe surgery checklist	80	08:54:04
#6	Add	Search Patient safety	105546	08:53:42
#5	Add	Search Communication	599459	08:53:32
#4	Add	Search Checklist	25134	08:53:23
#3	Add	Search Safe surgery checklist	188	08:52:47
#2	Add	Search Perioperative nursing	14953	08:52:21
#1	Add	Search Operating room personnel	4136	08:52:02

You are here: NCBI > Literature > PubMed Write to the Help Desk

VEDLEGG 3: Lesematrise

Artikkeltittel	Operating Room Clinicians' Attitudes and Perceptions of a Pediatric Surgical Safety Checklist at 1 Institution.
Forfatter	Norton, E.K., Singer, S.J., Sparks, W., Ozonoff, A., Baxter, J., Rangel, S.
Publisert	2016
Land	Boston, USA
Hensikt	Undersøke ansattes holdning til sjekklistens innhold, og måle påvirkningen sjekklisten har på effektivitet, teamsamarbeid og forebygging av medisinske feil.
Metode	Kvalitativ metode. Spørreundersøkelse
Deltagere	Ansatte på operasjonsavdelingen på et pediatrik sykehus.
Resultat	De fleste var positive til sjekklisten, og mente at den reduserte komplikasjoner og feil, og forbedret pasientsikkerheten, kommunikasjonen mellom teammedlemmene, teamsamarbeidet i komplekse prosedyrer, og forbedret effektiviteten på operasjonsstua. Mange ansatte rapporterte at bruk av sjekklisten hadde forebygget eller avverget feil eller komplikasjoner. Ulike oppfatninger av dette ut fra ulike profesjoner. For eksempel oppfattet sykepleierne en høyere rate av språk-, og samtykkerelaterte feil enn legene. Kirurgene rapporterte flere feil ved antibiotika giving og utstyr enn andre gjorde.
Artikkeltittel	Impact of the Time-out Process on Safety Attitude in a Tertiary Neurosurgical Department
Forfatter	McLaughlin, N., Winograd, D., Chung, H.R., Van deWiele, B., Martin, N.A.
Publisert	2014
Land	USA
Hensikt	Vurdere konsekvensene av gjennomføringen av timeout for helsepersonellens sikkerhet og sikkerheten på operasjonsstuen.
Metode	Kvalitativ. Anonym spørreundersøkelse.
Deltagere	Alle ansatte involvert i nevrokirurgiske prosedyrer på hovedoperasjon ble spurt om å anonymt gjennomføre en undersøkelse som viser deres generelle

	oppfatning på tryggkirurgiprosessen.
Resultat	Undersøkelsen ble gjennomført av 93 av 128 ansatte i det kirurgiske teamet. I alt 98,9% følte at å gjennomføre en time-out forbedrer pasientsikkerheten. Flesteparten (97,8 %) følte at det å introdusere teammedlemmene fremmer lagånden under operasjonen. I tillegg følte 93,5% at utførelsen av time-out sikret at teammedlemmene var komfortable med å ytre eventuelle hendelse og bekymringer under operasjonen. Alle deltagerne følte at kirurgen skulle presenteres under time-out, og 76,3 % følte at det var han/ henne som skulle lede time-outen. Alle følte at en gjennomgangen av mulige kritiske hendelser som kunne oppstå under operasjonen var nyttig å vite. Svarene viste at selv om timeout bringer teamet sammen fysisk, behøver ikke det nødvendigvis å bety et forsterket teamsamarbeid.
Artikkeltittel	The impact of surgical safety checklists on the atredepartments: a critical review of the literature
Forfatter	Cadman, V.
Publisert	2016
Land	England
Hensikt	Var å finne ut, ved hjelp av tilgjengelig litteratur, hvilke påvirkning den kirurgiske sjekklisten har inne på operasjons-avdelingen.
Metode	Litteratur-studie hvor forfatteren søkte med flere synonymer, slik han kunne få et bredt utvalg av studier, finne ut av forskjellige måter sjekklisten påvirker den kirurgiske avdelingen. De ble benyttet 2 søkemotorer, Cinahl og Medline. Både Mesh-og keywords ble brukt. De inkl. Alle studier på engelsk frem til 2015. 22 artikler ble inkludert.
Deltagere	
Resultat	Gjennomføring av sjekklisten ble i varierende grad utført. Ingen av de inkluderte studiene kunne rapportere om en 100% fullføring av sjekklisten, selv om det var obligatorisk. Noen følte at sjekklisten gav en falsk følelse av trygghet, ved at punkter på listen bare blir krysset av. Noe som kan true pasientsikkerheten. Mangle på ledelsen, samt dårlige implementeringsstrategier kom frem som eksempler på årsaker til at sjekklisten ikke ble fullført. Forfatteren konkluderer med funnene at den

	<p>kirurgiske sjekklister har stor påvirkning når det kommer til pasientsikkerheten inne på operasjonsavdelingen. Ved å bruke sjekklister reduseres mortalitet og morbiditet, kommunikasjonen og teamarbeidet blir bedre. Flere av de ansatte var ikke klar over hvilken stor påvirkning sjekklister har for pasientsikkerheten, og flere av de hadde negative holdninger til den. Alt i alt anbefalte litteraturen å etterstrebe at kirurgiske sjekklister blir brukt som et sikkerhetsverktøy.</p>
Artikkeltittel	Effectiveness of the Surgical Safety Checklist in Correcting Errors: A Literature Review Applying Reason's Swiss Cheese Model
Forfatter	Collins, S. J., Newhouse, R., Porter, J., & Talsma, A.
Publisert	2014
Land	USA
Hensikt	Hensikten med denne studien var å kunne fastslå hvorvidt bruken av trygg kirurgi sjekklister faktisk reduserer og forebygger feil og mangler inne på operasjonsstuen.
Metode	Litteraturstudie/Oversiktsstudie hvor det ble satt sammen en prosjektgruppe som utførte et litteratursøk om bruken av trygg kirurgisjekklister. De tok utgangspunkt i "swisscheesemodell". De brukte søkemotorene EBSCOhost, Cinahl, Medline, Ovid og Cochrane Reviews. De fant 65 artikler. De ville ha artikler publiserte etter år 2002 og de som omhandlet kirurgi, dermed endte de opp med 38 artikler, hvor 15 møtte alle inklusjonskriterier.
Deltagere	I studien deltok operasjonssykepleiere, avdelingssykepleiere, medlemmer av styret, samt medisinstudenter.
Resultat	Collins et al. (2014) skriver i artikkelen at kommunikasjonssvikt er hovedårsaken til at en opererer på feil sted. I følge det forfatterne har funnet, så skyldes feil og mangler oftest svikt i systemet, og ikke svikt på et individuelt nivå. Videre fant de ut at sjekklister reduserer uønskede hendelser som bl.a. feil operasjonssted som var den vanligste feilen mellom 2004-2010. De påpekte også at sjekklister vil ikke alene forhindre at feil oppstår. For at en vellykket gjennomføring skal skje, så må alle i

	operasjonsteamet forstå feil som kan oppstå, samt ha innblikk i den komplekse dynamikken mellom systemer og individer og skape en kultur hvor pasientsikkerheten står høyt. Collins et.al. (2014) understreker viktigheten ved at trygg kirurgi sjekkliste blir gjennomført korrekt, og at det er viktig å inkludere nøkkelpersoner, skape tillit, være aktiv i kommunikasjon og ha et delt ønske om å arbeide for å sikre pasientsikkerheten. De avslutter sin artikkel ved å konkludere med at bred implementering av trygg kirurgi sjekkliste kan forebygge at feil og uønskede hendelser oppstår, samt bidra til å sikre pasientsikkerheten.
Artikkeltittel	A pilot study of the implementation of WHO surgical checklist in Finland: improvements in activities and communication.
Forfatter	Takala, R. S. K., Pauniahho, S.-L., Kotkansalo, A., Helmiö, P., Blomgren, K., Helminen, M., Kinnunen, M., Takala, A., Aaltonen, R., Katila, A. J., Peltomaa, K., & Ikonen, T. S.
Publisert	2011
Land	Finland
Hensikt	Hensikten med studiet var å vurdere sjekklistens mulige påvirkninger på operasjonsprosessen, sikkerhetsrelaterte spørsmål og kommunikasjonen mellom medlemmene i det kirurgiske teamet. Forfatterne ønsket også å undersøke mulige fordeler ved å benytte trygg kirurgi sjekkliste samt hvor anvendbar den er i ulike operasjonsdivisjoner. De ønsket også å samle informasjon for utvikling og validering av en nasjonal sjekkliste.
Metode	Kvantitativ. Prospektiv pilotstudie. Et multiple-choice spørreskjema ble besvart i en periode på 4-6 uker. Deretter var det et opphold på 2-4 uker hvor sjekklisten ble introdusert. Etter oppholdet ble det samme spørreskjema besvart i en periode på 4-6 uker mens man brukte trygg kirurgi sjekklisten.
Deltagere	Kirurger, anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere på fire universitetssykehus i Finland..
Resultat	Sjekklisten forbedret flere sikkerhetsaspekter. Funn som var felles for alle i teamet var at identiteten til pasienten oftere ble bekreftet, og at teammedlemmene var mere oppmerksomme på roller og navn i teamet. Den

	koordinerende operasjonssykepleieren var mer bevisst på riktig operasjonsside. Både koordinerende operasjonssykepleier og anestesilege opplevde bedre kommunikasjon mellom teammedlemmene etter implementeringen av sjekklisen. Med sjekklisen ble flere kritiske hendelser diskutert mellom kirurg og anestesilege, og det forbedret informasjon til postoperativ avdeling.
Artikkel tittel	Surgical safety checklist is associated with improved operating room safety culture, reduced wound complications, and unplanned readmissions in a pilot study in neurosurgery.
Forfatter	Lepänluoma, M., Takala, R., Kotkansalo, A., Ravi, M., & Ikonen, S.
Publisert	2013
Land	Finland
Hensikt	Undersøke om bruken av trygg kirurgi sjekklise har en effekt på sikkerhetsrelaterte problemstillinger, inkludert kommunikasjon og samarbeid på operasjonsstuen, og bivirkninger, komplikasjoner og uplanlagte reinnleggelser samt lengden på sykehusoppholdet.
Metode	Kvantitativ. Prospektiv pilotstudie. Et strukturert multipl-choice spørreskjema ble delt ut i en seksukers periode før og etter implementeringen av trygg kirurgi sjekklise. Mellom de to periodene var det et opphold på to uker hvor sjekklisen ble introdusert for alle medlemmene av det kirurgiske teamet. Uønskede hendelser blant pasientene ble analysert utifra elektroniske pasientjournaler.
Deltagere	Kirurger, anestesileger og koordinerende operasjonssykepleiere på fire sykehus i Finland.
Resultat	Implementeringen av trygg kirurgi sjekklise forbedret operasjonsteamets bevissthet omkring sikkerhetsrelaterte problemstillinger. Det ble samtidig registrert færre sårkomplikasjoner og uplanlagte reinnleggelser. Sjekklisen forbedret nøyaktigheten rundt dokumentasjonen. Mulige kritiske hendelser under operasjonen ble oftere diskutert. Sjekklisen forandret ikke bevisstheten på navn og roller i teamet, oppmerksomhet rundt planlagt prosedyre, side som skulle bli operert eller postoperative beskjeder og instruksjoner. Den forbedret heller ikke deltakernes oppfatning av suksessfull

	kommunikasjon på operasjonsstuen.
Artikkeltittel	The implementation of a perioperativ checklist increases patients' perioperative safety and staff satisfaction.
Forfatter	Böhmer, A. B., Wappler, F., Tinschmann, T., Kindermann, P., Rixen, D., Bellendir, M., Schwanke, U., Bouillon, B., & Gerbershagen, M. U.
Publisert	2011
Land	Tyskland
Hensikt	Evaluere den perioperative sikkerhetsstandarden og kvaliteten på det tverrfaglige samarbeidet før og etter introduksjonen av trygg kirurgi sjekklister.
Metode	Spørreskjema med nitten elementer som omhandlet sikkerhetsrelaterte aspekter under den perioperative perioden, arbeidsprosessen og kvaliteten på det tverrfaglige samarbeidet.
Deltagere	Medisinsk personell og annet personell som arbeidet inne på operasjonsstuen.
Resultat	Etter implementeringen av sjekklister evaluerte operasjonspersonalet kvaliteten på både de sikkerhetsrelaterte standardene og teamarbeidet mer positivt. Anestesipersonalets kjennskap til teammedlemmenes navn og funksjon ble forbedret. I tillegg ble verifikasjonen av pasientens skrevne tillatelse til kirurgi før innledning av anestesi, klarering av antibiotikaindikasjon før inngrep og kvaliteten på det tverrfaglige samarbeidet vurdert mer positivt etter introduksjonen av teamets time-out. Tidlig kommunikasjon om intraoperative komplikasjoner ble forbedret.
Artikkeltittel	Implementation of the surgical safety checklist in South Carolina hospitals is associated with improvement in perceived perioperative safety.
Forfatter	Molina, G., Jiang, W., Edmondson, L., Gibbons, L., Huang, L. C., Kiang, M. V., Haynes, A. B., Gawande, A. A. Berry, W. R., & Singer, A.J.
Publisert	2016
Land	USA
Hensikt	Å evaluere personalets oppfatning av påvirkningene implementeringen av

	trygg kirurgi sjekklister i en hel stat har på den perioperative sikkerheten på operasjonsstuen.
Metode	Kvantitativt enkeltstudie. Deltakende sykehus utførte en undersøkelse før de utførte et implementeringsprogram. De utførte en ny undersøkelse etter implementeringen av trygg kirurgi sjekklister. Deltakende sykehus ble i tillegg invitert til å utføre en oppfølgende undersøkelse 1-2 år etter implementeringen. Det var i alt 13 sykehus som utførte alle tre undersøkelsene og det var disse sykehusene som ble inkludert i studien.
Deltagere	Deltagere var kirurger, anestesileger, anestesisykepleiere, operasjonssykepleiere og operasjonsteknikkere.
Resultat	Implementeringen av trygg kirurgi sjekklister var assosiert med en forbedret oppfatning av samarbeid i teamet og peroperativ sikkerhet blant personalet. Det ble etter implementeringen registrert en forbedring i personalets oppfatning av gjensidig respekt, effektiv ledelse, evnen til å være selvsikker når det var nødvendig for å bedre sikkerheten, koordinering mellom kirurger og anestesipersonell og effektiv kommunikasjon.

Vedlegg 4: trygg kirurgi sjekklister

Forberedelse <i>for innledning av anestesi</i>	Time-out <i>for operasjonsstart</i>	Avslutning <i>for hovedoperatør forlater operasjonsfeltet</i>
<p>Har pasienten bekreftet?</p> <input type="checkbox"/> Identitet <input type="checkbox"/> Operasjonsfelt <input type="checkbox"/> Type inngrep	<p>Er alle i teamet presentert for hverandre med navn og funksjon?</p> <input type="checkbox"/> Ja	<p>Teamet gjennomgår muntlig:</p> <input type="checkbox"/> Hvilke inngrep er gjennomført?
<p>Er operasjonsfeltet merket?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt	<p>Kirurg, operasjonssykepleier, anestesilege og anestesisykepleier bekrefter muntlig:</p> <input type="checkbox"/> Hva er pasientens navn? <input type="checkbox"/> Hva er planlagt prosedyre, operasjonsfelt og -side? <input type="checkbox"/> Er pasienten i rett leie?	<input type="checkbox"/> Stemmer antall instrumenter, kompresser/duker, nåler og utstyr forøvrig (eller ikke aktuelt)?
<p>Er anestesisjekk utført og medikamenter kontrollert?</p> <input type="checkbox"/> Ja	<p>Gjennomgang av potensielt risikofylte hendelser</p> <p>Kirurg:</p> <input type="checkbox"/> Hva er forventet blodtap? <input type="checkbox"/> Er det noen risikofaktorer teamet bør kjenne til? <input type="checkbox"/> Er det behov for spesielt utstyr eller ekstra undersøkelser? <input type="checkbox"/> Hva er forventet varighet av operasjonen?	<input type="checkbox"/> Er prøvematerialet riktig merket (inklusive pasientens identitet) og lagt på riktig medium? <input type="checkbox"/> Har det vært problemer med utstyret som det skal varsles om? <input type="checkbox"/> Hva er viktig for postoperativ behandling av denne pasienten?
<p>Har pasienten:</p> <p>Kjent allergi?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<p>Anestesilege og anestesisykepleier:</p> <input type="checkbox"/> Hva er pasientens ASA-klassifikasjon? <input type="checkbox"/> Er det særlige risikofaktorer ved anestesen som teamet bør kjenne til?	<p>Lokale tillegg</p>
<p>Vanskelig luftvei / risiko for aspirasjon?</p> <input type="checkbox"/> Ja, og utstyr / assistanse er tilgjengelig <input type="checkbox"/> Nei	<p>Operasjonssykepleier:</p> <input type="checkbox"/> Er steriliteten på instrumentene bekreftet (inkludert indikatorer)? <input type="checkbox"/> Er det utfordringer knyttet til bruken av utstyret?	
<p>Risiko for >500 ml blodtap? (>7 ml / kg hos barn)</p> <input type="checkbox"/> Ja, og adekvat intravenøs tilgang og væske er tilgjengelig <input type="checkbox"/> Nei	<p>Spesielle infeksjonsforebyggende tiltak</p> <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt <input type="checkbox"/> Er antibiotikaproylaks fullført i løpet av de siste 60 minuttene? <input type="checkbox"/> Er tiltak for å forebygge hypotermi iverksatt? <input type="checkbox"/> For pasienter med diabetes: Er blodsukkeret innenfor normalområdet?	
<p>Risiko for hypotermi?</p> <input type="checkbox"/> Ja, og tiltak er planlagt eller iverksatt <input type="checkbox"/> Nei	<p>Er tromboseprofylakse gitt?</p> <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei: Hvorfor _____	
<p>Er nødvendig billedinformasjon tilgjengelig?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		

Sjekklister for trygg kirurgi

Versjon 2.1/ 18 01 2010