



Hvordan kan operasjonssykepleieren ved hjelp av sjekklister påvirke kommunikasjonen i det kirurgiske team og øke pasientsikkerheten?

Kandidatnummer: 250, 255, 267

Lovisenberg diakonale høgskole

Fordypningsoppgave
i Operasjonssykepleie VOPSB1

Antall ord: 9752

Dato: 06.12.2018



ABSTRACT

Lovisenberg Diaconal University
College
Date 06.12.2018

Title: In what way can the surgical nurse influence the communication in the surgical team by using checklists to enhance patient safety?

Background: Failure in communication is identified as being the cause of nearly 70 % of unfortunate events in the OR. Communication is considered to be an important factor that contributes to increased patient safety.

Aim: Examine how the surgical nurse can influence communication in the surgical team by the use of checklists, and if checklists enhance the patient safety.

Method: A literature review based on systematic searches in relevant databases, academic- and research literature.

Results: Most of the selected research articles in this paper, indicates that a surgical safety checklist enhances patient safety. Surgical checklists have contributed to a decreased amount of complications and unfortunate events in the OR. By using checklists, the surgical nurse can affect the communication in the surgical team in several ways.

Conclusion: The use of surgical checklists improves the communication in the surgical team and helps to flatten the existing surgical hierarchy. By taking responsibility to conduct the checklists in a complete way, the surgical nurse might help reduce the number of complications, as there is a connection between complete review of checklists and increased patient safety.

Key words: Perioperative Nursing, Communication, Patient Safety, Surgical Safety Checklist, Surgical Team.

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 06.12.2018
<p><u>Tittel:</u> Hvordan kan operasjonssykepleieren ved hjelp av sjekklister påvirke kommunikasjonen i det kirurgiske team og øke pasientsikkerheten?</p>	
<p><u>Bakgrunn:</u> Kommunikasjonssvikt er identifisert som årsaken til nærmere 70 % av uheldige hendelser på operasjonsavdelinger. Kommunikasjon anses for å være en viktig faktor som bidrar til økt pasientsikkerhet.</p> <p><u>Hensikt:</u> Kartlegge hvordan operasjonssykepleieren kan bruke sjekklister for å påvirke kommunikasjonen i det kirurgiske teamet, og om dette kan øke pasientsikkerheten og i så fall hvordan.</p> <p><u>Metode:</u> Litteraturstudie basert på systematiske søk i relevante databaser, fag- og forskningslitteratur.</p> <p><u>Resultat:</u> De fleste utvalgte forskningsartiklene viser at bruk av sjekklister øker pasientsikkerheten. Kirurgiske sjekklister har bidratt til færre tilfeller av kommunikasjonssvikt, som har medført en nedgang i komplikasjoner og uønskede hendelser på operasjonsstuen. Ved å bruke sjekklister kan operasjonssykepleieren påvirke kommunikasjonen i det kirurgiske teamet på flere måter.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Bruken av sjekklister bidrar til å bedre kommunikasjonen i det kirurgiske team, og er med på å utjevne det eksisterende kirurgiske hierarkiet. Dersom operasjonssykepleieren tar ansvar for å gjennomføre sjekklister på en fullstendig måte, kan det bidra til å gi en nedgang i antall komplikasjoner, da det ses en sammenheng mellom fullstendig gjennomgang av sjekklister og økt pasientsikkerhet.</p>	
<p>Nøkkelord: Operasjonssykepleie, Kommunikasjon, Pasientsikkerhet, Trygg Kirurgi Sjekklister, Kirurgisk team.</p>	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	<i>Avgrensning av problemstillingen.....</i>	<i>1</i>
1.2	<i>Oppgavens oppbygning</i>	<i>1</i>
2	Metode.....	2
2.1	<i>Metodevalg.....</i>	<i>2</i>
2.2	<i>Søkehistorikk.....</i>	<i>2</i>
2.3	<i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....</i>	<i>4</i>
2.4	<i>Kildekritikk.....</i>	<i>4</i>
3	Teori.....	6
3.1	<i>Operasjonssykepleieren.....</i>	<i>6</i>
3.2	<i>Kommunikasjon.....</i>	<i>6</i>
3.2.1	<i>Profesjonell kommunikasjon.....</i>	<i>7</i>
3.2.2	<i>Teamarbeid og Closed-Loop kommunikasjon</i>	<i>7</i>
3.2.3	<i>Nonverbal kommunikasjon.....</i>	<i>8</i>
3.3	<i>Pasientsikkerhet og trygg kirurgi sjekkliste.....</i>	<i>8</i>
3.4	<i>Hierarki og utfordringer på operasjonsstuen.....</i>	<i>11</i>
4	Resultater	13
4.1	<i>Presentasjon av resultater.....</i>	<i>13</i>
4.1.1	<i>Artikkel 1.....</i>	<i>13</i>
4.1.2	<i>Artikkel 2.....</i>	<i>14</i>
4.1.3	<i>Artikkel 3.....</i>	<i>14</i>
4.1.4	<i>Artikkel 4.....</i>	<i>15</i>
4.1.5	<i>Artikkel 5.....</i>	<i>16</i>
4.1.6	<i>Artikkel 6.....</i>	<i>16</i>
4.1.7	<i>Artikkel 7.....</i>	<i>17</i>
4.1.8	<i>Artikkel 8.....</i>	<i>18</i>
4.2	<i>Likheter og forskjeller i resultatene.....</i>	<i>18</i>
5	Diskusjon.....	20
5.1	<i>Kommunikasjon.....</i>	<i>20</i>
5.2	<i>Pasientsikkerhet.....</i>	<i>23</i>
6	Avslutning.....	27
6.1	<i>Konsekvenser for videre praksis.....</i>	<i>27</i>
	Litteraturliste	28
	Vedlegg 1 – PICO-skjema	33
	Vedlegg 2 – Søkehistorikk.....	34
	Vedlegg 3 – Litteratormatrise	41
	Vedlegg 4 – Trygg kirurgi	52

1 Innledning

Kommunikasjonssvikt er identifisert som årsaken til nesten 70 % av uheldige hendelser på operasjonsavdelinger (Gillespie, Chaboyer & Muray, 2010). Gjennom studiet i videreutdanning for operasjonssykepleie har vi blitt bevisste på hvordan kulturen for kommunikasjon inne på en operasjonsstue kan variere på ulike avdelinger. Dette er et tema vi har hatt undervisning om på skolen, samt erfart gjennom egne praksisstudier. På ulike praksisplasser har vi sett varierende bruk av sjekklister og ulikheter for hvor mye de blir tatt på alvor. Vi har blitt nysgjerrige på om kommunikasjon og rutiner for sjekklister er av betydning for pasientsikkerheten. Gjennom arbeidet med denne oppgaven vil vi øke egen bevissthet og kompetanse rundt vårt valgte tema. Problemstillingen for denne oppgaven er: «Hvordan kan operasjonssykepleieren ved hjelp av sjekklister påvirke kommunikasjonen i det kirurgiske team og øke pasientsikkerheten?»

1.1 Avgrensning av problemstillingen

Da kommunikasjon innen feltet operasjon er svært omfangsrikt, har vi valgt å avgrense denne oppgaven til kommunikasjon innad i det kirurgiske team, og ikke til kommunikasjon rettet mot operasjonspasienter. Vi velger å fokusere spesifikt på bruk av sjekklister. Etter å ha søkt etter litteratur var det påfallende at Verdens Helseorganisasjon sin sjekklister for trygg kirurgi er den som omtales mest. Dette er også sjekklisten vi har erfaring med fra praksis. Vi velger derfor å ta utgangspunkt i denne sjekklisten når vi videre i oppgaven utforsker emnet.

1.2 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av en innledning, en metodedel, en teoridel og en del med presentasjon av resultater. Deretter følger en diskusjonsdel og til slutt en avslutning. Oppgaven har seks hovedkapitler med underkapitler, samt litteraturliste og fire vedlegg.

2 Metode

Metode er et verktøy som legger grunnlaget for hvordan vi innhenter og etterprøver kunnskap. Begrunnelsen for å velge én bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse problemstillingen på en faglig måte (Dalland, 2017). I dette kapittelet sies først noe om metodevalg. Vi fortsetter med å presentere søkehistorikk, og deretter inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt kildekritikk.

2.1 Metodevalg

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det vil si at vi systematisk søker litteratur, både manuelt og via databaser, og deretter leser og gjennomgår aktuelt stoff. Hensikten er ikke å finne frem ny kunnskap, men å innhente, vurdere og sammenfatte allerede eksisterende kunnskap for å belyse et tema (Støren, 2013). Vi har valgt ut forskningsartikler av nyere dato for å fokusere på oppdatert kunnskap. Når det kommer til kravet om vitenskapelighet, brukes det i denne oppgaven utvalgte forskningsartikler som er fagfellevurdert og som bygger opp under vårt valgte tema.

2.2 Søkehistorikk

PICO er et rammeverk som kan være til hjelp når en skal gjøre om det man lurer på til tydelige og fokuserte spørsmål. Hver enkelt bokstav i PICO representerer et moment som ofte hører med i kliniske spørsmål. P står for people eller population, I står for intervention, C står for comparison og O står for outcome (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Comparison er et moment vi har utelatt fra vårt PICO-skjema, da vi gjennom denne oppgaven ikke ønsker å sammenlikne tiltak. Nøkkelord fra problemstillingen ble valgt ut og plassert i PICO-skjemaet, se vedlegg 1. En bibliotekar veiledet oss i bruk av skjemaet. Vi benyttet ordene som databasene har i sitt eget emneordsystem. For å inkludere artikler som ikke er underlagt emneord-systemene, ble det valgt å søke med tekstord i tillegg. I PubMed og andre databaser omtales emneord-systemet som «MeSH» (Medical Subject Headings) (Støren, 2013). Det ble gjort to søk, ett i databasen Cinahl og ett i databasen PubMed. Ut fra de to søkene endte vi opp med åtte artikler som ble inkludert i oppgaven. Artikkene ble kontrollert opp mot S-pyramiden. Det er en modell som rangerer ulike varianter og nivåer av forskningsbasert kunnskap. Kvaliteten på den forskningsbaserte kunnskapen øker jo høyere opp på pyramiden man kommer (Nortvedt et al. 2012). Tre av artikkene er systematiske oversikter, to er litteraturstudier og tre er enkeltstudier. Systematiske oversikter befinner seg i

det midterste sjiktet på S-pyramiden, mens enkeltstudier befinner seg nederst (Nortvedt et al. 2012).

Vi har gjort et søk i UpToDate som er et klinisk oppslagsverk og tar for seg den mest oppdaterte kunnskapen om et emne. Dette oppslagsverket befinner seg i øverste mulige nivå i S-pyramiden (Nortvedt et al., 2012). Vi søkte på ordet surgical safety checklist og fant et kapittel som var relevant for denne oppgaven. Kapitlet heter «Operating room hazards and approaches to improve patient safety» (Wahr, 2018). Ved å se gjennom referanselisten til dette kapitlet, fant vi igjen én av våre utvalgte artikler. At en artikkel er integrert i UpToDate er en ekstra kvalitetssikring som øker troverdigheten til studien.

Alle ord i PICO-skjemaet er søkt på som tekstord med trunkering. Der det var mulig søkte vi også med emneord. Cinahl og PubMed har noe ulikt emneordsystem. Først ble det brukt søkeordene: perioperative nursing, operating room nursing, operating room personnel, operating room og operating theatre. Søkeordene ble kombinert med OR. I Cinahl ga det 38851 treff og i PubMed ga det 46781 treff. Videre søkte vi med ordene: communication, perioperative communication, checklist, surgical checklist og surgical safety checklist. Disse ble også kombinert med OR. I Cinahl ga det 255484 treff og i PubMed ga det 313129 treff. Til slutt ble det brukt søkeordet: patient safety og det ga i Cinahl 113625 treff, og i PubMed ga det 36151 treff. Videre kombinerte vi alle søkene med AND og fikk 802 treff i Cinahl og 474 treff i PubMed.

I Cinahl gjorde vi avgrensninger til artikler i fulltekst som var engelskspråklige og ikke eldre enn fem år. Det ble til slutt 153 treff. 48 artikler ble ekskludert da man ut fra tittel eller abstrakt kunne se at de ikke omhandlet denne oppgavens problemstilling. 101 artikler kunne utelukkes på grunn av geografi, kvalitet og type artikkel. Fire artikler fra Cinahl ble inkludert i oppgaven vår. I PubMed avgrenset vi søket til å omfatte artikler som var tilgjengelige i fulltekst, ikke var eldre enn fem år, omhandlet mennesker, og publisert på enten engelsk, norsk, svensk eller dansk. Dette ga 187 treff. 146 av treffene ble ekskludert på bakgrunn av titler som avslørte at de ikke omhandlet problemstillingen vår. 36 av treffene ble ekskludert på bakgrunn av kvalitet, geografi, type artikkel, oppgitte interessekonflikter, tilsynelatende manglende objektivitet eller fordi artiklene ved nærmere lesing viste seg å ikke svare på problemstillingen vår. Fem artikler fra PubMed ble inkludert i denne oppgaven. Én av

artiklene hadde vi allerede funnet i Cinahl, og ble inkludert i dét søket. Kopi av søkehistorikken ligger i vedlegg 2 og artiklene er ført opp i litteraturmatrisen i vedlegg 3.

2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Oppgaven inkluderer nyere forskning fra de siste fem årene, det vil si fra 2013 til 2018. Det er kun inkludert engelskspråklige tekster som er publisert i fagfellelevurderte tidsskrifter. At en artikkel er fagfellelevurdert vil si at det er blitt gjort en vurderingsprosess av andre eksperter innen fagfeltet, for å kontrollere kvaliteten på arbeidet. Dette bidrar til å øke troverdigheten til forskningen (Nortvedt et al., 2012). Vi har fokusert på forskning som anses å være overførbart til norsk praksis, og som helt eller delvis omhandler problemstillingen vår. Artiklene skulle følge IMTRoD struktur da denne strukturen gjør at det er enklere for leseren å bedømme om forskningen er relevant. IMTRoD bokstavene vil si at oppbygningen i artiklene har en introduksjonsdel, metodedel, teoridel, resultatdel og en diskusjonsdel (Nortvedt et al., 2012). Vi har valgt å ekskludere artikler som omhandler postoperativ avdeling, intensivavdelinger og andre enheter innenfor sykehus. I tillegg har vi ekskludert artikler som handler om kommunikasjon med operasjonspasienter.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk vil si de metoder som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes (Dalland, 2017). Det er flere fordeler og ulemper ved bruk av litteraturstudie som metode. Tilgang på bøker og artikler er lett tilgjengelig via bibliotek og ulike databaser. Det gjør at en raskt kan tilegne seg mye kunnskap og oversikt rundt et tema, og man har mulighet til å være kresen i utvelgelsen av stoffet. En annen fordel er at en stadig kan gå tilbake til litteraturen, og hele tiden vurdere om den er relevant for problemstillingen. I noen tilfeller kan det være omfattende litteratur å ta for seg, og dette kan gjøre det vanskelig å finne frem til primærkildene. En del fagstoff og pensum er sekundærlitteratur, altså at forfattere har tolket, bearbeidet og av og til oversatt tekster som andre har skrevet. I slike prosesser kan det opprinnelige perspektivet ha endret seg, noe som tilsier behovet for kildekritikk (Dalland, 2017). Vi har alltid med vår forforståelse eller våre fordommer inn i en undersøkelse. Det vil si at vi allerede kan ha opparbeidet oss en mening. Uansett hvor objektive vi forsøker å være, kan vi ikke unngå å ha tanker om temaet på forhånd (Dalland, 2017). Da vi startet med denne oppgaven hadde vi

ulike tanker om emnet og hva vi trodde vi ville finne ut. Derfor kan summen av de erfaringene og kunnskapene vi har med oss, bidra til å prege enhver situasjon (Bø, 1996).

Vi har brukt flere av Kunnskapssenterets sjekklister for å kvalitetsvurdere de utvalgte artiklene (Kunnskapssenteret, 2017). Vi har også benyttet oss av Norsk senter for forskningsdata (NSD) sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler for å kontrollere tidsskriftene som artiklene er publisert i. Seks av artiklene er publisert i tidsskrifter som er registrert på nivå 1. Én av artiklene er publisert i et tidsskrift som er registrert på nivå 2. Publiseringskanaler innen begge nivåer har vært gjennom en vitenskapelig fagfelleevaluering (Norsk publiseringsindikator, 2016). Dette bidrar til å gi våre utvalgte artikler troverdighet. En av de utvalgte artiklene er publisert i tidsskriftet *The Journal of Perioperative Nursing in Australia* (ACORN), og dette tidsskriftet finnes ikke i NSD sitt register. Tidsskriftet er likevel fagfellevurdert, og det er derfor rimelig å anta at artikkelen er av god kvalitet. Våre utvalgte artikler og noe av teorien i denne oppgaven er engelskspråklige tekster som vi har måttet oversette til norsk. Det kan derfor hende at vi har oversett eller feiltolket noe ved gjennomgang og bruk av engelskspråklige artikler og annet fagstoff.

Etikk har å gjøre med begrunnelse og valg av verdibaserte handlinger, og er en systematisk refleksjon over moralsk atferd (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Etikk i helse- og omsorgsfeltet handler om hvordan tjenestene bør være, og om hva som er rett og rettferdig (Eide & Eide, 2017). Siden vi anvender forskningsmateriale er det viktig å ha kunnskap om forskningsetiske prinsipper. En må kunne vurdere og lese om anvendt forskning respekterer disse etiske prinsippene. Eksempelvis kan det være innhenting av samtykke fra studiedeltakerne, vern om personopplysninger og konfidensialitet, og at de ulike forskningsprosjektene har fått tillatelse til å utføre studien sin (Slettebø, 2016). Vi har vurdert de forskningsetiske prinsippene i de utvalgte artiklene som tilfredsstillende.

3 Teori

I dette kapittelet belyses sentrale begreper knyttet til oppgavens problemstilling. Her presenteres operasjonssykepleieren og videre teori om kommunikasjon og samarbeid. Deretter kommer vi inn på pasientsikkerhet og trygg kirurgi sjekklister, før kapittelet avsluttes med hierarki og utfordringer på operasjonsstuen.

3.1 Operasjonssykepleieren

Operasjonssykepleie er et eget fagfelt innen sykepleie. Operasjonssykepleiere yter avansert helsehjelp til pasienter i aktuelle eller potensielt livstruende situasjoner (Eide & Dāvøy, 2018). I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har man 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 [NSF], 2016). I tillegg har Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere (NSFLOS) gitt sin tilslutning til NSF sine etiske retningslinjer som omhandler operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse (Eide & Dāvøy, 2018).

I følge NSFLOS (2016) må operasjonssykepleier blant annet kunne samarbeide flerfaglig og tverrfaglig i pasientbehandlingen og innen det kirurgiske teamet. Vedkommende må også bidra til gjennomføring av trygg kirurgi sjekklister for å ivareta pasientsikkerheten. I tillegg må operasjonssykepleieren holde seg oppdatert gjennom faglig læring og utvikling, og sørge for å arbeide kunnskapsbasert ut i fra den beste tilgjengelige kunnskapen.

3.2 Kommunikasjon

God kommunikasjon er ofte nevnt som en integrert del av et vellykket samarbeid i operasjonsteamet og mangelen på dette kan forårsake problemer. Den første nyttige modellen for kommunikasjon ble utformet for å illustrere radio- og telefonteknologi, og ble beskrevet som å ha en avsender, en kommunikasjonskanal og en mottaker (Campbell, 2012). Modeller har blitt utviklet gjennom årene for å utdype alle deler av en kommunikasjonsprosess, særlig barrierer til effektiv kommunikasjon og betydningen av meninger og faktorer som overføres. Videre arbeid har gjenkjent elementene i verbale og nonverbale aspekter ved kommunikasjon og disse har blitt brukt til arbeid i operasjonsavdelingen. Studier har i økende grad fokusert på å beskrive kommunikasjon i praksis og menneskelige faktorer som påvirker vellykket kommunikasjon mellom teammedlemmer (Campbell, 2012). Kjennskap til språkkunnskaper og effekten av verbal og nonverbal kommunikasjon kan forbedre resultater i en hvilken som

helst setting. Åpen kommunikasjon blant teammedlemmer er viktig fordi det gjør det mulig for enkeltpersoner å si ifra når de er bekymret for noe. Dette gjelder spesielt i operasjonsavdelingen hvor disse ferdighetene, eller mangel på dem, kan gå på bekostning av pasientsikkerheten (Cvetic, 2011).

3.2.1 Profesjonell kommunikasjon

Profesjonell kommunikasjon skiller seg fra kommunikasjon i dagliglivet. På arbeidsplassen snakker vi ikke som privatpersoner, men som yrkesutøvere, i dette tilfellet helsepersonell. De vi kommuniserer med er enten pasienter eller kollegaer og andre profesjonsutøvere som vi samarbeider med for å yte hjelp. Rollen som hjelper skal fylles i kraft av egen faglig kompetanse og posisjon, for å kunne ha en hjelpende helsefaglig funksjon for andre. Helsepersonell kan ha noe ulike arbeidsområder, metoder, pasient- og brukergrupper, men det overordnede formålet er i hovedsak det samme (Eide & Eide, 2017).

3.2.2 Teamarbeid og Closed-Loop kommunikasjon

Operasjonsavdelingen er et høyteknologisk, teknisk og dynamisk miljø som er i et konstant utviklingsstadium og de ansatte må raskt tilpasse seg ny teknologi (Wade, 2014). Sammensetningen i teamarbeid innen helsevesenet kan endres raskt, særlig sammenlignet med teamarbeid i andre industrier. Teammedlemmene i en kirurgisk avdeling går inn og ut av nydannede grupper, og arbeider sammen i kortere eller lengre perioder. Det hender ofte at en må arbeide med personer man aldri har møtt før. Et kirurgisk team består gjerne av en anestesilege, anestesisykepleier, kirurger og operasjonssykepleiere. Alle i et kirurgisk team har definerte fagspesifikke oppgaver og disse må koordineres i samspill med de andre teammedlemmenes arbeidsoppgaver. Det stilles store krav til hver enkeltes kompetanse, holdninger og evne til sosialt samspill (Oksavik, 2018).

Closed-Loop er et kommunikasjonsverktøy hvor man gjentar informasjon som blir sagt, som en forsikring på at informasjonen er mottatt av de andre i operasjonsteamet. Dette er en teknikk som originalt ble brukt med stor vellykkethet innen luftfart for å forhindre menneskelige feil og har derfor blitt overført til helsevesenet (Prabhakar, Cooper, Sabel, Weckbach, Mehler & Stahel, 2012). Closed-Loop er en prosess som skal gjennomføres fullstendig for å øke pasientsikkerheten. Selv om prosessen kan virke tungvint, ved at informasjonen skal gjentas frem og tilbake til felles forståelse er nådd, er det en praksis som

kan være svært effektiv dersom den blir en del av kulturen på operasjonsavdelingen (Brown, 2004). Hvis en etablerer en disiplin for å bruke Closed-Loop kommunikasjon under rutinemessige omstendigheter, kan det bidra til å normalisere og opprettholde en Closed-Loop kommunikasjon under akutte situasjoner. Når avgjørelser skal tas under tidspress kreves det nøyaktig og pålitelig informasjonsutveksling for å ivareta pasientsikkerheten. For å opprettholde pasientsikkerhet i akutte situasjoner kan en med denne enkle kommunikasjonsformen unngå overraskelser, og begrense potensielt livstruende feil oppstått på grunn av utelatelse av informasjon (Brown, 2004).

3.2.3 Nonverbal kommunikasjon

Enhver form for kommunikasjon blir levert med nonverbal atferd, slik som stemmeleie, ansiktsuttrykk og kroppsholdninger, i tillegg til ord og holdning. Nonverbal kommunikasjon kan forsterke eller motsi verbal kommunikasjon og utgjør 65-93% av den totale oppfattelsen av kommunikasjonen. Nonverbal kommunikasjon inkluderer gestikulering, fakter, kroppsspråk og uttalelse av ord (Cvetic, 2011). Det er et responderende språk og forteller noe om begge parter i en dialog, og ikke minst om relasjonen mellom disse. Derfor er det viktig å lytte aktivt også til den andres nonverbale språk, slik at en blir i stand til å oppfatte den viktige informasjonen om vedkommende som kommer nonverbalt til uttrykk (Eide & Eide, 2017). Følelsesmessig ladet språk kan bestå av ord som fremkaller sterke og ubehagelige responser hos lytteren. På operasjonsstuen befinner man seg i et isolert miljø og ofte i intense situasjoner med komplekse pasientsituasjoner. Her er det typisk at det kan oppstå situasjoner hvor enkeltpersoner kan opptre på en verbalt angripende måte (Cvetic, 2011). Å forstå følelsene bak denne kommunikasjonen kan bli forhindret av det faktum at det brukes munnbind, luer, briller eller visir (Oksavik, 2018). Dette legger en ekstra byrde på de andre teammedlemmene, ved at det øker behovet for å lytte ordentlig til hva som blir sagt og måten det sies på (Cvetic, 2011).

3.3 Pasientsikkerhet og trygg kirurgi sjekklister

Det har gjennom de siste tiårene vært et økende fokus på pasientsikkerhet innenfor helsevesenet (Haugen & Dāvøy, 2018). Pasientsikkerhet defineres som reduksjon av unødvendig skade assosiert med helsehjelp til et akseptabelt minimum (World Health Organization, 2010). Bakgrunnen for pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» (2014-2018) er ønsket om å redusere antall pasientskader med 25% innen utgangen av året

2018. Dette innføres som et pålegg fra Helse - og omsorgsdepartementet (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2018).

Kirurgi er en viktig del av dagens helsetjeneste og bidrar til å forbedre helse og redusere skadevirkninger som kommer av sykdom og skader. Sjekklisten for trygg kirurgi ble lansert globalt i 2008 av Verdens Helseorganisasjon (WHO), se vedlegg 4. Dette var et tiltak som utgikk fra «Safe Surgery Saves Lives»-kampanjen som ble utviklet av WHO for å blant annet få ned antall pasientskader som oppstår under kirurgi (Haugen & Dåvøy, 2018). Det ble anerkjent at innen kirurgi, var det ingen behandling uansett størrelse på inngrep som vil forandre behovet for sikkerheten. Sikkerhet i kirurgi krever pålitelig utførelse av flere nødvendige trinn i omsorg, ikke bare av kirurgen, men av et team av helsepersonell som arbeider sammen for å sikre pasienten (World Health Organization [WHO], 2009). En standardisert sjekklister burde være implementert i enhver operasjonsavdeling. Sjekklisten skal fungere som et kognitivt hjelpemiddel for å sikre at ingen kritisk informasjon blir oversett og at alle relevante sikkerhetstiltak følges (Wahr, 2018).

Sjekklistene brukes rutinemessig i svært pålitelige organisasjoner som luftfart og kjernekraftindustrien. I luftfart er deres bruk obligatorisk for alle trinn i en flyvning, og manglende bruk av sjekklister anses å være et alvorlig brudd på flyprotokollen. Hensikten med sjekklister er å motvirke menneskelig svikt, som å utelate viktig informasjon og i situasjoner som avviker fra rutinemessige prosedyrer (WHO, 2009). Sjekklisten for trygg kirurgi ble utformet for å forbedre samarbeid, kommunikasjon og for å redusere komplikasjoner ved kirurgiske inngrep over hele verden (Haugen & Dåvøy, 2018). Da sjekklisten er et globalt prosjekt var det en forutsetning at den skulle være enkel, anvendelig og målbar. Den måtte kunne implementeres i alle land uavhengig av deres økonomiske situasjon og deres ressurser. Målet var at den skulle føre til konkrete livreddende forbedringer (WHO, 2009). Effekten av dette tiltaket har vært bemerkelsesverdig (Campbell, 2012). Bruk av sjekklister innebærer å standardisere måten oppgaver gjennomføres på, og det skal sikre at alle pasienter blir ivaretatt på lik linje både før, under og etter et kirurgisk inngrep. En utfordring med gjennomføring av sjekklister kan være å få operasjonsteamet til å stoppe opp i oppgaver som utføres for å følge med på gjennomgangen. Derfor kan det være nødvendig å heve stemmen og være tydelig slik at man får alles oppmerksomhet (Haugen & Dåvøy, 2018).

Trygg kirurgi sjekklister består av tre deler som skal gjennomgås før innledning av anestesi, før knivtid og før hovedoperatøren forlater operasjonsstuen, da dette generelt er de tre mest

kritiske fasene ved en operasjon (Haugen & Dāvøy, 2018). Ved gjennomgang av første del kalt «forberedelse», gjøres identitetssjekk av pasient, det kontrolleres merking av operasjonsfelt og side, kartlegging av pasientens luftvei, anestesijekk av utstyr, samt medikamentkontroll. Den andre delen av sjekklisten omtales som «time-out» og skal gjennomføres før start av knivtid. Den begynner med presentasjon av teammedlemmer. Formålet med dette punktet er at en forsøker å skape en åpen og inkluderende kommunikasjon på operasjonsstuen. Dette for at teammedlemmene skal kunne føle seg trygge nok til å eventuelt stille spørsmål til beslutninger som tas, og si ifra dersom en oppdager feil eller mangler. Videre i denne delen av sjekklisten, repeterer igjen personalet planlagt prosedyre og side, om pasienten er i riktig leie, den tar for seg risikofaktorer hos pasienten, ASA-score, forventet blodtap og varighet av operasjonen. Kirurgen skal presisere om det er behov for ekstra utstyr slik at operasjonssykepleieren kan ha dette tilgjengelig på stuen i tilfelle det blir nødvendig (Haugen & Dāvøy, 2018). Dette er et viktig punkt i del to av sjekklisten og handler om å forutse uforutsette hendelser. Målet er at en kan spare tid i akutte situasjoner. Problemer med utstyr er en sannsynlig kilde til forstyrrelser i arbeidet, og kan føre til forverring i samarbeids- og kommunikasjonsdynamikken innad i teamet. Ikke minst kan det gå utover pasientsikkerheten (WHO, 2009). Den tredje delen av sjekklisten kalles «avslutning» og skal gjennomføres før hovedoperatør forlater operasjonsstuen. Da går teamet i hovedsak gjennom hvilket inngrep som er utført, og om antall kompresser og instrumenter stemmer. Ved eventuelle preparater skal det repeteres antall og om de er på riktig medium og rett merket. Hvis det har skjedd noe uforutsett eller kritisk under operasjonen skal det i denne delen gjøres en debriefing om hendelsen. I tillegg gis postoperative beskjeder fra kirurgen (Haugen & Dāvøy 2018). Implementeringen av del tre i sjekklisten skal fungere som et sikkerhetsnett, og nyere undersøkelser viser at risikoen for postoperative komplikasjoner og reoperasjoner øker ved utelatelse av denne delen (WHO, 2009). Det viser seg at kombinasjonen av første og siste del av sjekklisten er viktigst for å få et godt samarbeid på operasjonsstuen. Noen ser på sjekklisten som et forstyrrende element, men de fleste kirurger, anestesipersonell og sykepleiere som har vært med i anvendelsen av sjekklisten, rapporterer at fordelene overstiger ulempene. Sjekklister har blitt brukt med hell i en rekke avdelinger innen helsevesenet. Deres bruk har møtt noe skepsis, og motstanden mot bruken stammer delvis fra oppfatningen om at de undergraver klinikkens faglige autonomi (WHO, 2009).

Innføring av sjekklister i operasjonsavdelinger krever at bruken følges opp av ledelsen, men også hvert enkelt teammedlem har et ansvar for at prosedyren gjennomføres (Campbell,

2012). Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999). I vårt nasjonale pasientsikkerhetsprogram er sjekklister et sentralt innsatsområde. Den regnes som en standard for god og sikker pasientbehandling ved riktig bruk (Haugen & Dávøy, 2018).

3.4 Hierarki og utfordringer på operasjonsstuen

Respekt anses for å være en viktig del av positiv menneskelig utveksling. I teamsamarbeid er det avgjørende for alle gruppe-medlemmer å anerkjenne andres kompetanse og deres bidrag til pasientomsorgen for å skape et respektfullt arbeidsmiljø. Manglende anerkjennelse er en reell hindring for teamarbeid. Hierarkiske maktstrukturer, profesjonell sosialisering, kjønn, stereotyping og ulike faglige prioriteringer av pasientsikkerhet er alle barrierer som hemmer kommunikasjonen. For å fremme felles beslutningsprosesser for pasientbehandling må organisasjonen gjøre et skifte fra en hierarkisk kultur til en mer horisontal maktstruktur. Kirurgiske teammedlemmer må føle seg trygge uten frykt for negative konsekvenser når de sier i fra i situasjoner som de opplever er usikre for pasienter (Wade, 2014). Skal en forandre en gitt rolle innen et sosialt system kan det få konsekvenser for de andre rollene i teamet. Dette kan være en grunn til at rollemønstrene føres videre. Oppfører rolleinnhaveren seg etter de mønstrene som er forventet av en, skapes sjeldent problemer. Hvis en rolleinnhaver derimot går utenfor sin gitte rolle kan det skape usikkerhet, frustrasjon og uklarheter (Lauvås & Lauvås, 2004).

I en hierarkisk kultur kan normene for teamsamarbeid utvikle seg slik at personer langt nede på den hierarkiske kjeden med tiden kan akseptere hierarkiet slik det er, og alltid har vært. De har en tendens til å klage på selve situasjonen, men kritiserer sjeldent kulturen i seg selv. De som blir marginalisert i samarbeidet kan kjenne på frustrasjon og håpløshet. En negativ side av en hierarkisk kultur er at de marginaliserte føler de ikke strekker til uansett hva de gjør. Sier de ifra om situasjoner de anser for å være utrygge kan de gå utenfor sin rolle. Velger de derimot å ikke si ifra, kan de bli ansett for å være illojale ved å holde tilbake informasjon, fremfor å luften det i et tverrfaglig samarbeid (Lauvås & Lauvås, 2004). For å bidra til sikker kommunikasjon må alle i teamet være bevisst på egen oppførsel og fremtoning (Oksavik, 2018). Å heve stemmen, være sarkastisk eller nedlatende er uheldig oppførsel som til stadighet oppstår på en operasjonsstue (Cvetic, 2011). Det er en oppførsel operasjonssykepleiere kan unnskyldes og tolerere fordi de skal være «tykkhudet». Dette kan

gjenspeile gamle kulturer og operasjonssykepleiere må være tydelige på at det er på tide med et kulturskifte (Kaldheim & Slettebø, 2016). Dette er typiske eksempler på væremåter som ikke blir adressert fordi å avbryte en kirurgisk prosedyre kan gå på akkord med pasientsikkerheten (Cvetic, 2011). Ubalansen og ulikheter mellom operasjonssykepleiere og kirurger har vist seg å være kilden til mange tverrfaglige konflikter. Det kan medføre lite effektiv kommunikasjon, fornærmende og utskjellende atferd og gi mistriivsel på arbeidsplassen. Dette er alle faktorer som kan føre til uheldig pasienthendelser (Wade, 2014). Campbell (2012) påpeker også at tverrfaglige konflikter ofte bunner i en ubalanse mellom operasjonssykepleiere og kirurger, og det sies at det kan komme av ulikheten i hvordan faggruppene er opplært til å tilnærme seg praksis. Det er ikke til å unngå at personer vil bringe ulike ferdigheter til teamet, enten som følge av utdanning, erfaring eller personlighet. En åpen og ærlig atmosfære er nødvendig for å fremme tillit og respekt for individer i teamet, i stedet for en formell tilnærming til samarbeid som fremmer et uheldig hierarki (Campbell, 2012).

4 Resultater

I dette kapittelet presenteres de utvalgte forskningsartiklene og til slutt ser vi på likheter og forskjeller mellom studiene.

4.1 Presentasjon av resultater

Artiklene presenteres fortløpende hvor det beskrives hva slags artikkel det er, hensikten med hver studie og eventuelle svakheter. Hovedfokus er likevel hvilke resultater artiklene har kommet frem til. De fire første artiklene er funnet i Cinahl og de fire siste er funnet i PubMed. Artikkelen i kapittel 4.1.2 fant vi for øvrig igjen i begge databasene.

4.1.1 Artikkel 1

The effectiveness of the Surgical Safety Checklist as a means of communication in the operating room (2013). Michael, R., Della. P., & Zhou, H.

Dette er en litteraturstudie hvor elleve studier ble inkludert. Hensikten var å se på effektiviteten i forhold til implementering av WHO sin sjekklister for trygg kirurgi på operasjonsstuen. Ut i fra resultatene som fremkom var det to hovedtemaer som gikk igjen. Det ene temaet var administrering og det andre var resultat av implementering av sjekklisten. Det første temaet fant ut at kvaliteten på gjennomføringen var avgjørende for å unngå feil. Fire av studiene rapporterte en variasjon på 12-100% i hvor ofte sjekklisten ble utført i forbindelse med kirurgi. Tre andre studier fant at første del av sjekklisten i snitt ble gjennomført i 91,4 % av tilfellene, og gjennomføring av trygg kirurgi sjekklstens andre del ble gjennomført i 57-100 % av tilfellene. To studier rapporterte at den siste delen ble gjennomført i 61 % av tilfellene. Samlet sett viser funnene at det er mangelfull administrering og fullførelse av alle sjekklstens tre deler. Litteraturstudien viste likevel positive resultater generelt ved bruk av sjekklisten. Det andre hovedtemaet i artikkelen var resultater av implementering av sjekklisten. En av studiene viste at implementeringen bidro til en signifikant reduksjon i dødelighet innen 30 dager etter kirurgi. Det ble også sett en reduksjon i feil og komplikasjoner. Litteraturstudien kommer frem til at trygg kirurgi sjekklister viser seg å være gunstig globalt, men videre trening er nødvendig, i tillegg til å øke bevisstheten rundt denne sjekklisten.

4.1.2 Artikkel 2

Safety Checklist Briefings: A Systematic Review of the Literature (2014). McDowell, D.S. & McComb, S.A.

Dette er en systematisk oversikt basert på 23 studier. Studiene tar for seg flere ulike typer sjekklister, deriblant WHO sin sjekklister for trygg kirurgi. Formålet med studien var å evaluere evidensen vedrørende etterlevelse og utfall av briefinger gjennomført ved bruk av kirurgiske sjekklister, samt kirurgiske teammedlemmer sin opplevelse av prosessen. Det fremkommer i studien at etterlevelsen av bruk av sjekklister er god og at de bidrar til reduksjon i kommunikasjonsfeil. Det ses en sammenheng mellom bruk av sjekklister og en nedgang i komplikasjoner. Kirurgisk personale opplever at gjennomgang av sjekklister bidrar til en bedret oppmerksomhet på pasientrettet informasjon, og at de kan gi en bedre situasjonsforståelse. Videre oppleves det at sjekklister gir en bedret kommunikasjon i teamet og økt pasientsikkerhet. Presentasjon av kirurgiske teammedlemmer sin identitet og rolle under briefing gir en opplevelse av økt bevissthet rundt hvert medlem sin identitet og funksjon, samt en opplevelse av å være en verdsett deltaker av det kirurgiske teamet. Kirurgisk personale opplever at gjennomgang av sjekklister styrker samarbeid og gir en økt effektivitet. Artikkelforfatterne påpeker en variasjon i enkeltstudienes utfall og studiedesign, og at dette gjorde det utfordrende å komme med generelle konklusjoner og dermed få gjennomført en metaanalyse.

4.1.3 Artikkel 3

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.

Dette er en litteraturstudie hvor 15 studier ble inkludert. Hensikten var å fastslå om bruken av WHO sin sjekklister for trygg kirurgi kunne korrigere og forebygge feil på operasjonsstuen. Samtidig ønsket de å se på hvilke feil som oppstod. Resultatene av studien viste at sjekklisten reduserte uønskede hendelser, som feil operasjonssted. Hovedårsaken til at det ble operert på feil sted var kommunikasjonssvikt. Det fremkom også at hendelser som oppstår på operasjonsstuen oftest er systemfeil og ikke individets feil. Studien fant at noen i teamet ikke fulgte med når sjekklisten ble gjennomgått. Dette kunne skyldes at eldre teammedlemmer ofte ikke ville engasjere seg i sjekklisten. Noen kunne også glemme å bruke den og andre tok

snarveier. Et annet funn viste at trygg kirurgi sjekkliste ble korrekt gjennomført når kirurgen eller anestesilegen viste interesse for den, eller når gjennomgangen av sjekklisten startet med at alle i teamet presenterte seg for hverandre. Videre funn viste at det var mer sannsynlig at sjekklisten ble korrekt gjennomført når alle i teamet ble inkludert. En betydningsfull faktor ved gjennomføring av sjekklisten var selvtilliten til den enkelte operasjonssykepleier. Fullstendig gjennomgang av trygg kirurgi sjekkliste i denne studien varierte fra 42-80 %. Analysen av resultatene i studien indikerer at sjekklisten er et effektivt tiltak, da den bidrar til å redusere forekomsten av uønskede hendelser. Likevel poengterer artikkelforfatterne at bruk av trygg kirurgi sjekkliste alene ikke kan forhindre alle uønskede feil.

4.1.4 Artikkel 4

Effect of Using a Safety Checklist on Patient Complications after Surgery - A Systematic Review and Meta-analysis (2014). Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Thalib, L. John, M., Fairweather, N. & Slater, K.

Dette er en systematisk oversikt og en metaanalyse basert på syv studier som totalt omfatter 37339 pasienter. Seks av de syv studiene tar for seg WHO sin sjekkliste for trygg kirurgi. Hensikten med studien er å undersøke hvilken effekt kirurgiske sjekklister har på komplikasjonsraten hos operasjonspasienter. Studien presenterer statistikk som viser at for hvert 27. kirurgiske inngrep hvor en sjekkliste er brukt, vil det forebygges én alvorlig komplikasjon. Dette er studiens hovedfunn. Det presenteres også sekundære funn. Én postoperativ sårinfeksjon forebygges hver 34. gang en kirurgisk sjekkliste er benyttet i forbindelse med kirurgi. For å forebygge et blodtap på over 500 ml må sjekklisten benyttes ved 31 kirurgiske inngrep. Disse funnene ble ansett som å være av betydning. For å forebygge ett tilfelle av pneumoni, uplanlagte reoperasjoner eller dødsfall må sjekklisten ha blitt brukt i forbindelse med kirurgi henholdsvis 190, 192 og 229 ganger. Disse funnene ble ansett for å være av mindre betydning. Artikkelforfatterne konkluderer med at det ses en sammenheng mellom bruk av kirurgiske sjekklister og reduksjon av komplikasjoner hos operasjonspasienter.

4.1.5 Artikkel 5

Operating Room Clinicians' Attitude and Perceptions of a Pediatric Surgery 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 med den hensikt å undersøke deltakernes holdninger til innholdet i en tilpasset versjon av WHO sin sjekkliste for trygg kirurgi. Artikkelforfatterne ønsket også å måle innflytelsen deltakerne opplevde at sjekklisten har på arbeidseffektivitet, teamarbeid, kommunikasjon og forebygging av medisinske feil. De fleste deltakerne opplevde at bruk av sjekklisten bidro til forbedret pasientsikkerhet og flyt på operasjonsstuen, og at den var med på å forebygge uønskede hendelser og forsinkelser. Deltakerne opplevde at introduksjon av teammedlemmer bidro til å skape et komfortabelt miljø på operasjonsstuen og satte tonen for bedre kommunikasjon og teamarbeid. En tredjedel av deltakerne oppga at de hadde oppdaget uønskede nestenhendelser som et resultat av bruk av sjekklisten. Sykepleierne var den yrkesgruppen som hyppigst rapporterte om slike nestenhendelser. Det var også sykepleierne som oftest oppga at bruk av sjekklisten bidro til økt arbeidseffektivitet, og bedret kommunikasjon på operasjonsstuen. Begrensninger ved studien er en responsrate på 49 %, noe som gir en mulighet for seleksjonsbias. Responsraten var også ujevn blant yrkesgruppene.

4.1.6 Artikkel 6

Implementation of the Surgical Safety Checklist in South Carolina Hospitals Is Associated with Improvement in Perceived Perioperative Safety (2016). Molina, G., Jian, W., Edmondson, L., Gibbons, L., Huang, L. C., Kiang, M.V., Haynes, A.B., Gawande, A.A., Berry, W.R. & Singer, S.J.

I forbindelse med implementeringen av WHO sin sjekkliste for trygg kirurgi ved sykehusene i den amerikanske delstaten South Carolina, ønsket artikkelforfatterne å måle hvordan implementeringen av sjekklisten påvirker operasjonspersonalets opplevelse av kirurgisk sikkerhet. Denne kvantitative enkeltstudien viser at implementeringen av sjekklisten bidro til en signifikant forbedring av deltakernes opplevelse av teamarbeid, kommunikasjon og kirurgisk sikkerhet. Det ble sett en sammenheng mellom forhindrede problemer eller komplikasjoner og gjennomføringen av alle sjekklistens tre faser. Det ble vanligere med diskusjoner innad i temaet og leger ble mer åpne for forslag. Potensielle feil ble oftere påpekt uten hevede stemmer eller nedlatende kommentarer. 73,6 % av deltakerne oppga at bruk av

sjekklisten hadde forhindret uønskede hendelser. Sykepleierne var den yrkesgruppen som var minst enig i at sjekklisten ble brukt korrekt, men likevel også den yrkesgruppen som var mest enig i at bruk av sjekklisten bidro til å avdekke potensielle problemer eller komplikasjoner. Implementeringen av sjekklisten medførte forbedring i operasjonspersonalets opplevelse av gjensidig respekt, effektiv ledelse og evne til å være påståelig når det var nødvendig av hensyn til pasientsikkerheten. Det ble sett en bedre evne til koordinering mellom anestesipersonale og kirurger, samt en mer effektiv kommunikasjon på operasjonsstuen.

4.1.7 Artikkel 7

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., Rahi, M. & Ikonen, T.S.

Dette er en kvantitativ enkeltstudie. Formålet med studien var å vurdere hvilken påvirkning WHO sin sjekkliste for trygg kirurgi har på sikkerhetsrelaterte problemstillinger på operasjonsstuen og postoperative uønskede hendelser. Implementeringen av sjekklisten medførte økt oppmerksomhet på sikkerhetsrelaterte problemstillinger blant operasjonspersonalet, samtidig som det bidro til en nedgang i antall sårkomplikasjoner og uplanlagte reinnleggelser. Bruk av sjekklisten førte til en mer nøyaktig dokumentasjon. Det ble ikke sett endring i oppmerksomhet på navn og roller i det kirurgiske teamet eller opplevelsen av kommunikasjonen på operasjonsstuen. Kirurger og anestesileger diskuterte oftere potensielle kritiske hendelser underveis i operasjonene etter implementeringen av sjekklisten. Anestesilegene bekreftet oftere pasientens identitet når sjekklisten ble brukt, og det ble sett en forbedret oppmerksomhet i forhold til pasienters allergier og medisinske tilstand. Kirurger opplevde at andre i operasjonsteamet fikk en økt oppmerksomhet rundt det kirurgiske inngrepet. Det ble ikke sett en signifikant forbedring i bekreftelsen av instrumenters sterilitet eller sjekk av tilgjengelige blodprodukter ved forventet blodtap over 500 ml. En svakhet ved denne studien er at den har få deltakere.

4.1.8 Artikkel 8

An overview of the use and implementation of checklists in surgical specialities - A systematic review (2014). Patel, J., Ahmed, K., Guru, K.A., Khan, F. Marsh, H., Khan, M.S. & Dasgupta, P.

Dette er en systematisk oversikt som inkluderer 16 studier. Hensikten med studien var å analysere publisert litteratur for å vurdere bruken av WHO sin sjekkliste for trygg kirurgi, og dennes innvirkning på pasientsikkerheten. I resultatene fremkom det at sjekk av pasientens identitet, markering av operasjonsfelt, antibiotikaproylakse og telling av utstyr, var punktene som i hovedsak ble gjennomgått. Resultatene viste at identitetssjekk i første del av sjekklisten ble gjennomført i over 90 % av tilfellene. I forhold til markering av operasjonsfeltet var resultatene mer ulike. Antibiotikaproylakse ble brukt i over 70 % av tilfellene. Når det gjaldt telling av utstyr, som en del av sjekklistens tredje del, viste to funn at dette ble gjennomført i 96 % og 97 % av tilfellene. En av studiene viste en reduksjon i kommunikasjonsfeil blant operasjonspersonell som følge av implementering av denne sjekklisten. Postoperative komplikasjoner og dødelighet ble målt i flere av studiene. To av de inkluderte artiklene viste at postoperative komplikasjoner gikk ned med 36 % etter implementeringen. Dette ble sett på som en signifikant nedgang. Ett funn viste likevel bare 11 % nedgang i postoperative komplikasjoner. Årsakene til dette kunne være at personalet i utgangspunktet ikke aksepterte sjekklisten, at de mente den var overflødig eller kunne føre til forsinkelser. Etter opplæring i bruk av sjekklisten ble imidlertid personalets holdninger bedret, selv om 20 % fremdeles mente sjekklisten var unødvendig. Mortaliteten før og etter implementering av sjekklisten ble målt. Tre av studiene viste en signifikant reduksjon i dødelighet på over 45 %. To andre studier viste at dødeligheten bare gikk ned med 9 % og 16 %.

4.2 Likheter og forskjeller i resultatene

De fleste studiene konkluderer med at bruk av sjekklister har en positiv innvirkning på kommunikasjon, teamsamarbeid og pasientsikkerhet. Et unntak er studien til Lepänluoma et al. (2013), hvor det fremkommer at implementering av sjekklister ikke medførte noen endring av deltakernes opplevelse av kommunikasjon på operasjonsstuen. Et annet unntak er studien til Gillespie et al. (2014) som ikke sier noe om sjekklisters effekt på kommunikasjon i det kirurgiske teamet eller teamsamarbeid, da den kun tar for seg sjekklisters effekt på pasientsikkerhet. Når det kommer til pasientsikkerhet, er Lepänlouma et al. (2013) imidlertid enig med de andre studiene som er inkludert i denne oppgaven. Collins et al. (2014) påpekte

at sjekklister alene ikke vil hindre alle feil som kan forekomme på en operasjonsstue. Michaels et al. (2013) sine funn viste at det samlet sett var mangelfull administrering og fullføring av alle sjekklisterens tre deler. Likevel presiserte de at bruk av sjekklister generelt ga positive resultater. De sier videre at sjekklister fungerer globalt, men at det er behov for økt fokus, ytterligere trening og bevissthet rundt bruk av sjekklister.

5 Diskusjon

I følge Dalland (2017) er drøfting å diskutere, ta for seg og granske noe fra forskjellige sider. For å besvare problemstillingen vil dette kapittelet diskutere funnene fra de utvalgte artiklene opp mot kapittelet om teori. Sjekklister for trygg kirurgi er gjennomgående i begge underkapitlene. Det trekkes også inn erfaringer fra egen klinisk praksis. Som nevnt innledningsvis er problemstillingen «Hvordan kan operasjonssykepleieren ved hjelp av sjekklister påvirke kommunikasjonen i det kirurgiske team og øke pasientsikkerheten?»

5.1 Kommunikasjon

God kommunikasjon på operasjonsstuen er en viktig faktor for at samarbeidet i teamet skal fungere. Det har i stadig økende grad blitt mer fokus på å beskrive hvilke menneskelige faktorer som påvirker kommunikasjon i praksis. Om det oppstår kommunikasjonsproblemer må disse behandles fortløpende for å kunne ta lærdom av suksesser og uønskede hendelser (Campbell, 2012). Åpen og profesjonell kommunikasjon er viktig for å øke pasientsikkerheten, da det bidrar til at enkeltpersoner i teamet våger å si ifra om sine bekymringer (Cvetic, 2011). Presentasjon av de kirurgiske teammedlemmene er det første punktet i del to av WHO sin sjekklister for trygg kirurgi. Hensikten med dette punktet er, som nevnt i kapittel 3.3, å tilrettelegge for en åpen og inkluderende kommunikasjon på operasjonsstuen, slik at det skal bli enklere å stille spørsmål og si ifra dersom det oppdages feil (Haugen & Dåvøy, 2018). I studien til Norton et al. (2016) fremkommer det at operasjonspersonell opplever introduksjon av teammedlemmer som medvirkende til å skape et komfortabelt miljø på operasjonsstuen, og at det tilrettelegger for bedre kommunikasjon og teamarbeid. Også McDowell og McComb (2014) viser til positive effekter av introduksjon av kirurgiske teammedlemmer og at det bidrar til at personalet føler seg verdsatt.

Som operasjonssykepleier arbeider man alltid i et dynamisk team, hvor teamsammensetningen kan endres ofte og raskt. Dette krever mye av den enkeltes kompetanse, væremåte og ferdigheter i et sosialt samspill (Oksavik, 2018). Vi har selv opplevd i praksis at det kan være mange å forholde seg til i løpet av en dag, og at introduksjon av teammedlemmer har vært medvirkende til å gjøre oss bedre kjent med teamene vi har vært en del av. Studien til McDowell og McComb (2014) støtter vår erfaring når de viser til at introduksjonen gir teamet økt bevissthet rundt hvert enkelt medlems identitet og funksjon. I studien til Lepänluoma et al. (2013) ble det ikke sett endringer i bevissthet rundt identitet

eller funksjon til de kirurgiske teammedlemmene, og det ble heller ikke sett endringer i operasjonspersonalets opplevelse av kommunikasjon på operasjonsstuen. Dette er et funn som ikke er i samsvar med andre artikler eller annen litteratur som er brukt i denne oppgaven. Det samsvarer heller ikke med erfaringer vi har gjort oss i praksis. Som studenter i praksis har vi hovedsakelig positive erfaringer med introduksjonsdelen av trygg kirurgi sjekklister. I tillegg til at vi selv har opplevd å få bedre kjennskap til operasjonsteamene, har vi erfart at teammedlemmene også har blitt mer bevisste på oss som studenter. Spesielt kirurgene har blitt mer oppmerksomme på vår tilstedeværelse, de har vært mer undervisende og forklart fortløpende under operasjonen. Molina et al. (2016) bemerker at ved bruk av WHO sin sjekklister for trygg kirurgi blir det enklere for teammedlemmer å stå på sitt dersom de opplever at noe truer pasientsikkerheten. De påpeker videre at bruk av sjekklister bidrar til at kirurgen blir mer mottakelig for innspill og at teamet oftere har faglige diskusjoner. Dette kan tyde på at sjekklister kan bidra til å gi en flatere maktstruktur på operasjonsstuen. Likevel har vi opplevd i praksis at det til tross for bruk av trygg kirurgi sjekklister, fremdeles finnes en hierarkisk kultur. Som studenter opplevde vi å være langt nede på den hierarkiske kjeden og dette ga oss en usikkerhet i forhold til å si ifra og spesielt det å skulle stå på vårt. Det er viktig at kirurgiske teammedlemmer ikke kjenner på en frykt for negative konsekvenser når de sier ifra i situasjoner som er usikre for pasienter (Wade, 2014). Den mest negative siden ved en hierarkisk kultur er at den marginaliserte kan føle seg utilstrekkelig, uansett innsats. Dersom en sier ifra kan en bli beskyldt for å gå utenfor sin angitte rolle. Hvis en på den andre siden velger å ikke si ifra, kan man oppfattes som illojal fordi en tilbakeholder informasjon (Lauvås & Lauvås, 2004).

Det har vist seg at mange tverrfaglige konflikter ofte bunner i en ubalanse mellom operasjonssykepleiere og kirurger (Campbell, 2012; Wade, 2014). Leger er konsise og sykepleiere er bredere og mer fortellende i kommunikasjonen. Samtidig tilnærmer leger seg praksis som en individuell prosess snarere enn en samarbeidsprosess favorisert av sykepleiere, og profesjonelle hierarkier kan bli sett på som et hinder for dette. Fornærmende og utskjellende atferd kan oppstå som en konsekvens, og er begge faktorer som kan lede til uønskede hendelser (Campbell, 2012). Samtidig er det verdt å merke seg at verbalt angripende atferd kan ha sitt utspring i at man på en operasjonsstue ofte befinner seg i isolerte og intense situasjoner. Hevet stemme, sarkasme og nedlatende væremåte er oppførsel som det ikke umiddelbart tas et oppgjør med, da det vil være forstyrrende for det kirurgiske inngrepet og dermed kan true pasientsikkerheten (Cvetić, 2011). Studien til Molina et al. (2016) viser at

bruk av sjekklisten for trygg kirurgi bidrar til at mulige feil oftere påpekes uten nedlatende kommentarer eller hevede stemmer. Studien viser også at bruk av sjekklisten resulterer i en forbedret opplevelse av gjensidig respekt blant operasjonspersonalet. For å skape et respektfullt arbeidsmiljø er det avgjørende at alle medlemmer i teamet anerkjenner hverandres kompetanse og hvordan de bidrar til pasientbehandlingen (Wade, 2014). En må inneha kunnskap om hva som fremmer og påvirker kommunikasjon, samtidig som man må vite hva som skal til for å minimere de negative effektene av dårlig eller manglende kommunikasjon (Campbell, 2012). Det fremkommer i studien til McDowell og McComb (2014) at etterlevelsen av sjekklister er god, og at de bidrar til en reduksjon i kommunikasjonsfeil. Campbell (2012) bekrefter i tillegg at sjekklister fremmer samarbeidskulturen inne på operasjonsstuene.

Verbal og nonverbal kommunikasjon inne på operasjonsstuen kan fort by på utfordringer grunnet teammedlemmenes bekledding med lue, munnbind og eventuelt briller eller visir (Oksavik, 2018). Da vi kom ut i praksis for første gang, ble vi selv overrasket over hvor mye støy som oppstår på en operasjonsstue. Vi måtte konsentrere oss ekstra for å få med oss forklaringer og beskjeder fra andre i teamet. Spesielt vanskelig var det å høre hva kirurgene sa bak munnbindene når de sto konsentrert i det sterile feltet. Derfor er det viktig å lytte aktivt, både til den verbale og nonverbale kommunikasjonen, slik at man klarer å oppfatte viktig informasjon som gis (Eide & Eide, 2017). Dette øker behovet for å høre ordentlig etter hva som blir sagt og måten det sies på (Cvetic, 2011). For å fremme tillit og respekt for individer i teamarbeid er det nødvendig med en åpen og ærlig atmosfære, fremfor en formell tilnærming som fremmer en uheldig hierarkisk kultur (Campbell, 2012).

I forhold til kommunikasjon og teamarbeid er kommunikasjonsverktøyet Closed-Loop mye brukt i helsevesenet. Man skal gjenta informasjonen som har blitt sagt for å forsikre at informasjonen er mottatt av andre teammedlemmer (Prabhakar et al., 2012). Mange kan synes denne metoden er tungvint, men hvis den blir implementert kan den være til stor nytte, spesielt i akutte situasjoner (Brown, 2004). Våre egne erfaringer med Closed-Loop i praksis er varierende. Enkelte steder var de flinke til å bruke denne teknikken ofte, og man kunne se at det var en naturlig del av de ansattes måte å kommunisere på. Andre steder var det noen som forsøkte seg på denne teknikken, uten å få respons tilbake fra andre i teamet. Collins et al. (2014) sin studie viste at kommunikasjonssvikt var hovedårsaken til at det opereres på feil sted. I studien til Patel et al. (2014) ble det sett at implementering av WHO sin sjekkliste for

trygg kirurgi resulterte i en reduksjon av antall kommunikasjonsfeil blant operasjonspersonell. Studien til McDowell og McComb (2014) viser i tillegg at gjennomgangen av sjekklister gjør operasjonsteamet mer oppmerksomme på pasientrettet informasjon og gir en forbedret situasjonsforståelse. Dette mener vi kan ses som eksempler på hvorfor det var nødvendig med en sjekklister for trygg kirurgi. De fleste av våre utvalgte artikler viser at implementeringen av sjekklister forbedrer kommunikasjon i det kirurgiske teamet og pasientsikkerhet på operasjonsstuen.

5.2 Pasientsikkerhet

Det globale målet med sjekklister for trygg kirurgi er å få ned antall komplikasjoner ved kirurgiske inngrep. Land har ulike økonomiske ressurser og tryggheten rundt kirurgi er i stor grad varierende rundt om i verden. Å samle alle land uavhengig av landets situasjon kan virke som en nærmest umulig oppgave. Likevel klarte WHO å presentere én sjekklister som skulle være overførbar til alle land. Den var enkel, krevde lite ressurser og kunne brukes av alle (WHO, 2009). Resultatene er, som vi har sett tidligere i denne oppgaven, varierende. Når det kommer til utbredelsen av bruk, ser vi i artikkelen til Michael et. al. (2013) at det er en ulikhet av etterlevelse. I følge Gillespie et al. (2014) forebygges det én alvorlig komplikasjon for hver 27. gang det benyttes en kirurgisk sjekklister i forbindelse med operasjoner. Hvordan kan det ha seg at til tross for bemerkelsesverdige funn av forbedring, er det noen som vegrer seg for å bruke sjekklister som en ressurs for å øke pasientsikkerheten? Litteraturstudien til Michael et al. (2013) bekrefter at det i noen tilfeller er snakk om manglende viten om at det eksisterer en kirurgisk sjekklister. Andre tilfeller viser at personalet kan synes den er vanskelig å introdusere, samt implementere, og at dersom dette skal være en suksess må det komme fra et høyere nivå i organisasjonen. Innføring av sjekklister i operasjonsavdelinger krever at bruken følges opp av ledelsen, men hvert enkelt teammedlem har et ansvar for pasientsikkerhet og gjennomføring av sjekklister (Campbell, 2012). Det fremkommer i studien til Michael et al. (2013) at de ansatte ønsket undervisning om hvordan sjekklister skal brukes.

I luftfarten anses utelatelse av sjekklister for å være et alvorlig brudd på flyprotokollen (WHO, 2009). Hvorfor skal det i noen tilfeller være så vanskelig for ansatte i helsevesenet å gjøre det de er pålagt? Sikkerhet i kirurgi er et felles ansvar som innebærer å følge eksisterende prosedyrer. Likevel ser en at klinikker velger å motsette seg innføring av sjekklister fordi de føler det undergraver deres faglige autonomi (WHO, 2009). I følge NSFLOS (2016), som tidligere nevnt, er operasjonssykepleier pliktig til å bidra til at trygg

kirurgi sjekkliste blir gjennomført for å ivareta pasientsikkerheten. På våre praksissteder har vi sett varierende bruk av sjekklisen. I noen avdelinger er det en selvfølge å utføre den komplett med alle tre deler. Andre steder har vi kunnet se nonverbal kommunikasjon fra ansatte, i negativ retning, da det blir tydelig at de kun utfører sjekklisen fordi det er pålagt dem. Vi har også sett at det er stor variasjon i hvilken faggruppe som normalt har ansvar for utførelsen av trygg kirurgi sjekkliste. Det har variert mellom anestesipersonell, kirurger og operasjonssykepleiere. Andre eksempler som kommer frem i studien til Michael et al. (2013) er tilfeller der ansatte synes at sjekklisen er bortkastet tid, da de ikke ser noen åpenbare fordeler ved å bruke den. Det er også påfallende i studien at operasjonsavdelingens tidspress står høyt i fokus, og at de ansatte verdsetter tiden de har til rådighet, mer enn bruken av sjekklisen.

Til tross for tidligere forskning viser nå studier at ved bruk av trygg kirurgi sjekkliste ses det en nedgang i antall uheldige hendelser og skader relatert til kirurgi. I følge Gillespie et al. (2014) sin metaanalyse ses det for eksempel at det forebygges én postoperativ sårinfeksjon for hver 34. gang en sjekkliste benyttes i forbindelse med kirurgi. Det ses også en økt verifisering av informasjon (Michael et al., 2013). I studien til Patel et al. (2014) viste to funn at postoperative komplikasjoner gikk ned med 36 % etter implementering av sjekklisen. Dette mener studien gir en dokumentert effekt på den globale gjennomføringen av WHO sin sjekkliste for trygg kirurgi. Som vi ser tidligere i denne oppgaven er det flere faktorer som kan være utfordrende når det kommer til gjennomføring av trygg kirurgi sjekkliste. Et av de mest påfallende problemene synes å være selve gjennomføringen. Haugen og Dåvøy (2018) og Collins et al. (2014) finner det utfordrende for personalet å avvike fra sine pågående arbeidsoppgaver, for å danne en samlet konsensus om å utføre punktene på sjekklisen. Vi har selv erfart at enkelte teammedlemmer kan ha negative holdninger til sjekklisen på grunn av tidspress. Collins et al. (2014) fant flere grunner til at snarveier ble tatt og feil oppstod. Et eksempel på dette var at eldre teammedlemmer ikke ville engasjere seg i sjekklisen. Her belyses det eksisterende kirurgiske hierarkiet. Dersom anestesilegen eller kirurgen selv introduserte sjekklisen før en operasjon, ble den nesten alltid korrekt gjennomført. I motsetning til personer lenger nede på den hierarkiske kjeden, som anesthesi- eller operasjonssykepleiere. De opplevde til tider at de strevde med å bli hørt ved forsøk på gjennomgang av trygg kirurgi sjekklisen. Det påpekes at for gjennomføring av sjekklisen var operasjonssykepleierens selvtillit avgjørende (Collins et al., 2014). Gjennom våre praksisstudier har vi vært vitner til sammenhengen mellom operasjonssykepleierens selvtillit

og gjennomføringen av WHO sin sjekkliste for trygg kirurgi. Vi har observert at noen operasjonssykepleiere aksepterer å bli avvist, direkte eller indirekte, når det forsøkes å engasjere teamet for å gjennomgå sjekklisten. Vi har også sett at andre operasjonssykepleiere ikke godtar en avvisning, men tvert i mot krever teamets fulle oppmerksomhet ved gjennomgangen. Videre i Collins et al. (2014) sin artikkel belyses det hvordan implementering av sjekklisten kan bidra til å omgjøre det hierarkiske miljøet til et mer horisontalt og flatt miljø, ved å fremme teamarbeid og påpeke at alle teammedlemmer er ansvarlige for pasientsikkerheten. Selv om det har vært skepsis fra noen kirurger, har dette tiltaket gitt en positiv innvirkning på samholdet i operasjonsteamet (Campbell, 2012). De fleste faggruppene som har anvendt trygg kirurgi sjekkliste uttrykker at fordelene ved sjekklisten overstiger ulempene (WHO, 2009).

I «timeout»- delen av sjekklisten for trygg kirurgi er det et punkt som tar for seg om alt nødvendig utstyr er tilgjengelig. Dette hevder WHO (2009) skal spare tid ved akutte hendelser. Hensikten er at personalet skal unngå å forlate operasjonsstuen. En skal være forberedt på det uforutsette. Likevel ser en at helsepersonell kan vegre seg for å gjennomføre trygg kirurgi sjekkliste da de synes det er forstyrrende for arbeidet (Haugen & Dāvøy, 2018; Collins et al., 2014). I studien til Gillespie et al. (2014) ses det at dersom sjekklisten utføres, vil en for hver 31. pasient forhindre et blodtap på over 500 ml. Vi har selv sett at «timeout»- delen av sjekklisten gir anestesipersonalet en arena hvor det kan avklares med kirurg om det er risiko ved inngrepet, som for eksempel blodtap. Dette gir anestesipersonalet en mulighet til å være i beredskap og kan ses som enda en god grunn til å gjennomføre denne delen av trygg kirurgi sjekkliste.

WHO (2009) sin hensikt med sjekklisten var å øke pasientsikkerheten, og de presiserer at spesielt del tre av sjekklisten skal fungere som et ekstra sikkerhetsnett. De viser til at komplikasjoner og reoperasjoner øker hvis en ikke anvender denne delen. I studien til Molina et al. (2016) oppga 76,3 % av personalet at bruk av sjekkliste faktisk har forhindrede problemer eller komplikasjoner. De opplyste videre at den største nedgangen av komplikasjoner ble sett i operasjoner hvor alle tre delene ble anvendt. I artikkelen til Norton et al. (2016) oppga en tredjedel av deltakerne at nestenhendelser hadde blitt oppdaget og avverget som en følge av bruk av sjekklister. Sykepleierne rapporterte hyppigst om slike nestenhendelser. Lepänlouma et al. (2013) finner i sin studie at pasientsikkerheten også ble økt ved at de så en nedgang i antall sårkomplikasjoner og uplanlagte reinnleggelser. Anestesipersonalet ble bedre på å

kontrollere pasientenes identitet, de ble også mer bevisst på pasientenes allergier og helhetlige medisinske tilstand. Også i studien til Patel et al. (2014) ble det sett at bruk av sjekklister medførte en forbedret kontroll av pasienters identitet. Det ble også sett en nedgang i antall postoperative komplikasjoner og mortalitet. Collins et al. (2014) anerkjenner at trygg kirurgi sjekklister har fått ned forekomsten av kirurgi utført på feil sted og dermed bidratt til å få ned antall uønskede hendelser. Riktignok bemerker de at en sjekklister i seg selv ikke er nok fordi tidspress fører til at det hoppes over noen punkter i sjekklisten. Dette har igjen ført til feil under operasjoner hvor det i utgangspunktet ble brukt trygg kirurgi sjekklister (Collins et al., 2014). I studien til Norton et al. (2016) fremkommer det at sykepleierne i større grad enn legene ser på sjekklister som et verktøy for å forbedre kommunikasjonen på operasjonsstuen. Studien presenterer ingen forklaring på hvorfor faggruppene hadde ulike opplevelser av sjekklister sin effekt på kommunikasjon i det kirurgiske team. Som nevnt i kapittel 5.1, tilnærmer kirurger seg praksis som en individuell prosess, mens sykepleiere tilnærmer seg praksis som en samarbeidsprosess (Campbell, 2012). Kanskje kan disse ulike perspektivene være en forklaring på funnene som fremkommer i studien til Norton et al. (2016). I studien til Molina et al. (2016) var sykepleierne den yrkesgruppen som var mest enig i at bruk av sjekklisten bidro til å avdekke potensielle problemer, og at den var et sikkerhetsnett som avdekket komplikasjoner. Samtidig var de den yrkesgruppen som var minst enig i at sjekklisten ble brukt korrekt. I forhold til dette har vi gjennom praksis sett at operasjonssykepleiere stort sett er til stede under gjennomgangen av alle tre deler i trygg kirurgi sjekklister. Kirurgene har som regel ikke vært tilstede på operasjonsstuen før del to av sjekklisten skal gjennomgås. Muligens fører dette til å gi operasjonssykepleierne en større erfaring med bruken og flere muligheter til å identifisere potensielle feil. Operasjonssykepleiere kan derfor kanskje stille seg mer kritisk til om sjekklisten er både korrekt gjennomført og i hvilken grad den bidrar til å avdekke potensielle problemer. Dette tenker vi kan være en årsak til de ulike svarene blant yrkesgruppene i Molina et al. (2016) sin studie.

6 Avslutning

Gjennom denne oppgaven har vi sett at kommunikasjonen i det kirurgiske team forbedres ved bruk av sjekklister. Kirurgiske sjekklister har bidratt til færre tilfeller av kommunikasjonssvikt, som har medført en nedgang i komplikasjoner og uønskede hendelser på operasjonsstuen. Ved å bruke sjekklister kan operasjonssykepleieren påvirke kommunikasjonen i det kirurgiske team på flere måter. Dersom en begynner med en presentasjonsrunde av teammedlemmer har det vist seg at det kan utjevne det eksisterende hierarkiet, skape et respektfullt miljø og tilrettelegge for åpen kommunikasjon. Operasjonssykepleierens selvtillit viste seg å være en avgjørende faktor for å påvirke kommunikasjonen i det kirurgiske team. For å få teamet fokusert på gjennomgangen av sjekklister, er det en hjelp å heve stemmen og kreve oppmerksomhet. Sjekklister viser seg å gi operasjonsteamet en økt interesse for pasienten og inngrepet som gjennomføres, og det ses økt forekomst av faglige diskusjoner. Det kan bli lettere å si ifra om eventuelle bekymringer som kan gå på akkord med pasientsikkerheten.

Ved å bruke kirurgiske sjekklister kan operasjonssykepleieren også bidra til å øke pasientsikkerheten. Nestenhendelser har blitt avdekket og sjekklister øker fokuset på pasientrettet informasjon, samt bidrar til en forbedret situasjonsforståelse.

Operasjonssykepleieren er vanligvis tilstede under gjennomgangen av alle punkter i sjekklister. Dersom operasjonssykepleieren tar ansvar for å gjennomføre sjekklister på en fullstendig måte, kan det bidra til å gi en nedgang i antall komplikasjoner, da det ses en sammenheng mellom fullstendig gjennomgang av sjekklister og økt pasientsikkerhet.

6.1 Konsekvenser for videre praksis

Som fremtidige operasjonssykepleiere har vi gjennom arbeidet med denne oppgaven sett viktigheten av kirurgiske sjekklister generelt, og WHO sin sjekklister for trygg kirurgi spesielt. Vi har blitt bevisst på vårt ansvar for gjennomgangen og nødvendigheten av sjekklister. En konsekvens av dette, er at vi ser viktigheten av å være gode rollemodeller på våre fremtidige arbeidsplasser. Arbeidet med denne oppgaven har inspirert oss til å være aktive i bruken av sjekklister for å bedre kommunikasjon og øke pasientsikkerheten.

Litteraturliste

- Brown, J.P. (2004). Closing the Communication Loop: Using Readback/Hearback to support Patient Safety. *The Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 30(8), 460–464. [https://doi.org/10.1016/S1549-3741\(04\)30053-5](https://doi.org/10.1016/S1549-3741(04)30053-5)
- Bø, A.K. (1996). *Omsorgens ansikt - om metoder og kunst i psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Campbell, L. (2012). Communication. I K. Woodhead & L. Fudge (Red.), *Manual of Perioperative Care - An Essential Guide* (s.23-32). USA: Wiley-Blackwell.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2013.07.024>
- Cvetic, E. (2011). Communication in the Perioperative Setting. *AORN Journal*, 94(3), 261-270. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2011.01.017>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, P.H. & Dåvøy, G.M. (2018). Funksjons- og ansvarsområde. I G.M. Dåvøy, P.H. Eide & Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2.utg., s.28-33). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gillespie, B.M., Chaboyer, W. & Muray, P. (2010). Enhancing communication in surgery through team training interventions: a systematic literature review. *AORN Journal*, 92(6), 642-657. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2010.02.015>

- Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Thalib, L., John, M., Fairweather, N. & Slater, K. (2014). Effect of Using a Safety Checklist on Patient Complications after Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Anesthesiology* 120(6), 1380-1389.
<http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000000232>
- Haugen, A.S. & Dāvøy, G.M. (2018). Pasientsikkerhet og trygg kirurgi. I G.M. Dāvøy, P.H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg., s.178-198). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet 08. november 2018 fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Kaldheim, H.K. & Slettebø, Å. (2016). Respecting as a basic teamwork process in the operating theatre - A qualitative study of theatre nurses who work in interdisciplinary surgical teams of what they see as important factors in this collaboration. *Nordisk sygeplejeforskning*, 6(1), 49-64.
<http://dx.doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-01-05>
- Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, F. (2016). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. I G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s.89-138). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapssenteret (2017). Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler.
Hentet 25. oktober 2018 fra
<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartikler>
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strategi*. (2. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Lepänlouma, M., Takala, R., Kotkansalo, A., Rahi, M. & Ikonen, T.S. (2013). Surgical Safety Checklist is Associated with Improved Operating Room Safety Culture, Reduced Wound Complications, and Unplanned Readmissions in a Pilot Study in Neurosurgery. *Scandinavian Journal of Surgery*, 103(1), 66-72.

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

McDowell, D.S. & McComb, S.A. (2014). Safety Checklist Briefings: A systematic Review of the Literature. *AORN Journal*, 99(1), 125-137.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2013.11.015>

Michael, R., Della, P. & Zhou, H. (2013). The effectiveness of the Surgical Safety Checklist as a means of communication in the operating room. *ACORN - The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 26(2), 45-52. Hentet fra

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=83ef80ac-1a3a-4e59-8f81-df59aab82f51%40sessionmgr4007&bdata=#AN=109866188&db=c8h>

Molina, G., Jiang, W., Edmondson, L., Gibbons, L., Huang, L.C., Kiang, M.V. ... 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.

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

Norsk publiseringsindikator (2016). Nivåinndeling av kanaler. Hentet 08. november 2018 fra

<https://npi.nsd.no/informasjon#nivaainndeling>

Norsk Sykepleierforbund (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Hentet 12. november 2018 fra

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere.

(2016). Operasjonssykepleie – ansvars og funksjonsbeskrivelse. Oslo: NSFLOS.

Hentet 05. oktober 2018 fra

<http://nsflos.no/wp-content/uploads/2016/01/Operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse.pdf>

Norton, E.K., Singer, S.J., Sparks, W., Ozonoff, A., Baxter, J. & Rangel, S. (2016). Operating Room Clinicians' Attitude and Perceptions of a Pediatric Surgery Safety Checklist at 1 Institution. *Journal of Patient Safety*, 12(1), 44-50.

<http://dx.doi.org/10.1097/PTS.0000000000000120>

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (2. utg.). Oslo: Akribe

Oksavik, W.S. (2018). Samarbeid i team. I G.M. Dāvøy, P.H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg., s.203-217). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pasientsikkerhetsprogrammet (2018). I Trygge Hender 24-7.

Hentet 19. november 2018 fra

<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/nye-nasjonale-tall-om-pasientsikkerhet>

Patel, J., Ahmed, K., Guru, K.A., Khan, F., Marsh, H., Khan, M.S. & Dasgupta, P. (2014). An overview of the use and implementation of checklists in surgical specialities.

International Journal of Surgery, 12(12), 1317-1323.

<https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2014.10.031>

Prabhakar, H., Cooper, B.J., Sabel, A., Weckbach, S., Mehler, P.S. & Stahel, P.F. (2012).

Introducing standardized “readbacks” to improve patient safety in surgery: a prospective survey in 92 providers at a public safety-net hospital. *BMC Surgery*, 12(8).

<https://doi.org/10.1186/1471-2482-12-8>

Slettebø, Å. (2016). Forskningsetikk. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s.241-257). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. (2.utg.). Oslo: Cappelen Akademisk.

Wade, P. (2014). Developing a culture of collaboration in the operating room: More than effective communication. *ORNAC Journal*, 32(4), 17-38. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=10&sid=83ef80ac-1a3a-4e59-8f81-df59aab82f51%40sessionmgr4007&bdata=#AN=107841723&db=c8h>

Wahr, J.A. (2018). Operating room hazards and approaches to improve patient safety. I N.A. Nussmeier (Red.), *UpToDate*. Hentet 26.10.18 fra <https://www.uptodate.com/contents/15077>

World Health Organization (2009). WHO Guidelines for Safe Surgery 2009 - Safe Surgery Saves Lives. Hentet 13. november 2018 fra http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Hentet 19. oktober 2018 fra <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/?sequence=1>

Vedlegg 1 – PICO-skjema

	P <i>Patient</i>	I <i>Intervention</i>	C <i>Comparison</i>	O <i>Outcome</i>
Norsk	Perioperativ sykepleier Operasjonspersonell Operasjonsstuen Operasjonssykepleier	Kommunikasjon Perioperativ kommunikasjon Sjekkliste(r) Kirurgiske sjekkliste(r) Trygg kirurgi sjekkliste(r)		Pasientsikkerhet
Subject headings/ Emneord	Perioperative nursing (MH) Perioperative nurs* (tekstord) Operating room nursing (MH) Operating room nurs* (tekstord) Operating room personnel (MH) Operating room personnel* (tekstord) Operating rooms (MH) Operating room (MH) Operating room* (tekstord) Operating theatre* (tekstord)	Communication (MH) Perioperative communication* (tekstord) Checklist (MH) Checklist* (tekstord) Checklists (MH) Surgical checklist* (tekstord) Surgical safety checklist* (tekstord)		Patient Safety (MH) Patient Safety* (tekstord)

Vedlegg 2 – Søkehistorikk

20.11.2018

Print Search History: EBSCOhost



Tuesday, November 20, 2018 4:46:39 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S23	S9 AND S16 AND S19	Limiters - Full Text; Published Date: 20130101-20181231 Narrow by Language: - english Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	153
S22	S9 AND S16 AND S19	Limiters - Full Text; Published Date: 20130101-20181231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	157
S21	S9 AND S16 AND S19	Limiters - Full Text Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	299
S20	S9 AND S16 AND S19	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	802
S19	S17 OR S18	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	113,625
S18	patient safety*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	65,580
S17	(MH "Patient Safety+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases	98,161

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=31&sid=bf3ec731-4f89-4d3d-8669-27d25b6c827c%40sdc-v-sessmgr03...>

ID	Search Query	Search Modes	Search Path	Results
S16	S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15	Search modes - Boolean/Phrase	Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	255,484
S15	surgical safety checklist*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	257
S14	surgical checklist*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	397
S13	(MH "Checklists")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	22,858
S12	checklist*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	32,389
S11	perioperative communication*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	82
S10	(MH "Communication+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search	226,030

			Database - CINAHL with Full Text	
S9	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	38,851
S8	operating theatre*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,344
S7	operating room*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	15,281
S6	(MH "Operating Rooms")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	7,714
S5	operating room personnel*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2,429
S4	(MH "Operating Room Personnel+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	15,083
S3	operating room nurs*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,105
S2	perioperative nurs*	Search modes -	Interface - EBSCOhost	13,766

20.11.2018

Print Search History: EBSCOhost

		Boolean/Phrase	Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	
S1	(MH "Perioperative Nursing")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	13,312

PubMed Home	More Resources	Help
-----------------------------	--------------------------------	----------------------

PubMed Advanced Search Builder

[Tutorial](#)

Filters activated: Full text, published in the last 5 years, Humans, English, Danish, Norwegian, Swedish. [Clear all](#)

Use the builder below to create your search

[Edit](#)

[Clear](#)

Builder

All Fields ▾

[Show index list](#)

AND ▾ All Fields ▾

[Show index list](#)

or [Add to history](#)

History

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

Search	Add to builder	Query	Items found
#11	Add	Search (((((((((perioperative nursing[MeSH Terms]) OR perioperative nurs*[Text Word]) OR operating room nursing[MeSH Terms]) OR operating room nurs*[Text Word]) OR operating room personnel*[Text Word]) OR operating room[MeSH Terms]) OR operating rooms[MeSH Terms]) OR operating room*[Text Word]) OR operating theatre*[Text Word])) AND (((((((communication[MeSH Terms]) OR perioperative communication*[Text Word]) OR checklist[MeSH Terms]) OR checklists[MeSH Terms]) OR checklist*[Text Word]) OR surgical checklist*[Text Word]) OR surgical safety checklist*[Text Word])) AND ((patient safety[MeSH Terms]) OR patient safety*[Text Word])) Filters: Full text; published in the last 5 years; Humans; English; Danish; Norwegian; Swedish	187
#10	Add	Search (((((((((perioperative nursing[MeSH Terms]) OR perioperative nurs*[Text Word]) OR operating room nursing[MeSH Terms]) OR operating room nurs*[Text Word]) OR operating room personnel*[Text Word]) OR operating room[MeSH Terms]) OR operating rooms[MeSH Terms]) OR operating room*[Text Word]) OR operating theatre*[Text Word])) AND (((((((communication[MeSH Terms]) OR perioperative communication*[Text Word]) OR checklist[MeSH Terms]) OR checklists[MeSH Terms]) OR checklist*[Text Word]) OR surgical checklist*[Text Word]) OR surgical safety checklist*[Text Word])) AND ((patient safety[MeSH Terms]) OR patient safety*[Text Word])) Filters: Full text; published in the last 5 years; Humans; English; Danish; Norwegian	186

Search	Add to builder	Query	Items found
#9	Add	Search (((((((((perioperative nursing[MeSH Terms]) OR perioperative nurs*[Text Word]) OR operating room nursing[MeSH Terms]) OR operating room nurs*[Text Word]) OR operating room personnel*[Text Word]) OR operating room[MeSH Terms]) OR operating rooms[MeSH Terms]) OR operating room*[Text Word]) OR operating theatre*[Text Word])) AND (((((((communication[MeSH Terms]) OR perioperative communication*[Text Word]) OR checklist[MeSH Terms]) OR checklists[MeSH Terms]) OR checklist*[Text Word]) OR surgical checklist*[Text Word]) OR surgical safety checklist*[Text Word])) AND ((patient safety[MeSH Terms]) OR patient safety*[Text Word]) Filters: Full text; published in the last 5 years; Humans; English; Danish	185
#8	Add	Search (((((((((perioperative nursing[MeSH Terms]) OR perioperative nurs*[Text Word]) OR operating room nursing[MeSH Terms]) OR operating room nurs*[Text Word]) OR operating room personnel*[Text Word]) OR operating room[MeSH Terms]) OR operating rooms[MeSH Terms]) OR operating room*[Text Word]) OR operating theatre*[Text Word])) AND (((((((communication[MeSH Terms]) OR perioperative communication*[Text Word]) OR checklist[MeSH Terms]) OR checklists[MeSH Terms]) OR checklist*[Text Word]) OR surgical checklist*[Text Word]) OR surgical safety checklist*[Text Word])) AND ((patient safety[MeSH Terms]) OR patient safety*[Text Word]) Filters: Full text; published in the last 5 years; Humans; English	185
#7	Add	Search (((((((((perioperative nursing[MeSH Terms]) OR perioperative nurs*[Text Word]) OR operating room nursing[MeSH Terms]) OR operating room nurs*[Text Word]) OR operating room personnel*[Text Word]) OR operating room[MeSH Terms]) OR operating rooms[MeSH Terms]) OR operating room*[Text Word]) OR operating theatre*[Text Word])) AND (((((((communication[MeSH Terms]) OR perioperative communication*[Text Word]) OR checklist[MeSH Terms]) OR checklists[MeSH Terms]) OR checklist*[Text Word]) OR surgical checklist*[Text Word]) OR surgical safety checklist*[Text Word])) AND ((patient safety[MeSH Terms]) OR patient safety*[Text Word]) Filters: Full text; published in the last 5 years; Humans	204
#6	Add	Search (((((((((perioperative nursing[MeSH Terms]) OR perioperative nurs*[Text Word]) OR operating room nursing[MeSH Terms]) OR operating room nurs*[Text Word]) OR operating room personnel*[Text Word]) OR operating room[MeSH Terms]) OR operating rooms[MeSH Terms]) OR operating room*[Text Word]) OR operating theatre*[Text Word])) AND (((((((communication[MeSH Terms]) OR perioperative communication*[Text Word]) OR checklist[MeSH Terms]) OR checklists[MeSH Terms]) OR checklist*[Text Word]) OR surgical checklist*[Text Word]) OR surgical safety checklist*[Text Word])) AND ((patient safety[MeSH Terms]) OR patient safety*[Text Word]) Filters: Full text; published in the last 5 years	234

Search	Add to builder	Query	Items found
#5	Add	Search (((((((((peroperative nursing[MeSH Terms]) OR peroperative nurs*[Text Word]) OR operating room nursing[MeSH Terms]) OR operating room nurs*[Text Word]) OR operating room personnel*[Text Word]) OR operating room[MeSH Terms]) OR operating rooms[MeSH Terms]) OR operating room*[Text Word]) OR operating theatre*[Text Word])) AND (((((((communication[MeSH Terms]) OR peroperative communication*[Text Word]) OR checklist[MeSH Terms]) OR checklists[MeSH Terms]) OR checklist*[Text Word]) OR surgical checklist*[Text Word]) OR surgical safety checklist*[Text Word])) AND ((patient safety[MeSH Terms]) OR patient safety*[Text Word]) Filters: Full text	430
#4	Add	Search (((((((((peroperative nursing[MeSH Terms]) OR peroperative nurs*[Text Word]) OR operating room nursing[MeSH Terms]) OR operating room nurs*[Text Word]) OR operating room personnel*[Text Word]) OR operating room[MeSH Terms]) OR operating rooms[MeSH Terms]) OR operating room*[Text Word]) OR operating theatre*[Text Word])) AND (((((((communication[MeSH Terms]) OR peroperative communication*[Text Word]) OR checklist[MeSH Terms]) OR checklists[MeSH Terms]) OR checklist*[Text Word]) OR surgical checklist*[Text Word]) OR surgical safety checklist*[Text Word])) AND ((patient safety[MeSH Terms]) OR patient safety*[Text Word])	474
#3	Add	Search (patient safety[MeSH Terms]) OR patient safety*[Text Word]	36151
#2	Add	Search (((((((communication[MeSH Terms]) OR peroperative communication*[Text Word]) OR checklist[MeSH Terms]) OR checklists[MeSH Terms]) OR checklist*[Text Word]) OR surgical checklist*[Text Word]) OR surgical safety checklist*[Text Word])	313129
#1	Add	Search (((((((((peroperative nursing[MeSH Terms]) OR peroperative nurs*[Text Word]) OR operating room nursing[MeSH Terms]) OR operating room nurs*[Text Word]) OR operating room personnel*[Text Word]) OR operating room[MeSH Terms]) OR operating rooms[MeSH Terms]) OR operating room*[Text Word]) OR operating theatre*[Text Word]	46781

Vedlegg 3 – Litteraturmatrise

Artikkeltittel	The Effectiveness of the Surgical Safety Checklist as a means of communication in the operating room
Forfatter	Michael, R., Della, P. & Zhou, H
Årstall	2013
Land	Australia
Hensikt	Hensikten var å se på effektiviteten i forhold til implementering av WHO sin sjekklister for trygg kirurgi på operasjonsstuen.
Metode	Litteraturstudie 11 studier ble inkludert
Deltakere	Operasjonspersonell
Resultat	Ut i fra resultatene som fremkom var det to hovedtemaer som gikk igjen. Det ene temaet var administrering og det andre var resultat av implementering av sjekklister. Samlet sett viser funnene at det er mangelfull administrering og fullførelse av alle sjekklisterens tre deler. Litteraturstudien viser likevel positive resultater generelt ved bruk av sjekklister. Det andre hovedtemaet i artikkelen var resultater av implementering av sjekklister. En av studiene viste at implementeringen bidro til en signifikant reduksjon i dødelighet innen 30 dager etter kirurgi. Det ble også sett en reduksjon i feil og komplikasjoner. Litteraturstudien kommer frem til at trygg kirurgi sjekklister viser seg å være gunstig globalt, men videre

	trening er nødvendig i tillegg til å øke bevisstheten rundt bruken av sjekklisten.
--	------------------------------------------------------------------------------------

Artikkeltittel	Safety Checklist Briefings: A Systematic Review of the literature
Forfatter	McDowell, D.S. & McComb, S.A.
Årstall	2014
Land	USA
Hensikt	Å evaluere evidens vedrørende tre dimensjoner ved bruk av kirurgiske sjekklister: gjennomføring, utfallet og det kirurgiske teamets oppfattelse av prosessen.
Metode	Systematisk oversikt 23 studier ble inkludert
Deltakere	Operasjonspersonell
Resultat	Resultatene viste en forbedret etterlevelse over tid. Pasientsikkerheten økte ved bruk av sjekklister, og forbedret kommunikasjonen blant teammedlemmene.

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.
Årstall	2014
Land	USA
Hensikt	Hensikten var å fastslå om bruken av WHO sin sjekklister for trygg kirurgi kunne korrigere og forebygge feil på operasjonsstuen. Samtidig ønsket de å se på hvilke feil som eventuelt oppstod.
Metode	Litteraturstudie 15 studier ble inkludert
Deltakere	Operasjonspersonell
Resultat	Resultatene av studien viste at sjekklisten reduserte uønskede hendelser, som feil operasjonssted. Hovedårsaken til at det ble operert på feil sted var kommunikasjonssvikt. Det fremkom også at hendelser som oppstår på operasjonsstuen oftest er systemfeil og ikke individets feil. Studien fant at noen i teamet ikke fulgte med når sjekklisten ble gjennomgått. Dette kunne skyldes at eldre teammedlemmer ofte ikke ville engasjere seg i sjekklisten. Et annet funn viste at trygg kirurgi sjekklister ble korrekt gjennomført når kirurgen eller anestesilegen viste interesse for den, eller når gjennomgangen av sjekklisten startet med at alle i teamet presenterte seg for hverandre. En betydningsfull faktor ved gjennomføring av sjekklisten var selvtilliten til den enkelte

	<p>operasjonssykepleier. Analysen av resultatene indikerte at trygg kirurgi sjekklister var et effektivt tiltak, da den bidrar til å redusere forekomsten av uønskede hendelser. Likevel poengterer artikkelforfatterne at bruk av trygg kirurgi sjekklister alene ikke kan forhindre alle uønskede feil.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Artikkeltittel	Effect of Using a Safety Checklist on Patient Complications after Surgery - A Systematic Review and Meta-analysis
Forfatter	Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Thalib, L. John, M., Fairweather, N. & Slater, K.
Årstall	2014
Land	USA
Hensikt	Å undersøke hvilken effekt kirurgiske sjekklister har på komplikasjonsraten hos kirurgiske pasienter.
Metode	Systematisk oversikt med metaanalyse. 7 studier ble inkludert
Deltakere	Operasjonspersonell
Resultat	Resultatet indikerer at bruk av trygg kirurgi sjekklister fører til en reduksjon av alvorlige komplikasjoner, som sårinfeksjoner og blodtap over 500 ml. Det fremkom ingen signifikant reduksjon i dødelighet, fare for pneumoni eller uplanlagt reoperasjon.

Artikkeltittel	Operating Room Clinicians' Attitudes and Perceptions of a Pediatric Surgical Safety Checklist at 1 Institution
Forfatter	Norton, K. E., Singer, S. J., Sparks, W. Ozonoff, A., Baxter, J. & Rangel, S.
Årstall	2016
Land	USA
Hensikt	Å undersøke deltakernes holdninger til en modifisert versjon av WHO sin trygg kirurgi sjekklister og å måle innflytelsen sjekklister har på deltakernes oppfattelse av dens effekt på arbeidseffektivitet, teamarbeid, kommunikasjon og forebygging av medisinske feil.
Metode	Kvantitativ enkeltstudie
Deltakere	196 deltakere som enten var kirurger, anestesileger, operasjonssykepleiere, anesthesisykepleiere eller operasjonsteknikere.
Resultat	Deltakerne mener at bruk av sjekklister bidrar til forbedret pasientsikkerhet og forebygging av medisinske feil. Deltakerne mener også at bruk av sjekklister har positiv virkning på arbeidseffektiviteten, og at det etablerer et komfortabelt arbeidsmiljø og forbedrer kommunikasjon og teamarbeid.

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, S.J.
Årstall	2016
Land	USA
Hensikt	Å måle hvordan implementeringen av WHO sin sjekkliste for trygg kirurgi i den amerikanske delstaten South Carolina påvirker operasjonspersonellets opplevelse av kirurgisk sikkerhet.
Metode	Kvantitativ enkeltstudie
Deltakere	Kirurger, anestesileger, anestesisykepleiere, operasjonssykepleiere og operasjonsteknikere.
Resultat	Resultatene viste en signifikant forbedring av deltakernes opplevelse av teamarbeid, kommunikasjon og kirurgisk sikkerhet. 73,6 % av deltakerne oppga at bruk av sjekklisten hadde forhindret problemer eller komplikasjoner. Implementeringen av sjekklisten medførte forbedring i operasjonspersonells opplevelse av gjensidig respekt, effektiv ledelse, evne til å være påståelig når det var nødvendig av hensyn til pasientsikkerheten, koordinering mellom anestesipersonale og kirurger, og effektiv kommunikasjon.

Artikkeltittel	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., Rahi, M. & Ikonen, T.S.
Årstall	2013
Land	Finland
Hensikt	Å vurdere hvilken påvirkning WHO sin sjekklister for trygg kirurgi har på sikkerhetsrelaterte problemstillinger på operasjonsstuen og på postoperative uønskede hendelser.
Metode	Kvantitativ enkeltstudie
Deltakere	Kirurger, anestesileger og operasjonssykepleiere.
Resultat	Implementeringen av sjekklisten medførte økt oppmerksomhet på sikkerhetsrelaterte problemstillinger blant operasjonspersonell, nedgang i antall sårkomplikasjoner, uplanlagte reinnleggelser og mer nøyaktig dokumentasjon. Det ble ikke sett en endring i oppmerksomhet på navn og roller i det kirurgiske teamet eller opplevelsen av kommunikasjonen på operasjonsstuen. Kirurger og anestesileger diskuterte oftere potensielle kritiske hendelser underveis i operasjonene. Anestesilegene bekreftet oftere pasientens identitet, og det ble sett en forbedret oppmerksomhet i forhold til pasienters allergier og medisinske tilstand. Kirurger mente at annet operasjonspersonells oppmerksomhet rundt det kirurgiske inngrepet økte.

Artikkeltittel	An overview of the use and implementation of checklists in surgical specialities – A systematic review
Forfatter	Patel, J., Ahmed, K., Guru, K.A., Khan, F., Marsh, H., Khan, M.S. & Dasgupta, P.
Årstall	2014
Land	Storbritannia & USA
Hensikt	Hensikten med studien var å systematisk analysere publisert litteratur for å vurdere bruken av WHO sin trygg kirurgi sjekklister, og dennes innvirkning på pasientsikkerheten.
Metode	Systematisk oversikt 16 studier ble inkludert
Deltakere	Operasjonspersonell
Resultat	WHO trygg kirurgi sjekklisterens første del ble brukt i over 90 % av tilfellene når det gjaldt identitetssjekk. I forhold til punktet i sjekklister om markering av operasjonsfeltet var resultatene mer ulike. Antibiotikaproylaks ble brukt i over 70 % av tilfellene. Telling av utstyr, som gjennomgås i siste del av WHO sin sjekklister, viste to av studiene at dette ble gjort i 96 % og 97 % av tilfellene. To studier viste en nedgang på 36 % i postoperative komplikasjoner etter implementering av sjekklister. En annen studie viste imidlertid bare 11 % nedgang. Årsaken til dette kunne være at personalet i utgangspunktet ikke aksepterte sjekklister, at de mente den var overflødig eller kunne føre til forsinkelser. Etter opplæring i bruk av sjekklister, ble imidlertid personalets holdninger bedret, selv om 20 % fremdeles mente sjekklister var

	<p>unødvendig. Når det gjaldt mortaliteten viste tre av studiene en nedgang på over 45 %, mens to andre studier viste at dødeligheten bare gikk ned med 9 % og 16 % etter implementeringen av sjekklisten.</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vedlegg 4 – Trygg kirurgi

Forberedelse Før innledning av anestesi	Time-out Før operasjonsstart	Avslutning Før hovedoperatør forlater operasjonsfeltet
<p>Har pasienten bekreftet? <input type="checkbox"/> Identitet <input type="checkbox"/> Operasjonsfelt <input type="checkbox"/> Type inngrep</p> <p>Er operasjonsfeltet merket? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt</p> <p>Er anestesisekk utført og medikamenter kontrollert? <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Kjent allergi? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Vanskelig luftvei / risiko for aspirasjon? <input type="checkbox"/> Ja, og utstyr / assistanse er tilgjengelig <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Risiko for >500 ml blodtap? (>7 ml / kg hos barn) <input type="checkbox"/> Ja, og adekvat intravenøs tilgang og væske er tilgjengelig <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Preoperativ hårklipp korrekt utført? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt</p> <p>Har pasienten metall i kroppen (skruer, plater, piercing osv) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt</p> <p>Er temperatur målt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Risiko for hypotermi? <input type="checkbox"/> Ja, og tiltak er planlagt eller iverksatt <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>Er nødvendig billedinformasjon /pasientinformasjon tilgjengelig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt</p>	<p>Alle i teamet presenterer for hverandre med navn og funksjon. Kryss av punktene etter hvert som de er gjennomgått i teamet.</p> <p>Kirurg, operasjonssykepleier, anestesilege og anestesisykepleier bekrefter muntlig: <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?</p> <p><u>Gjennomgang av potensielt risikofylte hendelser</u> Kirurg: <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?</p> <p>Anestesilege og/ eller anestesisykepleier: <input type="checkbox"/> Hva er pasientens ASA-klassifisering? <input type="checkbox"/> Er det særlige risikofaktorer ved anestesen som teamet bør kjenne til?</p> <p>Operasjonssykepleier: <input type="checkbox"/> Er steriliteten på instrumentene bekreftet (inkludert indikatorer)? <input type="checkbox"/> Er det utfordringer knyttet til bruken av utstyret?</p> <p><u>Infeksjonsforebyggende tiltak</u> Er antibiotikaprofylakse gitt i henhold til prosedyrer for operasjonen som skal gjennomføres? Særlig mht tidspunkt. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt <input type="checkbox"/> Nei Er temperatur målt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Er tiltak for å forebygge hypotermi iverksatt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt For pasienter med diabetes: Er blodsukkeret innenfor normal? <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Er tromboseprofylakse gitt? <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei: Hvorfor _____</p>	<p>Teamet gjennomgår muntlig: <input type="checkbox"/> Hvilke inngrep er gjennomført?</p> <p><input type="checkbox"/> Stemmer antall instrumenter, kompresser/duker, nåler og utstyr for øvrig? <input type="checkbox"/> Er prøvematerialet riktig, antall, merking og medium? (inklusive pasientens identitet)</p> <p><input type="checkbox"/> Er temperatur målt?</p> <p><input type="checkbox"/> Har det vært problemer med utstyret som det skal varsles om? <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt <input type="checkbox"/> Ja: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hva er viktig for postoperativ behandling av denne pasienten? _____ _____</p> <p>Lokale tillegg /spesielle tillegg for enheten:</p>

Hentet 20.11.18 fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsområder/trygg-kirurgi>