

Stykkevis og delt

En kvalitativ studie av operasjonssykepleieres erfaringer med bruk av sjekklisten «Trygg kirurgi»

Marianne Barø

Masteroppgave i Helsevitenskap

Oktober 2012

Institutt for Sosialt arbeid og Helsevitenskap
Norges Teknisk Naturvitenskaplige Universitet (NTNU)
Trondheim

Sammendrag

Bakgrunn Helse- og omsorgsministeren lanserte den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender* i 2011. Kampanjen er et prosjekt over tre år (2011-2014) hvor det blir satt fokus på pasientsikkerheten i primær- og spesialisthelsetjenesten. Et av innsatsområdene er implementering av sjekklisten «Trygg kirurgi» som skal brukes i forbindelse med kirurgiske inngrep. Bakgrunnen for å implementere sjekklisten, er at forskning viser at pasienter blir utsatt for skade som følge av behandling i spesialisthelsetjenesten.

Formål Det var koordinerende operasjonssykepleier som i utgangspunktet fikk oppgaven med å gjennomgå «Trygg kirurgi» i forbindelse med kirurgiske inngrep. For å få innblikk i hvordan operasjonssykepleiere erfarer bruk av sjekklisten i sitt arbeid, ble denne gruppen valgt som informanter. Problemstillingen for oppgaven er; Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med bruk av «Trygg kirurgi?»

Metode Det er brukt en kvalitativ tilnærming for å få svar på problemstillingen. Data ble samlet inn ved hjelp av semistrukturerte individuelle intervju. Utvalget består av ti informanter ved to kirurgiske operasjonsavdelinger. Datamaterialet er videre analysert ved hjelp av Interpretative Phenomenological Analysis (IPA).

Funn Informantene erfarer at bruk av «Trygg kirurgi» er en kilde til informasjon. Det gjelder informasjon i form av at mangler blir avslørt, men også påfyll av opplysninger om det forestående inngrepet. Men det er også utfordringer knyttet til bruk av sjekklisten. Det gjelder utfordringer i form av å gjennomgå sjekklisten i sin helhet i løpet av et pasientforløp. Lederne har to ulike tilnærminger når det gjaldt behovet for evalueringer. På bakgrunn av funnene har oppgaven fått tittelen «Stykkevis og delt».

Konklusjon Det er ikke tilstrekkelig å introdusere en prosedyre i avdelingene, uten å se på hvordan arbeidet i avdelingene er organisert. Det kan også synes som det er nødvendig at ledelsen gir ansatte tilbakemeldinger om hvordan og hva som forventes av gjennomgang av «Trygg kirurgi». Dette vil kreve en aktiv ledelse, som gir konkrete og konstruktive tilbakemeldinger i arbeidet med å fremme pasientsikkerhet ved operasjonsavdelingene.

Forord

TUSEN TAKK!

Til alle informanter som delte raust av sin tid, tillitt og åpenhet.

Til avdelingsledere som var positive og imøtekommende, og slapp meg inn i operasjonsavdelingene.

Til veileder John-Arne Skolbekken for konstruktiv veiledning og nyttige tilbakemeldinger.

Til Camilla for at du har lest og kommentert utkast av oppgaven underveis.

Til Roger for din tålmodighet og praktiske hjelp.

Trondheim, oktober 2012

Marianne Barø

Sammendrag	I
Forord	II
1 Innledning	1
1.1 Presentasjon av tema	1
1.2 Formål og problemstilling	2
1.3 Avgrensing.....	2
1.4 Forforståelse	3
1.4.1 Fordeler og ulemper med å forske i min bakgård	3
1.5 Bakgrunn for sjekklisten «Trygg kirurgi».....	5
1.6 Presentasjon av sjekklisten «Trygg kirurgi»	6
1.7 Oppgavens struktur og oppbygning.....	8
2 Teori	9
2.1 Litteratursøk.....	9
2.2 Kirurgiske inngrep	10
2.2.1 Operasjonssykepleie.....	11
2.3 Pasientskader i helsetjenesten.....	12
2.3.1 Ulike begrep	13
2.4 Det individuelle perspektiv og systemperspektiv	14
2.4.1 Det individuelle perspektiv	15
2.4.2 Systemperspektiv	17
2.5 Sikkerhet.....	18
2.5.1 Hva kjennetegner pålitelige organisasjoner?.....	18
2.5.2 Kultur for sikkerhet	20
2.5.3 Sveitserostmodellen	21
2.6 Tverrfaglig sammensetning i team	23
2.7 Kirurgiske team	24
2.8 Ulike roller gir ulike løsninger	25
2.8.1 utfordringer ved gjennomgang av sjekkliste	25
2.8.2 Løsninger på utfordringene?	26
2.9 Debatten rundt sjekklisten	27
3 Metode	29
3.1 Interpretative phenomenological analysis	29
3.2 Fenomenologi.....	29

3.3	Hermeneutikk	30
3.4	Ideografi.....	31
3.5	Kvalitative forskningsintervju	31
3.6	Utvalg	32
3.6.1	Hvordan ble informantene rekruttert?	33
3.7	Etiske vurderinger.....	34
3.7.1	Pilotintervju.....	35
3.7.2	Transkribering	35
3.8	Analyse av datamaterialet.....	37
3.8.1	Trinn 1 - Helhetsinntrykk.....	37
3.8.2	Trinn 2 - Utarbeide tema	37
3.8.3	Trinn 3 - Sammenhenger på tvers av informanter og avdelinger.....	38
4	Presentasjon av funn	41
4.1	Organisatoriske rammer	41
4.1.1	Vi gjør det samme som før.....	41
4.1.2	Vi spør om det samme som før	44
4.1.3	Diskusjon av organisatoriske rammer	45
4.2	Praktisk gjennomføring av «Time-out» og «Avslutning».....	48
4.2.1	Travelt	49
4.2.2	Disiplin til å ha oppmerksomhet	50
4.2.3	Fremføringer.....	52
4.2.4	Presentasjon.....	53
4.2.5	Formidling av informasjon.....	54
4.2.6	Sjekklista som fallgruve	56
4.2.7	Avslutning	57
4.2.8	Diskusjon av «Time-out» og «Avslutning»	58
4.3	Prosess	61
4.3.1	Er sjekklista implementert?	62
4.3.2	Evaluerer av sjekklista	64
4.3.3	Vurdering av spørsmålene.....	66
4.3.4	Endringsprosess.....	67
4.3.5	Diskusjon av prosess	68
5	Avsluttende diskusjon	73
5.1	Studiens kvalitet	75
5.1.1	Studiens reliabilitet.....	75

5.1.2	Studiens validitet	76
5.1.3	Studiens generaliserbarhet.....	77
5.2	Implikasjoner for praksis	77
5.3	Videre forskning	78
6	Konklusjon	79
7	Litteraturliste	81

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1	Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, Kvittering på melding om behandling av personopplysninger
Vedlegg 2	Informasjonsskriv med samtykkeerklæring
Vedlegg 3	Intervjuguide 1 (operasjonssykepleiere) og Intervjuguide 2 (ledere)
Vedlegg 4	Sjekkliste «Trygg kirurgi»

1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg først presentere valg av tema for studien. Jeg vil komme inn på formål og problemstilling for oppgaven og hvilke avgrensninger som er gjort. Videre vil jeg presentere min erfaringsbakgrunn, og komme inn på hvordan erfaring og teoretiske referanserammer er med på å prege min forforståelse.

1.1 Presentasjon av tema

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utviklet en sjekklister som har fått navnet «Safe Surgery Saves lives» for bruk ved kirurgiske inngrep. Sjekklisten er blant annet utviklet på bakgrunn av at flere studier viser at pasienter blir utsatt for skade ved behandling i helsetjenesten (Kohn et al.2000; Haynes et al. 2009; Gawande 2010). På norsk er sjekklisten oversatt til «Trygg kirurgi» (vedlegg 4).

Det er menneskelig å glemme og det kan være lett å overse rutineoppgaver (Reason 2008; Gawande 2010). Hensikten med «Trygg kirurgi» er at den skal være et hjelpemiddel for det kirurgiske teamet, ved at det blir bekreftet at sikkerhetstiltak er gjennomført. Ved å gjennomgå spørsmålene i sjekklister, skjer det en utveksling av informasjon mellom teammedlemmene.» Trygg kirurgi» er med andre ord en huskeliste som skal benyttes i forbindelse med operasjoner. Målet er å redusere unngåelige feil som kan true pasientens liv og helse (Nasjonal enhet for pasientsikkerhet 2009).

I Norge har Helse og omsorgsdepartementet satt fokus på pasientsikkerhet gjennom den nasjonale kampanjen *I trygge hender*. Kampanjen er et treårig prosjekt (2011-2014) som har som mål å forbedre pasientsikkerheten, ved å redusere skader som blir påført pasienter under behandling i helsetjenesten. *I trygge hender* har en rekke innsatsområder innenfor både spesialist- og primærhelsetjenesten.

Kampanjens tre hovedmål er å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre kulturen for pasientsikkerhet i helsetjenesten. Dette skal nås blant annet ved å redusere forekomsten av postoperative infeksjoner hos pasienter. Ved å innføre tiltak ved alle sykehus på områder hvor pasienter er spesielt utsatt for skade, som for eksempel ved feilmedisinering eller infeksjoner, skal sikkerheten for pasienter forbedres

(Pasientsikkerhetskampanjen 2012). Et av innsatsområdene i spesialisthelsetjenesten er implementering av sjekklisten «Trygg kirurgi» i kirurgiske operasjonsavdelinger. Sjekklisten skal sikre operasjonspasienten trygg kirurgi før, under og etter operative inngrep.

1.2 Formål og problemstilling

Det var leder for en lokal avdeling av NFS` (Norsk Sykepleierforbund) Landsgruppe av operasjonssykepleiere, som kom med oppfordringen om å ta utgangspunkt i «Trygg kirurgi» som tema for en masteroppgave. På dette tidspunktet hadde operasjonsavdelingen jeg arbeider ved, brukt sjekklisten et par måneder. Erfaringene ved avdelingen var på daværende tidspunkt preget av usikkerhet om hvordan sjekklisten skulle brukes.

Formålet med oppgaven er å få kunnskap om hvilke erfaringer og synspunkt andre operasjonssykepleiere opplever med bruk av sjekklisten i sin arbeidshverdag. Deres erfaringer og opplevelser er basert på praktisk bruk av «Trygg kirurgi». Det de videreformidler om sine erfaringer, kan bidra til å skape forståelse for hvordan bruk av «Trygg kirurgi» erfares i operasjonsavdelinger.

På bakgrunn av beskrivelsene i delkapitlet *1.1 Presentasjon av tema* og *1.2 Formål og problemstilling*, ble følgende problemstilling valgt for min masteroppgave i helsevitenskap:

Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med bruk av sjekklisten «Trygg kirurgi»?

Det ble ut ifra oppgavens problemstilling, valgt en kvalitativ metodisk tilnærming. Datainnsamlingen ble foretatt ved hjelp av semistrukturerte individuelle intervju.

1.3 Avgrensning

Anvendelsen av «Trygg kirurgi» skal involvere hele det kirurgiske teamet på en operasjonssstue. Et kirurgisk team består av minimum et medlem fra minst fire faggrupper; anesthesi- og operasjonssykepleier, kirurg og anestesilege. Denne studien begrenser seg imidlertid til intervjuer med operasjonssykepleiere og ledere¹ vedrørende deres erfaringer med bruk av sjekklisten. Denne avgrensningen er gjort siden det var koordinerende

¹ Betegnelsen ledere er brukt, da dette er informanter som har andre arbeidsoppgaver utover det å være operasjonssykepleier, som for eksempel undervisningssykepleier, avdelingsleder, seksjonsleder etc.

operasjonssykepleier i operasjonsteamet som i utgangspunktet fikk oppgaven med å gå gjennom sjekklisten. Gawande (2010) som utviklet sjekklisten på vegne av WHO, mente at ved å gi sykepleiere oppgaven med å gå gjennom spørsmålene i sjekklisten, kunne det samtidig være med på å bygge ned den hierarkiske strukturen på operasjonsstua. Ved å intervju operasjonssykepleiere, kan de fortelle om sine erfaringer med å gjennomføre «Trygg kirurgi» i løpet av et pasientforløp.

1.4 Forforståelse

Det at vi forstår verden ut fra våre forforståelser, er et generelt trekk ved mennesket (Kvale og Brinkmann 2009). Forforståelsen handler om våre erfaringer, faglig perspektiv og det vi har tilegnet oss av kunnskap om et tema gjennom lesning (Malterud 2011). Det kan også være forforståelsen som i utgangspunktet skapte interesse for et tema, og som ga motivasjon for å undersøke fenomenet nærmere.

Min utgangsposisjon formes av teoretiske kunnskap, faglige perspektiv og egne erfaringer som jeg bringer med meg inn i prosjektet. Corbin og Strauss (2008) sier at hvordan mennesker erfarer hendelser, og den mening de gir til disse erfaringene, ikke vil være komplett før de blir satt inn i en større betingelsesramme eller sammenheng. En del av sammenhengen vil være forskerens forforståelse. Det er derfor nødvendig å identifisere egen erfaringsbakgrunn og rolle før jeg går videre i presentasjonen av oppgaven.

1.4.1 Fordeler og ulemper med å forske i min bakgård

Informantene i denne studien er operasjonssykepleiere. Jeg er selv utdannet og arbeider i yrket. Det vil være både fordeler og ulemper med å gjennomføre et prosjekt som har basis i forskerens eget arbeidsområde (Creswell 2007; Thagaard 2010; Malterud 2011).

Når det gjelder tema for oppgaven, kan det være lettere å oppnå en forståelse av informantenes situasjon (Thagaard 2010). Flere av opplevelsene kan bygge på det samme erfaringsgrunnlaget. I min jobb som operasjonssykepleier utfører jeg selv sjekklisten «Trygg kirurgi». Det gjør at jeg har en egen erfaringsbakgrunn med bruk av sjekklisten. Samtidig kan det være med på å påvirke studien negativt. En ulempe handler om å gå inn i studien med forutinntatte holdninger. Forforståelsen er med på å påvirke måten data både blir

samlet inn og lest på (Malterud 2011). Videre kan forforståelsen være et hinder for fortolkning hvis forskeren ser kun det som hun/han forventer å finne (Smith et al. 2009).

Det var derfor nødvendig å være bevisst på om jeg søkte etter erfaringer med sjekklisten som var med på å bekrefte eller underbygge egne opplevelser. Rent konkret handlet det om å være oppmerksom på om jeg søkte bekreftelse på egne erfaringer, eller om jeg var åpen for at informantene hadde andre erfaringer enn det jeg hadde. Det vil bli kommentert nærmere i *5.1.2 Studiens validitet*.

En åpenbar fordel ved å forske innenfor eget arbeidsområde, handler blant annet om det praktiske. Siden informantene tilhører min egen yrkesgruppe, kjenner jeg til mange av deres arbeidsoppgaver i en operasjonsavdeling. Det praktiske handler også om å kjenne til skrevne og uskrevne regler på hvordan man beveger seg inne på en operasjonsavdeling. Siden en operasjonsavdeling blir betegnet som grønn sone, innebærer det å ha korrekt bekledning i form av grønn uniform og hette inne på selve operasjonsavdelingen. Beveger man seg utenfor den grønne sonen, skal det benyttes en hvit frakk over uniformen. Samtidig skal den hvite frakken ikke benyttes i grønn sone. Hvor sonen begynner og slutter, er ikke innlysende for noen som ikke er kjent med reglene i en operasjonsavdeling.

Det at jeg selv jobber som operasjonssykepleier, gjør at jeg også er kjent med mange av faguttrykkene som ble brukt av informantene. I intervju situasjonen var det derfor en styrke å ha kunnskap om fagterminologi, slik at jeg da kunne konsentrere meg om innholdet i det informantene fortalte om sine erfaringer.

At jeg kjenner deler av miljøet innen helsetjenesten, er med å bidra til forståelse. Samtidig er det også utfordringer med å undersøke sin egen bakgård (Creswell 2007). Det er en balansegang hvorvidt jeg med min innarbeidede forforståelse er åpen for hvordan andre erfarer, og forstår sin arbeidshverdag. Min kunnskap er blant annet basert på erfaringer på egen arbeidsplass. Siden egen erfaring er basert på utfordringer med bruk av sjekklisten, og mye av litteraturen vedrørende sjekklisten omtaler utfordringer, var det grunn til å anta at informantene hadde de samme erfaringer. Men selv om operasjonssykepleierne opplever utfordringer, er ikke deres forklaringsbakgrunn, sammenfallende med det som blir omtalt i litteraturen. Et eksempel er spørsmålet «Er alle i teamet presentert for hverandre med navn og funksjon?». I studien til Vats et. al. (2010) opplevde informantene det som et ubehagelig og

uvalt spørsmål å stille til operasjonsteamet. Operasjonssykepleierne som deltok i min studie fortalte at hvorvidt de skulle stille spørsmålet eller ikke var basert på vurderinger de gjorde før inngrepet startet. Dette vil jeg komme nærmere inn på i kapittel 4 *Presentasjon av funn*.

En annen utfordring kan være at informantene er kollegaer. De er ikke kollegaer i den forstand at vi jobber innenfor samme fagfelt når det gjelder type kirurgiske inngrep. Men de er kollegaer ved at vi har samme yrkesbakgrunn som operasjonssykepleier. Det var et bevisst valg å intervju operasjonssykepleiere ved arbeidsplasser hvor jeg ikke var kjent med rutinene når det gjaldt bruk av «Trygg kirurgi». Det kan bidra til å dempe forforståelsen.

Min forforståelse vil også være knyttet til den teoretiske kunnskapen om «Trygg kirurgi». Siden sjekklisten er tema for masteroppgaven, har jeg brukt mye tid til å lese gjennom litteratur omkring temaet. Det kan samtidig bidra til at min teoretiske forståelse er basert på et annet teorigrunnlag enn hva informantene har om emnet. Søk etter litteratur og de valg som er foretatt i forhold til hvilken litteratur som blir benyttet i oppgaven, er basert på egne vurderinger.

1.5 Bakgrunn for sjekklisten «Trygg kirurgi»

Bruk av sjekklister innen kirurgi har som mål å redusere pasientskader, ved å forbedre sikkerheten til pasienter som skal gjennomgå kirurgiske inngrep (Gawande 2010). I boka *The Checklist Manifesto* beskriver kirurg Gawande (2010), hvordan han på oppdrag fra Verdens Helseorganisasjon (WHO), i 2007 utarbeidet sjekklisten «*Safe surgery saves lives*». Han søkte råd og erfaringer hos utviklerne av sjekklister som benyttes i flyselskapet *The Boeing Company*, i Seattle, USA.

Både luftfart og kirurgi handler om komplekse prosedyrer og prosesser som må gjennomgås, for å sikre en sikker behandling av passasjerer og pasienter. Innen luftfart er bruk av sjekklister en etablert prosedyre (Gawande 2010; Weiser et al. 2010). En sjekklister kan defineres som:

A formal list used to identify, schedule, compare or verify a group of elements or...used as a visual or oral aid that enables the user to overcome the limitations of short-term memory (Weiser et al. 2010: 365).

Innen luftfart blir det brukt sjekklister i ulike faser av en flygning, som for eksempel før avgang, underveis og ved landing. Som ved flygninger, ble det i arbeidet med å utarbeide en sjekklister for kirurgi, identifisert tre faser i organiseringen av arbeidet ved operasjoner. Dette er faser som utgjorde naturlige pauser i pasientforløpet ved en operasjonsavdeling. Den første fasen er når pasienten kommer til operasjonsavdelingen og før pasienten får anestesi, den andre fasen er før operasjonsstart og den siste fasen er før pasienten forlater operasjonsstua (Gawande 2010; Weiser et al. 2010).

1.6 Presentasjon av sjekklisten «Trygg kirurgi»

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2012) har med utgangspunkt i WHO's «Surgical safety checklist», utarbeidet en norsk standardisert utgave av sjekklisten. Det finnes imidlertid en rekke utgaver av sjekklisten, avhengig av om den enkelte arbeidsplass har valgt å foreta endringer (for eksempel fjerne, evt. legge til spørsmål). Sjekklisten i vedlegg 4 er en utgave av «Trygg kirurgi» som benyttes ved en seksjon hvor noen av informantene i studien arbeider.

Det er anbefalt at alle medlemmene i et kirurgisk team skal være samlet for å bekrefte at sikkerhetstiltak i forbindelse med kirurgi er utført (Gawande 2010). Ved å lese opp spørsmålene i sjekklisten utveksles relevant informasjon mellom medlemmene i operasjonsteamet. Spørsmålene skal minne teamet om oppgaver som hvis glemmes, kan få alvorlige konsekvenser for pasienten (Weiser et al. 2010). En muntlig bekreftelse om pasientens identitet og hvilken operasjon som er planlagt, skal sikre at rett pasient får utført riktig kirurgi på rett sted. Videre skal sjekklisten sikre at alle i teamet blir gjort kjent med om det er risikofaktorer ved anestesi eller ved selve inngrepet. Sjekklisten er inndelt i tre deler, hvor spørsmålene i hver del representerer viktige sikkerhetstiltak.

1. **Forberedelse** før innledning av anestesi.

Spørsmålene i denne delen av sjekklista skal blant annet bekrefte at det er riktig pasient (identitet), riktig sted (operasjonsfelt), hvilket inngrep pasienten skal få foretatt og om pasienten har piercing, eventuelt om det er fjernet² (Nasjonal enhet for pasientsikkerhet 2009).

² Pasienten skal ikke ha metall på kroppen (piercing, smykker eller ringer). Metallet kan gi brannskader ved bruk av strøm under operasjon.

2. **Time-out** før operasjonsstart.

Dette er en kort pause før operasjonen starter. Det første spørsmålet «Er alle i teamet presentert for hverandre med navn og funksjon?» skal i tillegg til at den enkelte blir gitt anledning til å presentere seg, sikre at alle i teamet får mulighet til si noe før oppstart av operasjon. Bakgrunnen for dette spørsmålet er at det har vist seg at å gi tilbakemelding om for eksempel feil, er enklere når teammedlemmer er kjent med den enkeltes navn og funksjon (Gawande 2010). Ved gjennomgang av sjekklisten skal det være en muntlig bekreftelse fra det kirurgiske teamet, blant annet om anestesien er trygg og antibiotika er gitt (Haynes et al. 2009). I tillegg kan en gjennomgang av «Time-out» før et kirurgisk inngrep, vise om det for eksempel mangler utstyr eller prøvesvar. Det vil være tryggere at det blir oppdaget før inngrepet starter, enn å løse problemet når operasjonen er kommet i gang (Reynard et al. 2009). Gjennomgang av «Time-out» med opplesning og svar på spørsmålene, er beregnet til å ta mellom 60-90 sekunder (Gawande 2010).

3. **Avslutning** før hovedoperatør forlater operasjonsfeltet.

Gjennomgang av sjekklistens siste del skal utføres før pasienten flyttes ut av operasjonsstuen. Spørsmålet om å bekrefte hvilken operasjon som er utført, er tatt med da inngrepet som opprinnelig var planlagt, kan ha endret seg underveis (Nasjonal enhet for pasientsikkerhet 2009).

I Norge og Storbritannia ble enkelte av spørsmålene i den opprinnelige sjekklisten til WHO ansett som overflødig. Det gjaldt for eksempel spørsmålet om pulsoksymeter³.

Apparatet blir stort sett benyttet i forbindelse med kirurgi, og spørsmålet ble derfor fjernet fra den opprinnelige sjekklisten (Vats et al. 2010). Det er sannsynlig at spesialiteter innen kirurgi ønsker å endre sjekklisten, slik at den i størst mulig grad er relevant for dem. Men det blir samtidig advart mot å gjøre listen for omfattende eller stryke mange punkt. Spørsmålene er tatt med da det er dokumentert at tiltakene vil redusere faren for å påføre pasienten skade i forbindelse med kirurgiske inngrep (Haynes et al. 2009; Nasjonal enhet for pasientsikkerhet 2009).

Jeg har i dette kapitlet presentert rammeverket for min masteroppgave i helsevitenskap ved å presentere tema og problemstilling. I tillegg har jeg kommet inn på hvordan min

³ Pulsoksymeter er et apparat som måler oksygeninnhold i blodet (Store norske leksikon 2012).

erfaringsbakgrunn som operasjonssykepleier er med på å prege min forforståelse. Før neste kapittel som omhandler teori, vil jeg gi en kort presentasjon hvordan oppgaven er strukturert.

1.7 Oppgavens struktur og oppbygning

Masteroppgaven består av seks kapitler og er disponert på følgende måte;

Innledningen er oppgavens kapittel en. I kapittel to vil det bli presentert teori som er benyttet i oppgaven. Valg av metode og prosessen med datainnsamling vil bli nærmere beskrevet i kapittel tre. I kapittel fire vil det bli gitt en presentasjon av funn med etterfølgende diskusjoner sett lys av teori. Den avsluttende diskusjonen presenteres i kapittel fem. Masteroppgavens konklusjon finnes i kapittel seks. Til slutt er vedlegg som er relevant for oppgaven lagt ved.

2 Teori

I dette kapittelet presenteres den teoretiske referanserammen for studien. Først beskrives prosessen for søk og valg av litteratur. For å sette sjekklisten inn i en kontekst, vil det bli gitt en beskrivelse av kirurgi, hvor rollene til operasjonssykepleier vil bli nærmere omtalt. Siden det finnes ulike måter å klassifisere og forstå feil på, vil det individuelle perspektiv og systemperspektivet bli beskrevet. Til slutt vil det som kjennetegner pålitelige organisasjoner bli presentert, ved å vise til hvordan sikkerhetskultur i slike organisasjoner vektlegges.

2.1 Litteratursøk

Innsamling av data er som tidligere nevnt gjennomført ved hjelp av intervju. Før denne prosessen kunne iverksettes, var det nødvendig å sette seg inn i forskning som er gjort innenfor implementering av «Trygg kirurgi». Det gav i tillegg ideer til spørsmål i intervjuguiden. Videre kan innsikt i forskningsfeltet gi en pekepinn om de funn som er kommet frem, allerede er kjent viten eller bidrar til ny kunnskap.

I søket etter aktuelle artikler, er databasene PubMed, GoogleScholar og ISI-Web of Science benyttet. Søkeordene som ble brukt var «safe surgery», «checklist» «patient-safety» «safety-culture», «WHO» og «operating theatre». Søkeordene ble brukt i kombinasjon og med trunkering, både for å begrense antallet treff, men samtidig få tilgang til aktuelle artikler⁴. Ved å lese sammendragene i artiklene, ga det et raskt svar på om artiklene var relevant i forhold til tema for oppgaven. Referanselisten til artikler som ble med videre, har også bidratt til nyttige tips om aktuell litteratur.

Søk i databasen Bibsys er brukt for å finne bøker som har tema som omhandler pasientsikkerhet og sikkerhetskultur i helsetjenesten. Bibliotekarer ved universitetsbibliotekene på Dragvoll og det medisinske bibliotek på Øya har også bidratt med råd.

Artiklene som er benyttet i oppgaven, er basert på både kvantitative og kvalitative studier. Etter å ha lest gjennom artiklene, ble det klart at forskerne følger to retninger når det gjelder

⁴ Et nytt søk 12.08. 2012 viser at det er publisert flere nye artikler. På grunn av begrenset tid med oppgaven har det ikke vært kapasitet til å lese disse artiklene.

endepunkt i form av resultat eller funn. Resultatene i de kvantitative studiene, viser hvordan bruk av sjekklisten kan bidra til å redusere omfanget av feil, skader og dødsfall i forbindelse med kirurgiske inngrep (Haynes et al. 2009; Vries et al.2010; Pansear et al.2011). De kvalitative studienes funn, omhandler prosessen med implementering av sjekklisten i kirurgiske avdelinger (Lingard et al. 2005; Vats et al.2010; Weiser et al. 2010 og Takala et al.2011).

I studiene til Lingard et al. (2005), Vats et al. (2010) og Takala et al. (2011) er forskerne direkte involvert i implementeringen av sjekklisten ved de kirurgiske operasjonsavdelinger de undersøker. I studien til Vats et al. (2010) var forskerne til stede på operasjonsstuene for å trene, oppmuntre og svare på spørsmål om bruk av sjekklisten. I tillegg minnet forskerne informantene om at sjekklisten skulle benyttes. Takala et al. (2011) sier at instruksjoner i hvordan sjekklisten skulle brukes, ble gitt for å unngå variasjoner i hvordan den ble anvendt mellom ulike sykehus og operasjonsstuer. Det blir i artikkelen også opplyst at forskerne var med for å hjelpe til med å samle sammen, eller søke opp teammedlemmer som manglet ved gjennomgang av sjekklisten.

2.2 Kirurgiske inngrep

I en historisk kontekst ble medisin sett på som en virksomhet som bar preg av enkle, men forholdsvis ineffektive metoder for å hjelpe mennesker med ulike plager. I utviklingen som har ført til det som omtales som den moderne vestlige medisin, er behandlingen både kompleks, effektiv og potensielt risikofyllt (Vincent 2006).

Når det gjelder kirurgiske inngrep er det beregnet at det på verdensbasis gjennomføres 234 millioner operasjoner hvert år, for å behandle ulike plager og redde liv (Haynes et al. 2009). Kirurgiske inngrep kan imidlertid føre til alvorlige komplikasjoner og død. I industrialiserte land er det beregnet at dødsfall skjer hos 0,4 til 0,8 prosent av pasienter som gjennomgår operasjoner. Komplikasjoner som følge av kirurgi blir estimert til å variere mellom 3 til 17 prosent (Vries et al. 2010).

Kirurgiske operasjoner utføres av team bestående av ulike helseprofesjoner. Dette blir nærmere beskrevet i 2.6 *Tverrfaglig sammensetning i team*. Operasjonssykepleiere er en del

av det kirurgiske teamet. Siden utgangspunktet for oppgaven er operasjonssykepleiernes erfaringer, vil yrkesgruppen bli presentert nærmere i det følgende delkapittel.

2.2.1 Operasjonssykepleie

I *Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie* (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005) blir operasjonssykepleierens kompetanse- og ansvarsområder beskrevet.

For å arbeide som operasjonssykepleier kreves det grunnutdanning i sykepleie (bachelorgrad) og videreutdanning i operasjonssykepleie (90 studiepoeng). Arbeidsarenaen kan være operasjonsavdelinger, dagkirurgiske enheter eller poliklinikker ved offentlige eller private sykehus. Pasientmålgruppen er mennesker som pga. akutt kritisk sykdom eller kronisk sykdom/ lidelse har behov for kirurgisk inngrep.

Det er vanligvis to operasjonssykepleiere til stede ved kirurgiske inngrep som krever et sterilt operasjonsfelt. Den ene sykepleieren har en sterilt utøvende rolle. Hun har blant annet ansvar for å kontrollere og klargjøre det medisinsk-tekniske utstyret som skal brukes under operasjonen, og assisterer kirurgen(e) under inngrepet. Den andre sykepleieren har en koordinerende funksjon. Hennes oppgave består blant annet av å ta imot pasienten som skal til operasjon. Under inngrepet er koordinerende operasjonssykepleier bindeleddet mellom det sterile kirurgiske teamet og resten av avdelingen. Operasjonssykepleiere innehar kompetanse for å utøve begge rollene, og veksler som oftest mellom rollene i løpet av en arbeidsdag.

Et operasjonsteam kan bestå av en eller flere kirurger, anestesilege, anestesisykepleier og to operasjonssykepleiere. Avhengig av type kirurgisk inngrep som skal gjennomføres, kan det i tillegg være annet helsepersonell tilstede. For eksempel er perfusjonist (administrerer hjerte – lungemaskin) med under åpne hjerteoperasjoner, mens jordmor kan være en del av teamet ved keisersnitt. Enkelte typer kirurgiske inngrep krever også røntgenpersonell. I tillegg kan studenter innenfor ulike helseutdanninger være med under operasjoner (for eksempel medisin-, fysioterapi-, sykepleie- eller spesialsykepleiestudenter).

2.3 Pasientskader i helsetjenesten

Det var rapporten *To err is human: Building a Safer Health System* (Kohn et al.2000) fra det amerikanske Institute of Medicine, som på alvor satte omfanget av pasientskader på dagsordenen (Peters&Peters 2008; Curell 2011). Rapporten var basert på to studier som estimerte at opptil 90 000 pasienter innlagt ved amerikanske sykehus døde hvert år på grunn av feil begått i løpet av sykehusoppholdet (Kohn et al. 2000). Det ble konkludert med at det høye antall dødsfall, skyldes manglende fokus på arbeid med pasientsikkerhet i helseorganisasjoner.

Pasientskader i forbindelse med behandling (eller på grunn av manglende behandling) skjer i alle ledd i helsetjenesten. Når det gjelder spesialisthelsetjenesten, er det beregnet at halvparten av feilene forekommer i forbindelse med, eller som følge av kirurgi (Einav et al. 2010; Vries et al. 2010). Forskning viser at minst halvparten av disse skadene kan forebygges (Catchpole et al. 2008; Haynes et al.2009).

Konsekvensene av feil rammer først og fremst pasienten som er, eller har vært under behandling, eller mottar pleie av helsetjenesten (Kohn et al. 2000). De fysiske konsekvensene kan variere fra smerter, sårinfeksjoner til katastrofale følger som invaliditet og død (Hjort 2007).

Det er ulike typer skadelige hendelser som kan ramme pasienter i forbindelse med kirurgiske inngrep. At pasienter opplever at det blir operert på feil side, eller at det blir gjennomført feil type inngrep er sjelden, men forekommer (Takala et al.2011). Gjenglemte gjenstander i pasienten, (som f.eks. kompresser eller instrumenter) er en annen type hendelse som kan forekomme i forbindelse med operasjoner (Makary et al. 2006).

Norsk pasientskadeerstatning (2012) har i perioden 2001-2010 behandlet 105 innmeldte saker vedrørende gjenglemte gjenstander i operasjonssåret til pasienter. De viser blant annet til to tilfeller der gjenglemte utstyr i pasienten etter kirurgi, førte til at pasientene døde.

Manglende eller annen ukorrekt bruk av antibiotika- eller tromboseprofylakse⁵, er en annen type feil som kan forekomme i forbindelse med kirurgi. Antibiotika gitt forebyggende (når dette er initiert), er med på å redusere faren for infeksjoner post operativt. Takala et al. (2011) viser i sin studie til at manglende bruk av antibiotika, forekommer hos femti prosent av operasjonspasientene som skulle ha hatt dette i forbindelse med kirurgi. Tidsfaktoren for når antibiotika blir gitt er imidlertid avgjørende. Antibiotika gitt innen seksti minutter før operasjonen starter, kan redusere faren for infeksjon med opptil femti prosent. Gawande (2010) viser til at selv antibiotika gitt tretti sekunder før hudsnittet blir gjort har effekt.

Når pasienter i møtet med helsetjenesten opplever å bli skadet, eller dør som følge av behandlingen, er det ikke bare pasient og pårørende som blir berørt. Svekket tillitt i befolkningen til både helsepersonell og institusjoner er en annen konsekvens av hendelsen (Hjort 2010). Det vil også være økonomiske ringvirkninger som følge av ekstra behandlinger og/ eller forlenget opphold i helseinstitusjoner. En pasient som utsettes for feil, får forlenget sitt sykehusopphold med mellom seks til åtte dager (Vincent 2006).

2.3.1 Ulike begrep

For å forklare pasientskader som skjer i møtet mellom pasient og helsetjenesten, vil jeg først komme inn på noen sentrale begrep, som brukes for å beskrive hvordan og hvorfor feil oppstår (Vincent 2006; Reason 2008). Hvilke begrep som benyttes er blant annet avhengig av hva som var årsaken(e) til at det oppsto en feil, og hva som ble resultatet av det som skjedde (Vincent 2006). Det er viktig å være bevisst på hva som skal kategoriseres som feil eller skade på grunn av behandling i helsetjenesten, kan være en vanskelig oppgave å vurdere. Et eksempel er når behandlere i helsetjenesten tar sjansen på at det kan oppstå komplikasjoner ved å behandle en pasient, men at dette valget blir tatt med hensyn til å redde liv (Aase 2010).

Det blir i oppgaven benyttet litteratur som er skrevet på norsk eller engelsk. Sammenlignet med norsk, har det engelske språket langt flere ord for å beskrive feil. Siden oppgaven er skrevet på norsk, vil ikke mangfoldet av begrep som finnes i det engelske språket for å

⁵ Trombose er blokkering av en blodåre pga. blodpropp (trombe) inne i åren. Blodpropp i de dype vener i bekken eller føtter, er en hyppig komplikasjon etter kirurgiske inngrep (SNL 2012). Tromboseprofylakse (forebygging av blodpropp) betyr at medikamenter som blir gitt før eller etter operasjon, kan forhindre at pasienten får blodpropp.

forklare feil komme frem. Men det er viktig å forklare hva som er forskjellen mellom begrepene, fordi de samtidig sier noe om årsaken(e) til at det oppsto feil (Reason 2008).

Peters & Peters (2008) bruker ordet medisinske feil (medical error) for å beskrive det som skjedde. Deres begrunnelse for å bruke dette begrepet, er at ordet har et bredt nedslagsfelt, som går utover det at det er et menneske som har gjort feil (human error).

Det kan argumenteres for at feil (error) er en naturlig og påregnelig del av helsetjenesten. Først når hendelsen skyldes en forsømmelse (negligence) er det grunnlag for rettsforfølgning (Vincent 2006). Den uheldige sammenblanding av feil og forsømmelse har ført til en overdreven og uheldig bruk av rettsapparatet i mange land. Det har vært skadelig for alle parter og har det ført til det som blir betegnet som en ”defensiv medisin”, som er basert på mistillit hos pasienten, og frykt hos legen. Følgende av dette karakteriseres som en ineffektiv, dyr og dårlig helsetjeneste. En helsetjeneste som er basert på tillit er bedre, både for pasienter og de som tilbyr helsehjelp (Hjort 2007).

Både den norske og engelskspråklige litteraturen som er brukt i oppgaven, benytter ord som uheldig, uønsket eller utilsiktet hendelse (adverse events) for å beskrive noe som ikke er ønsket, og som bør forebygges (Vincent 2006; Hjort 2007; Reason 2008). Begrunnelsen for å bruke disse begrepene er at de er verdinøytrale (Aase 2010). Kritikken mot å bruke ord som uheldig eller uønsket, handler om at det kan oppfattes som om det blir maskert at det er blitt gjort feil (Vincent 2006). Videre er ønsket om at det benyttes begrep som uheldig hendelse i stedet for feil, begrunnet i at når feil skjer, bør det betraktes i et systemperspektiv i stedet for et individperspektiv (Hjort 2007). I litteraturen er det imidlertid ikke en konsekvent bruk av disse begrepene. Det blir i oppgaven derfor benyttet både feil og uheldig/ uønsket hendelse for å beskrive det som skjer. For å sette begrepene inn i en større sammenheng vil individ- og systemperspektivet bli beskrevet nærmere.

2.4 Det individuelle perspektiv og systemperspektiv

Mennesker gjør feil, «to err is human» (Kohn et al.2000; Vincent 2006). Erkjennelsen om at mennesker gjør feil, handler om at mennesker har begrenset hukommelse. Det resulterer i at selv den mest erfarne arbeidstaker kan og gjør feil (Vincent 2006; Reynard et al. 2009).

En årsak til feil kan tilskrives svikt i det som omtales som ikke-tekniske ferdigheter. Dette er ferdigheter som kommunikasjon og samarbeid (Lingard et.al 2004; Mitchell et al. 2010).

Lindgard et al. (2004) beskriver dette ved å vise hvordan kommunikasjon innad i et team kan bidra til at det oppstår feil. Det kan for eksempel være misforståelser, unnvikende svar eller mangel på svar.

Det finnes ulike måter å kategorisere feil på. Det er ikke uten betydning hvordan de blir klassifisert. Vincent (2006) og Reason (2008) inndeler feil ut fra om de forklares i et individ- eller systemperspektiv.

2.4.1 Det individuelle perspektiv

Det individuelle perspektivet har en tilnærming som tar utgangspunkt i at det er en person som er opphav til at det skjer feil (Reason 2000). Denne måten å betrakte enkeltpersoners ansvar for feil, har vært den vanlige tilnærmingen i helsetjenesten (Vincent 2006; Westphal et al. 2010)

Feil som blir forklart ut fra at det er et menneske som har skylden, blir tilskrevet mentale prosesser som for eksempel uoppmerksomhet, glemsomhet, uforsiktighet eller likegyldighet. I et individuelt perspektiv, blir disse forholdene sett på som menneskelige egenskaper som kan kontrolleres av individet, og vedkommende har derfor skyld i at det skjedde en feil. Dette synet blir forsterket av en medisinsk kultur som setter likhetstrekk mellom det å ta feil, og inkompetanse (Reason 2008).

Siden det er individet som blir sett på som en upålitelig del av et større system, kan løsningen være automatisering, slik at menneskers bidrag til feil unngås. Det kan være å finne tekniske løsninger, fordi mennesker er en del av komplekse systemer. Et eksempel er å tenke helhet i hvordan et anesthesiapparat er designet, fordi mengden informasjon kan bli mistolket i kritiske situasjoner (Vincent 2006).

Sosiologen Charles Bosk (2003) etnografiske studie av leger ved to avdelinger på et sykehus i USA, er et eksempel på hvordan leger kategoriserer feil i et individuelt perspektiv. Feil blir inndelt i ulike kategorier, som går på om feilen er teknisk (manglende praktiske ferdigheter) eller normativ. Hvilken kategori feilen faller inn under har stor betydning når det gjelder

hvordan omgivelsene reagerer. Å gjøre en feil under et kirurgisk inngrep kan være akseptert som en del av en læreprosess. Det blir akseptert av andre leger når vedkommende under opplæring tar lærdom av feilen, men det er ikke akseptert å gjøre den samme feilen flere ganger. De normative feilene handler om manglende oppfyllelse av de forventninger som knytter seg til en rolle.

Feil som begrunnes på individnivå kan også skyldes handlinger (slips and lapses). Det er feil som skjer når en person vet hva hun eller han skal gjøre, men oppgaven ikke går som planlagt. «Slips» er handlinger som kan observeres, og har sin årsak i manglende oppmerksomhet. «Lapses» blir beskrevet som indre hendelser og skyldes at man glemmer å utføre en handling. Slike feil skjer gjerne under utførelse av rutineoppgaver. De er ofte assosiert med en eller annen form av distraksjon, enten fra omgivelsene eller at personen som skal utføre handlingen tenker på noe annet (Reason 2008).

En annen type feil, er misforståelser (mistakes). Dette er feil som skyldes at en person ikke følger den riktige prosedyren, eller at vedkommende ikke vet hvilken prosedyre som skal brukes (Vincent 2006; Reason 2008).

Reason (2008) beskriver videre feil (errors) som kan kategoriseres som utilsiktet, hvis den ikke ble utført bevisst. Det er feil som skjer på grunn av menneskers begrensning når det gjelder tenkning og hukommelse. Brudd eller overtredelser (violations) er handlinger som utføres med overlegg. Det kan være handlinger i form av avvik fra prosedyrer eller rutiner. Det vil ikke nødvendigvis være slik at den som utførte handlingen ønsket at det skulle resultere i en feil, men at den som utførte regelbruddet håper at det ikke får noen konsekvenser denne gangen. Dette er feil som skjer på grunn av holdninger, motivasjon eller arbeidsmiljø.

Resultat av kirurgi har tradisjonelt blitt betraktet som avhengig av de tekniske ferdigheter til den enkelte kirurg (Bosk 2003; Weigmann et al. 2010). Denne forklaringsmodellen er ikke tilstrekkelig når det viser seg at de fleste unngåelige uheldige hendelser innen kirurgi ikke skyldes tekniske feil, men det som omtales som ikke tekniske ferdigheter som kommunikasjon og samarbeid (Lingard et al. 2004; Panesar et al. 2011).

Når det er individet som får skylden for at det skjer en feil, omtaler Reason (2000) det som «people at the sharp end». Det er sykepleieren, kirurgen eller anestesilegen som får skylden. I Reasons sveitserostmodell (se Fig. 1, kapittel 2.5.3) vil det være personer i den siste osteskiven i figuren.

I et perspektiv som gir individet skyld i hendelsen, vil trusselen om rettsak, omskolering eller endring av prosedyrer være aktuelle reaksjoner på det som skjedde. Sanksjoner som suspensjon eller offentlig fordømmelse, blir benyttet når feilen(e) har særlig alvorlige konsekvenser (Reason 2008). I den engelskspråklige litteraturen, blir sanksjonene beskrevet som «name, blame and shame» (Vincent 2006; Reason 2008). I en norsk språkdrakt kan reaksjonene oversettes til syndebukk (Hjort 2007). Det rettslige perspektivet på feil og medisinsk uaktsomhet bygger på personlig ansvarlighet (Vincent 2006).

2.4.2 Systemperspektiv

I et system- eller organisatorisk perspektiv, er det ikke tilstrekkelig å betrakte individet som utfører en handling, som årsak til at det oppstår feil. Både individets kognitive ressurser og adferd blir påvirket av miljø og organisatoriske prosesser (Vincent 2006; Reason 2008). En grunnleggende forutsetning når det gjelder å betrakte feil innenfor et system- eller organisasjonsnivå, er erkjennelsen om at mennesker gjør feil (Kohn et al.2000). I stedet for å fokusere på menneskelig atferd, blir uheldige hendelser betraktet som en konsekvens av hvordan systemer er organisert (Reason 2000). Hvis systemperspektivet skal oversettes til helsetjenesten, handler det om at når feil skjer innen kirurgi, forekommer feilen i et team, og må betraktes som en systemfeil (Takala et al. 2011).

Systemperspektivet bygger på at systemer eller organisasjoner skal ha sikkerhetsmekanismer eller barrierer som skal fange opp feil, før de får uønskede konsekvenser (Reason 2000).

Rather than being the instigators of an accident, operators tend to be the inheritors of system defects...their part is usually that of adding the final garnish to a lethal brew whose ingredients have already been long in the cooking (Reason 1990: 173)

Sitatet til Reason peker på at det er mer sannsynlig at den eller de som er til stede når feilen skjedde, snarere er arvtagere enn opphavsmenn til feilen. Årsaken(e) til feil må derfor betraktes som en konsekvens av problematiske forhold i miljøet mennesker jobber innenfor.

Det er flere faktorer som har vært med på å skape en bevissthet omkring systemiske årsaker til feil innen helsetjenesten. Allerede i rapporten «To err is human» (2000) ble det slått fast at i arbeidet med å redusere pasientskader, er det nødvendig å betrakte feil som skjer i helsetjenesten som systemfeil, i stedet for å skyldte på individet.

2.5 Sikkerhet

Reason (2008) hevder at det er enklere å beskrive og kvantifisere ulykker, skader og dødsfall enn å forklare hva som menes med sikkerhet.

Han begrunner det med at sikkerhet både har et negativt og et positivt aspekt. Den negative siden kommer til uttrykk gjennom uheldige hendelser som ulykker og skader. Den positive siden står i relasjon til mål som reflekterer en organisasjons «helsetilstand» sett i lys av produksjon og sikkerhet. Sikkerhetsprosedyrer, regler og reguleringer er skrevet først og fremst for å kontrollere atferd i vanskelige eller risikofylte situasjoner.

Dårlige prosedyrer er verktøy som ikke er egnet eller gir gal informasjon. Andre faktorer som truer sikkerhet er rutiner som ikke er gjort kjent, som har gått ut på dato, som brukerne ikke visste hvor de kunne finne, ikke har forstått eller rett og slett ikke var skrevet for den spesielle oppgaven. Et miljø med slike kulturelle mønster utvikler seg sakte, men undergraver sikkerhet og moral. Vi er mer formbar enn vi liker å tro, og til en viss grad utvikles gode eller dårlige vaner i henhold til den rådende etos som omgir oss (Vincent 2006).

Det er en rekke organisasjoner som arbeider i miljø, hvor konsekvensene av feil eller uheldige hendelser kan få svært alvorlige følger(Reynard et al.2009). Enkelte virksomheter blir omtalt som pålitelige organisasjoner⁶, og i det påfølgende kapittelet vil det bli gitt en beskrivelse hva som kjennetegner disse organisasjonene.

2.5.1 Hva kjennetegner pålitelige organisasjoner?

Pålitelige organisasjoner opererer i høy-risiko miljø, men har redusert antall ulykker ved å ha fokus på sikkerhet. Eksempler på slike organisasjoner er; kommersielle flyselskap, europeiske

⁶ På engelsk blir organisasjonene omtalt som high reliability organizations (HROs). Pålitelige organisasjoner er min egen oversettelse av begrepet.

og japanske passasjertog, kjernekraftverk, oljeindustrien og brannvesen (Reynard et al.2009). Organisasjonene har arbeidet målrettet med å skape sikre virksomheter, blant annet på bakgrunn av en historie preget av svært alvorlige ulykker. Atomkraftverkulykken i Tsjernobyl (1986) og flyulykken på Tenerife (1977) hvor 583 mennesker døde, er eksempler på slike ulykker. Det var flyulykken på Tenerife, som blir omtalt som verdens verste flyulykke, hvor sikkerheten innen luftfart tok en ny retning. Selv om luftfarten allerede på det tidspunktet brukte sjekklister, viste ulykken at det ikke var tilstrekkelig for å forhindre at to fly kolliderte. I ettertid viste det seg at faktorer som kommunikasjon, samarbeid, fokus på håndtering av feil og arbeidskultur, må være en del av arbeidet med å forebygge feil. Dette er faktorer som blir omtalt som *crew resource management, CRM* (Sax et al. 2009). Flyselskap bruker CRM som treningsprogram for å simulere eller etterligne aktiviteter i et klinisk miljø (Husebø og Rystedt 2010). De trener på kommunikasjon og samarbeid ved å ta utgangspunkt i ulike situasjoner som kan oppstå.

Bruk av sjekklister er en etablert del av kulturen i pålitelige organisasjoner (Reynard et al. 2009). Sjekklister i fly blir ikke bare benyttet i de ulike fasene av en flytur. Det finnes egne sjekklister for situasjoner i løpet av en flytur som avviker fra rutinen. Er det nødvendig å avvike fra etablerte prosedyrer, må det kunngjøres til resten av teamet hvorfor og hvordan (Reynard et al. 2009). Innen luftfart er det etablert en forståelse for at det er menneskelig å gjøre feil. Flygere aksepterer nødvendigheten av at det benyttes standardiserte arbeidsprosedyrer. Derfor kan kulturen innen luftfart i dag karakteriseres som en disiplinert bruk av prosedyrer og sjekklister (Weiser et al.2009).

I organisasjoner som blir omtalt som pålitelige, blir det ikke betraktet som tilstrekkelig å innføre prosedyrer, og anta at de blir fulgt. Ledelsen i organisasjonene overvåker aktivt om prosedyrene blir etterfulgt etter ønsket standard. Hvis standard ikke følges, kan det være på grunn av at prosedyren ikke fungerer etter intensjonen. Det er derfor nødvendig med en aktiv og kontinuerlig ledelse, som blant annet overvåker og gir tilbakemelding på hvordan piloten fører flyet. Trening i teknikker for å unngå feil, blir betraktet som en vedvarende prosess med gjentatt trening (Reynard et al.2009).

Når sjekklister blir utarbeidet for bruk i fly, er det et krav om at sjekklisten først skal utprøves og evalueres. Det henstilles til at alle ansatte har ansvar for å rapportere tilbake om områder som kan forbedres (Vincent 2006). Dette gjør at sjekklister som i utgangspunktet var

utarbeidet av flyprodusentene, ofte blir endret for å identifisere og formalisere prosedyrer som er spesifikk for det enkelte flyselskap (Weiser et al.2010).

Arbeidstakerne i pålitelige organisasjoner utfører arbeidet sitt ved hjelp av detaljerte instruksjoner. Skulle det imidlertid oppstå situasjoner som kan betegnes som avvik, er personalet er trent til «å stoppe opp for å tenke» før de fortsetter arbeidet (Reynard et al. 2009).

2.5.2 Kultur for sikkerhet

Begrepene sikkerhetskultur eller pasientsikkerhetskultur blir brukt i litteratur som omhandler arbeid med å forbedre sikkerheten for pasienter i helsetjenesten (Vincent 2006; Reason 2008; Nasjonal enhet for pasientsikkerhet 2009).

UK`s Health and Safety Commission definerer sikkerhetskultur på følgende måte;

The Safety Culture of an organization is the product of the individual and group values, attitudes, competencies and patterns of behavior that determine the commitment to and the style and proficiency of an organization`s health and safety programmes. Organizations with a positive safety culture are characterized by communications founded on mutual trust, by shared perceptions of the importance of safety and by confidence in the efficacy of preventive measures (Reynard et al. 2009: 69).

I sitatet blir kulturen for sikkerhet i en organisasjon blant annet definert som individets og gruppens holdninger og verdier. Alle i en organisasjon bidrar til kulturen på en eller annen måte. Vincent (2006) sier om kultur at det kan beskrives som; «*The way we do things here*».

Kulturen i helsetjenesten er blitt sett på som tradisjonell, hvor helseprofesjonene er organisert i en hierarkisk struktur (Lingard et al. 2004; Weiser et al.2010; Vats et al. 2010). Blant annet har det gitt seg utslag i at medisinske team karakteriseres som enevelder (Weiser et al. 2010). Det er som tidligere nevnt med tanke på å utjevne hierarkiet på operasjonsstua, som var begrunnelsen for å gi operasjonssykepleieren oppgaven med å gjennomføre sjekklisten (Gawande 2010; Vats et al. 2010).

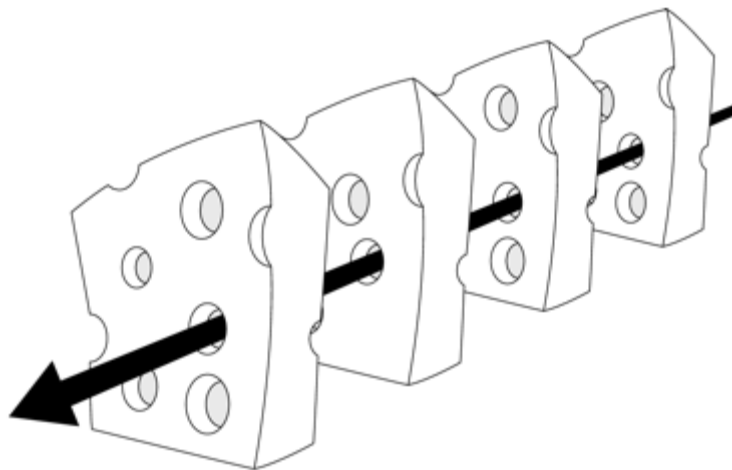
Å skape og opprettholde en sikkerhetskultur krever en systematisk og kontinuerlig prosess over tid. Luftfarten har vist at ved å ha fokus på å håndtere feil, blant annet ved en systematisk og disiplinert bruk av sjekklister, kan menneskelige feil reduseres til svært lave nivå.

Helsetjenesten har på sin side en kultur som verdsetter et høyt nivå av kunnskap, bedømmelse og ekspertise (Reynards et al. 2009). I motsetning til helsetjenesten, som er bygget på myten om medisinsk ufeilbarlighet, er organisasjoner innen for eksempel luftfart, basert på erkjennelsen om at mennesker kan, og vil begå feil (Reason 2008). Helsetjenesten har hatt problemer med å utvikle og etablere systemer for sikkerhet. Løsningen har vært å adoptere og tilpasse konsept (for eksempel sjekklister) som allerede er utviklet innen pålitelige organisasjoner (Reynard et al. 2009).

I neste delkapittel vil jeg komme inn på hvordan bruk av sjekklister er en av barrierene som kan forhindre at feil fører til skade.

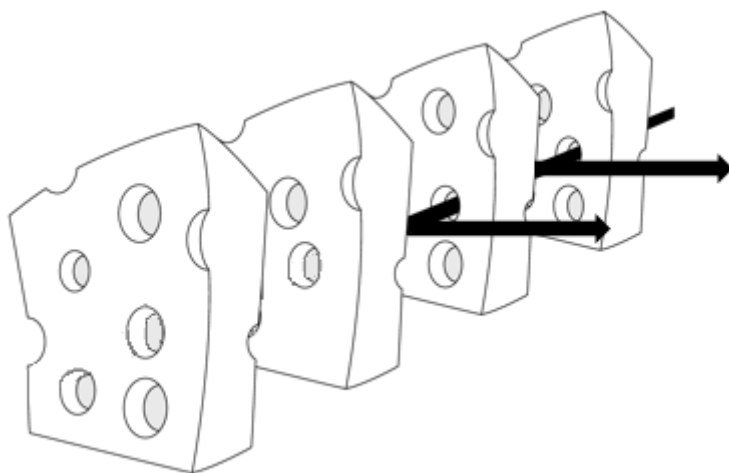
2.5.3 Sveitserostmodellen

Barrierer eller forsvar mot feil kan være tekniske (alarmer), mennesker (piloten eller kirurgen og/eller prosedyrer (Reason 2000). Deres funksjon er å beskytte mot fare eller risiko. Men barrierer eller forsvar er som sveitserostskiver, fulle av hull. At det er hull i den enkelte osteskive, trenger ikke representere en fare i seg selv. Men skade kan oppstå når hullene i osteskivene danner en bane som feilen slipper gjennom (Reason 2000; 2008). Figur 1 viser hvordan en rekke barrierer svikter. Feilen forplanter seg gjennom flere ledd uten å bli oppdaget.



Figur1: Sveitserostmodell nr.1(Reason 2000)

Reason (2000) viser hvordan en feil blir oppdaget og korrigert, for eksempel ved bruk av en prosedyre. Dette synliggjøres i fig.2.



Figur 2: Sveitserostmodell nr. 2 (egen illustrasjon ut fra Reason 2000)

For å illustrere sveitserostmodellen Fig.2, kan et eksempel fra egen erfaring fra operasjonsstua, vise hvordan bruk av «Trygg kirurgi», kan bidra til at feil blir oppdaget. Se for øvrig 2.3. *Pasientskader i helsetjenesten*, hvor betydningen av antibiotika til riktig tid blir beskrevet.

En pasient skal gjennomgå et planlagt kirurgisk inngrep for å få en leddprotese. Pasienter som får satt inn et kunstig implantat i kroppen, skal ha antibiotika intravenøst i løpet av 60 minutt før operasjonen for å forebygge postoperativ infeksjon. Ved gjennomgang av «Time-out» og spørsmålet «Er antibiotikaprofylakse fullført de siste 60 minuttene?» blir det oppdaget at pasienten ikke har fått antibiotika. Kirurgen gir beskjed til anestesisykepleier om å gi pasienten antibiotika før operasjonen kan starte. Årsak til at pasienten ikke hadde fått antibiotika på forhånd, var at det ikke var forordnet på pasientens medisinkurve.

Ved å gå gjennom sjekklista ved operasjonsstart, ble det oppdaget at pasienten ikke hadde fått antibiotika. Sjekklista kan da illustreres som ostskeive nummer to fra høyre i Fig. 2. At pasienten ikke hadde fått antibiotika (en feil illustrert som den svarte pilen) ble oppdaget og korrigert. Hadde det derimot ikke vært en sjekklistegjennomgang, er det ikke sikkert at det ville blitt oppdaget at pasienten ikke hadde fått antibiotika før etter operasjonen. Beskrivelse av hendelsen vil da være som illustrert som i Fig. 1.

2.6 Tverrfaglig sammensetning i team

Tradisjonelt har operasjonsteam blitt betraktet som en gruppe bestående av flere disipliner. De ulike fagområdene utfører sitt arbeid separat, i stedet for å se på seg som en samlet enhet (Bleakley et al. 2006). Det viser seg for eksempel ved at operasjonsteam (vanligvis) ikke kommer sammen før en operasjon for å diskutere eller utveksle informasjon. Bestemmelser blir derfor ofte gjort uten at alle i teamet er til stede (Lingard et al. 2004).

Den tverrfaglige sammensetningen av team i helsetjenesten er en utfordring i arbeidet med å forbedre pasientbehandling. Selv om medlemmene har et felles ansvar for pasienten, har de på samme tid ulike oppgaver de skal utføre (Weigmann et al. 2010). I praksis viser det seg i hvordan de enkelte disipliner i operasjonsteamet organiserer arbeidet sitt. Anestesipersonalet har sin sjekk av anestesiaparat og medikamenter som skal gis til pasienten (Lingard et al. 2004). Operasjonssykepleieren har som oppgave å ha kontroll på utstyr som blir brukt under operasjonen. Utstyr skal telles før og etter inngrepet, for å være sikker på at antall instrumenter stemmer (Mitchell et al. 2010; Norsk pasientskadeerstatning 2012). Oppgavene den enkelte disiplin i teamet skal utføre, kan på samme tid forsinke eller forstyrre handlingene til de andre i teamet (Weigmann et al. 2010).

Oppfatningen av samarbeid og nytten av en preoperativ orientering er også ulik mellom kirurger og sykepleiere (Carney et al. 2010). Sykepleiere og andre helsearbeidere, kan oppfatte kommunikasjon med leger som problematisk, selv om ikke kirurgene deler denne oppfatningen (Connelly 2011). I en studie vedrørende oppfattelsen av samarbeid i operasjonsteam, viste at av kirurgene var det 73 prosent som karakteriserte samarbeidet på operasjonsstua som godt. Derimot mente sykepleierne og anestesileger det samme i 25 prosent av tilfellene (Sax et al. 2009). En forklaring på den ulike oppfatningen av kommunikasjon blir gitt i det følgende sitatet:

Nurses are taught to communicate using the “story of the patient,” while physicians are trained to communicate using the “headlines” (Makary et al. 2006:748).

Det blir ytterligere forsterket ved at et godt samarbeid av sykepleiere blir beskrevet som at deres innspill blir respektert. Legene karakteriserer samarbeid som bra når sykepleierne forutser deres behov og følger deres instruksjoner (Carney et al. 2010).

Det kan være noe av forklaringen på hvorfor helsetjenesten sammenlignet med luftfart, har vist seg å være resistent mot å innlemme prosedyrer som eksisterer innen luftfart (Reynards et al. 2009; Weiser et al. 2010). Den tradisjonelle kulturen innen kirurgi er rigid, og det viser seg ved at endringer blir motarbeidet. Dette gjelder også implementering av en sjekkliste, som ikke har vært en del av den tradisjonelle praksis (Weiser et al. 2010).

2.7 Kirurgiske team

En felles sjekkliste har som formål å endre teammedlemmers atferd (Lingard et al. 2005). Derfor vil implementering av en sjekkliste, kreve en endring i både organisering av arbeid og individuell atferd (Haynes et al. 2009).

Gjennomførbarhet blir definert som teammedlemmenes villighet, og evne til å innlemme sjekklisten i sine eksisterende arbeidsprosesser (Lingard et al. 2005). Dette blir sett på som et viktig poeng, fordi operasjonsstua er en travel arbeidsplass, hvor hver enkelt profesjon har ulike prioriteringer og betingelser (Lindgard et al 2005).

Kirurger slutter seg gjerne til resten av teamet sent preoperativt, og forlater operasjonsstua tidlig postoperativt (Vats et al. 2010; Wong et al. 2010). Kirurger ønsker ikke å være utilgjengelig, men de har andre arbeidsoppgaver som skal utføres mellom operasjonene. Det kan være å undersøke pasienter, gå visitt på sengeposter eller administrativt arbeid. Arbeid i og rundt operasjonsstua er derfor ikke tilrettelagt for å optimalisere informasjonsflyten rundt kirurgen og resten av teammedlemmene (Vats et al. 2010; Wong et al. 2010).

Lingard et al.(2005) viser til at forskjellig organisering av arbeidet mellom teammedlemmene, var identifisert som en utfordring for å samle medlemmene for sjekklistegjennomgang. Variasjoner i arbeidsflyten blant de ulike profesjonene var derfor en av de største barrierene for å implementere en sjekkliste innen kirurgi. En implementering av en felles sjekkliste, vil derfor kreve tiltak i hvordan arbeidet blir organisert ved operasjonsavdelingen (Lingard et al. 2005). Rent praktisk vil det handle om å samle hele gruppen som skal være tilstede under operasjonen.

2.8 Ulike roller gir ulike løsninger

I den medisinske utdanningen blir det lagt vekt på å utdanne leger som er autonome, og ikke ser medisinske feil i et systemperspektiv (Connelly et al. 2011). De blir derimot sosialisert til å ha en dyp følelse av personlig ansvar for sine pasienter. Dette er leger som har suksess i et miljø preget av konkurranse, og hvor selvstendighet blir favorisert. Resultatet av kirurgiske inngrep blir derfor tillagt tekniske ferdigheter hos den enkelte operatør (Bosk 2003). Dette gjør at kirurger har en sterk følelse av personlig ansvar hvis noe går galt under en operasjon. Det har derfor vært naturlig å sette spørsmålsteget ved kirurgens evner, når resultat av en operasjon ikke ble som forventet. (Bosk 2003; Weigmann et al. 2010). Dette kan være noe av forklaringen på hvorfor det er blitt vanskelig å engasjere leger i pasientsikkerhetstiltak, som har en systemtilnærming (Connelly et al. 2011).

Selv om forskning viser reduksjon i både dødelighet og sykkelighet i forbindelse med bruk av sjekklisten, har spesielt leger vært motvillig til å godta sjekklisten (Takala et al. 2011). Praksis har vært at leger og sykepleiere stoler på egne ferdigheter for å unngå å skade pasienter. Det har vist seg at spesielt sykepleiere har en profesjonell tilfredsstillelse i å løse systematiske feil på lokalt nivå (Takala et al. 2011).

Å benytte prosedyrer i arbeidet er en tilnærming som tradisjonelt har blitt foretrukket av sykepleiere (Wong et al. 2010). Vats et al.(2010) viser til at sykepleiere stort sett var positive til sjekklisten og så den både som en mulighet til å kommunisere bedre og få klarhet i de ressurser som var nødvendig for å gjennomføre det kirurgiske inngrepet.

2.8.1 utfordringer ved gjennomgang av sjekkliste

Det er flere praktiske utfordringer til sjekklistegjennomgangen ved kirurgiske inngrep Vats et al. (2010). Feil brukt, kan sjekklisten potensielt ha en skadelig effekt på sikkerhet og samarbeid på operasjonsstua. Innen luftfart er det kjent at en dårlig utført sjekkliste kan gi en falsk trygghet (Reynard et al. 2009).

Feilaktig anvendelse eller dårlig utført sjekkliste, kan dreie seg om flere forhold.

Ved «Time-out» kan en kirurgs avvisende bekreftelse på spørsmålet om «Er det behov for spesielt utstyr eller ekstra undersøkelser?» gi den sterile operasjonssykepleieren en falsk oppfatning av at det nødvendige utstyret er på plass (Vats et al.2010).

I følge Vats et al. (2010) er mangelfull bruk av sjekklisten er en annen utfordring. Dette gjaldt spesielt «Avslutning før hovedoperatør forlater operasjonsfeltet», som sjelden ble lest opp. Videre ble en hastig gjennomgang, hvor kirurger ga uttrykk for at sjekklistegjennomgangen forsinker arbeidet, gitt som eksempel på dårlig utførelse. Andre eksempel var avvisende svar, som ble stående uimotsagt uten bekreftelse fra andre profesjoner. Videre ble gjennomgang av sjekklisten klassifisert av forskerne som dårlig utført når deler av teamet manglet ved gjennomgangen. Sax et al. (2009) hevder at det er naivt å tro at kirurger vil akseptere formaninger fra ledelsen om å følge spesielle prosedyrer. Kirurger vil ikke akseptere sjekklisten før den fanger opp usikre tilstander eller gjør utstyr tilgjengelig som påskynder prosedyren.

2.8.2 Løsninger på utfordringene?

På tross av de mange fordelene som bruk av sjekkliste kan gi, tar det tid å endre en kultur. Det er fortsatt liten bruk av sjekklister innenfor mange kirurgiske spesialiteter (Weigmann et al. 2010). En grunn er at leger ikke er overbevist om at arbeidsverktøy som sjekklister er tilstrekkelig til å påvirke pasientbehandlingen. Det er ikke nok å si at slike endringer er til pasientens beste. I en tid da det er den evidens-baserte medisinen som gjelder, ønsker leger bevis i form av forskningsresultat (Weigmann et al. 2010).

En annen grunn til at endringer tar tid, er at det krever tid og innsats for å utvikle effektive verktøy og prosesser. Hvis disse ikke er godt nok utformet, vil implementering av verktøy føre til flere problemer enn de løser. En standardisert sjekkliste vil derfor ikke være tilstrekkelig fordi den enkelte kirurgiske spesialitet har sine særegne områder som må gjennomgås før en operasjon. Det er nødvendig å skreddersy innholdet i en sjekkliste, slik at den passer best mulig til den enkelte kirurgiske spesialitet. Det vil derfor kreve forarbeid for at implementering av sjekklister skal lykkes (Weigmann et al. 2010).

Å gi klinikerne en sjekkliste, vil ikke gi dem ressurser til å gjennomføre sjekklisten. Det vil heller ikke skape en sikkerhetskultur som i luftfarten. Å implementere en sjekkliste i praksis krever et samlet pågangsmot for å fremme samarbeid og kommunikasjon (Weiser et al. 2010). Skal implementering av sjekklister lykkes, er det nødvendig at ledere er bevisst den ulike oppfatningen leger og sykepleiere har av samarbeid og kommunikasjon (Carney et al. 2010).

Det vil involvere ledelsen, som må anstrenge seg for å fostre opp en sikkerhetskultur (Sax et al. 2009). Samtidig må ledelsen kommunisere forventninger til sine team (Carney et al. 2010). Det blir videre anbefalt at helseprofesjonene i samarbeid med ledelsen evaluerer sjekklisten slik at den passer den enkelte institusjon. Det er ønskelig at modifiseringer blir gjort for at sjekklisten skal passe inn i en lokal kontekst. Samtidig blir det poengtert at det er uheldig at sikkerhetstrinn blir eliminert, såfremt ikke dette er et trinn som er innarbeidet i en annen prosess som sikrer at de blir utført (Weiser et al. 2010).

2.9 Debatten rundt sjekklisten

En av studiene som «To err is human» (2000) var basert på, slo fast at opp til 98 000 mennesker døde hvert år i USA på grunn av at helsepersonell gjør feil.

Det blir stilt spørsmål til om antall døde i denne og flere andre retrospektive studier stemmer. Kritikken går blant annet ut på at pasienter som ble rapportert som døde på grunn av feil, allerede var svært syke og ville dø uansett (Vincent 2006; Reynard et al. 2009).

Også i Norge blir det stilt spørsmål til resultatet fra en nasjonal studie, som viser at 4723 pasienter døde ved norske sykehus i 2010, på grunn av en skade påført av helsevesenet. I en kronikk i Dagens Medisin stiller seksjonsoverlege og professor dr. med. Hans Flaatten seg spørrende til hvor pålitelig resultatene i studien er. Han hevder blant annet at det er flere svakheter i den metodologiske beskrivelsen, med manglende beskrivelser på hvordan utvalget er trukket (Flaatten 2012).

En motforestilling mot å gjennomgå sjekklisten, er at det hevdes at den dupliserer sjekker som allerede blir gjort i operasjonsteamet (Vats et al. 2010). Et eksempel er anestesisykepleiere som benytter sjekklister når de sjekker anesthesiapparatet, eller operasjonssykepleiere som kontrollerer og teller utstyr og kompresser (Norsk pasientskadeerstatning 2012). Imidlertid involverer ingen av disse sjekkene videreføring av informasjon til hele operasjonsteamet (Vats et al. 2010).

Det er i følge Bosk (2003) lettere å formulere sikkerhetsanbefalinger enn å implementere dem. Dette skyldes at hva som kan karakteriseres som feil er et omstridt tema. Var det som skjedde et resultat av feil? Hvis ja, var feilen forutsigbar og kunne forebygges? Gjorde feilen

en forskjell i resultatet? Bosk (2003) sier videre at feil ikke er hendelser som kan telles. Han mener at i stedet trenger deres eksistens å bli diskutert. Diskusjonen om hva som nøyaktig er, og hva som ikke er en feil, er nødvendig for å forme en følelse av profesjonell ansvarlighet. Han sier videre at hva som kan betraktes som en feil, er et ekstremt eksempel av lokal kunnskap. Skal forsøk på å redusere feil lykkes, må det gripes fatt i hvordan de ansatte definerer feil, forstår deres årsaker og hvordan det kan rettes på. «Name, blame, shame» kulturen i helsetjenesten er med på å hindre en åpen diskusjon om feil. Det er mye å hente i å redusere denne dimensjonen, og da spesielt innen kirurgi (Bosk 2003; Hjort 2007).

I teorikapitlet er det blant annet gitt en teoretisk beskrivelse av organisatoriske- og sikkerhetsmessige forhold i operasjonsavdelingen som kan ha betydning for «Trygg kirurgi». I tillegg er sjekklisten satt inn i en historisk kontekst ved å sammenligne helsetjenesten med det som beskrives som pålitelige organisasjoner. I det neste kapitlet vil det bli gitt en beskrivelse av metode og hvordan datainnsamling er gjennomført.

3 Metode

I dette kapitlet vil jeg beskrive hva som kjennetegner kvalitativ metode. Videre vil det bli gitt en redegjørelse for hvorfor en kvalitativ tilnærming er en egnet metode for å gi svar på problemstillingen i studien. Til slutt vil jeg beskrive prosessen med rekruttering av informanter ved to avdelinger på et sykehus.

3.1 Interpretative phenomenological analysis

Kvalitative metoder tar utgangspunkt i menneskers erfaringer og teorier om fortolkning (hermeneutikk). En kvalitativ tilnærming kan dermed gi mulighet til å oppnå en dypere forståelse av sosiale fenomener (Thagaard 2010). På denne måten kan kvalitativ metode gi tilgang til kunnskap om den indre erfaring hos deltakerne og hvordan mening blir formet gjennom, og i en kultur (Corbin og Strauss 2008). Det finnes imidlertid en rekke ulike analysemetoder innenfor kvalitativ forskning. Jeg valgte å analysere datamaterialet ved å ta utgangspunkt i metoden *Interpretative phenomenological analysis* (IPA) slik den blir beskrevet av Smith et al.(2009). IPA er en metode som bygger på fenomenologi, hermeneutikk og ideografi.

3.2 Fenomenologi

Fenomenologi er den første komponenten i IPA. Fenomenologi tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen som enkeltpersoners erfarer for å oppnå en forståelse av en dypere mening (Thagaard 2010). Når det gjelder fenomenologi som kvalitativ analysemetode, omfatter det en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes eget perspektiv. Siden det var operasjonssykepleierne som fikk tildelt oppgaven med «Trygg kirurgi, var derfor naturlig at erfaringer ble beskrevet fra deres perspektiv. Verden blir derfor beskrevet slik den oppleves av informantene (Kvale og Brinkmann 2009). I en fenomenologisk studie vil det omfatte individer som har erfart fenomenet som skal undersøkes og som kan uttale seg om sine levde erfaringer (Creswell 2007).

Et viktig trinn i prosessen er å finne mennesker eller steder å undersøke for å oppnå kontakt og å etablere forhold til deltakerne slik at de kan bidra med gode data. Informantene kan fortelle om hvordan de opplever sin situasjon og forstår sine erfaringer (Thagaard 2010).

Forskerens oppgave blir å være en oversetter for informantens ord og handlinger (Corbin og Strauss 2008).

Forskning som benytter en fortolkende fenomenologisk tilnærming prøver å forstå andre menneskers forhold til verden. Denne forståelsen vil nødvendigvis være fortolkende, og den vil fokusere på menneskers forsøk på å oppnå mening omkring sine handlinger og det som skjer med dem (Smith et al. 2009).

3.3 Hermeneutikk

Den andre komponenten i IPA er hermeneutikk. Hermeneutikk handler om fortolkning av tekster. Tolkning er en sentral del av den kvalitative forskningsprosessen (Malterud 2011). Målet med fortolkning av en tekst er å oppnå en allmenn forståelse av hva teksten handler om (Kvale og Brinkmann 2009).

I Smith et al. (2009) blir Schleiermachers holistiske syn på fortolkningsprosessen beskrevet. Han hevder at en tekst blir skapt gjennom forskerens arbeid med språket. I tillegg må sedvane og forventninger fra forskerens eget språksamfunn tas med i betraktning. Deler av fortolkningsprosessen blir derfor å forstå teksten. På bakgrunnen av det, kan analyse av en tekst som bygger på en detaljert, omfattende og holistisk fremgangsmåte, gi en forståelse utover det informantene fortalte (Thagaard 2010).

Kunnskap om hva andre mennesker gjør og sier, hva deres handlinger og ytringer betyr, avhenger alltid «av en bakgrunn eller kontekst av andre betydninger, antagelser, verdier, praksiser og så videre (Schwandt sitert i Kvale og Brinkmann 2009:70).

Gadamers skiller mellom forståelsen av tekstens mening og forståelse av personen. Det er tekstens innhold som har forrang. Han hevder at forståelse handler om å forstå innholdet i det som blir sagt. Etter det kan man isolere og forstå andres mening som sådan (Smith et al. 2009).

Veien til forståelse blir ofte beskrevet som en sirkelbevegelse, den hermeneutiske sirkel. Sirkelen er en metafor som forteller om hvordan forståelsen beveger seg, fra del til del fram til en helhet (Smith et al. 2009). Corbin og Strauss (2008) beskriver blant annet dette med å vise

til analyse av data som en prosess som aldri når et endepunkt. Fortolkning av data gir opphav til ny innsikt, som igjen utvider, endrer og tilfører nye oppfatninger.

3.4 Ideografi

Den tredje bestanddelen i IPA er ideografi. Ideografi handler om det spesielle eller det særegne. Dette gjelder først og fremst det spesielle i form av detaljer, for på den måten å analysere i dybden. Deretter er IPA forpliktet til å forstå hvordan bestemte erfaringsbaserte fenomen blir forstått fra bestemte mennesker i en bestemt kontekst (Smith et al. 2009). I denne studien er det spesielle eller særegne hos den enkelte informant ivaretatt på flere måter. Blant annet har informantene fått fiktive navn. Ut over det å sikre anonymitet, får den enkelte informant identifisert sin stemme som en del av helheten. Videre har det vært viktig å bruke sitat fra den enkelte som er særlig beskrivende når de forteller om sine erfaringer. På den måten blir det gitt rom for den enkelte informants personlige opplevelse i helheten.

3.5 Kvalitative forskningsintervju

Ved å benytte kvalitative forskningsintervju åpner det seg muligheter for å komme tett innpå mennesker som erfarer et fenomen som det ønskes kunnskap om (Patton 2002). Målet med et forskningsintervju er å få en forståelse av hvordan intervjupersonene opplever sitt dagligliv sett fra sitt perspektiv (Kvale og Brinkmann 2009). For å oppnå forståelse er det nødvendig å vite hva mennesker erfarer og hvordan de tolker verden. Et intervju blir ofte beskrevet som en samtale som har en hensikt (Smith et al. 2009).

For innsamling av data er det brukt semi-strukturerte intervju. På forhånd ble det utarbeidet to intervjuguider, en for operasjonssykepleierne (intervjuguide 1) og en for ledere (intervjuguide 2) (se vedlegg 3). Spørsmålene var gruppert under tema som kunne bidra med opplysninger om informantenes erfaringer. Semi-strukturerte intervju gir samtidig en mulighet til fleksibilitet i intervjusituasjonen. Ved å være oppmerksom på det informanten forteller under samtalen, kan nye spørsmål formuleres på bakgrunn av hva som kommer frem i intervjuet.

3.6 Utvalg

I en studie som har en kvalitativ tilnærming er det viktig at deltakerne bidrar med data som er fyldig og rik på informasjon (Patton 2002). Et utvalg av informanter med denne karakteristikken kan beskrives som et strategisk utvalg. I denne studien består utvalget av åtte operasjonssykepleiere og to informanter på ledernivå. Disse informantene er valgt da de kan bidra med sine erfaringer vedrørende bruk av sjekklisten «Trygg kirurgi». Informantene er rekruttert fra to avdelinger ved et sykehus. Dette utvalget kan karakteriseres som homogent, siden formålet med studien er å beskrive en spesiell gruppe i dybden (Patton 2002).

Den opprinnelige planen var å benytte informanter som arbeidet ved to eller flere sykehus. Tanken bak var å se om erfaringer med bruk av sjekklisten varierte mellom ulike sykehus og avdelinger. Imidlertid viste det seg å bli for ressurskrevende i forhold til den tiden som er til disposisjon for innsamling av data og skriving av en masteroppgave.

På bakgrunn av dette ble det valgt to avdelinger ved ett sykehus. Avdelingene er ulike når det gjelder antall operasjonsstuer og ansatte. Videre er avdelingene fysisk og personalmessig adskilt fra hverandre. For å sikre informantene anonymitet har jeg valgt å omtale operasjonsavdelingene som Avdeling 1 og Avdeling 2. Informantene er gitt fiktive navn.

Avdeling 1 er en stor operasjonsavdeling som er inndelt i flere kirurgiske spesialiteter. Informantene jobber innenfor en eller flere av disse. Ved avdelingen blir det utført både elektive (planlagte) og akutte (øyeblikkelig hjelp) operasjoner. De kirurgiske inngrepene består både av operasjoner som krever narkose (pasienten sover) og undersøkelser som blir gjort i lokalbedøvelse (pasienten er våken). Seks av sykepleierne i utvalget er ansatt ved Avdeling 1. En av informantene var på ledernivå. Hennes arbeidsoppgaver besto hovedsakelig av administrativt arbeid.

Avdeling 2 er en mindre operasjonsavdeling. Avdelingen opererer pasienter som skal gjennomgå planlagte operasjoner og pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp. Inngrepene skjer hovedsakelig i narkose. Fire av informantene i denne undersøkelsen er ansatt ved Avdeling 2. En av informantene er på ledernivå. I tillegg til administrative oppgaver, deltar hun i det praktiske arbeidet inne på operasjonsstuene.

Informantene har erfaring som spesialsykepleier fra > 5 år til > 44 år. Siden det var flest kvinner i utvalget, blir informantene i oppgaven omtalt som hun. En av informantene hadde

en annen spesialutdanning enn operasjonssykepleie, men hadde et tett samarbeid med operasjonssykepleierne.

3.6.1 Hvordan ble informantene rekruttert?

For å komme i kontakt med informanter ble avdelingsleder for operasjonssykepleierne kontaktet via mail. I forespørselen ble informasjonsskrivet for prosjektet med samtykkeerklæringen vedlagt (se vedlegg 2). Avdelingslederne for operasjonsavdelingene var positivt innstilt til studien. Det ble gitt tillatelse til å presentere prosjektet på avdelingens ukentlige møte for operasjonssykepleierne.

På møtet presenterte jeg meg selv ved å informere om at jeg var student ved NTNU og var i gang med en masteroppgave i helsevitenskap. Det ble også opplyst om at jeg er utdannet og arbeider som operasjonssykepleier. Tema for studien ble presentert, og at jeg var interessert i å rekruttere informanter for å høre om deres personlige erfaringer med bruk av sjekklisten «Trygg kirurgi».

I presentasjonen av prosjektet ble det lagt vekt på at ingen i studien skulle gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Informasjonsskrivet med samtykkeerklæringen ble lagt i posthyllen til alle operasjonssykepleierne. Jeg deltok på ett avdelingsmøte ved hver avdeling.

Det var nyttig å være tilstede på avdelingsmøtene. Både for å oppnå kontakt og skape interesse blant sykepleierne for prosjektet. Operasjonssykepleierne stilte spørsmål av praktisk art, blant annet om det var mulig å få intervjuene gjennomført i arbeidstiden. Det ble også stilt spørsmål om det krevde ytterligere deltakelse utover det ene intervjuet. Da avdelingsleder ikke var til stede på møtet, ble det sendt forespørsel i etterkant om det lot seg gjøre at intervjuene ble foretatt i arbeidstiden. Svaret var at såfremt driften ved avdelingene tillot det, skulle det la seg ordne. Ved begge avdelinger fikk operasjonssykepleierne som hadde sagt seg villig til å delta i prosjektet, mulighet til å delta på intervju i arbeidstiden.

Intervjuene ble gjennomført fra midten av desember 2011 til april 2012. Det enkelte intervju hadde en varighet fra 25 til 55 minutt.

3.7 Ethiske vurderinger

Dette prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (se vedlegg 1). I hele forskningsprosessen har jeg prøvd å være bevisst på at forskningens sentrale forpliktelse er streben etter sannhet (NESH 2008). Ved blant annet å beskrive hva som er med på å påvirke min forforståelse og beskrive arbeidsprosessene i studien, kan leseren få innsikt i hvordan forskningsprosessen har foregått.

Før det enkelte intervju ble informert jeg om at jeg var opptatt av å høre informantenes egne erfaringer vedrørende sjekklisten. Det var også viktig å understreke at spørsmålene jeg kom til å stille ikke hadde rette eller gale svar. I tillegg ble informasjon som ble gitt på avdelingsmøtene og i informasjonsskrivet gjengitt før intervjuene startet. Det ble spesielt lagt vekt på at informantene ikke skulle gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Dette spesifiserte jeg nærmere ved å opplyse om at ingen identifiserbare opplysninger vedrørende kjønn, alder, hvilken avdeling informantene jobbet innenfor eller annen identifiserbar informasjon skulle komme frem i oppgaven. Ved å informere om dette håpet jeg å gi informantene trygghet til å snakke fritt om sine erfaringer.

I dette prosjektet har jeg vært opptatt å beskytte informanter og en eventuell tredjepart mot gjenkjennelse. Under intervjuene kom det frem navn på personer da informantene fortalte om sine erfaringer med sjekklisten. Opplysninger som identifiser personer ble anonymisert (gitt fiktive navn) i den transkriberte teksten. Videre ble hensynet til tredjepart ivaretatt ved at sitater som omtaler eller beskriver personer ikke benyttes i oppgaveteksten.

Operasjonssykepleierne i denne studien er ansatt ved to avdelinger ved et sykehus. For å sikre informantene i denne studien anonymitet har jeg valgt å omtale operasjonsavdelingene som Avdeling 1 og Avdeling 2. Avdelingene ble ikke informert om hvilken annen avdeling som deltok i prosjektet.

I intervjuene ga informantene detaljerte situasjonsbeskrivelser, for eksempel ved å beskrive operative inngrep. Selv om slike beskrivelser utdyper og forklarer handlinger i en kontekst, ble informantenes krav på konfidensialitet prioritert. For å sikre informantene anonymitet er derfor slike beskrivelser omformulert når de benyttes som sitat i oppgaveteksten, da det indirekte vil referere til hvilke operasjonsavdelinger informantene er rekruttert fra.

At avdelingens navn og hvilke type kirurgiske inngrep ikke blir oppgitt, skal ikke innvirke på datamaterialets troverdighet. Det er informantenes erfaring med «Trygg kirurgi» som er av interesse i denne studien.

Et etisk dilemma ved et kvalitativt forskningsintervju er avveiningen om hvilken informasjon jeg som forsker skal gi til informantene om studien. På forhånd er det ikke klart hvilke funn som kommer frem i analysen av datamaterialet. Vil informanten være enig i de tolkninger som er foretatt omkring et fenomen de har erfart? Samtidig er et av målene med forskning at det skal gi ny kunnskap. Det kan innebære at analyse og fortolkning av et datamateriale gir funn utover informantenes forståelse (Malterud 2011). Et eksempel på det er når informantene hevder at første del av sjekklista blir utført. Det viste seg imidlertid at når de forklarte hvordan de utførte denne delen av «Trygg kirurgi, var det basert på at de stilte mange av de samme spørsmålene som sto på sjekklista. Men sjekklisten ble ikke brukt som en fysisk liste hvor hvert enkelt spørsmål ble gjennomgått.

3.7.1 Pilotintervju

I følge Thagaard er (1998) er pilotintervju en viktig del av forberedelsene ved intervjuundersøkelser. For å prøve om spørsmålene i intervjuguiden fungerte, ble en arbeidskollega forespurt om å bidra med et pilotintervju. Det var nyttig å prøve ut intervjuguiden. Blant annet fikk jeg svar på hvilke spørsmål som ga informative svar, hvilke spørsmål som ikke fungerte og tidsbruk. I tillegg fungerte pilotintervjuet som forberedelse til selve intervjusituasjonen, hvor jeg fikk testet egen mestring av situasjonen.

Informanten i pilotintervjuet er ikke ansatt ved Avdeling 1 eller Avdeling 2, men dette intervjuet er plassert under Avdeling 1. Intervjuene ble foretatt vekselvis mellom Avdeling 1 og Avdeling 2 etter hvert som informanter fra avdelingene meldte sin interesse for deltakelse.

3.7.2 Transkribering

Alle intervjuene ble tatt opp på en bærbar pc. Transkribering av intervjuene ble utført samme dag eller i løpet av de påfølgende dagene etter intervjuet. Når det kommer til transkribering av intervju skal forskeren være bevisst transkriberingens reliabilitet og validitet (Kvale og Brinkmann 2009). Det er en naturlig forekommende forskjell mellom en muntlig og skriftlig språkstil. Talespråket er oppstykket og uformelt sammenlignet med skriftspråket (Malterud

2011). Det som høres ut som en sammenhengende uttalelse under intervjusituasjonen, kan i skrevet form virke usammenhengende og uten mening. Bruk av sitat i oppgaven er derfor gjengitt ved at ordene er stokket om, uten at dette skal endre betydningen av det som ble sagt av informantene.

Transkripsjonens reliabilitet handler om fortolkningselementer fra tale til tekst (Kvale og Brinkmann 2009). Det viste seg blant annet ved at enkelte ord kunne være vanskelig å høre. Det kunne også være gjenstand for fortolkning om det passet best med komma eller punktum i tekst som omfattet lange setninger. Validitet innenfor transkripsjon er ifølge Kvale og Brinkmann (2009) å stille spørsmål til hva som er nyttig transkribering for sin forskning. For meg ble svaret å skrive intervjuteksten i en form som gjenga det informanten sa så presist det lot seg gjøre. Det innebar blant annet å angi pauser i intervjuet, latter, nøling og sette strek under ord som ble uttrykt med ekstra betoning. I situasjoner der det var vanskelig å høre hva som ble sagt ble dette angitt ved å sette inn klammer i teksten (...).

I intervjusituasjonen brukte informantene dialog mellom to eller flere personer for å forklare og beskrive sine erfaringer. Denne dialogen fortonet seg som en samtale eller kommunikasjon med en annen, der informanten spilte begge rollene ved hjelp av språket. Det vil si at informantene endret på stemmen ved hjelp av tonefall eller dialekt. Flere av sitatene som benyttes i kapittel 4 *Presentasjon av funn* består av slike dialoger eller samtaler. Dette viser seg blant annet i form av at informanten stiller spørsmål og svarer. Der informantene bruker språket slik, er teksten uthevet i kursiv for å vise denne formen for samtale.

Informantene hadde flere ulike dialekter. Det enkelte intervju ble transkribering ordrett, eller sagt på en annen måte, de ble skrevet som informantene artikulerte ordene.

Et eksempel; dette eller dette er, uttales på ulike dialekter som herre eller herre her. Ved å skrive ordene så nøyaktig som det lot seg gjøre, var det også enklere å memorere det enkelte intervju når det kom til analysefasen. Ved å beskrive intervjuet på denne måten var det i tillegg lettere å huske tilbake på samtalen og hvordan ting ble sagt.

Når sitat eller setninger blir benyttet i oppgaven, blir teksten skrevet på bokmål. Teksten blir også gjengitt i en mest mulig korrekt skriftlig form, uten at betydningen av det som ble sagt endres eller skifter mening. Selv om det tilstrebes å gjøre en mest mulig nøyaktig transkripsjon av intervjuet, er det kun et avgrenset bilde av samtalen som fremstilles

(Malterud 2011). Nonverbale handlinger i intervjusituasjonen som for eksempel gestikuleringer eller ansiktsuttrykk blir ikke med videre i datamaterialet.

3.8 Analyse av datamaterialet

Analyse av et kvalitativt datamateriale handler om å systematisere tekst under tema eller kategorier (Creswell 2007). I IPA handler dette om at forskeren må være oppmerksom både på den enkeltes erfaringer og det som kan beskrives som felles erfaringer. Samtidig er det nødvendig å skape en bevegelse i analysen fra det beskrivende til det fortolkende (Smith et al. 2009). Tolkningene bygger på deltakernes forståelse, men går videre for å prøve å avdekke handlingers underliggende betydning (Thagaard 2010).

Forberedelsene til analysen av datamaterialet begynte etter de fire første intervjuene. Smith et al. (2009) beskriver hvordan analyseprosessen kan foregå ved å følge en trinnvis tilnærming til datamaterialet. Det vil ikke si at trinnene går i en bestemt retning, men kan beskrives som en bevegelse som går frem og tilbake. Imidlertid velger jeg å forklare analyseprosessen som en trinnvis prosess for å beskrive arbeidet med datamaterialet.

3.8.1 Trinn 1 - Helhetsinntrykk

De transkriberte intervjuene ble lest gjennom flere ganger for å finne ut hva den skrevne teksten handlet om. For å få en oversikt over datamaterialet, ble det benyttet stikkord i marginen i tekstavsnitt der informantene beskrev hvordan de organiserte sin arbeidshverdag og hvilke forklaringer de tilla dette. Denne delen av analysen har et beskrivende fokus, da stikkordene er i nær tilknytning til informantenes eksplisitte mening.

Etter hvert som nye informanter utvidet omfanget av datamaterialet, ble det enklere å se hva informantenes erfaringer handlet om. For å få et helhetlig overblikk over erfaringene var det nødvendig å se på beskrivelsene fra informantene i et fugleperspektiv. Ved samtidig å være oppmerksom på min forforståelse, prøvde jeg å se på meg selv som en observatør som forsøker å skape mening ut ifra hva informantene forteller om sine erfaringer.

3.8.2 Trinn 2 - Utarbeide tema

Fram til nå har analysen bestått av å se på intervjumaterialet som en helhet. Det neste steget blir å konsentrere seg om deler av intervjuteksten jmf. den hermeneutiske sirkel (Smith et

al.2009). Av spesiell interesse var avsnitt i intervjuteksten hvor informantene ga fylldige beskrivelser. Det var sekvenser i intervjuet hvor informantene i tillegg til å beskrive konkrete hendelser de hadde opplevd, utdypet sine erfaringer med følelser og tanker i tilknytning til disse situasjonene.

Hver av informantene fikk et fiktivt navn for å identifisere og ivareta den enkelte informant i utvalget. Dette er gjort med hensyn til den idiografiske komponenten i IPA, som forplikter å ivareta den enkelte informant. For å få en oversikt over alle informantene og deres erfaringer, utarbeidet jeg en matrise hvor navnene som representerte informantene var satt inn. Utsagn fra den enkelte ble deretter satt inn under ulike tema.

Temaene ble deretter sortert slik at de utgjorde tre hovedtema. Deretter ble underkategorier satt inn under det enkelte hovedtema. Dette var erfaringer fra informanter (på tvers av avdelingene) som ga en nærmere beskrivelse og underbygget det hovedtemaet handlet om.

3.8.3 Trinn 3 - Sammenhenger på tvers av informanter og avdelinger.

Informantene erfaringene ble gruppert under tre hovedtema;

1. Organisatoriske rammer
2. Praktisk gjennomføring av «Time-out» og «Avslutning»
3. Prosess.

1. Organisatoriske rammer

Allerede i analysen av det første intervjuet ble jeg oppmerksom på dette som et aktuelt tema. Det ble i tillegg bekreftet som en viktig faktor ved gjennomgang av de påfølgende intervjuene. Informanten ble spurt om å forklare hvordan sjekk av operasjonspasienten ble foretatt før implementering av sjekklisten «Trygg kirurgi». De viste seg at de assosierte forberedelsesdelen på sjekklista som en sjekk av operasjonspasienten som de alltid hadde gjort.

2. Praktisk gjennomføring av «Time-out» og «Avslutning»

Bruk av sjekklisten som et fysisk hjelpemiddel med opplesning av spørsmålene til teammedlemmene skjedde først ved del 2 av sjekklisten; «Time-out før operasjonsstart». På bakgrunn av erfaringer operasjonssykepleierne beskrev, var det tydelig at den praktiske gjennomgangen av sjekklista var en individuell vurdering.

3. Prosess

Dette temaet handler om at informantenes uttalelser om egne erfaringer og observasjoner av andre, gir uttrykk for at bruk av sjekklisten er en prosess i endring. Denne prosessen handlet både om hvordan de selv brukte sjekklisten, vurderinger av teamets holdninger til «Trygg kirurgi» og hvordan de karakteriserte personer som utførte en riktig gjennomgang av sjekklisten.

I dette kapitlet ble prosessen med å samle inn datamaterialet presentert. Videre ble fremgangsmåten for analyse av data beskrevet. I det neste kapitlet vil det bli gitt en nærmere beskrivelse av funn som kom frem i analysen av datamaterialet. Etter hvert hovedtema vil funnene bli diskutert opp mot teori.

4 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil det bli presentert funn som er gjort ved å analysere datamaterialet fra et utvalg på ti informanter. Funnene er kategorisert inn under tre hovedtema som har fått betegnelsene;

- Organisatoriske rammer.
- Praktisk gjennomføring av «Time-out» og «Avslutning».
- Prosess.

Disse temaene beskriver hva som påvirker informantenes erfaringer i gjennomføring og bruk av sjekklisten ved de to avdelingene.

4.1 Organisatoriske rammer

Organisatoriske rammer handler om strukturen informantene jobber innenfor. Det innebærer blant annet hvordan arbeidsprosessene i en operasjonsavdeling er organisert. Sjekklista «Trygg kirurgi» består som tidligere nevnt av tre deler som beskriver pauser i et pasientforløp ved en operasjonsavdeling. Informantene møter imidlertid utfordringer med første del, «Forberedelse før innledning av anestesi», siden pasientforløpet i operasjonsavdelingene ikke stemmer overens med denne delen av sjekklista. Utfordringene forsterkes ytterligere ved at deler av teamet ikke er til stede ved mottak av pasient.

4.1.1 Vi gjør det samme som før

Informantene beskrev hvordan de praktiserte mottak av pasient til operasjonsavdelingene. Ved Avdeling 2 er det en anestesisykepleier som har denne oppgaven. Hun utfører vanligvis oppgaven alene, men enkelte ganger sammen med en anestesilege. Siden det ikke er informantene som tar imot pasientene, forklarte de hvordan anestesisykepleiere praktiserer pasientmottakene.

I en mottakssituasjon blir det foretatt en identitetssjekk av pasienten der det blir spurt om navn og fødselsnummer. I tilfeller hvor operasjonssnittet har to alternativ (høyre eller venstre side), blir det sjekket om pasienten er merket av kirurg. Hvis pasienten ikke er merket og dette skulle vært gjort, blir kirurgen kontaktet (ved hjelp av telefon eller calling) for å merke operasjonssnittet. Videre blir pasienten kjørt til et innledningsrom for forberedelser til operasjonen. Hvis ikke anestesilegen har vært med i mottaket av pasienten, kom hun nå til

innledningsrommet. På dette tidspunktet er operasjonssykepleierne opptatt på operasjonsstua med å klargjøre utstyret til det forestående inngrepet. Emma ved Avdeling 2 forklarer;

Til oss er det sånn at når vi ringer ned pasienten, så har vi allerede begynt på operasjonsstua. Vi er klar med alt vi skal til pasienten kommer inn på stua. Vi rekker ikke å begynne hvis en operasjonssykepleier skal gå ut og ta imot pasienten. Da må vi gjøre om rutine litt i forhold til det, og da må vi starte tidligere med å åpne alt utstyret vårt.

Siden operasjonssykepleierne har arbeidsoppgaver som de må bli ferdig med før pasienten kommer, er det ikke tid til å være med i mottaket. Videre blir pasienten kjørt inn på operasjonsstua. Det er først på dette tidspunktet at informantene møter pasienten. Koordinerende operasjonssykepleier spør nå om pasienten har metall i kroppen⁷.

«Forberedelse før innledning av anestesi» er ikke en naturlig pause i pasientforløpet som beskrevet i sjekklista, men består av flere sekvenser eller faser. Den første fasen er når anestesisykepleieren og/ eller anestesilegen stiller pasienten spørsmål i mottakssituasjonen. Den neste fasen er perioden hvor pasienten oppholder seg på innledningsrommet, hvor forberedelser til operasjonen blir utført. Den siste fasen er inne på operasjonsstua hvor koordinerende operasjonssykepleier spør om pasienten har metall operert inn i kroppen. Laila som arbeider ved Avdeling 2 forklarer pasientforløpet slik;

Fra pasienten kommer i døra her og det blir kontrollert id og navn og sånn. Så går man videre til innledningsrommet hvor det blir gjort diverse forberedelser. Legger inn kraner og venefloner og sånt. Til neste fase som er inne på stua der pasienten kommer i kontakt med operasjonssykepleierne.

For hver enkelt fase kommer det til et nytt teammedlem, som stiller sine spørsmål og utfører sine oppgaver. Kirurgene på avdelingen deltar vanligvis ikke i denne delen av pasientforløpet.

Avdeling 2 hadde brukt «Forberedelse før innledning av anestesi» noen måneder inne på operasjonsstua, før pasienten fikk narkose. Men siden denne delen av «Trygg kirurgi» ikke passet inn i pasientforløpet ved avdelingen, ble sjekklista revidert. Denne revideringen besto blant annet i at «Forberedelse før innledning av anestesi» ble fjernet fra sjekklisten.

⁷ Det brukes ofte diatermi under operasjoner. Dette er apparater som ved hjelp av elektrisk strøm skjærer vev og koagulerer blod ved mindre blødninger. For å bruke diatermi må en jordingsplate festes på pasienten. Det er viktig at jordingsplaten ikke legges i nærheten av metall, for eksempel over et kunstig kne eller hofteldd av metall, da det kan være fare for at metallet utvikler varme.

Bakgrunnen for det forklarer Laila med at; «Det var vanskelig å gå igjennom den delen av sjekklista inne på stua, når det meste ble gjort utenfor stua. Derfor ble den skrevet om litt da, så den passet oss bedre».

Avdeling 2 har dermed ikke en skriftlig sjekkliste med «Forberedelse før innledning av anestesi». Som sitatet viser har de ut fra de erfaringer de har gjort, gått tilbake til hvordan de organiserte pasientmottaket før sjekklisten ble introdusert. Innføring av sjekklisten har dermed ikke endret på rutinene ved avdelingen når det gjelder pasientmottak.

Ved Avdeling 1 er det en anestesisykepleier og en operasjonssykepleier som tar imot pasienter som skal inn til operasjon. Det blir foretatt en identitetsbekreftelse ved mottaket av operasjonspasienten. Nadja som arbeider ved Avdeling 1 forklarer hvordan en identitetsjekk foregår;

Fra gammelt av så er vi vant med å spørre hvem de er, å se om de er merket, til å spørre om de har allergi og om de har metall i kroppen. Det gjør vi omtrent automatisk når de kommer, i hvert fall så er det normalt. Da har du jo egentlig spurt om en del av de tingene som står på den lista her allerede når du tar imot dem.

Sitatet viser at sjekk av pasienten er en oppgave som informantene er vant med å utføre. Ved Avdeling 1 er «Forberedelse før innledning av anestesi» en del av sjekklisten. Men som det neste sitat viser, bruker verken operasjonssykepleieren eller anestesisykepleieren denne delen av «Trygg kirurgi» som et fysisk hjelpemiddel hvor spørsmålene blir lest opp og besvart. Sara begrunner dette slik;

..og da når man ser på den forberedelsedelen av lista så har man jo vært igjennom en del av de punktene som står der allerede faktisk. Det som vi gjorde før lista og det som vi også gjør nå da, uten at man har med lista.

Som de to sitatene over viser, opplever informantene at siden de husker på å spørre pasienten om å bekrefte sin identitet, om de har noen form for allergi og om de har metall, er det ikke nødvendig å benytte sjekklisten som et fysisk hjelpemiddel i mottakssituasjonen.

Sitatene viser at innføring av sjekklisten ikke har endret på hvordan arbeidet utføres i pasientmottaket ved avdelingene. Det praktiseres ikke en felles samling av teammedlemmene for å gå igjennom spørsmålene i den første delen av sjekklista. Det er de samme

teammedlemmene som er til stede ved de ulike fasene i forberedelsesdelen av pasientforløpet som før «Trygg kirurgi» ble innført.

4.1.2 Vi spør om det samme som før

Det er ikke en del av rutinen at anestesilege eller kirurg er til stede i mottakssituasjonen, verken ved Avdeling 1 eller Avdeling 2. Anestesilegen kommer når han skulle begynne med sine oppgaver, enten det er på innledningsrommet eller inne på operasjonsstua. Kirurg(ene) kommer først når operasjonen skal begynne.

Operasjonsteamet er ikke komplett når første del av sjekklistas spørsmål skal gjennomgås. Det kommer tydelig frem når informantene ved Avdeling 1 forklarer hvilke spørsmål de stiller operasjonspasienten ved ankomst til avdelingen. Informantene forteller at de spør om pasienten har snakket med kirurg eller om han har fått informasjon om hvilke type inngrep han skal gjennomgå. Nelly ved Avdeling 1 forklarer;

Og så spør jeg om dem har snakket med vedkommende kirurg. Da sier dem *ja* eller *nei*, eller det vet dem ikke helt. For da er det noen som har hatt en sånn preoperativ⁸ for en god stund siden, og da viser det seg faktisk at mange ganger så har dem ikke hilst på han som skal utføre inngrepet.

Om pasienten har fått informasjon av kirurg vedrørende inngrepet er et spørsmål som ikke står på sjekklistas første del «Forberedelse før innledning av anestesi». Som sitatet ovenfor viser etterspør ikke informanten kirurgen som et teammedlem som mangler i pasientmottaket. I stedet spør informanten om pasienten har fått snakket med kirurg.

Informantene ved Avdeling 1 opplever den første delen av sjekklisten som problematisk av flere grunner. Dette gjelder spesielt spørsmålene om «Vanskelig luftvei/risiko for aspirasjon?» og «Risiko for >500 ml blodtap?» En av begrunnelsene som blir gitt, er at disse spørsmålene er vanskelige å ta opp når pasienten er våken. Operasjonssykepleierne mener det kan oppleves som skremmende for pasienten at det blir pratet om blodtap og vanskelige luftveier. Ronja som er operasjonssykepleier ved Avdeling 1 begrunner det i følgende sitat;

⁸ Ved planlagte operasjoner blir en del av forberedelser av pasienten gjort dager/ uker før selve inngrepet (preoperativ). Det kan være forberedelser i form av undersøkelser, blodprøver eller informasjon.

Det er verken jeg eller anestesisykepleieren som kan svare på risikoen for at det kan være mer enn 500 ml i blodtap. Det synes jeg ikke er et betimelig spørsmål til sykepleierne da. Det synes jeg faktisk kirurgene er nødt til å svare på.

Sitatet viser at spørsmålene ikke bare oppleves som vanskelige å ta opp med pasienten til stede. Det handler også om at informanten mener at det ikke er sykepleiernes oppgave å svare på spørsmålet om blodtap, siden det er et spørsmål som kirurgen bør svare på.

Spørsmålet «Vanskelig luftvei/ risiko for aspirasjon?» er et spørsmål i «Forberedelse før innledning av anestesi» i sjekklista, og som skal besvares av anestesilege. «Risiko for >500 ml blodtap?» er et spørsmål som kirurg skal svare på. Men som sitatene viser, er verken anestesilege eller kirurg alltid til stede i mottakssituasjonen. Operasjonssykepleierne på sin side, føler seg verken kompetente eller ansvarlige for å ta opp spørsmålene med pasienten. Det resulterer i at spørsmålene ikke blir tatt opp i den første delen av pasientforløpet.

Som tidligere nevnt har Avdeling 2 revidert bort forberedelsesdelen av sjekklisten. Arbeidsoppgavene i denne delen av pasientforløpet blir praktisert som før ved avdelingen. Informantene ved Avdeling 1 prøver å tilpasse spørsmålene i sjekklisten, slik at den skal være mest mulig hensiktsmessig å benytte. Selv om Avdeling 1 har en sjekkliste med en forberedelsesdel, brukes den ikke aktivt av informantene som en sjekkliste eller huskeliste. Det kirurgiske teamet er i tillegg ikke komplett i forhold til hvilke spørsmål som skal gjennomgås. Resultatet synes å være at både Avdeling 1 og Avdeling 2 praktiserer mottaksrutinene som før «Trygg kirurgi» ble introdusert.

4.1.3 Diskusjon av organisatoriske rammer

Informantene ved både Avdeling 1 og Avdeling 2 forteller at det å foreta sjekk av operasjonspasientene er en innarbeidet del av deres arbeidsrutiner. Mange av punktene i sjekklisten er allerede innarbeidet som rutiner i kirurgiske operasjonsavdelinger, men forskning viser at etterlevelsen er ufullstendig (Nasjonal enhet for pasientsikkerhet 2009).

Operasjonssykepleierne opplever at avdelingene gjennomfører første del av «Trygg kirurgi». Informantene ved Avdeling 1 viser til at de stiller mange av de samme spørsmålene til pasienten som allerede står i sjekklisten. Funnene viser derimot at informantene ikke bruker sjekklisten som et fysisk hjelpemiddel hvor spørsmålene blir lest opp og besvart, for på den

måten å utveksle informasjon. Mottakssituasjonen skjer ved at operasjons -og anestesisykepleierne spør om identitetsbekreftelse, om allergi og om pasienten er merket. Det blir derimot anbefalt at både anestesilege og kirurg er til stede (Nasjonal enhet for pasientsikkerhet 2009). Men som funnene viser er det operasjon – og anestesisykepleier som møter pasienten i mottakssituasjonen. Anestesilege og kirurg slutter seg ikke til teamet før senere. Sjekk av pasientene utføres på akkurat samme måte som før «Trygg kirurgi» ble introdusert til avdelingen.

Mens det kan synes at Avdeling 1 ikke benytter første del av sjekklista aktivt i mottakssituasjonen, har Avdeling 2 gjort et aktivt valg ved å fjerne den første delen av sjekklista, «Forberedelse før innledning av anestesi». Nasjonal enhet for pasientsikkerhet (2009) og Gawande (2010) advarer imidlertid mot å fjerne for mange punkt i sjekklista, da det kan redusere nytteverdien av «Trygg kirurgi». Men siden pasientforløpet ved Avdeling 2 strekker seg over flere faser, ble denne delen av sjekklisten vurdert til å være lite hensiktsmessig ut fra hvordan avdelingen praktiserer mottak av pasient. Ved å fjerne denne delen, kan avdelingen fortsette med sine opprinnelige rutiner, hvor de ulike teammedlemmene slutter seg til teamet i de ulike fasene av pasientforløpet.

Et av målene for gjennomgang av sjekklisten er at anestesilegen skal delta i pasientmottaket (Takala et al. 2011). Ut fra hva informantene forteller om hvordan de praktiserer mottak, er anestesilegen ikke til stede ved Avdeling 1, og kun enkelte ganger ved Avdeling 2. At teamet ikke er komplett i de ulike fasene i pasientforløpet, er en kjent problemstilling fra andre studier vedrørende sjekklisten (Vats et al. 2010; Takala et al. 2011). Det viser seg blant annet ved at kirurger kommer til operasjonsstua sent preoperativt og forlater teamet tidlig postoperativt (Vats et al. 2010; Wong et al. 2011). Men som funnene viser, er det ikke bare kirurgen som mangler i deler av pasientforløpet, men også anestesilegen. Det medfører at pasientmottaket blir utført når teammedlemmer mangler.

Sjekklistegjennomgang skal være en utveksling av informasjon hvor det anbefales at alle teammedlemmene er tilstede (Nasjonal enhet for pasientsikkerhet 2009; Gawande 2010). Studien til Lingard et al. (2005) viser derimot at variasjon i arbeidsmønster hos teamdeltakere er en barriere for å implementere en preoperativ sjekkliste. En praktisk utfordring forskerne erfarte i studien var at de måtte bidra med å lete opp teammedlemmer (kirurg og anestesilege) når det skulle være sjekklistegjennomgang.

Det er ikke dermed sagt at kirurger eller anestesileger velger eller ønsker å være utilgjengelig. I følge Wong et al. (2011) har både anestesileger og kirurger oppgaver de skal utføre på andre steder enn ved operasjonsavdelingen. De har i tillegg til arbeidet på operasjonsstua, oppgaver som for eksempel å gå visitt på sengeposter eller administrativt arbeid. Siden arbeidsoppgavene til operasjon- og anestesisykepleier derimot er i nær tilknytning til operasjonsavdelingen, kan det tenkes å være med på å bidra til å opprettholde den innarbeidede rutinen med at det er de som tar imot pasienten.

Skal en kulturendring finne sted, vil det innebære en endring eller forandring i hvordan arbeidet blir utført (Gawande 2010). Som funnene viser har det ikke skjedd en endring av praksis verken ved Avdeling 1 eller Avdeling 2, som støtter gjennomføring av «Forberedelse før innledning av anestesi». Forskning som er gjort vedrørende implementering av «Trygg kirurgi» hevder at det er nødvendig med en kulturendring for å øke pasientsikkerheten i helsetjenesten. Sjekklisten «Trygg kirurgi» skal fungere som et verktøy for å oppnå endring av kulturen (Gawande 2010; Vats et al. 2010; Westphal et al. 2010). Vincent (2006) sier om kultur at det er måten vi gjør ting her («the way we do things here»). Som funnene viser har det ikke foregått en kulturendring i form av endret praksis i den første delen av pasientforløpet verken ved Avdeling 1 og Avdeling 2. Funnene viser at måten ting blir gjort på er som før når det gjelder pasientmottaket.

Det er ikke tilstrekkelig å innføre en ny prosedyre uten å se på hvilke organisatoriske rammer arbeidstakerne jobber innenfor. Å utruste helsepersonell med en sjekkliste vil ikke gi dem ressursene som skal til for å fullføre sjekklisten (Westphal et al 2010). Skal anestesilegen eller kirurgen ha mulighet for å stille opp i mottak av pasient, vil det kunne tenkes at det vil kreve endringer i hvordan deres arbeidshverdag er organisert. Bosk (2003) sier at det er lettere å formulere sikkerhetsanbefalinger enn å implementere dem. Det kan brukes som argument for hvorfor det kan være vanskelig å implementere anbefalinger når de organisatoriske forutsetningene tilsynelatende mangler. Kulturelle endringer og nye prosesser krever dyptgående endringer i både ledelsesfilosofi, ansattes medvirkning og kommunikasjonsferdigheter både innen og på tvers av disipliner (Westphal et al. 2010). Skal hele teamet samles for å gjennomgå sjekklistens første del, viser de funn som kommer frem i *4.1 Organisatoriske rammer*, at det vil kunne være av betydning å styrke en kultur for

endring, sikre medarbeideres medvirkning i organisatoriske endringsprosesser, samt utvikle gode kommunikasjonsferdigheter ved avdelingene.

4.2 Praktisk gjennomføring av «Time-out» og «Avslutning»

Dette delkapitlet handler om hvordan «Trygg kirurgi» brukes som en sjekklister i avdelingene. Hovedfokus for dette temaet er på hvordan informantene erfarer gjennomføring av «Time-out» (del2). Den siste delen av sjekklister som er «Avslutning» (del 3) vil bli tatt opp til slutt i dette kapitlet.

Ved begge avdelinger er det først når det kommer til sjekklister andre del; «Time-out før operasjonsstart», at spørsmålene blir lest opp til hele teamet. De praktiske erfaringer informantene opplever med bruk av del 2 og del 3 av sjekklister, er i stor grad felles på tvers av avdelingene. Imidlertid har lederne valgt å forholde seg til operasjonssykepleiernes erfaringer på to ulike måter.

Avdeling 1 hadde lagt til et par spørsmål på sjekklister før den ble tatt i bruk ved avdelingen medio 2011. Etter at sjekklister ble tatt i bruk, er det ikke foretatt noen systematisk evaluering eller endring av sjekklister. Imidlertid etterspør operasjonssykepleierne endringer både med hensyn til den praktiske gjennomføringen og sjekklister spørsmål. Lederen på sin side mener at avdelingen må tilpasse seg spørsmålene som står i sjekklister.

Avdeling 2 hadde etter et par måneders bruk av «Trygg kirurgi» valgt å evaluere sjekklister på bakgrunn av operasjonspersonalets erfaringer. Både leder og de øvrige informantene ved avdelingen mener at sjekklister må tilpasses lokale forhold. De opplevde evaluering av sjekklister som helt nødvendig for at den skal være hensiktsmessig å benytte i avdelingen.

Ved begge avdelinger dokumenteres det at sjekklister er utført ved at det blir registrert i operasjonsprotokollen⁹; «Trygg kirurgi ok». Ingen av avdelingene har utarbeidet en skriftlig arbeidsbeskrivelse eller prosedyre på hvordan sjekklister skal gjennomføres. De funn som fremkommer i det følgende delkapitlet viser at gjennomgangen av spørsmålene synes å være person- og/eller situasjonsavhengig.

⁹ Dagens operasjonsprogram hvor pasientens navn, diagnose, planlagt inngrep og behov for utstyr står oppført.

4.2.1 Travelt

Tiden rett før operasjonsstart blir ved begge avdelinger beskrevet som en hektisk periode, hvor mange oppgaver skal gjennomføres på samme tid. Pasienten har nå fått bedøvelse, operasjonsstedet er desinfisert og er dekket til med sterile laken. Operasjonssykepleierne forklarer videre at når hun har rollen som koordinerende, er det flere praktiske oppgaver hun må gjennomføre før operasjonen kan starte. Blant annet skal hun koble sammen utstyr fra det sterile operasjonsfeltet til medisinsk teknisk utstyr som står plassert utenfor det sterile feltet. Samtidig som utstyret kobles, er det vanligvis nå kirurgen(e) kommer inn på operasjonsstua. Kirurgene har gjennomført kirurgisk hånddesinfeksjon og trenger hjelp av koordinerende operasjonssykepleier for å få på seg den sterile operasjonsfrakken. Det er i perioden før operasjonsstart at sjekklistas andre del, «Time-out» skal gjennomgås. Inghild ved Avdeling 1 forteller hvordan en «Time-out» gjennomgang kan fortone seg ved en øyeblikkelig hjelp operasjon;

Jeg har så mye å gjøre, særlig når det haster. Ting skal gå litt fort og jeg rekker ikke stå med sjekklista i handa og lese, samtidig som jeg skulle gjøre alt det andre med hendene mine.

Tiden rett før operasjonsstart beskrives som en travel periode, og opplevelsen av travelhet blir ytterligere forsterket hvis det i tillegg er en akutt situasjon. Da blir det å stå med sjekklista i hendene enda en oppgave som skal gjennomføres av operasjonssykepleierne.

Skal sjekklisten utføres før operasjonsstart, må det være en person som tar initiativ til å lese opp spørsmålene som står på lista. Det var operasjonssykepleierne som i utgangspunktet fikk denne oppgaven. Inger ved Avdeling 2 forklarer hvordan det har vært;

I starten var det sagt at vi operasjonssykepleiere skulle gjøre det, og vi gjorde det i et par måneder. Mange synes det var et pes å få gjort det. Akkurat når kirurgen står der og har vasket seg og alle er klar til å begynne å operere. Så har vi så mye å gjøre i den fasen der med å koble diatermi, lys og attpå til så skal vi ha den sjekklista.

Som sitatene viser er opplevelsen av travelhet en felles erfaring hos operasjonssykepleierne ved begge avdelinger. Etter et par måneder med bruk av «Trygg kirurgi» hadde en av operasjonssykepleierne ved Avdeling 2 spurt en av kirurgene om ikke de kunne overta oppgaven med å lese opp spørsmålene. En av begrunnelsene som ble gitt, var nettopp det at koordinerende operasjonssykepleier opplevde tiden rett før operasjonsstart som en svært

hektisk periode. Innspillet om ikke kirurgene kunne overta opplesning av spørsmålene, kom fra Inger, en av operasjonssykepleierne ved avdelingen. Hun forklarer hva som var foranledningen til det; «En dag følte jeg at det her er helt tullete at vi skal stå og gjøre det her, mens kirurgen står og tripper for å komme i gang. Det var jo en sysselsetting av dem».

Sitatene kan tyde på at informantene opplever at det er en skjevfordeling av arbeidsoppgaver i tiden rett før operasjonsstart. Kirurgen har ennå ikke begynt med sine oppgaver vedrørende selve operasjonen, mens operasjonssykepleierne forteller om en travel periode. Leder ved Avdeling 2 var enig i at gjennomgangen av sjekklisten ikke var optimal. Hun støttet derfor forslaget om at kirurgene leser opp spørsmålene.

4.2.2 Disiplin til å ha oppmerksomhet

Som vi skal se i dette delkapittelet er det viktig at hele teamet er oppmerksom, hører etter og svarer på spørsmålene som er beregnet på den enkelte fagdisiplin, når spørsmålene i «Time-out» leses opp. Informantene ved begge avdelinger synes å oppleve en felles erfaring i at det ofte er en utfordring å få kontakt med resten av teamet ved gjennomgang av spørsmålene. Å få oppmerksomhet er en forutsetning for å oppnå kontakt med resten av teamet. Manglende oppmerksomhet fra de andre teamdeltakerne, opplever informantene som både respektløst og vanskelig å håndtere.

Nelly ved Avdeling 1 forklarer hvordan hun prøver å oppnå kontakt med resten av teamet ved «Time-out» gjennomgang;

Jeg er kanskje litt streng da. For jeg klarer ikke konsentrere meg hvis det er bråk med den «Time-uten». Hvis det er noen som begynner å prate, da sier jeg ganske høyt og tydelig at *Nå skal vi ha «Time-out»*, og hvis anestesien for eksempel da står og prater, så sier jeg *Er det klart for dere å ta «Time-out?»* Hvis de sier *ja*, da blir det stille, men jeg hever røsten ganske mye.

Sara som arbeider ved samme avdeling forklarer hvordan hun opplever en sjekkliste gjennomgang der det er vanskelig å oppnå kontakt med resten av teamet;

Ja, så kommer de kanskje i rykk og napp og de er kanskje ivrig på å komme i gang. En skal begynne, ikke sant, mens den andre kommer litt etter. *Ok, da tar vi «Time-out»*. De svarer jo greit på spørsmålene her, men det er sånn at du kanskje mer enn en gang må si *«Hallo, hallo, hør etter, kan vi ta den?»*

Som sitatene viser opplever informantene at det ikke er tilstrekkelig å si at det skal være «Time-out». Operasjonssykepleierne ved Avdeling 1 må bruke stemmen på ulike måter for å få oppmerksomhet ved uro. I situasjoner hvor det er vanskelig å oppnå kontakt med teamet, kan det være nødvendig å heve stemmen, rope eller gjenta spørsmålene.

At det kan være en utfordring å få oppmerksomhet fra hele teamet når sjekklisten skal gjennomgås, blir i tillegg bekreftet av informantene ved Avdeling 2. Selv om informantene ved avdelingen ikke har oppgaven med å lese opp spørsmålene, husker de tilbake hvordan «Time-out» kunne fortone seg. Inger erindrer hvordan det var;

Jeg husker at jeg hadde en drøm om at hvis vi skulle fortsette med dette, så skulle jeg få tak i en sånn bjelle. Så skulle jeg ringe for å få alles oppmerksomhet.

Som sitatet viser er det enkelte ganger ikke tilstrekkelig å bruke stemmen for å oppnå oppmerksomhet fra teamet. Informanten opplever at det må et sterkere virkemiddel til ved at det må ringes med en bjelle. Selv om operasjonssykepleierne ved Avdeling 2 ikke lenger har oppgaven med å lese opp spørsmålene, observerer de at også kirurgene kan slite med å oppnå oppmerksomhet fra teamet. Emma ved Avdeling 2 forklarer det slik;

Det er ikke alle sammen gitt å ha den evnen til å få oppmerksomhet fra publikum, og det handler om hvor flink folk er til å respektere kirurgen når han skal ha den her og da.

Dette sitatet viser at det ikke nødvendigvis er hvem som leder gjennomgangen, om det er en kirurg eller sykepleier, som er det avgjørende for å oppnå kontakt med operasjonsteamet. Emma mener at det handler om teammedlemmenes evne til å være disiplinert nok til å være oppmerksom når det er sjekklitestegjennomgang. Sara ved Avdeling 1 forteller hvordan hun opplever «Time-out»;

Det kan være utrolig slitsomt å gjøre det enkelte ganger.
«Hva er pasientens ASA?»¹⁰

¹⁰ Dette spørsmålet er til anestesisykepleier og/eller anestesilege. ASA klassifisering er en metode for å bedømme en pasients preoperative helsetilstand og identifisere risikofaktorer ved anestesi og operasjon. Pasienten plasseres i en av fem grupper. Funksjonsfriske pasienter klassifiseres under ASA I og ASA II, mens pasienter med komplekse sykdommer er i ASA gruppe III eller IV. Pasienter i gruppe V forventes ikke å overleve 24 timer (Norsk anesthesiologiske forening 2006).

Da har de allerede snudd seg bort og står og snakker ved siden av den skjermen sin. Det hender jeg blir litt irritert. Det er meningen at alle sammen skal følge med på time-outen.

Selv om kontakt var oppnådd innledningsvis i sjekklistergjennomgangen, viser sitatet at det kan endre seg underveis i gjennomgang av «Time-out». Det er ikke tilstrekkelig å oppnå kontakt, hvis det er manglende oppmerksomhet når spørsmålene gjennomgås. Sara utdyper videre hva hun mener om uro ved opplesning av spørsmålene på følgende måte;

Jeg synes det er beklagelig at det skal være sånn at du må snakke som du snakker til ungene. Det er ofte ikke nok med en gang for å få oppmerksomheten til folk.

Gjennomgang av «Time-out» som sitatet viser, oppleves som slitsom av informantene når operasjonsteamet ikke har oppmerksomheten rettet mot den som leser opp spørsmålene. Operasjonssykepleierne ved begge avdelinger deler denne erfaringen. Imidlertid observerer operasjonssykepleierne ved Avdeling 2, at også enkelte av kirurgene har problemer med å få oppmerksomhet fra resten av teamet.

4.2.3 Fremføringer

Selv om det verken ved Avdeling 1 eller Avdeling 2 finnes en skriftlig prosedyre¹¹ på hvordan en sjekklistergjennomgang skal utføres, har informantene klare oppfatninger om hva det innebærer å utføre en riktig «Time-out». Informantene vurderer blant annet hvordan oppleseren av spørsmålene utfører «Time-out».

Siden det ved Avdeling 2 er kirurgen som leser opp spørsmålene, gir informantene sin vurdering av hvordan han utfører oppgaven. Laila ved Avdeling 2 har en klar formening om hva hun mener er en feil gjennomgang av sjekklisten. Hun beskriver det på følgende måte;

De gjør det på sin måte. Og av og til er det ikke bra i det hele tatt. Da raser de bare gjennom den, og mange ganger så er det mye tull og fjas altså. Det blir sånn at du hører på dem at de egentlig er litt imot det, og bare går igjennom hva de synes er de viktigste punktene.

¹¹ Helsebiblioteket(2012) definerer en prosedyre som en angitt fremgangsmåte for å utføre en aktivitet eller prosess.

Sitatet kan tyde på at informanten vurderer at det er en riktig måte å gjennomføre «Time-out» på, som betyr at alle spørsmålene blir lest opp slik de fremstår på lista. Ut over informantens vurdering av hvordan spørsmålene fremføres, kan det tyde på at informanten mener måten kirurgen gjennomfører «Time-out» på, avslører holdninger i forhold til sjekklisten.

Også ved Avdeling 1 vurderer informantene hvordan fremførelsen av sjekklisten blir gjennomført. Det kom spesielt tydelig frem når det gjelder det første spørsmålet i «Time-out»; «Er alle i teamet presentert for hverandre med navn og funksjon?» Informantenes vurderinger av dette spørsmålet vil derfor utdypes nærmere i det påfølgende delkapittel.

4.2.4 Presentasjon

Personalet ved Avdeling 1 og Avdeling 2, er mer eller mindre fast ved avdelingene. Siden avdelingene varierer i størrelse når det kommer til antall operasjonsstuer, varierer også antall ansatte. I tillegg til det faste personalet, er det ofte besøkende inne på operasjonsstua. Det kan være studenter (for eksempel medisin-, fysioterapi- eller sykepleiestudenter), representanter fra medisinske firma eller hospitanter fra andre avdelinger eller andre sykehus.

Det første spørsmålet i «Time-out» er som tidligere nevnt; «Er alle i teamet presentert for hverandre med navn og funksjon?» Ved Avdeling 2 blir spørsmålet om presentasjon kun lest opp når det er besøkende på operasjonsstua. Ved Avdeling 1 forteller informantene om en praksis med å lese opp spørsmålet som varierer avhengig av hvem som er tilstede inne på operasjonsstua.

Emma ved Avdeling 1 forklarer hvordan hun mener presentasjonen skal gjøres;

Hvis vi har en ny person på stua, så skal alle sammen presentere seg. Så den personen vet hvem vi er og vi vet hvem han er. Noen kirurger er sånn at de bare lar den personen presentere seg, uten at vi andre gjør det.

Ut fra dette sitatet kan det tyde på at denne måten å presentere personer på, vurderes som en feil måte å gjøre det på. Underforstått blir da den riktige måten å respondere på spørsmålet, at alle personer tilstede på operasjonsstua skal presentere seg. Men også denne måten å gjøre det på blir tatt opp til vurdering i løpet av en arbeidsdag. Nadja ved Avdeling 1 forklarer der slik;

Du tar runden med navna. Hvis du ikke har tre operasjoner med de samme som er der, tre ganger etter hverandre altså. Da gjør vi det ikke, da sier vi at vi kjenner hverandre.

Sitatet viser at når det er flere operasjoner etter hverandre, med de samme teammedlemmer, vurderes det til at alle personer kjenner hverandre. Det betraktes derfor som unødvendig å stille spørsmålet om alle i teamet er presentert for hverandre ved neste operasjon.

Ronja ved Avdeling 1 forklarer hvordan hun stiller spørsmålet om presentasjon;

La oss si at det er fem stykker inne på stua, av de fem som kjenner hverandre. Da ser vi at alle sammen kjenner hverandre. Vi leser opp spørsmålet; «*Kjenner alle sammen hverandre på stua?*» «*Ja*»

Imidlertid blir denne måten å lese opp spørsmålet kommentert av Inghild som arbeider ved samme avdelingen. Hun mener at vurderingen (fra den som leste opp spørsmålene) om at alle kjenner hverandre, er en feil måte å gjøre det på. Inghild utdyper det slik;

Jeg synes det er tull det enkelte gjør; «*Vi kjenner vel hverandre alle sammen her?*» Jeg har aldri snakket med den anestesilegen, jeg vet egentlig ikke hvem det er. Selv om jeg har sett ansiktet, vet jeg ikke hva han heter.

Sitatet viser at også måten spørsmålet stilles på, kan være utgangspunkt for ulike vurderinger blant informantene. Når den som leser opp spørsmålet i tillegg gjør vurderinger på vegne av andre om at alle i teamet kjenner hverandre, blir det oppfattet som en feil måte å gjøre det på.

4.2.5 Formidling av informasjon

Selv om informantene ved begge avdelinger opplever praktiske utfordringer knyttet til bruk av sjekklisten, ønsker de at avdelingene skal fortsette med «Trygg kirurgi». Det handler ikke nødvendigvis bare om å avsløre feil eller mangler, men at gjennomgang av «Time-out» kan føre til utveksling av nyttig informasjon.

Både ved Avdeling 1 og Avdeling 2 er erfaringen at gjennomgang av sjekklistas spørsmål på «Time-out» og «Avslutning» bidrar til å avsløre mangler. Det gjelder for eksempel prosedyrer som på forhånd (før pasienten kom ned til operasjonsavdelingen) skal være gjennomført, men som ved opplesning av «Time-out», viser seg ikke å være utført. Et spørsmål som trekkes

frem av informantene er; «Er antibiotikaprofylakse fullført de siste 60 minuttene?» Nadja ved Avdeling 1 forklarer; «Det hender at det blir hanket inn ting som skulle vært gjort annerledes, og som må korrigeres, som for eksempel antibiotika. Så det blir avslørt mangler». Sitatet viser at det når det blir avslørt mangler ved bruk av sjekklisten, er det mulig å gjøre korrigeringer.

Informantene opplever også gjennomgang av spørsmålene som påfyll av informasjon vedrørende det kirurgiske inngrepet. Det kommer blant annet fram når informantene beskriver «Time-out» situasjoner. Svarene som kirurgen gir, bidrar blant annet til at informantene får utfyllende informasjon om operasjonen. Disse opplysningene utnytter informantene til å planlegge arbeidet sitt på en ny måte. Ved Avdeling 1 utdyper Ronja hvordan hun bruker de nye opplysningene som kommer frem;

Jeg klarer å sette meg inn i hva legene tenker og planlegger. Og det synes jeg er litt greit, for da kan jeg være litt forut på en måte og «*Ja, de tenker og gjøre det og det ja*». Da kan jeg hente inn den og den maskinen eller det og det utstyret. Det er ikke bestandig det kommer frem i operasjonsprotokollen.

Dette sitatet viser at selv om informantene har tilgang til elektronisk pasientjournal og operasjonsprotokoll, er det ikke alltid informantene erfarer at opplysningene som kommer frem her er tilstrekkelig i forhold til den jobben operasjonssykepleierne skal utføre. Det blir spesielt tydelig når slike opplysninger heller ikke blir nevnt av kirurgen når spørsmålet «Er det behov for spesielt utstyr eller undersøkelser?» blir stilt under «Time-out» gjennomgang. Alice ved Avdelingen 2 begrunner det med at;

«*Behov for spesielt utstyr?*». Der synes jeg kanskje ikke kirurgene er like flink til å si ifra til oss. Jeg synes jo det sparer tid å ha alt klart.

Det kan tyde på at utover informasjonsaspektet, handler det for informantene om å bruke tiden mest mulig effektivt. Å ha ting klart, handler om å være forberedt til jobben operasjonssykepleierne skal utføre. Når kirurgen utdyper det han tenker å gjøre, bruker operasjonssykepleieren denne informasjonen til å supplere utstyret som de allerede har funnet frem. Det oppleves som en tidsbesparelse når utfyllende opplysninger kommer frem i «Time-out» gjennomgangen.

4.2.6 Sjekklista som fallgruve

Informantene opplever at bruk av «Time-out» gir nyttige opplysninger i forkant av en operasjon. Men det er ikke alltid at bruk av sjekklista gir informantene en opplevelse av at ting blir riktig utført. Informantene har klare oppfatninger om hva de mener karakteriserer en riktig eller en gal bruk av sjekklista. Et ord som flere av informantene bruker for å beskrive hva de anser som uheldig eller feil bruk av «Time-out», er ordet fallgruve. Hva som karakteriseres som en potensiell fallgruve, kan relateres både til de organisatoriske rammene sjekklista brukes innenfor og hvordan den praktisk blir gjennomført.

Et eksempel er den ulike praksisen mellom avdelingene i hvem som er til stede ved «Time-out». Følgende sitat fra to informanter ved henholdsvis Avdeling 2 og Avdeling 1 viser hvordan de oppfatter hva som er riktig eller gal praksis. Laila ved Avdeling 2 forklarer hvem hun mener skal være tilstede ved «Time-out»;

Alle skal være tilstede når operatøren går igjennom sjekklista. Og det er en sånn fase i operasjonen der alle er til stede. Det er ikke noen som mangler da. Anestesilegen er der fordi han nettopp har holdt på med innledning. Oppstart av operasjon krever jo at han er til stede. Så alle parter er der.

Som sitatet viser mener informantene at når det er gjennomgang av «Time-out», så skal alle teammedlemmene være på plass. Mens hele teamet er samlet ved Avdeling 2 når «Time-out» skal gjennomgås, er ikke dette rutinen ved Avdeling 1. Nelly forteller om en episode hvor anestesilegen hadde valgt å forlate operasjonsstua etter at pasienten hadde fått narkose;

Kirurgen kom og fortalte ganske mye om pasienten. Det er bare et sånt eksempel som jeg husker, for det ble så dumt. Det er så viktig at når kirurgen begynner å fortelle om pasienten, hva han skal gjøre, forventet blodtap, komplikasjoner og forskjellige sykdommer. ..da er det alfa og omega at anestesilegen er til stede.

Sitatet fra Nelly kan tyde på at det oppleves som avgjørende for sikkerheten, at hele teamet er samlet ved «Time-out» gjennomgang når kirurgen gir viktige opplysninger vedrørende pasienten. Teammedlemmer som forlater operasjonsstua for å ta pause eller avløse andre steder på avdelingen rett før «Time-out» blir sett på som uheldig. Utover det at alle profesjoner er til stede, er det også av betydning hvem som er til stede. Inghild ved Avdeling 1 utdyper hva hun mener vedrørende det;

Jeg opplever det som et problem sånn faglig og sikkerhetsmessig at anestesisykepleieren får avløsning til kaffe før vi gjennomfører den delen. Da får du en «Time-out» med en som bare er der for å avløse i 10 -15 minutter. Mens anestesisykepleieren som skulle vært med sitter og drikker kaffe.

Dette sitatet kan tyde på at utover det at hele operasjonsteamet er samlet for å gjennomgå «Time-out», har informanten en tydelig oppfatning at det ikke er nok at et medlem fra den enkelte profesjon er til stede. Ut fra hva Inghild forteller, kan det oppfattes som at det sikkerhetsmessig også bør være en «Time-out» gjennomgang med teammedlemmer som har vært med i mottakssituasjonen. Som sitatet viser blir det av informanten oppfattet som et problem faglig og sikkerhetsmessig når et teammedlem blir erstattet av en annen person, som bare er innom operasjonsstua for en kort periode.

4.2.7 Avslutning

Den tredje og siste delen av sjekklista er «Avslutning før hovedoperatør forlater operasjonsfeltet». Informantene forklarer denne perioden med mange av de samme beskrivelsene de benyttet da «Time-out» ble beskrevet. Også «Avslutning» er en fase av operasjonen som karakteriseres som travel. Informantene ved Avdeling 1 bruker beskrivelser som «Det er litt hektisk på slutten», «oppstykket» eller som Ronja ved Avdeling 1 sier det; «da er det om å komme seg fort ut».

Informantene forteller videre at det er «Avslutning» som er den delen av sjekklisten som er det som «lett å glemme» eller «hoppe over». Det at perioden karakteriseres som travel av informantene, kan være en årsak til at denne delen av sjekklisten ikke blir gjort. Sara ved Avdeling 1 forteller; «...men så har man glemt avslutninga, kirurgen har gått, og man har glemt avslutninga».

Informantene ved Avdeling 2 erfarer også at det er en del av sjekklista som det er lett å glemme. Laila forklarer; «Det som er litt dårlig er avslutning. Det er mange som hopper over den. Når de har sydd det siste stinget, så er kirurgene klare til å komme seg ut». Det ble bekreftet av Emma som sier at; «Fremdeles har de en tendens til å gå ut, uten å huske på «Avslutning». Jeg tror det og tar tid, de må bruke tid på det sånn at det blir en vane».

Sitatene kan tyde på at siden «Avslutning» en ny praksis ved avdelingene, oppleves det som at det tar til å etablere gjennomgang av spørsmålene som en etablert praksis. Ut fra sitatene tyder det på at det gjelder både for operasjonssykepleiere ved Avdeling 1 og kirurgene ved Avdeling 2.

Tid er med andre ord en vesentlig faktor for hvorfor informantene erfarer at «Avslutning» er lett å glemme. Men også tid i forhold til at informantene opplever at enkelte av spørsmålene kom for tidlig til at de kan gi presise svar. Sara ved Avdeling 1 forklarer det nærmere;

Så kommer det spørsmålet om «stemmer antall instrumenter, kompresser, duker, nåler og sånne ting». Skal man ta den her avslutninga før kirurgen går, så har du ikke rukket å telle opp instrumentene.

Sitatet kan tyde på at det ikke er samsvar mellom det tidspunktet spørsmålet stilles og om operasjonssykepleierne har rukket å utføre sine kontroller med telling av utstyr. Også Inghild som arbeider ved samme avdeling, har den samme erfaringen vedrørende tidsperspektivet. Hun forklarer det nærmere hvordan hun velger å løse dette;

..det er bedre å være litt nøye da og si at «jeg har sjekket at alle arteriepinsettene er her, eller jeg har sjekket utstyret og kompressene, men nålene... da er det bedre å si «jeg mista en nål i gulvet i sted, jeg vet ikke hvor den ligger, men jeg vet jeg mistet den i gulvet og ikke i pasienten, for eksempel».

Dette viser hvordan informanten løser at gjennomgang av «Avslutning» er for tidlig i forhold til å ha kontroll og oversikt over nålene som er benyttet under inngrepet, ved å formidle informasjon til teamet.

4.2.8 Diskusjon av «Time-out» og «Avslutning»

Informantene opplever at «Time-out» før operasjonsstart kan by på utfordringer når det gjelder å få oppmerksomhet fra teamet ved opplesning av spørsmålene.

Operasjonssykepleierne erfarer at i enkelte situasjoner er det nødvendig å rope eller gjenta spørsmålene for å oppnå kontakt med resten av operasjonsteamet. Får de oppmerksomhet er det ikke nødvendigvis slik at teamet opprettholder fokus gjennom hele «Time-out».

Skal en sjekklister være et effektivt hjelpemiddel, er det i følge Robbins (2011) nødvendig at omgivelsene er støttende. Ut fra det informantene forteller om sine erfaringer, kan det være

grunn til å hevde at omgivelsene tidvis ikke er støttende. Det gjelder de situasjoner hvor informantene opplever at de eller kirurger, sliter med å få kontakt og oppmerksomhet av teamet ved sjekklisategjennomgang. En kultur kan karakteriseres som støttende når for eksempel en assistentlege har mulighet for å komme med innspill og blir lyttet til (Reynard et al. 2009). Det er grunn til å hevde at det samme gjelder for en operasjonssykepleier som har fått i oppdrag å frembringe spørsmålene i en sjekklisete. Når informantene erfarer at de må rope eller gjenta spørsmålene, er det grunn til å hevde at de arbeider i et miljø som ikke er støttende. Vats et al. (2010) viser til at når kirurg og/eller anestesilege er støttende, er det mer sannsynlig at sjekkliseten blir fullført. Imidlertid forteller informantene ved Avdeling 2 at de observerer at også kirurger kan slite med å gjennomføre «Time-out». Utfordringen synes å dreie seg om at hele teamet har disiplin til å være støttende i form av å være oppmerksom gjennom hele «Time-out».

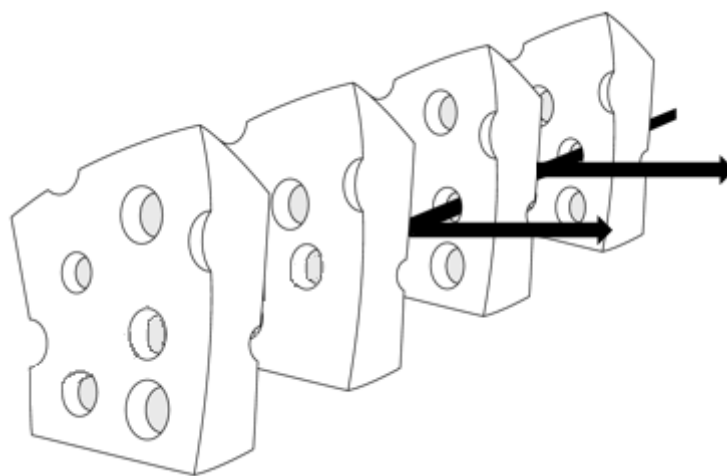
At teamene er tverrfaglige er noe av utfordringen i arbeidet med å forbedre pasientsikkerheten (Wiegmann og Dunn 2010). Det skyldes blant annet at team i helsevesenet er sammensatt av ulike helseprofesjoner med forskjellig identitet (Lingard et al.2004). De tre gruppene som utgjør et operasjonsteam; kirurger, anestesileger og sykepleierne har ulike måter å opptre innad i teamet (Catchpole et al. 2008). Det viser seg blant annet i at mens anestesipersonale over lang tid har benyttet sikkerhetssjekker, stoler kirurger og sykepleiere i større grad på egne ferdigheter (Takala et al. 2011). Men selv med ulik identitet innad i teamet, ulik opptreden, samt ulike erfaring med bruk av sikkerhetssjekker på tvers av profesjonene, kan det synes som at *disiplin* vil være et kjerneområde for å lykkes med gjennomføringen.

Det at informantene tidvis må rope eller gjenta spørsmål for å oppnå kontakt med teamet, tyder på at kommunikasjonen ikke fungerer optimalt. Ett av målene med en gjennomgang av en sjekklisete er å fremme kommunikasjon og samarbeid ved at alle medlemmene i teamet får tilgang til så presis og fullstendig informasjon som det lar seg gjøre (Lingard et al. 2004; Carney et al. 2010; Sewell et al. 2010). Ut fra funnene er det derimot grunn til å hevde at målet om at sjekkliseten «Trygg kirurgi» skal fremme samarbeid og kommunikasjon ikke er innfridd. Å gripe inn i kommunikasjonspraksisen blant team i helsevesenet er i følge Lingard et al.(2004) komplisert. Mangel på kommunikasjon viser seg blant annet ved gjennomgang av «Time-out», hvor kirurgen ikke alltid forteller om behov for ekstra utstyr. Når behovet for utstyr ikke blir formidlet til informantene, opplever operasjonssykepleierne at muligheter for å spare tid går tapt. I følge Makary et al. (2006), kan ulik praksis for kommunikasjon ha opphav

i leger og sykepleieres utdanningskultur, og vil også kunne gjelde for Avdeling 1 og Avdeling 2.

Informantene opplever at gjennomgang av sjekklistas spørsmål er nyttig i forhold til å få informasjon fra de andre medlemmene i teamet. Informasjonen bruker operasjonssykepleierne på flere måter. Blant annet erfarer operasjonssykepleierne at svarene på spørsmålene kan være med på å avsløre mangler. Videre bruker informantene opplysninger som kommer frem i gjennomgangen av spørsmålene til å planlegge det videre arbeidet under operasjonen. Ut fra opplysninger som blir gitt, får de mulighet til å planlegge arbeidet sitt (Gillespie et al. 2009; Einav et al. 2010). Forskning viser at kirurgiske team ofte ikke er kjent med all tilgjengelig data, og bare delvis er informert om det forestående inngrepet (Einav et al. 2010). Når teammedlemmene får utfyllende informasjon om det som skal skje, vil det kunne gi en økt forståelse av situasjonen. Samtidig blir teamdeltakerne gitt en mulighet til å forutse hendelser som kan oppstå.

Informantene forteller at bruk av sjekklista fører til at mangler blir avslørt. Bruk av «Time-out» er med på å forhindre at feilen, for eksempel at pasienten ikke har fått antibiotika forebyggende, blir oppdaget og korrigert. I Sveitserostmodellen er feilen (manglende antibiotika) illustrert som den svarte pilen rett frem. Ved bruk av «Time-out» blir feilen oppdaget og avverget, og illustrert ved at pilen går ut til siden. Resultatet er at sjekklisten er med på å forbedre sikkerheten for pasienten.



Figur 2: Sveitserostmodellen (egen illustrasjon ut fra Reason 2000).

Som nevnt i det individuelle perspektivet, har helsetjenesten tradisjonelt sett vært vant til å tenke at det er den enkelte helsearbeider som har ansvar når noe går galt. I et systemperspektiv derimot, er feil å betrakte som en konsekvens av hvordan systemer er organisert (Reason 2000).

Carney et al. (2010) viser til at nytten av en sjekklisategjennomgang blir vurdert ulikt mellom sykepleiere og leger. Det kan være noe av forklaringen på hvorfor det å endre praksis byr på utfordringer. Men også ulike måter å betrakte feil på, kan skape utfordringer. Sykepleiere har tradisjonelt sett foretrukket å benytte prosedyrer i arbeidet (Wong et al. 2010), noe som kan tenkes å representere systemperspektivet. Leger derimot har tradisjonelt sett betraktet feil i et individperspektiv (Bosk 2003), hvor det er individets skyld i at det skjedde en feil (Reason 2008). Betyr dette at sjekklisen representerer en foretrukket arbeidsmåte for sykepleiere sammenlignet med leger? Og vil ulike arbeidsmåter mellom profesjonene bidra til utfordringer med å endre praksis?

Å innføre en sjekklise, er ifølge Weiser et al.(2010) ikke tilstrekkelig for å skape en kultur for sikkerhet som i luftfarten. Arbeid med for å forbedre pasientsikkerheten krever et kontinuerlig fokus. Det vil blant annet være undervisning eller informasjon i hva korrekt bruk av sjekklisen innebærer (Weiser et al.2010). Ut fra de funn som kommer frem under 4.2.3 *Fremføringer* og 4.2.4 *Presentasjon*, viser det seg at informantene har ulike synspunkt på hva de mener er en riktig gjennomgang av sjekklisen. Det synes å være klare forskjeller i hva informantene legger i riktig bruk, og hva som praktiseres av kirurger. Et eksempel er ved Avdeling 2, hvor informantene er kritisk til hvordan enkelte kirurger gjennomfører «Time-out». Funnene viser at det ikke er tilstrekkelig å innføre en sjekklise, dersom man ikke har en omforent forståelse for hvordan sjekklisen skal gjennomføres, og en felles oppfattelse av hva pasientsikkerhet bør være.

4.3 Prosess

Det siste hovedtema handler om sjekklisen som en pågående prosess i avdelingene. Denne prosessen består blant annet av hvorvidt sjekklisen er en etablert del av praksis ved avdelingene. Temaet *Prosess* handler også om hvordan teamdeltakerne i det kirurgiske teamet er med på å påvirke denne prosessen.

4.3.1 Er sjekklista implementert?

På det tidspunktet intervjuene ble foretatt, hadde avdelingene brukt «Trygg kirurgi» i overkant av et halvt år. Bruk av sjekklista er derfor en forholdsvis ny arbeidsprosess for informantene. Operasjonssykepleierne betrakter sjekklista som en prosess som det tar tid å innføre i avdelingene. At bruk av sjekklista fremdeles er en prosess i utvikling og ikke en innarbeidet rutine, er det flere forhold som peker i retning av. Først og fremst handler det om informantenes beskrivelser av hvordan de forklarer bruk av «Time-out» og «Avslutning», sammenlignet med mottakssituasjon av pasient til avdelingen (se 4.1.1 *Vi gjør det samme som før*). Når «Avslutning» blir beskrevet, omtales den av informantene som «glemmes». Når informantene beskriver pasientmottak, bruker de ord som «innarbeidet», «det gjør vi automatisk», «fra gammelt av så er vi vant med» eller «egen sjekkliste i hodet».

Når det gjelder å gå gjennom sjekklistas spørsmål i «Time-out» og «Avslutning», er det flere forhold eller omstendigheter som må tas med i betraktning om sjekklista blir utført.

En slik omstendighet er å *huske* å gjennomføre «Time-out» og «Avslutning».

Ronja ved Avdeling 1 begrunner det med at; «Vi har det ikke inn i systemet rett og slett». Det blir av Nadja som arbeider ved samme avdeling utdypet med;

Jeg tror nok kanskje at det går litt seint med oss når vi skal begynne med noe nytt. Det blir jo bedre og bedre etter hvert, og det blir jo sjeldnere og sjeldnere avglemt. Jeg gjør det oftere nå enn for et halvt år siden.

Sitatet viser at informanten påpeker at bruk av sjekklista oftere blir gjennomført nå sammenlignet med da avdelingen startet med «Trygg kirurgi». Det kan likevel tyde på at det vil ta tid før «Time-out» og «Avslutning» blir en rutine slik at informantene kan omtale disse delene av sjekklisten med ord som «innarbeidet» eller «det gjør vi automatisk» slik som de gjør vedrørende sine oppgaver i forbindelse med mottak av pasient.

Laila ved Avdeling 2 begrunner det med at; «Du kan jo kanskje si at det ikke er helt automatikk i det». Emma som arbeider ved samme avdeling beskriver hvordan hun kan minne kirurgen på å gjøre «Trygg kirurgi»;

Noen kirurger er veldig flinke til å gjøre det og stopper opp og sier «*Nå må dere tie stille, nå skal vi gjøre det her*». Mens andre må vi dytte borti; «*Skal vi ikke ta sjekklista først*»?

En annen omstendighet eller forhold som har innvirkning på hvorvidt spørsmålene blir gjennomgått, er i hvilken situasjon pasienten befinner seg i. Informantene forklarer at det er forskjell på hvilken type inngrep som skal gjennomføres. Både ved Avdeling 1 og Avdeling 2 mener operasjonssykepleierne at gjennomgang av «Time-out» stort sett blir utført ved elektive (planlagte) inngrep. Ved akutte operasjoner hvor det står om pasientens liv, prioriteres det ikke å gå gjennom spørsmålene i sjekklista. Inghild ved Avdeling 1 forklarer det nærmere;

Hvis det kommer en pasient som har vært utsatt for en ulykke fort bort på operasjonsstua, så tror jeg det er størst prosent sjanse med god margin at det blir glemt. Du har jo selvfølgelig sjekket både id, og prøvd å finne ut om pasienten har metall og alt sånn da men. Anestesian har sin ASA kontroll og kirurgen har sin kontroll. Det er om å gjøre å ha kontroll over de oppgavene vi skal gjøre, da blir den lista litt i bakkant da.

Sitatet viser at det ved akutte operasjoner hvor det står om pasientens liv, er en situasjon hvor informanten forklarer at det ikke er tid til å prioritere gjennomgang av spørsmålene i «Time-out». Ut fra beskrivelsen tyder det på at ved akutte situasjoner, hvor det haster med å komme i gang med operasjonen, prioriterer teammedlemmene sine spesifikke oppgaver fremfor å gå igjennom spørsmålene i «Time-out».

Ved Avdeling 2 blir det også forklart at det er forskjell mellom akutte og planlagte operasjoner i forhold til å gå gjennom «Time-out». Det utdyper Inger ved Avdeling 2 ved å beskrive en øyeblikkelig hjelp situasjon;

Det var en akutt situasjon her en helg. Da ble den ikke gjort, men det synes jeg på en måte...det var sånn hast. Men da kirurgen oppdaget selv at han ikke hadde gjort det, så ble han litt sånn... syntes det var litt dumt da. Men samtidig så er sånne akutte operasjoner som vi kan ha, så er det ikke bestandig like mye tid til å tenke på det altså, men alle elektive ja.

De to sitatene fra informanter ved henholdsvis Avdeling 1 og Avdeling 2, viser at hvilken situasjon pasienten befinner seg i, er et kriterium hvorvidt «Time-out» gjennomføres eller ikke. Ved en planlagt operasjon har både personalet og pasient hatt tid til å tenke igjennom og forberede seg på inngrepet. Ved øyeblikkelig hjelp situasjoner, vil både pasient og personale

oppleve en akutt situasjon. Ut fra dette kan det tyde på at det blant annet er mangel på tid at spørsmålene i «Time-out» ikke blir gjennomgått.

4.3.2 Evaluering av sjekklista

Som tidligere nevnt har Avdeling 2 foretatt en evaluering, med en påfølgende revidering av sjekklista. Det ble gjort for at «Trygg kirurgi» skulle passe best mulig til avdelingens behov. Revideringen var et samarbeid mellom en operasjonssykepleier, en anestesilege og en kirurg. Endringene gjaldt både spørsmålene i sjekklista, men også den praktiske gjennomføringen av «Time-out».

Alice, en av informantene ved Avdeling 2 forklarer begrunnelsen for revidering slik; «Ja, for det er noe som en på en måte må jobbe seg igjennom da, for å se hva som er nødvendig å ha med. Den første lista vi hadde var så detaljert, at vi ble jo på en måte stående der».

Kirurgene ved Avdeling 2 har som tidligere nevnt fått oppgaven med å lese opp spørsmålene i «Time-out». Gjennom intervjuene er det kommet frem at siden kirurgen på tidspunktet for «Time-out» gjennomgang er sterilt kledd, og dermed ikke kan holde i sjekklista (som er usteril), har avdelingen utarbeidet en praktisk løsning. Sjekklisten blir hengt opp, slik at spørsmålene er synlig for hele teamet.

Ved Avdeling 1 hadde det før oppstart av sjekklisten (medio 2011) blitt foretatt enkelte forandringer på sjekklisten. Endringene forekommer som et par tilleggsspørsmål på sjekklisten, men det er ikke gjennomført evalueringer i etterkant. Avdeling 1 har en større variasjon når det gjelder type inngrep, sammenlignet med Avdeling 2. Blant annet har Avdeling 1 pasienter som får utført inngrep/ undersøkelser i lokal anestesi. Ved lokal bedøvelse er pasienten våken under inngrepet, og det er vanligvis ikke behov for anestesipersonale. I tillegg kan det være undersøkelser hvor det ikke er behov for sterilt utstyr. Informantene erfarer at ved slike inngrep/ undersøkelser er det vanskelig å bruke sjekklista, siden spørsmålene ikke passer for slike situasjoner. Nelly ved Avdeling 1 forklarer det på denne måten;

Det jeg kunne ønske meg var en ikke fullt så utfyllende «Time-out» for små inngrep. Jeg skulle også ønsket at det ble fulgt opp litt fra lederne. «Hvordan går det med «Time-outen?» for eksempel. Kanskje kommet innom en morgen for å se hvordan vi

gjør det.

Som sitatet viser etterspør informanten en sjekklister som er utarbeidet til å passe det hun omtaler som små inngrep. I tillegg etterspør informanten at også ledelsen følger opp bruk av sjekklister. Utarbeidelse av sjekklister som er tilpasset flere typer inngrep kan i så måte være et arbeid som er initiert av ledelsen.

Som tidligere nevnt, opplever informantene oppstart av operasjon som en travel og hektisk periode. De endringer som er blitt foretatt ved Avdeling 2 blir også foreslått og etterspurt av operasjonssykepleierne ved Avdeling 1. Det gjelder både forslag om hvem som kan lese opp spørsmålene i «Time-out», evaluering av spørsmålene og at sjekklister bør være synlig for hele teamet. Sara ved Avdeling 1 hadde et forslag om hvem hun mente kunne lese opp spørsmålene; «Jeg tror at hvis anestesen hadde hovedrollen i det her, så tror jeg både kirurgen og vi hadde stoppet opp. Når vi sier ting, så har det ikke samme myndighet føler jeg».

Som sitatet viser etterspør informanten en evaluering av hvem som bør lese opp spørsmålene i «Time-out», og tillegger denne oppgaven til anestesen. Samtidig opplever informanten at hun som operasjonssykepleier har mindre myndighet i teamet sammenlignet med en anestesilege.

Informantene har en rekke synspunkt og praktiske forslag til hvilke endringer de mener er nødvendig for å møte utfordringene med «Trygg kirurgi». Informantene ved Avdeling 1 har flere innspill til hva de mener kan bidra til å bedre sjekklistergjennomgangen. Inghild foreslår å ha sjekklister oppe på veggen i form av en plakat slik at hele teamet kan se sjekklister. Hun begrunner det med;

Det vi gjør nå, er å stå med et laminert ark i handa, der bare en person, jeg som er koordinerende operasjonssykepleier, som ser det arket. Det blir en mindre felles følelse for alle som står der.

Sitatet viser at siden sjekklister kun er synlig for den som leser opp spørsmålene, kan det tyde på at dette er et område som bør bli tatt opp til evaluering. Informanten påpeker samtidig at når det bare er hun som leser opp spørsmålet som ser sjekklister, kan det bidra til å skape avstand innad i teamet.

Også Anette, en av lederne ved Avdeling 1, er positiv til å ha sjekklista som en plakat på veggen. Det har hun sett i bruk ved andre sykehus, og det er et aktuelt tiltak å ta i bruk ved avdelingen. Når det gjelder sjekklistas innhold, mener hun imidlertid at avdelingen må tilpasse seg spørsmålene som står i «Trygg kirurgi». Anette begrunner det på følgende måte;

Hva er det som er så spesielt med denne avdelingen, på dette sykehuset, i denne byen, at vi ikke kan bruke en internasjonal godkjent liste som hele verden bruker? Hva er det som er så spesielt med vår avdeling? Jeg synes vi må tilpasse oss hva som står der.

Avdelingene har en ulik tilnærming til sjekklista, dette på tross av at erfaringene på mange måter er sammenfallende på tvers av avdelingene. Avdeling 2 har endret på sjekklistas innhold med støtte fra en av lederne. Siden informantene ved Avdeling 1 også erfarer at sjekklista ikke fungerer optimalt, etterspør de mange av endringene som er det viser seg allerede er gjort ved Avdeling 2.

4.3.3 Vurdering av spørsmålene

Informantene har gjort seg vurderinger i forhold til spørsmålenes relevans. Vurderingen består blant annet i om enkelte av spørsmålene på sjekklisten i det hele tatt er nødvendig å ha med. Spørsmålet til operasjonssykepleierne om «Er steriliteten på instrumentene bekreftet (indikatorer)?» blir vurdert til å være et slikt unødvendig spørsmål. Sara ved Avdeling 1 forklarer;

Så jeg føler jo litt på det at nå kommer det en del unødvendige spørsmål, og de står der og bare venter på å komme i gang. Ja, du står og stiller sånne rare spørsmål som det ikke bør være noe spørsmål om. Det bør ikke være et spørsmål om det er sterile instrumenter. Det er et spørsmål som det ikke skal være nødvendig å stille.

En av operasjonssykepleiernes oppgaver er å påse at steriliteten i operasjonsfeltet med tilhørende utstyr, blir opprettholdt. Er det utstyr som ikke er sterilt (for eksempel ved hull på forpakninger eller indikatormerker som viser at det ikke er sterilt) blir utstyret byttet ut umiddelbart for å opprettholde det sterile operasjonsfeltet. Emma ved Avdeling 2 utdyper det med; «Når vi har kommet så langt som til «Time-out», da har vi jo sjekket at steriliteten er på plass. Så her blir det jo bestandig svart «ja».

Informantene påpeker at det er en selvfølge at de sjekker at utstyret er sterilt før operasjonen starter. Det kan være en forklaring på at hvorfor informanten oppfatter det som et spørsmål som vurderes som unødvendig å stille til operasjonssykepleieren.

4.3.4 Endringsprosess

Informantene ved avdelingene har ulike beskrivelser av hvordan teammedlemmer forholder seg til gjennomgang av «Time-out». Blant annet er det en prosess som endrer seg sett i lys av hvordan kirurgene forholder seg til gjennomgang av spørsmålene. Ut i fra hvordan informantene beskriver sine erfaringer, er det ikke slik at sjekklisten er blitt positivt mottatt av alle ved avdelingene. Den gruppen som blir vurdert av informantene til å gi uttrykk for å være imot sjekklisten, er kirurgene.

Laila ved Avdeling 2 forklarer det med at; «Det er jo noen som vi liksom må si ifra til, de som ikke som er mest ivrig på det, litt sånn personavhengig egentlig». Alice ved samme avdeling beskriver det med at; «Men vi har jo noen kirurger som synes det er litt mye dill da, det er ikke alle som er like strømlinjeformet nei».

Det er på mange måter den samme erfaringen som informantene ved Avdeling 1 har gjort seg. Inghild som jobber ved denne avdelingen beskriver det på følgende måte;

Noen er mer rigid enn andre. Det er en kjent sak at folk på operasjonsstua kan være litt rigid. Litt sine rutiner. Det tar tid å endre folk. Det er noen som er flink til å være fleksibel og noen er ikke så flink til å gjennomføre endringer. Det tar tid.

Nadja ved Avdeling 1 sier det på følgende måte; «Kirurgene er blitt flinkere og flinkere og de etterspør det». Nelly utdyper dette med at;

«Vi plundra litt med de eldre i begynnelsen da. Men nå er de veldig sånn;
«Skal vi ikke ha «Time-out?»
«Joda, vi skal ha time-out. Jeg skal bare ordne noe først».

Sitatene tyder på at informantene opplever at det hadde skjedd en endring fra det tidspunktet hvor «Trygg kirurgi « ble introdusert til avdelingene, og i løpet av den tiden som har gått. Denne endringen består blant annet av at holdninger til sjekklisten er en del av endringsprosessen. Selv om ikke alle kirurgene er like positivt innstilt på «Trygg kirurgi», forklarer Nelly ved Avdeling 1 hvordan hun har opplevd endringen;

Det har blitt store forandringer, vi sto jo nesten og kranglet for å få gjennom den sjekklista da. «Hva for noe tull det her var, se å komme i gang nå da, dette har vi ikke tid til». Nei, det var sånn «Er du ikke ferdig snart?» Det er blitt veldig mye bedre altså.

Dette er i stor grad også erfaringer informantene ved Avdeling 2 deler med informantene ved Avdeling 1. Emma som arbeider ved avdelingen beskriver prosessen som har skjedd ved å se på endringene, ikke bare som avhengig av den enkelte person, men å se det som en prosess i et større system.

Ja, det varierer litt på de forskjellige hvor viktig de synes at det er da, men jeg tror nok at de fleste føler at det forventes av dem nå at de skal gjøre det. For det tar litt tid å få det ordentlig og at det blir en rutine som alle sammen synes det er greit å gjennomføre. Så det tar litt tid. Det må en bare regne med i et sånt system som det her.

Sitatene som er benyttet i dette delkapittelet sier noe om den endringsprosessen som har pågått (og pågår?) når det gjelder holdninger til sjekklisten. «Alle virker positivt innstilt i større eller mindre grad», er et sitat som er hentet fra Ronja i det første intervjuet. Sitatet oppsummer mange av de erfaringene som informantene har med bruk av sjekklisten. Sitatet rommer både de positive holdningene operasjonssykepleierne opplever med bruk av sjekklisten. Men samtidig blir det antydning at det er knyttet utfordringer til bruk av «Trygg kirurgi». Når noen i mindre grad er positivt innstilt til sjekklisten, viser de funn som er kommet frem i denne studien at det bidrar til utfordringer med både å bruke «Trygg kirurgi».

4.3.5 Diskusjon av prosess

I arbeidet med å fokusere på sikkerhet, har en systematisk og kontinuerlig bruk av sjekklister vært en av faktorene som har gjort at blant annet flyselskap blir omtalt som pålitelige organisasjoner (Reynard et al. 2009).

Det tar tid å endre praksis, og endringer blir ofte møtt med motstand (Reynard et al. 2009). Det viste seg også da WHO lanserte «Trygg kirurgi», at den ble møtt med både motstand og skepsis (Robbins 2011).

Motstand og skepsis til bruk av sjekklisten ble bekreftet av operasjonssykepleierne som fortalte om motsigelser til innføringen. Dette viste seg i form av at motstanden ble uttrykt i form av protester fra andre teammedlemmer, når det var tid for «Time-out» gjennomgang.

Takala et al. (2011) påpeker at det er kjent at ikke alle kirurger har vært villig til å ta i bruk sjekklisten. Det har vist seg at sykepleiere og anestesileger i større grad enn kirurger har støttet innføring av sjekklisten (Takala et al. 2011). Men informantene forteller også at det har foregått en endringsprosess hvor blant annet de som i utgangspunktet var negativ, nå kan oppfattes som positivt innstilt. Det kan begrunnes med at «Time-out» blir etterspurt av kirurger. Men selv om «Time-out» blir etterspurt, er det ikke nødvendigvis slik at sjekklisten passer for alle situasjoner, noe som vil bli diskutert i det følgende.

Ut fra det informantene forteller vedrørende bruk av sjekklista har det foregått en prosess hvor «Trygg kirurgi» oftere blir benyttet nå, sammenlignet med da sjekklisten ble introdusert til avdelingene. Robbins (2011) hevder imidlertid at skal en sjekkliste være et effektivt hjelpemiddel for å fremme evidensbasert behandling, er det nødvendig at den brukes konsekvent over tid. Ut fra de funn som kommer frem under 4.3 *Prosess*, er det grunn til å hevde at sjekklisten ikke benyttes konsekvent. Det kan blant annet begrunnes med at i enkelte situasjoner opplever informantene manglende tid til å gjennomgå sjekklisten. I akutte situasjoner, hvor det står om pasientens liv, blir ikke gjennomgang av sjekklisten prioritert. Det kan stilles spørsmål ved om en sjekkliste vil kunne dekke alle behov i enhver type situasjon. Eller er det i akutte situasjoner at teamet skulle tatt seg tid til «Time-out», for å utveksle kritisk informasjon? Ut fra funn så er det grunn til å tro at ikke alle spørsmålene som fremstilles i «Time-out» oppfattes av informantene som relevante i akutte situasjoner.

Takala et al. (2011) hevder at enkelte av spørsmål er blitt betraktet som så irrelevant at det ikke er nødvendig å spørre om dem. Det gjorde seg utslag i at blant annet spørsmålet om pulsoksymetri er fjernet fra den norske standardiserte utgaven av sjekklisten (Nasjonal enhet for pasientsikkerhet 2009). Hvis det står om pasientens liv, er det nødvendig å spørre om steriliteten på instrumentene er bekreftet? Hvilke vurderinger bør ligge til grunn for at et spørsmål skal vurderes som relevant eller ikke? Imidlertid er det nettopp spørsmålene som skal bekrefte at de opplagte og selvsagte handlingene er utført, noe av det som kjennetegner pålitelige organisasjoner. Det kan virke som en selvfølge at dørene i et fly er lukket før avgang. Men dørene blir kryssjekket av kabinpersonalet for å forsikre at dørene virkelig er lukket (Reynard et al.2009).

I følge Weigmann og Dunn (2010) har den enkelte kirurgiske spesialitet sin egenart som krever sin løsning før hver operasjon. De hevder at en standardisert sjekkliste ikke er

tilstrekkelig, men at det spesifikke innhold må skreddersys for den enkelte spesialitet. Ut fra de funn som fremkommer i 4.3.2. *Evaluering av sjekklista*, har Avdeling 2 valgt å revidere sjekklista. Avdeling 1 derimot benytter en sjekkliste som i stor grad er lik den standardiserte utgaven. Men det er grunn til å hevde at standardiserte utgaver ikke er tilstrekkelig for at sjekklisten oppfattes som hensiktsmessig å benytte. Det er et annet kjennetegn ved pålitelige organisasjoner, at de utarbeider sjekklister som skal benyttes i situasjoner som avviker fra rutinen (Reynard et al.2009). Ut fra dette kan det synes som om informantene etterspør et behov for en sjekkliste tilpasset akutte situasjoner.

Weigmann og Dunn (2010) hevder at en vellykket utvikling av en prosedyre vil ta flere måneder i form av undersøkelser og oppfølging. De sier videre at det først og fremst handler om å oppnå en forståelse av behov og synspunkt fra de involverte. Både ved Avdeling 1 og Avdeling 2 er det en rekke synspunkt vedrørende behov når det gjelder sjekklisten. Mens det ved den ene avdelingen er blitt gjennomgått en evaluering i form av en revidering, er det ved Avdeling 2 gjort få endringer. Det som var interessant var at informantene ved Avdeling 1 etterspurte mange av de endringer som allerede var foretatt ved Avdeling 2.

For å forbedre sikkerheten i operasjonsavdelinger er det blitt sett til pålitelige organisasjoner hvordan de arbeider for å forebygge at det skjer feil, for på den måten å forbedre sikkerheten. Kulturen innen luftfart er karakterisert av disiplinert bruk av prosedyrer og sjekklister (Weiser et al. 2010). Siden sjekklister er en innarbeidet del av deres sikkerhetsarbeid er de blitt adoptert av helsetjenesten. Men kanskje må flere av de tiltak som pålitelige organisasjoner benytter seg av, også gjennomføres av operasjonsteam? Som det ble beskrevet i 2.5.1 *Hva kjennetegner pålitelige organisasjoner?* har for eksempel luftfarten erfart at det ikke er tilstrekkelig å innføre en sjekkliste, uten å involvere faktorer som kommunikasjon og samarbeid. Det er blitt inkludert i arbeidet med å forbedre sikkerhet i form av trening som skal simulere situasjoner som kan oppstå, det som omtales som CRM. Det er ikke tilstrekkelig å fortelle teammedlemmer at endringer er det beste for pasienten. Takala et al. (2011) foreslår kontinuerlig undervisning omkring sikkerhet for å skape motivasjon. Skal bruk av sjekkliste implementeres, krever det samarbeid og kommunikasjon gjennom trening og kunnskap (Weiser et al. 2010).

Det viser seg at kommunikasjon og informasjon er personavhengig (Wong et al. 2011). I en bedrift som er kjennetegnet som en pålitelig organisasjon vil ikke dette være tilfelle.

Sikkerhetskultur blir ikke hemmet av hierarki eller ulike personligheter. Derimot settes behandling av pasienten eller passasjerer foran sosiale eller kulturelle normer (Carney et al. 2010). En flykaptein kan ikke ignorere gjennomgang av flyets sjekkliste fordi det sjelden skjer flyulykker. Mens kulturen innen medisin verdsetter et høyt kunnskapsnivå når det kommer til dømmekraft og ekspertise, er det derimot motstand mot standardiserte prosedyrer som en sjekkliste (Weiser et al. 2010). Det kan være noe av forklaringen på hvorfor informantene opplevde at det var motstand mot bruk av sjekklisten da den ble innført ved avdelingene.

I presentasjon av funn er det gjennomgått hva som har betydning for operasjonssykepleieres erfaringer med bruk av sjekklisten. Til slutt i det enkelte hovedtema, ble det deretter diskutert hvordan disse erfaringene kan relateres til forskning som er gjort både når det gjelder sjekklisten og sikkerhet generelt.

5 Avsluttende diskusjon

Oppgaven har fått tittelen «*Stykkevis og delt*¹²». Tittelen henspiller på det som kjennetegner bruk av sjekklisten ved avdelingene på bakgrunn av de funn som ble presentert og diskutert i kapittel 4. På dette grunnlaget kan det hevdes at sjekklisten er introdusert eller tatt i bruk ved avdelingene. Men det kan synes som at den ikke er implementert som en etablert praksis verken ved Avdeling 1 eller Avdeling 2. Det kan begrunnes med at sjekklisten ikke benyttes konsekvent i hele pasientforløpet (alle tre deler). Skal sjekklisten gjennomføres ved alle operasjoner, både akutte og planlagte, er det fremdeles en vei å gå før dette målet er innfridd. Denne oppgaven vil derfor avsluttes med en diskusjon om hva som kan være den videre veien å gå i arbeidet med å forbedre pasientsikkerhet ut fra det informantene fortalte om sine erfaringer med bruk av sjekklista. Dette vil blant annet bli diskutert sett i lys av beskrivelsene som ble omtalt i 2.5.1 *Hva kjennetegner pålitelige organisasjoner?*

I 4.1 *Organisatoriske rammer* kom det frem at deler av teamet mangler ved gjennomgang av sjekklistens første del. Men skal anestesilegen og kirurgen delta i pasientmottaket, vil det kreve endringer i hvordan arbeidet ved operasjonsavdelingen er organisert. Imidlertid er det grunn til å tro at dette vil kreve omorganisering eller endringer som det vil være nødvendig at ledelsen ved sykehuset involverer seg i. Robbins (2011) påpeker nettopp det at skal pasientsikkerhet i helsetjenesten ha effekt, må den være ledelsesorientert. Han hevder videre at uten nødvendig støtte fra sykehusledelsen, kan sjekklisten ende opp som et byråkratisk inngrep. Det vil i denne forbindelse være aktuelt at ledelsen støtter opp under de endringer det er nødvendig å gjennomføre, skal hele teamet ha mulighet og anledning til å delta i pasientmottaket.

Som tidligere nevnt dokumenterer informantene at sjekklisten er gjennomført ved å skrive «Trygg kirurgi ok». Et kjennetegn ved pålitelige organisasjoner er at ledelsen i organisasjonen overvåker aktivt om prosedyrene blir etterfulgt etter ønsket standard (Reynard et al.2009). Er det grunnlag for å si hva som er ønsket standard ut fra hvordan informantenes beskriver bruk av sjekklisten? Hvordan den blir gjennomført kan virke tilfeldig, og avhengig av hvem som står for gjennomføringen. Det fremstår ikke som det er en entydig forståelse av hvordan sjekklisten skal gjennomføres, verken blant operasjonssykepleiere, eller på tvers av profesjonene. Operasjonssykepleierne etterspør ikke eksplisitt tilbakemeldinger på hvordan de, eller kirurgene gjennomfører bruk av sjekklisten. Men det at informantene har klare

¹² Deler av sitatet er hentet fra Brand av Henrik Ibsen; *Det som du er, vær fullt og helt, ikke stykkevis og delt*.

oppfatninger om hva de mener innebærer en riktig bruk av sjekklisten, kan tolkes dithen at det kan være nødvendig med tilbakemeldinger i form av evalueringer eller korrigeringer. Det vil gjelde både hvordan spørsmålene i sjekklisten skal leses opp, men også i hvilken grad «Trygg kirurgi» kan endres, uten at det går på bekostning av sjekklisten som et verktøy for å sikre at viktige sikkerhetstiltak er gjennomført. Ifølge Westphal et al. (2010) er nettopp en av forutsetningene for at en sikkerhetskultur skal eksistere, at ledelsen er opptatt av å diskutere og lære av feil og uønskede hendelser som skjer i organisasjonen. Fokus på sikkerhet forutsetter kommunikasjon basert på gjensidig tillitt og respekt, felles oppfatning av betydningen av sikkerhet, samt oppmuntring og praktisering av teamarbeid (Westphal et al 2010).

På den andre siden blir det hevdet at innblanding for å styrke kommunikasjonspraksis i team innen helsevesenet er komplisert Lingard et al. (2004). Et av argumentene som blir benyttet, er at teammedlemmene er fra forskjellige yrkesgrupper og har ulik profesjonell identitet, noe som kan gi grobunn for konfliktfylt kommunikasjon. Men også pålitelige organisasjoner består av ulike yrkesgrupper, men har klart å oppnå en sterk sikkerhetskultur gjennom kommunikasjon og samarbeid (Reynard et al. 2009).

Samtidig som sjekklisten synes å være en prosedyre som kan bidra til både å avsløre mangler og gi teamet utfyllende opplysninger, er det også viktig å være bevisst sjekklistens begrensninger. Reason (2008) illustrerer dette gjennom å vise til observasjoner av sykepleiere, og hvordan de håndterte lokale problemer (manglende eller ødelagt utstyr, manglende eller feil informasjon, å vente på ressurser i form av utstyr eller kollegaer). I over 93 prosent av de observerte hendelsene ble problemet løst der og da, uten at underliggende organisatoriske mangler ble håndtert. En annen strategi som ble benyttet i 42 prosent av tilfellene, var at sykepleieren søkte hjelp fra en kollega, i stedet for å gå til ledelsen som kunne ha gjort noe med årsaken til problemet. Problemer er med andre ord løst lokalt ved å kurere symptomet, uten å ta tak i årsaken til problemet. I følge Reason (2008) er muligheten for å forbedre systemet gått tapt i begge strategier

Dette eksempelet kan illustrere og forklare noe av årsaken til hvorfor operasjonssykepleiere støtter bruk av «Trygg kirurgi». Bruk av sjekklisten avslører mangler der og da, og operasjonssykepleierne får løst et eller flere problemer på lokalt nivå. Men som Reason (2008) påpeker, vil ikke sjekklisten løse problemer med mangler ved pasientsikkerheten i organisasjonen i et systemperspektiv. Det kan blant annet illustreres ved å vise til eksempelet

om manglende antibiotika som ble forklart og illustrert i 2.5.3 *Sveitserostmodellen*.

Manglende administrering av antibiotika ble oppdaget og korrigert, men årsaken til hvorfor det ikke var gitt, vil kreve tiltak utover bruk av «Trygg kirurgi» for å forbedre sikkerheten for pasienter. Pasientsikkerhet handler ikke kun om at den siste osteskiven i Sveitserostmodellen fungerer som en barriere, men også å finne ut hvorfor enkelte feil skjer så ofte at det blir den siste osteskiven som må sørge for pasientsikkerheten. Det vil da være grunnlag for å finne ut hvorfor feilen gjentar seg.

5.1 Studiens kvalitet

De etiske vurderingene i et forskningsprosjekt handler om flere forhold. Det er tre sentrale begrep som legger grunnlaget for betingelsene når det kommer til vitenskapelig kunnskap (Malterud 2011). Det er imidlertid mange ulike begrep innenfor hver av kategoriene som er i omløp innenfor den kvalitative metodelitteraturen. Begrepene Kvale og Brinkmann (2009) anvender er reliabilitet, validitet og generalisering. Siden dette er godt innarbeidede begrep velger jeg å benytte disse.

5.1.1 Studiens reliabilitet

Reliabilitet handler om forskningens pålitelighet (Thagaard 2010). Begrepet behandles gjerne i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere. Det kan blant annet handle om en intervjuperson ville ha forandret sine svar hvis de ble intervjuet av en annen forsker (Kvale og Brinkmann 2009).

Thagaard (2010) viser til at forskeren må argumentere for reliabiliteten ved å redegjøre for hvordan dataene er blitt utviklet i løpet av forskningsprosessen. Siden utvikling av dataene må ses i relasjon til det som er med på å prege forforståelsen, ble det redegjort for hva som er med på å prege forforståelsen i kapittel I. Creswell (2007) påpeker at er det viktig at forskeren legger til side egne erfaringer. Slik kan det skapes en forståelse av et fenomen som informantene opplever det. Imidlertid vil det i praksis være umulig for forskeren å sette forforståelsen til side fullt og helt. Men ved å klargjøre egen forforståelse kan leseren få et innblikk i hvilke rammer som foreligger i arbeidsprosessene med datamaterialet når det kommer til analyse og tolkning av datamaterialet. Dette ble det gitt en redegjørelse for i kapittel *I Innledning*.

Når det gjelder denne studien, er tidsdimensjonen en viktig faktor. Informantene betrakter bruk av sjekklisten som en prosess i endring. Det kommer blant annet til uttrykk når informantene beskriver bruk av «Trygg kirurgi» som en gjennomgang som oftere blir benyttet på det tidspunkt intervjuene ble foretatt, sammenlignet med da sjekklisten ble innført medio 2011. Det kan være et forhold som det vil være nødvendig å ta i betraktning, hvis studien skal gjentas med samme metode, på et annet tidspunkt og av andre forskere.

Når det gjelder transkriberingen reliabilitet, ble dette blir omtalt i kapittel 3 *Metode*.

5.1.2 Studiens validitet

Validitet handler om hvorvidt en studie undersøker det som var ment at den skulle undersøke (Kvale og Brinkmann 2009). Malterud (2011) utdyper det med at ingen kunnskap er allmenngyldig i den forstand at den gjelder under alle omstendigheter for ethvert formål. Men det er viktig å ta stilling til hva som er sant, ut fra hva materialet og metoden gir anledning til å si noe om. Fagområdet og konteksten kunnskapen er innhentet fra vil være med på å bestemme kunnskapens rekkevidde i tid og rom.

Kunnskapen denne oppgaven videreformidler vil ikke dermed kunne overføres til operasjonssykepleiere ved andre sykehus, uten å ta hensyn til hvilken bakgrunn erfaringene utspiller seg innenfor. En slik bakgrunn som kan være svært viktig i så måte, er kultur. Det kan være kultur i form av samarbeid, opplæring, ledelsesforankring etc. som kan variere mellom sykehus og mellom avdelinger. Det denne studien derimot kan si noe om, er hvilke erfaringer operasjonssykepleiere har med bruk av en sjekkliste på et gitt sykehus og ved to avdelinger nesten et år etter at sjekklisten ble innført.

Min rolle som operasjonssykepleier var kjent for informantene allerede da det ble gitt informasjon om studien. Det at forskeren har kjennskap og kunnskap til miljøet som skal studeres, kan være en styrke, men også en begrensning (Thagaard 2010). Når det kom til å gjennomføre informasjonsmøter og intervju, er min erfaring at det var en styrke å ha innsikt i de praktiske forhold ved en operasjonsavdeling. Slik kunne oppmerksomhet og konsentrasjon rettes mot informantene, i stedet for praktiske gjøremål.

Det kan være en svakhet at jeg har et eget erfaringsgrunnlag basert på bruk av sjekklisten. Ved å være bevisst på egne erfaringer, har det vært et mål å unngå gjendanne egne erfaringer.

Når intervjuguiden ble utarbeidet, ble spørsmålene formulert ved å unngå positive eller negative ladede formuleringer. Målet var å stille nøytrale spørsmål til informantene.

Et eksempel på det som kan karakteriseres som et negativt ladet spørsmål er «*What are some of the barriers to communication and teamwork in surgery?*». Dette var et av spørsmålene som ble benyttet i studien til Gillespie et al. (2010). Det er grunn til å hevde at forskeren kommer med en påstand i spørsmålet om at det er kommunikasjonsvansker i operasjonsteamet. Men informantene trenger ikke nødvendigvis å erfare at det er barrierer. Ved å stille spørsmål som verken signaliserer antagelser eller forventninger fra forskeren kan den enkelte informant få anledning til å si sin mening. Et bedre spørsmål i så måte ville ha vært «*Hvordan vil du karakterisere kommunikasjon og samarbeid innen kirurgi?*»

5.1.3 Studiens generaliserbarhet

Ved kvalitative tilnæringer må forskeren tenke på utvalgets egenart og den betydning det har for overførbarhet av den kunnskapen som er blitt utviklet (Malterud 2011). Det kan knyttes til hvorvidt den forståelsen som kommer frem i en studie er relevant for andre prosjekt (Thagaard 2010). De erfaringer informantene beskriver i studien kan ikke uten videre overføres til verken andre sykehus, avdelinger eller informanter uten å beskrive de valg som har blitt foretatt i de ulike arbeidsprosessene i arbeidet med masteroppgaven. Hvilken kontekst og betingelser informantene arbeider innenfor, vil blant annet være med på avgjøre om studien kan generaliseres til å gjelde operasjonssykepleiere andre steder. Kvale og Brinkmann (2009) stiller spørsmål til hvorfor generalisere, siden sosial kunnskap er sosialt og historisk kontekstualiserte måter å forstå og handle i verden på.

5.2 Implikasjoner for praksis

Hvordan «Trygg kirurgi» benyttes i operasjonsavdelingene varierer både når det gjelder hvordan og når den benyttes. Når det gjelder akutte situasjoner, viser det seg at informantene forteller at den brukes i mindre grad enn ved planlagte inngrep. Som tidligere nevnt, har en sjekkliste kun nytteverdi hvis den brukes konsekvent over tid. I følge de funn som fremkommer i studien, er det grunn til å hevde at skal sjekklisten fungere optimalt, er det grunnlag for en gjennomgang hvor teammedlemmer og ledelse forenes i en felles forståelse hva riktig bruk av sjekklisten innebærer. Det kan blant annet være nødvendig å ta opp hvilke forventninger de ulike helseprofesjonene har til bruk av sjekklisten. Hvilke forventninger har

ledelsen til bruk av sjekklisten? I hvilken grad er det overenstemmelse mellom operasjonsteam og ledelse? Dette er spørsmål som det vil være viktig å ta opp, skal sjekklisten fungere som et verktøy for å fremme sikkerhet i avdelingene.

5.3 Videre forskning

I denne studien ble erfaringer med bruk av sjekklisten sett fra operasjonssykepleierens ståsted. Gjennom arbeidet med masteroppgaven er det flere aktuelle tema som kan være nyttig å gripe tak i for videre forskning. Et aktuelt spørsmål kan være hvilke erfaringer de andre helseprofesjonene i et operasjonsteam har med bruk av sjekklisten. Dette vil være tema som har en kvalitativ tilnærming, og for å forstå verden fra intervjupersonenes side, er det kvalitative forskningsintervjuet godt egnet (Kvale og Brinkmann 2009). Imidlertid er det flere alternativ innenfor datasamlingsteknikk som kan benyttes når en studie har en kvalitativ tilnærming. Blant annet kan fokusgrupper være en aktuell tilnærming som kan vise seg å være nyttig for videre forskning. En eller flere fokusgrupper med informanter med representanter fra kirurger, operasjonssykepleiere, anestesileger og anestesisykepleiere kan være med på skape en dialog om hvilke forventninger, erfaringer eller nytte teammedlemmene har til «Trygg kirurgi». Det kan gi svar på i hvilken grad for eksempel forventninger til og forståelsen av sjekklistebruk er i samsvar eller varierer mellom de ulike helseprofesjonene.

Videre forskning kan også ta utgangspunkt i hvilke forventninger og forståelse ledere på ulike nivå i helseinstitusjoner har til sjekklistebruk. Et aktuelt tema kan være om det er forankret en generell forståelse hos ledere på tvers av avdelinger når det gjelder sjekklistens formål og hensikt? Har den enkelte leder en klar formening om innholdet i sjekklisten og hvordan den skal gjennomføres for sin avdeling?

6 Konklusjon

Denne masteroppgavens problemstilling er;

Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med bruk av sjekklisten «Trygg kirurgi?»

For å finne svar på denne problemstillingen er ti informanter ved to ulike operasjonsavdelinger på ett sykehus blitt intervjuet vedrørende sine erfaringer. Studien viser at erfaringene informantene har gjort seg, på mange måter er felles på tvers av avdelingene. Sjekk av pasienten ved ankomst til operasjonsavdelingen, er tradisjonelt en rutine som er blitt utført ved avdelingene. Informantene påpeker at de utfører denne delen av pasientforløpet jmf. første del av «Trygg kirurgi». Men det viser seg at sjekk av pasienten foregår på samme måte som før sjekklisten ble tatt i bruk ved avdelingene.

Informantene viser til at de opplever sjekklistegjennomgang («Time-out») som verdifull i forhold til å få utfyllende opplysninger om operasjonen og at bruk av sjekklisten avslører mangler i pasientforløpet. På tross av at mange av erfaringene var sammenfallende ved avdelingene, er det valgt to ulike strategier når det gjelder sjekklisten. Avdeling 1 har valgt å forholde seg til den standardiserte utgaven, men med enkelte endringer i form av tilleggsspørsmål, mens Avdeling 2 har valgt å gjøre endringer på sjekklisten ved å fjerne «Forberedelse før innledning av anestesi». Oppgaven med gjennomgang av «Time-out» og «Avslutning» ble gitt til kirurg, som en følge av at gjennomgang av sjekklisten ikke fungerte optimalt. Det blir imidlertid påpekt at også kirurgen kan slite med å oppnå oppmerksomhet og kontakt med resten av teamet. Manglende disiplin innad i teamet synes å være en årsak til manglende oppmerksomhet ved gjennomgang av sjekklisten ved begge avdelinger. Operasjonssykepleierne viser til at bruk av sjekklisten er en pågående prosess, hvor de blant annet påpeker at holdningene til bruk av sjekklista fra andre helseprofesjoner har endret seg i løpet av den tiden som har gått siden «Trygg kirurgi» ble introdusert til avdelingene. Men informantene opplever at bruk av sjekklista ikke er hensiktsmessig å benytte i alle situasjoner. Det gjelder både når det står om liv, og inngrep hvor det ikke var behov for anestesi eller at det skulle benyttes sterile instrumenter. Informantene vurderer videre hvordan spørsmålene blir gjennomgått. For eksempel viser det seg at *Er alle i teamet presentert for hverandre med navn og funksjon?* et spørsmål som er gjenstand for vurdering hos den enkelte, og blir vurdert ulikt av informantene. Operasjonssykepleierne etterspør i mindre grad ledelsen involvering når det gjelder bruk av sjekklisten. Men skal operasjonsavdelingene benytte sjekklisten som et

verktøy for å fremme pasientsikkerhet gjennom hele pasientforløpet, kan det vise seg å være nødvendig å se til hvordan pålitelige organisasjoner arbeider utover bruk av prosedyrer og sjekklister for å fremme sikkerhet.

7 Litteraturliste

Bleakley, A., Boyden, J., Hobbs, A., Walsh, L., & Allard, J. (2006)

Improving teamwork climate in operating theatres: the shift from multiprofessionalism to interprofessionalism. Journal of Interprofessional Care 20: 461-470.

Bosk, C. L. (2003) *Forgive and Remember. Managing Medical Failure. Second Edition.* Chicago: The University of Chicago Press.

Carney, B., West, P., Neily, J., Mills, P.D., & Baigan, J.P. (2010)

Differences in nurses and surgeon perceptions of teamwork: implications for use of a briefing checklist in the OR. AORN Journal 91:722-729.

Catchpole, K., Mishra, A., Handa, A., & McCulloch (2008)

Teamwork and Error in the Operating Room. Analysis of Skills and Roles. Annals of Surgery 247: 699-706.

Connelly, B. A. et al. (2011) "Creating a mindfulness of patient safety among physicians through education." I: *Principles of risk management and patient safety.* Youngberg, B.J. (red). London: Jones & Bartlett Learning.

Corbin, J. & Strauss, A. (2008) *Basics of Qualitative research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory.* 3rd ed. London: Sage Publications.

Curell, K.M. (2011) "Integrating Risk Management, Quality Management, and Patient Safety into the Organization" I: *Principles of Risk Management and Patient Safety.* Youngberg, B.J. (red). London: Jones & Bartlett Learning.

Creswell, J.W. (2007) *Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches.* London: Sage Publications.

Einav, Y., Gopher, D., Kara, I., Ben-Yosef, O., Lawn, M., Laufer, N. et al. (2010)

Preoperative Briefing in the Operating Room. Shared Cognition, Teamwork, and Patient Safety. Chest 137: 443-449

Flaatten, H. (2012) *Hvor mange pasienter «tar» vi livet av?* I: Dagens Medisin 12.01.2012 : 28

Gawande, A. (2010) *The Checklist Manifesto*. London: Profile Books.

Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Longbottom, P., Wallis, M. (2010) *The impact of organizational and individual factors on team communication in surgery: A qualitative study*. International Journal of Nursing Studies 47: 732-741.

Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.R., Lipsitz S.R., Breizat, A.H., Dellinger, E.P. et al.(2009) *A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population*. N Eng J Med 360: 491-499.

Helsebiblioteket (2012) *Hva er en fagprosedyre?*

<http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/metode-for-%C3%A5-lage-prosedyrer/definisjon-av-fagprosedyre> [Lastet ned 22.10.12]

Hjort, P. F. (2000) *Uheldige hendelser i helsetjenesten- forebygging og håndtering*. Tidsskrift for Den norske legeforening 120: 3184-9.

Hjort, P.F.(2010) *Uheldige hendelser i helsetjenesten. Pasientfortellinger*. Den Norske Legeforening.

Husebø, S.E. og Rystedt, H. (2010) «Simulering innen helsefag» I: *Pasientsikkerhet- teori og praksis i helsevesenet*. Aase, K.(red). Oslo: Universitetsforlaget.

Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson M.S. (2000) *To err is human : building a safer health system*. Washington: National Academy Press.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G.R., Reznick, R. et al. (2004) *Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects*. Qual Saf Health Care 13: 330-334.

Lingard, L., Espin, S., Rubin, B., Whyte, S., Colmenares, M., Baker, G.R. et al. (2005) *Getting teams to talk: development and pilot implementation of a checklist to promote interprofessional communication in the OR*. Qual saf Health Care 14: 340-346.

Makary, M.A., Sexton, J.B., Freischlag, J.A., Holzmueller, C.G., Millman, E.A., Rowen, L. et al. (2006) *Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder*. J Am Coll Surg 202: 746-752.

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell J., Coutts, K., Youngson, G.(2011) *Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses`non-technical skills*. International Journal of Nursing Studies 48: 818-828.

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet (2009) *Trygg kirurgi verner liv. Veileder for implementering og bruk av Sjekkliste for trygg kirurgi*.

<[www.kunnskapssenteret.no/Verktøy/attachment/8278? ts...true](http://www.kunnskapssenteret.no/Verktøy/attachment/8278?ts...true)> [Lastet ned 15.08.2011]

NESH (2008) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. 3.opplag. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer.

Norsk anesthesiologiske forening (2006)

<http://nafweb.no/index.php?option=com_content&view=article&id=62:asa-klussifikasjon&catid=38:standarder&Itemid=27> [Lastet ned 10.10.12]

Norsk pasientskadeerstatning (2012)

<http://www.npe.no/Documents/Faktaark/FAKTAARK_gjenglemtesaker.pdf> [Lastet ned 21.06.2012].

Pansear, S.S., Noble, D.J., Mirza, S.B., Patel, B., Mann, B., Cleary, K. et al. (2011) *Can the surgical checklist reduce the risk of wrong site surgery in orthopaedics?- can the checklist help? Supporting evidence from analysis of a national patient incident reporting system.* J Orthop Surg Res. 6: 18.

Pasientsikkerhetskampanjen (2012)

<http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/> [Lastet ned 15.01.12]

Patton, M.Q.(2002) *Qualitative Evaluation & Research Methods.* 3rd ed. Newbury Park: Sage.

Peters, G.A. & Peters, B.(2008) *Medical error and patient safety.* CRC Press/ Taylor & Francis Group.

Reason, J.(1990) *Human error.* New York: Cambridge University Press.

Reason, J. (2000) *Human error: models and management.* BMJ 2000; 320:768-70.

Reason, J. (2008) *The Human Contribution. Unsafe acts, Accidents and Heroic Recoveries.* Farnham : Ashgate.

Reynard, J., Reynolds J. & Stevenson, P.(2009) *Practical patient safety.* New York: Oxford University Press.

Robbins, J.(2011) *Hospital Checklists. Transforming Evidence-Based Care and Patient Safety Protocols Into Routine Practice.* Crit Care Nurs 34: 142-149.

Sax, H.C., Browne, P., Mayewski, R.J., Panzer, R.J., Hittner, K.C., Burke, R.L. et al. (2009) *Can Aviation-Based Team Training Elicit Sustainable Behavioral Change?* Arch Surg 144: 1133-1137.

Sewell, M., Adebibe, M., Jayakumar, P., Jowett, C., Kong, K. et al.(2011) *Use of the surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients.* International Orthopaedics 35: 897-901.

Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin M.(2009) *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage Publications.

Store norske leksikon (2012) <<http://snl.no/.search?e=snl&query=pulsoksymetri>> [Lastet ned 11.10.12].

Takala, R.S.K., Pauniahho, S-L., Kotkansalo, A., Helmio, P., Blomgren, K., Helminen, M. et al (2011) *A pilot study of the implementation of WHO Surgical Checklist in Finland: improvements in activities and communication*. Acta Anaesthesiol Scand 55: 1206-1214.

Thagaard, T. (1998) *Systematikk og innlevelse. En innføring av kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thagaard, T. (2010) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*.3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Utdannings- og forskningsdepartementet (2005)
<http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393-rammeplan_for_videreutdanning_i_operasjonssykepleie_05.pdf > [Lastet ned 15.06.2012].

Vats, A., Vincent, C., Naqpal, K., Davies, R.W., Darzi, A., Moorthy, K. (2010) *Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience*. BMJ 340: 133-135.

Vincent, C.(2006) *Patient safety*. London: Elsevier Churchill Livingstone.

Weigmann, D.A. & Dunn, W.F. (2010) *Changing culture. A New View of Human error and Patient Safety*. Chest 137: 248-250.

Weiser, T., Haynes, A.B., Lashoher, A., Dziekan, G., Boorman, D.J., Berry, W.R. et al.(2010) *Perspectives in quality. Designing the WHO Surgical Safety Checklist*. International Journal for Quality in Health Care 22: 365-370.

Wong, H.W.L., Forrest, D., Healey A., Shirafkan, H., Hanna, G.B., Vincent, C. et al (2011) *Information needs in operating room teams: what is right, what is wrong, and what is needed?* Surg Endosc 25:1913-1920.

Aase, K. (2010) «Pasientsikkerhet – hendelser, begreper og omfang». I: *Pasientsikkerhet - teori og praksis i helsevesenet*. Aase, K. (red.). Oslo: Universitetsforlaget.



Harald Hårfagres gate 2
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

John-Arne Skolbekken
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap
NTNU
Dragvoll
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 08.12.2011

Vår ref: 28661 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.11.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28661	<i>Hvilke erfaringer har koordinerende operasjonssykepleiere med sjekeklusten "Trygg kirurgi"?</i>
Behandlingsansvarlig	NTNU, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	John-Arne Skolbekken
Student	Marianne Barø

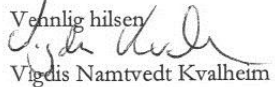
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

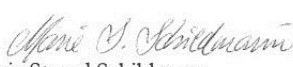
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Marianne Barø, Martin Barstadsveg 24, 7056 RANHEIM



Helse- og omsorgsdepartementet har innført sjekklisten "trygg kirurgi" ved alle landets helseforetak. Formålet med dette prosjektet er å undersøke hvilke erfaringer operasjonssykepleiere har med bruk av sjekklisten, og hvilken betydning praktisk tilrettelegging, organisering, kultur og kommunikasjon har for operasjonssykepleierens erfaringer med sjekklisten.

Utvalget består av 10 operasjonssykepleiere ved ulike operasjonsavdelinger. Prosjektet avklares med ledelsen ved de aktuelle avdelingene/helseforetakene. Student innhenter tillatelse til å informere om prosjektet ved et avdelingsmøte. Utvalget mottar i tillegg skriftlig informasjon.

Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende.

Datamaterialet innhentes gjennom personlig intervju. Intervjuene registreres som lydfiler.

Det innhentes direkte personidentifiserende opplysninger i form av navn og telefonnummer. Videre innhentes opplysninger om hvor lenge man har jobbet som operasjonssykepleier, hvilken informasjon og opplæring man fikk i forbindelse med implementeringen av 'sjekklisten', hvordan man utførte sjekk forut for dette, opplysninger knyttet til den praktiske gjennomføringen, oppfatning av 'sjekklisten's relevans, ansvar/samarbeid med tanke på at 'sjekklisten' blir benyttet, kultur/holdninger til 'sjekklisten', samt den enkeltes refleksjoner rundt 'sjekklisten's påvirkning på pasientsikkerhet. Navn og kontaktopplysninger oppbevares atskilt fra de øvrige dataene.

Dato for prosjektslutt er 31.12.2012. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger fremgår. Navneliste og lydopptak slettes. Indirekte personidentifiserende opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres.

Forespørsel om å delta i prosjektet «Trygg kirurgi»

Sjekklisten «Trygg kirurgi» er innført ved din arbeidsplass. Det er i den forbindelse av interesse å få nærmere kunnskap om de erfaringer operasjonssykepleiere har med bruk av sjekklisten. Dette gjelder bl.a. hvilken betydning opplæring, praktisk gjennomføring, samarbeid og kommunikasjon har for operasjonssykepleierens erfaringer med sjekklisten.

For å få vite mer om dine erfaringer, gjennomføres en intervjustudie blant operasjonssykepleiere. Det blir gjort lydopptak av intervjuene, som varer omtrent en time. Vi blir sammen enig om tid og sted. Det vil bli foretatt utskrift av lydopptakene.

Alle personopplysninger vil bli slettet når prosjektet er ferdig, og seinest innen utgangen av 2012. Under gjennomføringen av prosjektet blir personopplysninger og lydopptak/utskrifter oppbevart separat.

Intervjuutskriftene vil bli gjenstand for analyse og utgjøre grunnlaget for en masteroppgave i helsevitenskap. Opplysningene du gir vil bli behandlet med konfidensialitet og forskerne i dette prosjektet har taushetsplikt i henhold til Forvaltningslovens § 13.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst og uten å begrunne dette nærmere trekke ditt samtykke til å delta. Dersom du trekker deg vil alle data fra deg bli slettet. Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og returnerer den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 95 87 82 95, eller sende en e-post til marianne.baro@broadpark.no. Du kan også kontakte min veileder John-Arne Skolbekken ved NTNU institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; john-arne.skolbekken@svt.ntnu.no. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Marianne Barø

SAMTYKKEERKLÆRING:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om prosjektet «Trygg kirurgi» og ønsker å stille på intervju.

Signatur Telefonnummer

Intervjuguide 1

INTERVJUGUIDE

Takk for at du har samtykket til å dele dine erfaringer omkring bruken av sjekklister «Trygg kirurgi». Intervjuet kommer til å vare ca. en times tid. Intervjuet vil bli tatt opp, og jeg vil eventuelt ta noen notater underveis. Hvis du ønsker en pause underveis, så si ifra, så stanser vi opptaket.

Opplæring/ informasjon

- Hvor lenge har du jobbet som operasjonssykepleier?
- Jobber du ved flere avdelinger, evt. hvilke? Akutt? Elektive?
- Kan du huske når sjekklister ble innført ved avdelingen du jobber i?
- Hva slags informasjon/opplæring fikk du før implementering av sjekklister?
 - (Har du fått informasjon om e-læringsprogrammet?)
 - (Har du fått informasjon om veileder til sjekklister?)
- Hvordan utførte du/dere sjekk før sjekklister ble innført og hva sjekket dere?

Praktisk gjennomføring/samarbeid

Sjekklister er inndelt i tre deler; forberedelse, time-out og avslutning.

- Kan du fortelle hvordan dere gjennomfører den første (forberedelse) delen av sjekklister?
 - Hvem deltar (hva med pasienten)?
 - Hvem tar initiativ til gjennomføringen?
 - Hvor i operasjonsavdelingen blir den første delen av sjekklister gjennomført?
 - Har du med deg sjekklister?
 - Hva gjør du hvis du/dere oppdager ved gjennomgang at pasienten ikke er merket?

Time-out før oppstart av en operasjon.

- Hvem er tilstede?
- Hvem tar initiativ til å gjennomføre time-out delen?
- Hvordan blir oppmerksomheten til teamet påkalt?
- Blir punktet om presentasjon lest opp?

Hvis du har jobben med å gjennomføre sjekklisten;

- Kan du beskrive hvordan du går fram (fra å få oppmerksomhet til avslutning)?
- Hvordan opplever du å stå fram (følelser)?
- Opplever du at resten av teamet støtter opp under gjennomføringen?
- Hvilke reaksjoner får du fra resten av teamet når du går igjennom lista (eks. verbal/nonverbal)?
- Hva gjør du/teamet hvis dere oppdager mangler ved gjennomgangen?

Avslutning;

- Hvem tar initiativ til den avsluttende delen?
- Hvem deltar?

Evaluerings/ relevans

- Hva er det som gjør at du/dere husker å bruke sjekklista?
- Hvilke erfaringer har du gjort deg om årsaker til ikke å gjennomføre sjekklista?
- Hvilke tiltak tror du kan iverksettes for at den blir en rutine?
- Hvordan dokumenterer du at sjekklista er gjennomført?
- Når dokumenterer du det?
- Diskuterer du sjekklisten med arbeidskollegaer?
 - Med hvem?
 - Hva er det dere tar opp?
- Opplever du at sjekklisten øker sikkerheten for pasienten?
 - Hvordan?
 - Evt. hvordan gjør den ikke det?
- Har sjekklista endret arbeidshverdagen din?

Hvis du ser på spørsmålene under forberedelse, time-out og avslutning.

- Er det noen spørsmål som du mener ikke er relevant?
- Hvorfor er dette/ disse spørsmålene unødvendig / ikke relevant?

- Hvis det er spørsmål som du ikke mener er relevant for denne aktuelle pasienten, hva gjør du da?
- Er det noen spørsmål som du mener mangler på sjekklista evt. hvilke?

Sjekklista kan tilpasses lokale forhold. Undersøk med avdelingsleder om det er blitt gjort, evt om det er planer om evaluering av spørsmålene (isolert fra metalliske deler)

Kommunikasjon/samarbeid

Sjekklisten skal blant annet være et hjelpemiddel i sikkerhetsarbeidet ved å fremme god kommunikasjon og effektivt samarbeid på operasjonsstua.

- Opplever du at sjekklista har endret kommunikasjon? Før-nå
 - På hvilken måte opplever du at den ikke gjør det?
 - Hva skal til for at du opplever å kommunisere godt med resten av teamet?
 - Hvordan vil du beskrive en situasjon der sjekklista blir gjennomført på en god måte?
 - Har sjekklista innvirkning på kommunikasjon mellom time-out og avslutning?
- Opplever du at sjekklista har endret samarbeidet? Før-nå
 - Hvordan vil du beskrive samarbeidet?(et arbeidslag eller flere)? Hvem er i dette/disse lagene?

Intervjuguide 2 til leder

Om avdelingen

- Hva er forskjellen på en enhetsleder, avdelingssykepleier, seksjonsleder?
- Hvilken rolle har du i avdelingen
 - Har du kun en administrativ stilling eller har du praktiske oppgaver tillegg i avdelingen?
- Hvor lenge har du vært ansatt i stillingen?

Informasjon

- Hvilken informasjon fikk du før innføringen av «Trygg kirurgi?»
- Hvordan ble informasjonen til operasjonssykepleierne formidlet?
- Hvem var tilstede på informasjonsmøtene (hva med resten av det kirurgiske teamet)?
 - Har du fått informasjon / benytter veilederen til sjekklista?
 - Har du fått informasjon om/ sett e læringsvideoen om sjekklista?
- Hvem sitt ansvar er det at sjekklista blir brukt?
- Hvilket ansvar har du som leder at sjekklista blir gjennomført?

Revidering

- Hvilke tilbakemeldinger har du fått fra operasjonssykepleierne vedrørende sjekklista?
- Har du eventuelt fått tilbakemeldinger fra andre medlemmer i teamet?
- Opplever du at sjekklista passer for alle inngrep?
 - Er det aktuelt med flere sjekklister (for eksempel for undersøkelser?)
 - Har det vært diskutert om sjekklista skal revideres?
 - Hvem sin oppgave er det eventuelt å revidere?

Organisering

- Har det vært diskutert om noen andre i teamet har ansvar for å gjennomgå sjekklista?
- Hele teamet bør være samlet i forberedelsesdelen av «Trygg kirurgi»
 - Har dette vært tatt opp med anestesilege eller kirurg?

Dokumentasjon

- Er avdelinga pålagt å utføre sjekklista?
- Er dere pålagt å dokumentere at sjekklisen er utført? Evt. fra hvem?
- Er gjennomføring av sjekklista en skriftlig prosedyre?
 - Hvis ikke, hvordan kan det da dokumenteres at den er utført etter intensjonen?

- Opplever du at bruk av sjekklista en rutine?
- Har du fått tilbakemeldinger på situasjoner der det er vanskelig å bruke sjekklista?
 - Hva kan gjøres for å disiplinere teamet
- Hvilke tiltak kan iverksettes for at det blir en rutine?
- Har sjekklisen nytte (sikkerhet, kommunikasjon, samarbeid?)
- Hvilke tilbakemeldinger har du fått fra klinikledelsen vedrørende sjekklista?

Det var det siste spørsmålet. Har du noe annet du vil fortelle før vi avslutter

Forberedelse før innledning av anestesi	Time-out før operasjonsstart	Avslutning før hovedoperatør forlater operasjonsfeltet
<p>Har pasienten bekreftet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Identitet <input type="radio"/> Operasjonsfelt <input type="radio"/> Type inngrep <input type="radio"/> Piercing <p>Er operasjonsfeltet merket?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ikke aktuelt <p>Er anestesisekk utført og medikamenter kontrollert?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja <p>Har pasienten:</p> <p>Kjent allergi?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei <p>Vanskelig luftvei / risiko for aspirasjon?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja, og utstyr / assistanse er tilgjengelig <input type="radio"/> Nei <p>Risiko for >500 ml blodtap? (>7 ml / kg hos barn)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja, og adekvat intravenøs tilgang og væske er tilgjengelig <input type="radio"/> Nei <p>Risiko for hypotermi?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja, og tiltak er planlagt eller iverksatt <input type="radio"/> Nei 	<p>Er alle i teamet presentert for hverandre med navn og funksjon?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja <p>Kirurg, operasjonssykepleier, anestesilege og anestesisykepleier bekrefter muntlig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hva er pasientens navn? <input type="radio"/> Hva er planlagt prosedyre, operasjonsfelt og -side? <input type="radio"/> Er pasienten i rett leie? <input type="radio"/> Er pasienten isolert fra operasjonsbordets metalliske deler <p>Gjennomgang av potensielt risikofylte hendelser</p> <p>Kirurg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hva er forventet blodtap? <input type="radio"/> Er det noen risikofaktorer teamet bør kjenne til? <input type="radio"/> Er det behov for spesielt utstyr eller ekstra undersøkelser? <input type="radio"/> Hva er forventet varighet av operasjonen? <p>Anestesilege og anestesisykepleier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hva er pasientens ASA-klassifisering? <input type="radio"/> Er det særlige risikofaktorer ved anestesen som teamet bør kjenne til? <p>Operasjonssykepleier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Er steriliteten på instrumentene bekreftet (indikatorer)? <input type="radio"/> Er det utfordringer knyttet til bruken av utstyret? <p>Spesielle tiltak</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Er antibiotikaproylaks fullført de siste 60 minuttene? <input type="radio"/> Er tiltak for å forebygge hypotermi iverksatt? <input type="radio"/> Ved diabetes: er blodsukkeret innenfor normalområdet? <input type="radio"/> Er nødvendig billedinformasjon tilgjengelig <input type="radio"/> Er tromboseprofylakse gitt? 	<p>Teamet gjennomgår muntlig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hvilke inngrep er gjennomført? <input type="radio"/> Stemmer antall instrumenter, kompresser/duker, nåler og utstyr forøvrig (eller ikke aktuelt)? <input type="radio"/> Er prøvematerialet riktig merket (inklusive pasientens identitet) og lagt på riktig medium? <input type="radio"/> Har det vært problemer med utstyret som det skal varsles om? <input type="radio"/> Hva er viktig for postoperativ behandling av denne pasienten?