

Etterlevelse av sjekklisten Trygg Kirurgi – operasjonssykepleiernes erfaringer

En kvalitativ studie

Masteroppgave



**Universitetet
i Stavanger**

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i spesialsykepleie, spesialisering i: Operasjonssykepleie

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Studenter: Malin Haugsgjerd og Anja Tveiten Stordrange

Veileder: Irene Sirevåg, PhD stipendiat

**Medveiledere: Monica Hetlesæther Fosmark, Universitetslektor og Britt
Sætre Hansen, Professor**

Dato: 12.05.22

MASTERS I SPESIALSYKEPLEIE, spesialisering i Operasjonssykepleie

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2022 (Kull 2020-2022)

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Malin Haugsgjerd og Anja Tveiten Stordrange

VEILEDER: Irene Sirevåg, PhD Stipendiat

MEDVEILEDER: Monica Hetlesæther Fosmark, Universitetslektor & Britt Sætre Hansen, Professor

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Etterlevelse av sjekklisten Trygg Kirurgi – operasjonssykepleiernes erfaringer

Engelsk tittel: Compliance with Surgical Safety Checklist – operating room nurses experiences

EMNEORD/STIKKORD:

Norsk: Operasjonssykepleie, sjekklisten Trygg Kirurgi, kommunikasjon, tverrfaglig teamsamarbeid, pasientsikkerhet, holdninger.

Engelsk: Operating room nursing, surgical safety checklist, communication, multidisciplinary teamwork, patientsafety, attitudes.

ANTALL ORD: 16 731

STAVANGER: 12.05.2022

Forord

Utformingen av masteroppgaven har vært som våre veiledere har påpekt underveis: «Det er en prosess og alt er en kladd frem til innlevering».

Vi vil først og fremst takke våre informanter som stilte opp til intervju og som har bidratt med interessante og faglige refleksjoner under intervjuene. Det har vært spennende og inspirerende å få et innblikk i deres erfaringer og opplevelser fra praksis. Vi vil også rette en stor takk til operasjonsavdelingen og fag- og forskningssykepleier for god tilrettelegging slik at vi fikk gjennomført studien til tross for utfordringer knyttet til Covid-19 pandemien.

Vi vil også takke våre veiledere Irene Sirevåg, Britt Sætre Hansen og Monica H. Fosmark for god veiledning, gode råd og tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. Dere har engasjert og motivert oss hele veien, og vi ville ikke fått det til uten deres hjelp.

Til slutt vil vi takke hverandre for godt samarbeid, tålmodighet og forståelse i en utfordrende og tidkrevende, men lærerik periode. Og ikke minst en takk til familie og venner som har holdt ut med oss i perioden der masteroppgaven har tatt all oppmerksomhet.

Anja og Malin

Stavanger, mai 2022

Sammendrag

Bakgrunn: I 2008 utviklet Verdens helseorganisasjon (WHO) en sjekklister for trygg kirurgi på bakgrunn av tilbakemeldinger om pasientskader og utilstrekkelig pasientsikkerhet ved kirurgiske inngrep. Sjekklister sin intensjon er å øke pasientsikkerheten på operasjonsavdelingen ved å forbedre sikkerhetsrutiner og kvalitetssikre alle prosesser ved et kirurgisk inngrep, samt styrke teamsamarbeid og kommunikasjon.

Formål og problemstilling: Formålet med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer operasjonssykepleieren har med gjennomgangen og bruken av sjekklister Trygg Kirurgi. I denne studien ble følgende problemstilling besvart: "Hvordan opplever og erfarer operasjonssykepleierne gjennomgangen og bruken av sjekklister Trygg Kirurgi?"

Metode: Vi har brukt kvalitativ metode for å besvare studiens problemstilling. Det er gjennomført 8 semistrukturerte intervjuer med operasjonssykepleiere ved et universitetssykehus i Norge. Datamaterialet ble transkribert og analysert etter Graneheim & Lundman's kvalitative innholdsanalyse.

Funn: Funnene viser at operasjonssykepleierne erfarer at sjekklister Trygg Kirurgi skaper en individuell pasientbehandling samt forbedrer sikkerhetsrutinene på operasjonsstuen. Sjekklister samler teamet ved å gi alle en felles forståelse for hva som skal skje, men det kommer frem utfordringer relatert til bruken og gjennomføringen av sjekklister. Det kommer også frem utfordringer knyttet til holdninger og respekt for operasjonssykepleiernes arbeidsoppgaver.

Konklusjon: Sjekklister Trygg Kirurgi er et viktig verktøy som bidrar til å øke pasientsikkerheten. Bruken av sjekklister har forbedringspotensial og det bør rettes mer oppmerksomhet på korrekt gjennomførelse av alle tre delene. I tillegg er det et behov for en evaluering av sjekklister for å forbedre etterlevelsen.

Nøkkelord: Operasjonssykepleie, sjekklister Trygg Kirurgi, kommunikasjon, tverrfaglig teamsamarbeid, pasientsikkerhet, holdninger.

Abstract

Background: In 2008 World Health Organization (WHO) developed a checklist for safe surgery based on feedbacks about patient injuries and inadequate patient safety in surgery. The intention of the Surgical Safety Checklist is to increase patient safety by improving safety practice and ensure quality in every surgical process, and strengthen the teamwork and communication.

Purpose and research question: The purpose of this study was to examine the operating room nurse`s experiences in how the Surgical Safety Checklist are used and executed. The research question for this study was: “How does the operating room nurse`s experience the use and execution of the Surgical Safety Checklist?»

Method: A qualitative method was used to find answers to our research question. The data collection was conducted by 8 semi-structured individual interviews on operating room nurses in a hospital in Norway. The data material was transcribed and analyzed using Lundman & Graneheims qualitative content analysis.

Findings: The findings show that operating room nurse`s experience that the Surgical Safety Checklist creates an individual patient treatment and improves the safety routines in the operating room. The checklist gather the team together by giving everyone a common understanding, but there are also challenges related to the use and execution of the Surgical Safety Checklist. There are also some challenges related to attitudes and respect for the operating room nurses work tasks.

Conclusion: The Surgical Safety Checklist is an important tool that contributes to focus on patientsafety. The use of the Surgical Safety Checklist has potential for improvement and it should be more focus on correct execution of all three parts of the checklist. In addition, there is a need for an evaluation of the checklist to improve compliance.

Keywords: Operating room nursing, surgical safety checklist, communication, multidisciplinary teamwork, patientsafety, attitudes

Innhold

Forord

Sammendrag

Abstract

1.0	Introduksjon.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.2	Studiens hensikt og formål	3
2.0	Teoretisk rammeverk.....	5
2.1	Sjekklisten Trygg Kirurgi.....	5
2.2	Kommunikasjon og samarbeid.....	7
2.3	Operasjonssykepleierens ansvar og funksjonsområde	9
3.0	Metode.....	12
3.1	Design og metode.....	12
3.2	Kvalitativt forskningsintervju.....	12
3.2.1	Forforståelse	12
3.2.2	Intervjuguide	13
3.2.3	Utvalg av informanter.....	14
3.2.4	Kontekst.....	15
3.2.5	Innsamling av data.....	15
3.2.6	Transkripsjon.....	17
3.3	Analyse.....	18
3.4	Forskningsetiske vurderinger	21
3.4.1	Nødvendige tillatelser.....	21
3.4.2	Informert samtykke	21
3.4.3	Sikring av konfidensiell data	22
3.4.4	Etiske utfordringer.....	22
3.5	Studiens troverdighet.....	23
3.5.1	Credibility.....	23
3.5.2	Dependability	24
3.5.3	Transferability	24
3.6	Metoderefleksjon.....	24
4.0	Presentasjon av funn.....	27
4.1	Organisatoriske tilpasninger og forstyrrelser utfordrer intensjonen til Trygg Kirurgi	27
4.1.1	Gjennomføringen av Trygg Kirurgi blir tilpasset.....	27
4.1.2	Manglende forståelse for operasjonssykepleierne sine arbeidsoppgaver	29
4.1.3	Utydelig ledelse i operasjonsteamet ved gjennomførelsen av Trygg Kirurgi	30

4.1.4 Forstyrrelser og organisatoriske hindringer i gjennomførelsen av Trygg Kirurgi	32
4.2 Sjekklisten Trygg Kirurgi bevisstgjør operasjonsteamet på pasientsikkerhet og sikkerhetsrutiner	33
4.2.1 Trygg Kirurgi sikrer helhetlig og individuell behandling.....	33
4.2.2 Sjekklisten Trygg Kirurgi er et nyttig og etablert verktøy for pasientsikkerheten	33
4.2.3 Trygg Kirurgi sin betydning for teamsamarbeid	34
5.0 Drøfting	36
5.1 Varierende praksis i bruk og gjennomføring av sjekklisten Trygg Kirurgi.....	36
5.2 Holdninger til operasjonssykepleiernes arbeidsoppgaver og rolle i operasjonsteamet	38
5.3 Sjekklisten Trygg Kirurgi sin påvirkning på det tverrfaglig samarbeidet	40
5.4 Trygg Kirurgi sin innvirkning på pasientsikkerheten.....	45
6.0 Konklusjon	49
6.1 Implikasjoner for praksis.....	50
6.2 Implikasjoner for videre forskning.....	51
Referanseliste	52
Vedlegg 1 - Pico skjema.....	60
Vedlegg 2 - Plan for gjennomføring.....	61
Vedlegg 3 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema til deltaker.....	62
Vedlegg 4 - Intervjuguide.....	65
Vedlegg 5 – Informasjonsskriv til avdelingssjef	66
Vedlegg 6 - Tillatelse fra avdelingssjef.....	67
Vedlegg 7 – Svar fra Personvernombudet (PVO)	68
Vedlegg 8 – COREQ - sjekklisten.....	69
Vedlegg 9 – Forkortelser.....	71

1.0 Introduksjon

Operasjonsavdelingen er en høyteknologisk avdeling der teknologi, ressurser og ulik kompetanse skal koordineres. Dårlig organisert teamarbeid og kommunikasjonsfeil blant de ulike profesjonene har ført til pasientskader og høyere dødelighet (Leonardsen, 2015). Hvert år utføres det rundt 234 millioner operasjoner globalt og av disse skjer det omtrent syv millioner dødsfall, halvparten av dødsfallene antas å kunne blitt forebygget (Gillespie et al., 2017).

På bakgrunn av tilbakemeldinger om pasientskader og utilstrekkelig pasientsikkerhet tok Verdens Helse Organisasjon (WHO) ledelsen med å sette en global standard for hvordan operasjonsteamet skal opprettholde og håndtere pasientsikkerheten. Formålet med de tiltakene er forbedre helsehjelpen slik at pasientskader og dødsfall kan forebygges (WHO, 2009). WHO utviklet en sjekklister som skal kvalitetssikre alle prosesser ved et kirurgisk inngrep der hensikten er å redusere komplikasjoner og dødsfall. Sjekklisten ble utviklet i 2008 og brukes nå i over 132 land (Gillespie et al., 2018). Intensjonen med sjekklisten er å hjelpe operasjonsteamet med å forbedre sikkerhetsrutinene rundt operasjonspasienten samt forbedre kommunikasjon og teamsamarbeid innad i operasjonsteamet (WHO, 2009). Samarbeid og kommunikasjon innad i operasjonsteamet er ved flere studier identifisert som viktig for å oppnå gode resultater og er en nøkkelfaktor for å forbedre pasientsikkerheten (Wæhle et al., 2012; Pugel et al., 2015; Gillespie et al., 2018). Studier viser at etter sjekklister ble iverksatt har det vært en reduksjon i postoperative komplikasjoner og dødelighet samt at kommunikasjon og teamarbeidet er forbedret (Gillespie, et al., 2018; Willassen et al., 2018; Haugen et al., 2019). For å få et vellykket resultat må alle teammedlemmene jobbe aktivt sammen og sørge for at alle sjekkpunktene i sjekklister blir gjennomgått (Haugen et al., 2019). Tidligere forskning viser at ved korrekt bruk av sjekklister Trygg Kirurgi kan halvparten av kommunikasjonsfeilene som blir gjort under en operasjon forebygges (Pugel et al., 2015). Selv om sjekklister er gjennomførbar og er et effektivt verktøy som fremmer teamfølelse og utveksling av informasjon, kan holdningene til de involverte partene variere (Wæhle et al., 2012). I enkelte studier som har vært utført er det oppdaget at selv om det ble dokumentert at sjekklister var fullstendig gjennomført, avdekket observasjonene at det var mindre enn 10% av gangene den faktisk ble gjennomført (Gillespie et al., 2018).

For å få tilpasset WHO sin sjekkliste til norske forhold inngikk Kunnskapssenteret for helsetjenesten et samarbeid med Helse Førde/Helse Vest (Kunnskapssenteret & Helse Vest, 2010). I 2009-2011 ble den norske versjonen av sjekklisten Trygg Kirurgi iverksatt på norske sykehus og er et sentralt tiltak i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet i Norge, som legger en standard for sikker pasientbehandling (Wæhle et al., 2012; Haugen & Dāvøy, 2018). I samarbeidet som Kunnskapssenteret for Helsetjenesten hadde med Helse Førde/Helse Vest ble det utformet en veileder for sjekklisten Trygg Kirurgi – «Trygg kirurgi verner liv». Veilederen viser til hvilke forhold som må ligge til rette for implementering av sjekklisten (Kunnskapssenteret & Helse Vest, 2010). Det er opp til de enkelte sykehusene å avgjøre hvordan Trygg Kirurgi kan implementeres i den daglige driften (Pugel et al., 2015). Tidligere studier viser at ved dårlig implementering av Trygg Kirurgi er det flere som opplever at sjekklisten kommer som et tillegg til allerede eksisterende sjekklister (Wæhle et al., 2020). Sjekklister kan bidra til forbedring i pasientsikkerhet, men de implementeres ofte som en del av flere forbedringsinitiativer. Det kreves høy forpliktelse til å utøve endring på en arbeidsplass i alle nivåer og mange oppnår bare delvis suksess ved implementering (Gillespie et al., 2018). Implementering av Trygg Kirurgi som en sjekkliste vil ikke automatisk forbedre team medlemmene sine evner til kommunikasjon og samhandling innad i teamet. Hvordan sykehusledelsen planlegger å implementere sjekklisten vil ha mye å si på de ansatte sitt engasjement og langtids virkning av sjekklisten i avdelingen (Haugen et al., 2020). Sykehusledelsen sitt fokus på å overvåke etterlevelsen og bruken av sjekklisten Trygg Kirurgi vil være med på å opprettholde pasientsikkerheten i avdelingen. Ledelsen må legge til rette for at helsepersonell opprettholder fokus på pasientsikkerhet og riktig gjennomføring av sjekklisten (Haugen et al., 2020).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Endring i sikkerhetskulturen på operasjonsavdelingen er en langvarig prosess som krever engasjement fra ledelsen, men også de ansatte der god planlegging og strategi er viktig for implementering av sjekklisten (Haugen et al 2020; Pugel et al, 2015; Gillespie et al., 2018). Tidligere forskning sier mye om hvilken effekt sjekklisten Trygg Kirurgi har på pasientsikkerhet, kommunikasjon og samarbeidet innad i operasjonsteamet. Forskningen viser at etter sjekklisten ble implementert har det vært en positiv utvikling på pasientutfall, med tanke på mortalitet og dødelighet samt lengden på

sykehusoppholdet. Det kommer også frem at det har en positiv innvirkning på kommunikasjon og teamarbeidet mellom de ulike profesjonene (Haugen et al, 2019; Wæhle et al, 2020; Pugel et al, 2015). Studier viser også til at hele sjekklisten Trygg Kirurgi ikke blir gjennomført, og ofte er det Avslutningen av Trygg Kirurgi som blir utelatt på grunnlag av tidspress samt at enkelte punkter blir glemt (Gillespie et al., 2018). Det kommer og frem at det kan være mye forstyrrelser som stjeler oppmerksomheten under gjennomgangen av Trygg Kirurgi, ofte i en kombinasjon med utydelig kommunikasjon, forstyrrelser og samtidighetskonflikter eller at kirurgen haster seg igjennom sjekklisten. Mange våger ikke å si ifra og mener at de har for liten erfaring til å si ifra (Wæhle et al., 2020; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018). Mangel på viktig informasjon innad i operasjonsteamet har en negativ effekt på samarbeidet. Forskning viser at viktig informasjon må være tilgjengelig for alle parter slik at teamet har en felles forståelse (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018). Sjekklisten Trygg Kirurgi har som hensikt å forbedre kommunikasjon samt redusere hierarki i operasjonsteamet, men det er fremdeles utfordringer knyttet til hierarkiske forskjeller blant teammedlemmene, kommunikasjon og samarbeid (Willassen et al., 2017).

Det er som nevnt mange studier som viser til hva som skal til for å få til en effektiv implementering av sjekklisten samt dens positive effekt på pasientsikkerheten, men det er lite forskning omkring erfaringene til de ulike profesjonene når det kommer til bruk og gjennomføring av sjekklisten. Vi ønsker derfor å se mer på operasjonssykepleierens erfaringer om bruken av Trygg Kirurgi og om det utføres i henhold til retningslinjene og intensjonen.

1.2 Studiens hensikt og formål

Hensikten med denne studien er å få kunnskap om operasjonssykepleierne sine erfaringer med sjekklisten Trygg Kirurgi, og er i fra deres perspektiv. Vi vil undersøke hvordan operasjonssykepleierne erfarer gjennomgangen og bruken av sjekklisten, samt om den brukes i henhold til retningslinjer og intensjonen.

Ut ifra studien sin hensikt har vi kommet frem til følgende problemstilling:

Hvordan opplever og erfarer operasjonssykepleierne gjennomgangen og bruken av sjekklisten Trygg Kirurgi?

Det er utformet to forskningsspørsmål som vi ønsker å få svar på:

- Hvilke utfordringer opplever operasjonssykepleierne ved bruken av sjekklisten Trygg Kirurgi?
- Hvordan erfarer operasjonssykepleierne at sjekklisten Trygg Kirurgi påvirker pasientsikkerheten?

2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 Sjekklisten Trygg Kirurgi

I 2008 ble en sjekkliste for Trygg Kirurgi utviklet av WHO med den hensikt om å styrke sikkerhetsrutiner, forbedre teamarbeid og kommunikasjon på operasjonsavdelingen (Haugen & Dāvøy, 2018; WHO, 2009). Sjekklistene er et anerkjent verktøy som blir brukt, både nasjonalt og internasjonalt, for å styrke pasientsikkerheten på sykehuset. Sjekklistene bidrar til å standardisere samt strukturere informasjon og arbeidsoppgaver og vil bidra til å redusere menneskelige feil (Aase, 2022).

Pasientsikkerhet dreier seg om hvordan man kan forhindre at det oppstår pasientskader ved å sette inn tiltak i helsetjenesten. Dette er for å verne pasienten mot unødig skade som kan komme fra tjenester, eller mangel på tjenester fra helsevesenet (Aase, 2022). I helsevesenet har det i løpet av de siste tiårene vært økende oppmerksomhet omkring pasientsikkerheten (Haugen & Dāvøy, 2018). Helsedirektoratet startet i 2011 pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender 24-7" som skulle sikre pasienter faglig forsvarlig helsehjelp hele døgnet. Målet var å redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerhetskulturen ved å lage varige rutiner. Et av målene og innsatsområdene til kampanjen var at alle tre delene av sjekklisten for Trygg Kirurgi skal brukes i sin helhet (Stubberud, 2018; Braut & Holmboe, 2018).

For å optimalisere omsorgen til pasienten under et kirurgisk inngrep er det mange ulike tiltak som er involvert. WHO sin veileder har identifisert 10 grunnleggende og essensielle tiltak som bør være med i sjekklisten Trygg Kirurgi for å kunne ivareta pasienten på en sikker måte. (Haugen & Dāvøy, 2018). Alle i operasjonsteamet har et felles ansvar for at pasientbehandlingen på operasjonsstuen blir utført på en sikker og forsvarlig måte ved å følge de anbefalte tiltakene fra WHO (WHO, 2009).

WHO sine anbefalte tiltak for Trygg Kirurgi:

- 1) Korrekt pasient og operasjonsfelt
- 2) Risiko ved anestesi
- 3) utfordringer i forhold til luftveier og respirasjon
- 4) Håndtering av risiko for blodtap
- 5) Risiko for allergi
- 6) Redusere risiko for postoperative sårinfeksjoner
- 7) Forebygge at kompresser og/eller kirurgiske instrumenter blir gjenglemt

- 8) Korrekt håndtering av preparater
- 9) Effektiv kommunikasjon og utveksling av kritisk informasjon
- 10) Etablere/bedre rutiner for overvåking av volum, kapasitet og resultater (Haugen & Dåvøy, 2018; WHO, 2009).

Den norske sjekklisten Trygg Kirurgi er delt inn i tre ulike deler (figur 1) som blir utført på tre forskjellige tidspunkter i operasjonsforløpet: Forberedelse, Time-out og Avslutning (Haugen & Dåvøy, 2018). For å oppnå best mulig resultat må alle de tre delene i sjekklisten gjennomføres (Aase, 2022). Første del av sjekklisten Trygg Kirurgi er Forberedelse, den skal gjennomføres før anestesi innledes og inneholder flere sjekkpunkter som må gjennomgås av anestesi- og operasjonssykepleier (Haugen & Dåvøy, 2018). Intensjonen er å fange opp eventuelle mangler og feil tidlig i forløpet (WHO, 2009). Sjekkpunktene er kontroll av pasientens identifikasjon, kontrollere hvilken type inngrep som skal gjennomføres samt sjekke om operasjonsfeltet er merket av kirurgen. Under Forberedelse inngår det også sjekkpunkter knyttet til anestesisjekk. Andre risikoområder som kontrolleres er tidligere allergier samt risiko for blodtap og hypotermi. Dersom det er kjent risiko skal tiltak iverksettes (Haugen & Dåvøy, 2018; WHO, 2009). Time-out skal gjennomføres rett før operasjonsstart når alle forberedelser er gjennomført. Ofte er det den koordinerende operasjonssykepleieren som tar gjennomgangen av Time-out, men andre teammedlemmer kan og ta ansvaret for utførelsen (WHO, 2009). Intensjonen med Time-out er å forsikre seg at man utfører rett inngrep på rett pasient. Operatøren deltar vanligvis ikke i Forberedelsen og det er først ved gjennomgangen av Time-out at operatøren er til stede (Haugen & Dåvøy, 2018). Alle i operasjonsteamet skal være til stede og en begynner med en presentasjon av de enkelte teammedlemmene. Her skal man samlet kontrollere pasientens identifikasjon, hvilket inngrep som skal gjennomføres, riktig side samt riktig leie. Man skal også gå gjennom eventuelle risikofaktorer, tiltak til infeksjonsforebygging samt tromboseprofylakse og antibiotika (Haugen & Dåvøy, 2018; WHO, 2009). Den siste delen av Trygg Kirurgi, Avslutning, skal gjennomføres før operatøren forlater operasjonsstuen og blir utført av den koordinerende operasjonssykepleieren, kirurgen eller anestesipersonellet (WHO, 2009). Her skal teamet oppsummere operasjonen, kontrollere opptelling av instrumenter og kompresser samt avdekke om det har vært uønskede hendelser underveis. Det skal også avklares om eventuelle beskjeder for postoperativ behandling. Intensjonen er å sikre at kritisk og viktig informasjon blir delt

med alle i teamet og videreformidlet til postoperativ avdeling (Haugen & Dāvøy, 2018; WHO, 2009).

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"> • Identitet (Papirjournal/ elektronisk/ armbånd) • Operasjonsfelt • Type inngrep • Kjent allergi? <p>Er operasjonsfelt merket?</p> <p>Er anestesisjekk utført? Er medikamenter kontrollert?</p> <p>Vanskelig luftvei / risiko for aspirasjon?</p> <p>Risiko for > 500 ml blodtap? (> 7 ml / kg hos barn) Er antistoff screening tatt/ aktuelt?</p> <p>Er blodsukkeret innenfor normalområdet?</p> <p>Risiko for hypotermi?</p> <p>Er nødvendig billedinformasjon tilgjengelig?</p>	<p>Er alle i teamet kjent med hverandre? (navn og funksjon)</p> <p>Kirurg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientens navn • Planlagt prosedyre, operasjonsfelt og -side • Rett leie <ul style="list-style-type: none"> • Hva er forventet blodtap? • Er det noen risikofaktorer teamet bør kjenne til? • Er det behov for spesielt utstyr eller ekstra undersøkelser? • Hva er forventet varighet av operasjonen? • Er tromboseprofylakse aktuelt? <p>Anestesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva er pasientens ASA-klassifikasjon • Er det risikofaktorer ved anestesen som teamet bør kjenne til? • Er antibiotikaprofylakse fullført i løpet av de siste 60 minuttene? • Er pasientoppvarming iverksatt? <p>Operasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er steriliteten på instrumentene bekreftet? • Er det utfordringer knyttet til bruken av utstyret? <p>Er alt klart?</p>	<p>Teamet gjennomgår muntlig: Hvilke inngrep er gjennomført?</p> <p>Stemmer antall instrumenter, kompresser, duker og nåler?</p> <p>Prøvetaking: Korrekt antall, merking, pasient identitet?</p> <p>Uønskede hendelser eller problem med utstyr som det skal varsles om?</p> <p>Hva er viktig for postoperativ behandling av denne pasienten?</p>

Figur 1. Norsk versjon av sjekkliste for Trygg Kirurgi

2.2 Kommunikasjon og samarbeid

I litteraturen skiller det mellom to egenskaper som teammedlemmene i et team må ha for å fungere effektivt, dette er egenskaper som tekniske ferdigheter og ikke-tekniske ferdigheter (Aase, 2022). Tekniske ferdigheter er den praktiske og tekniske kompetansen som hver enkelt profesjon har for å gjennomføre sine funksjoner og oppgaver i et team (Rasmussen et al., 2015; Aase, 2022). Ikke-tekniske ferdigheter omfatter kognitive ferdigheter som beslutningstaking og situasjonsforståelse samt sosiale ferdigheter med kommunikasjon, oppgaveløsning, håndtere stress og samarbeid (Flin et al, 2013; Kang et al., 2014). Ikke-tekniske ferdigheter kommer fra luftfartsindustrien og vurderingen som ble gjort av pilotenes evner i crew resourc management (CRM). I helsevesenet er oppmerksomheten omkring ikke-tekniske ferdigheter blitt satt i fokus for å bedre pasientsikkerheten samt redusere antall uønskede hendelser (Kang et al., 2014). Studier viser at ikke-tekniske ferdigheter kan forebygge uheldige hendelser i operasjonsavdelingen samt bedre teamarbeidet, og de ikke-tekniske ferdighetene komplementerer de tekniske ferdighetene som hver

yrikesgruppe har i sin profesjon (Flin et al, 2013; Rasmussen et al., 2015).

Operasjonsavdelingen er en høyteknologisk avdeling der mange ulike profesjoner skal samarbeide, noe som gjør operasjonsstuene til en høyrisikosone for pasientskader (Kang et al., 2015). Ut ifra sine fagområder kan de ulike profesjonene ha forskjellig forståelse av situasjoner som kan oppstå, som videre kan føre til uheldige konsekvenser (Mykkeltveit & Bentsen, 2020). Arbeidsdagen på operasjonsstuen kan være travel, og det er mye som må gjøres klart før en operasjon skal starte. Operasjonsteamet er stadig under tidspress, samtidig skal de være effektive og produktive med å få unnagjort operasjonsprogrammet (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018).

I et kirurgisk team jobber medlemmene tett sammen og gjerne over flere timer. Det kirurgiske teamet består av flere spesialiserte roller, hovedsakelig kirurger, operasjonssykepleiere, anestesileger og anestesisykepleier (Oksavik, 2018; Rasmussen et al., 2015). I et operasjonsteam har alle profesjonene et individuelt ansvar for sine fagspesifikke oppgaver, men samtidig handler teamarbeid om hvordan man sammen prioriterer og organiserer arbeidsoppgavene. For at teamet skal komme i mål med arbeidsoppgavene er det viktig at man har en felles forståelse, god kommunikasjon samt kan løse eventuelle konflikter eller utfordringer som oppstår underveis (Flin et al, 2013). Hvordan teamet løser eventuelle utfordringer som oppstår er en indikasjon på hvor godt teamarbeidet fungerer (Wæhle et al., 2012).

For å kunne kalle samhandlingen mellom de ulike profesjonsgruppene på operasjon for teamsamarbeid, må det være en form for likestilling mellom arbeidsoppgavene til de enkelte profesjonene. Alle sitt bidrag på operasjonssalen skal være like mye verdt. En skjev fordeling av autoritet, makt, myndighet og prestisje vil skape hierarkiske forskjeller i et team. I et operasjonsteam har legene en større grad av autonomi enn sykepleier, da det er de som i hovedsak står ansvarlig for medisinsk- og kirurgisk behandlingen av pasienten. I operasjonsteamet er det operatør som er på topp i hierarkisystemet, rett etter står anestesilegen etterfulgt av anesthesi- og operasjonssykepleier (Leonardsen, 2015).

Kommunikasjon innad i teamet er en viktig faktor for å kunne jobbe trygt og effektivt. Ved å kommunisere utveksler man relevant informasjon, gir tilbakemeldinger på problemstillinger, tanker eller ideer. Dette gir et grunnlag for godt samarbeid mellom partene slik at man kommer i mål med arbeidsoppgavene (Flin et al, 2013). Er det

manglende kommunikasjon eller samarbeidsferdigheter kan dette øke risikoen for pasientskader. Kommunikasjon er et viktig element som bidrar til kvalitetssikring av helsehjelp samt forebygging av feil og uønskede hendelser (Oksavik, 2018). For at det ikke skal oppstå misforståelser underveis er det viktig at man gir tydelige beskjeder. Dersom kommunikasjonen er utydelig kan det medføre at mottaker misforstår eller må gjette seg frem til hva som ble sagt (Oksavik, 2018). Kommunikasjon innad i teamet må hele tiden tilpasses situasjonen og omgivelsene, og hver enkelt må vurdere ut ifra situasjonen om man kan avbryte for å gi eventuell informasjon eller stille spørsmål (Flin et al, 2013). I enkelte situasjoner kan stillhet og fravær av kommunikasjon være hensiktsmessig når enkelte prosedyrer foretas, slik som gjennomgang av sjekklisten Trygg Kirurgi (Gardezi et al., 2009). Fravær av kommunikasjon og stillhet kan også ha en negativ innvirkning dersom teammedlemmer ikke informerer om relevant informasjon, bekrefter beskjeder eller stiller oppfølgingsspørsmål (Gardezi et al., 2009).

I kritiske situasjoner, der det haster kan kommunikasjon være utfordrende. Det er derfor viktig å være direkte og tydelige i kommunikasjonen, og søke bekræftelser for å unngå misforståelser (Sollid, 2018). "Call-outs" er en strategi for å sikre at teammedlemmene får med seg informasjonen som blir formidlet, ved at informasjonen blir gitt klart og tydelig. Dette er en effektiv kommunikasjonsform når sjekklisten Trygg Kirurgi skal gjennomgås ved akutte operasjoner (Oksavik, 2018). For å forsikre seg at viktig informasjon blir mottatt av mottaker er "Closed-loop-kommunikasjon" en god kommunikasjonsform. Under "Closed-loop-kommunikasjon" sender avsender ut et budskap og får en bekræftelse på at mottaker har mottatt budskapet og forstått innholdet. Mottaker må gjenta budskapet til avsender som igjen verifiserer at budskapet er korrekt (Haugen & Dåvøy, 2018).

2.3 Operasjonssykepleierens ansvar og funksjonsområde

I operasjonssykepleie er det flere rammer for tjenesten som operasjonssykepleieren til enhver tid skal innrette seg etter. Operasjonssykepleiere skal utøve operasjonssykepleie til pasienter som er akutt og kritisk syke uansett hvilke livsfaser de er i og alder. Operasjonssykepleierne skal tilby pasienten faglig forsvarlig behandling som samsvarer med NSF's yrkesetiske retningslinjer, lov om spesialisthelsetjenesten, lov om helsepersonell, lov om pasientrettigheter og ICN's kodeks for sykepleiere.

Operasjonssykepleierne skal følge gjeldende lover i helsetjenesten, og helsetjenesten sine retningslinjer, prosedyrer og forskrifter (NSFLOS, 2015).

Operasjonssykepleierne skal ut ifra sin ansvars- og funksjonsbeskrivelse gi operasjonspasienten en profesjonell og individuell behandling. Operasjonssykepleierne har avansert kunnskap om kroppens sin anatomi, sykdomsprosesser og funksjon, og ved å innhente opplysninger om pasienten sin helsetilstand og tidligere sykdommer kan operasjonssykepleierne ut ifra sin faglige kunnskap prioritere, vurdere og iverksette nødvendige tiltak for å forebygge ytterligere skader og lidelser hos operasjonspasienten (NSFLOS, 2015). Operasjonssykepleieren har et helhetlig ansvar for pasienter med skade eller sykdom som gjennomgår akutte eller elektive inngrep, og andre undersøkelser eller pasientbehandlinger (Eide & Dåvøy, 2018).

Funksjonen til operasjonssykepleier er å bidra til at pasientforløpet blir faglig forsvarlig utført og skal hindre at infeksjoner, skader eller andre komplikasjoner oppstår, samt forebygge og hindre smittespredning (NSFLOS, 2015). Et kirurgisk inngrep er et traume i seg selv, og operasjonssykepleieren må sikre at pasientene ikke blir utsatt for ytterligere lidelser eller skader enn hva selve behandlingen utgjør (NSFLOS, 2015; Eide & Dåvøy, 2018).

Operasjonssykepleiere som er ansatt på en operasjonsavdeling har ansvar for planlegging og organisering av hvert enkelt inngrep, og bruke ressurser forsvarlig for å forhindre unødvendig utgifter eller tidstap. Arbeidsoppgaver skal fordeles og organiseres innenfor gjeldende ansvarsområde og der arbeidsoppgaver passer til den enkeltes kvalifikasjoner. Operasjonssykepleierne samarbeider flerfaglig med andre profesjoner på avdelingen for å ivareta kontinuiteten og kvaliteten på pasientbehandlingen (NSFLOS, 2015).

For å sikre kontinuitet i behandlingen av operasjonspasienten skal operasjonssykepleieren dokumentere utført operasjonssykepleie ut ifra arbeidstedets retningslinjer og systemer for dokumentering, samt bidra til kommunikasjon og samarbeid mellom arbeidsplassen sine avdelinger (NSFLOS, 2015).

Operasjonssykepleierne skal delta samt bidra med korrekt gjennomføring av sjekklisten Trygg Kirurgi. Dette for å sikre samt ivareta pasientsikkerheten på operasjonsstuen (NSFLOS, 2015).

Operasjonssykepleiere jobber alltid i par. De deler seg inn som den sterilt utøvende operasjonssykepleieren og den koordinerende operasjonssykepleieren, der de har ulike ansvarsoppgaver (Eide & Dåvøy, 2018; Goodman & Spry, 2017). Den sterile og den koordinerende operasjonssykepleieren jobber veldig tett og effektivt sammen for å sikre best mulig pasientbehandling og pasientsikkerhet (Steelman, 2015). Den sterilt utøvende operasjonssykepleieren har ansvar for å etablere og opprettholde det sterile feltet samt overvåke hygien. Videre blir de kirurgiske instrumentene og utstyret organisert, ivaretatt og tilrettelagt slik at operatøren kan jobbe sikkert og effektivt (Eide & Dåvøy, 2018; Goodman & Spry, 2017). Den koordinerende operasjonssykepleieren administrerer operasjonsstuen samt påser at operasjonsteamet har det nødvendige utstyret tilgjengelig. Den koordinerende operasjonssykepleieren har også ansvar for leiring av pasient, forebygging av infeksjon og hypotermi samt dokumentering av pasientbehandling underveis (Eide & Dåvøy, 2018; Goodman & Spry, 2017).

3.0 Metode

I dette kapittelet vil vi presentere studiens design og metoden som ble brukt for å undersøke hvordan operasjonssykepleieren opplever og erfarer gjennomføringen av sjekklisten Trygg Kirurgi. Videre vil vi redegjøre prosessen for valg av metode, innsamling, analyse, validering av data, studiens troverdighet og de forskningsetiske vurderingene. For å analysere de kvalitative dataene har vi valgt å bruke kvalitativ innholdsanalysen til Graneheim og Lundeman.

3.1 Design og metode

I denne studien er det benyttet eksplorativt kvalitativt design med individuelle intervju som metode. Formålet med kvalitativ forskning er å undersøke personers opplevelser, subjektive menneskelige erfaringer, oppfatninger samt holdninger. Kvalitativ forskning består av et utvalg med få informanter, men har allikevel et beskrivende datamateriale (Nordtvedt et al., 2012; Polit & Beck, 2020). Ved å bruke kvalitative metoder kan det åpnes opp for en variasjon av mulige svar på områder der det er lite kunnskapsgrunnlag fra før (Malterud, 2018). Innsamlingen av data foregår hovedsakelig ved hjelp av observasjoner eller intervju (Nordtvedt et al., 2012; Polit & Beck, 2020). Ved å bruke kvalitativ forskning og intervju som metode vil forfatterne få en dypere forståelse for operasjonssykepleieren sin erfaring og opplevelser omkring gjennomgangen og bruken av sjekklisten Trygg Kirurgi (Thagaard, 2019).

3.2 Kvalitativt forskningsintervju

Her redegjøres det for hvordan forfatterne gikk frem under innsamlingen av datamaterialet til studien. Det blir først en presentasjon av forfatterne sin forforståelse. Deretter presenteres utformingen av intervjuguide, utvalg av informanter, kontekst, innsamlingen av datamaterialet og transkripsjon til slutt.

3.2.1 Forforståelse

Forforståelse handler om forfatterens tidligere erfaringer, læring og forutsetninger og er den ryggsekken forfatterne tar med seg inn i forskningsprosjektet. Forforståelsen handler om forfatterens faglige perspektiver, hypoteser samt den teoretiske referanserammen som tilegnes ved prosjektets innledning. Dette vil gjennom hele prosessen påvirke måten forfatterne samler og leser datamaterialet på (Malterud, 2018). I møte med vitenskapen og fakta verden vil forforståelsen påvirke forskerens evne til å forholde seg nøytral (Aadland, 2011). Ut ifra personlig forforståelse og fordommer vil

forfatterne gjøre seg opp personlige fortolkninger på informasjon og inntrykk (Aadland, 2011). Det er viktig at forfatterne er bevisst på egen forforståelse for å unngå å gå inn i prosjektet med begrenset horisont, «skylapper», eller redusert evne til å lære av det innsamlede datamaterialet. Har man et bevisst forhold til egen forforståelse, kan det forebygges (Malterud, 2018). Det er viktig at man ser utover sin forforståelse og lytter til det informantene forteller om sjekklisten Trygg Kirurgi (Malterud, 2018). Begge forfatterne har jobbet som sykepleiere i 7-12 år og har arbeidserfaring fra akuttmottak og sengepost på sykehus. Forforståelsen som forfatterne hadde i møte med informantene ble dannet ut ifra praksis på en operasjonsavdeling, faglitteratur og tidligere studier. I møtet med informantene var det viktig at forfatterne var bevisst på egen forforståelse og satte den til side slik at vi ikke påvirket intervjusituasjonen samt analysen av dataene. Gjennom forskningsprosessen har forfatterne vært bevisst på egen forforståelse slik at den ikke hindret oss i å se informasjonen som kommer frem i datamaterialet. Forfatterne var bevisst på å lytte aktivt under intervjuene og guide dem gjennom intervjuguiden uten å påvirke informantene sine svar.

3.2.2 Intervjuguide

Forfatterne valgte å benytte seg av semistrukturert intervjuguide. Ved å bruke en semistrukturert intervjuguide sikret forfatterne seg å få data om tema og problemstilling (Kvale & Brinkmann, 2019; Thagaard, 2019). For å få et vellykket intervju samt stille relevante spørsmål til informantene var det nødvendig at forfatterne hadde både kjennskap og kunnskap om det undersøkende emnet (Thagaard, 2019). Spørsmålene i intervjuguiden ble utformet ut ifra forfatternes erfaringer, tidligere forskning og teori, som resulterte i tre hovedspørsmål i intervjuguiden. Under hvert hovedspørsmål ble det tilføyet ulike delspørsmål som var til hjelp for å få mer detaljert informasjon fra informantene (Polit & Beck, 2020). Spørsmålene ble oppført på en strukturert måte, men under intervjuene kunne rekkefølgen på spørsmålene variere. Når intervjuguiden ble utarbeidet, utformet forfatterne spørsmål som ga informantene muligheten til å gi et utfyllende og beskrivende svar og unngikk spørsmål som ledet til «ja» og «nei» svar (Polit & Beck, 2020). Et av spørsmålene vi stilte ble et «ja» og «nei»-spørsmål, men der stilte forfatterne et oppfølgingsspørsmål om informantene kunne utdype eller komme med eksempler rundt tema.

Intervjuguiden består av tematiske og dynamiske spørsmål. Tematisk spørsmål blir stilt med hensyn til utvikling av ny kunnskap mens de dynamiske spørsmålene oppfordrer

informanten til å snakke om sine erfaringer, holde samtalen i gang og legge til rette for et godt samspill mellom forfatter og informant (Kvale & Brinkmann, 2019).

Utarbeidelsen av intervjuguiden ble påbegynt mens vi skrev prosjektplanen. Det ble utført et pilotintervju der forfatterne fikk testet ut hvordan forskningsspørsmålene ble oppfattet av informanten (Kvale & Brinkmann, 2019). Pilotintervjuet ble gjennomført på en medstudent som kunne gi tilbakemelding i etterkant og det var en god læresituasjon for forfatterne på hvordan en skaper god kontakt, formulerer spørsmål samt lytter til informantene sine utsagn (Thagaard, 2019). Forfatterne øvde også på hverandre for å bli kjent med spørsmålene samt å bli tryggere i rollen som intervjuer. Etter forfatterne hadde testet ut intervjuguiden på medstudent, ble noen av spørsmålene endret slik at de skulle bli mer presise. I tillegg ble rekkefølgen på spørsmålene endret til en mer logisk og strukturert rekkefølge. Forfatterne valgte å ikke inkludere pilotintervjuet i studien da vi ønsket operasjonssykepleiere som var i aktivt arbeid på operasjonsavdelingen.

3.2.3 Utvalg av informanter

Utvalget av informanter ble gjennomført av et strategisk utvalg som går ut på at en velger personer som har kvalifikasjoner og egenskaper som er hensiktsmessig i forhold til studiens problemstilling (Thagaard 2019). Rekruttering av informantene foregikk ved en operasjonsavdeling ved et av landets universitetssykehus. Avdelingsleder ved operasjonsavdelingen ble kontaktet per e-post (vedlegg 5) med søknad om tillatelse til å utføre studien, samt forespørsel om hjelp til å velge ut informanter i avdelingen. Da søknaden ble innvilget fra avdelingssjefen på operasjonsavdelingen (vedlegg 6) sendte forfatterne en søknad til personvernombudet (PVO) om tillatelse til å utføre studien. Etter forfatterne fikk godkjenning fra PVO (vedlegg 7) ble fag- og forskningssykepleieren ved operasjonsavdelingen kontaktet og hjalp forfatterne til å velge ut informanter ut ifra studiens inklusjons -og eksklusjons kriterier.

Inklusjonskriterier:

- Alle deltakerne må være operasjonssykepleiere i aktivt arbeid.

Eksklusjonskriterier:

- Operasjonssykepleiere som har en lederfunksjon/lederstilling.

Til studien ønsket vi å utføre intervjuer på 8-10 informanter. Det var ønskelig at operasjonssykepleierne hadde ulik arbeidserfaring. Ut ifra forfatterens kriterier valgte fag -og forskningssykepleier ut operasjonssykepleiere til å delta i studien ut ifra hvem som var på jobb de to aktuelle dagene. Forfatterne var i dialog med fag -og forskningssykepleieren dagen før intervjuene skulle utføres for å bekrefte antall intervjuer og tidspunkt. Med tanke på andre pågående studier i avdelingen, måtte det tas hensyn til ved utvalg av deltakere. Det var og en pågående Covid-19 pandemi som førte til lavaktivitet på operasjonsavdelingen samt det var muligheter for at operasjonssykepleiere måtte omplasseres til andre avdelinger på sykehuset på grunn av situasjonen. Det var også noen som ble spurt, men som ikke ønsket å delta på studien. En kvalitativ analyse prosess kan være tid- og ressurskrevende. Antall informanter bør derfor vurderes etter hvor mye tid og ressurser forfatteren har til å analysere funnene, samt vurdere antall informanter i forhold til metningspunkt (Thagaard, 2019). Når tema og kategorier i datainnsamlingen fra intervjuene blir overflødig og repeterende og ikke fører til ny kunnskap er metningspunktet i studien oppnådd (Kvale & Brinkmann, 2019; Polit & Beck, 2020). Etter å ha utført 8 intervjuer opplevde forfatterne at enkelte temaer og informasjon var repeterende, og det ble da vurdert som tilstrekkelig med 8 informanter for å belyse problemstillingen. Informantene var kvinnelige operasjonssykepleiere med varierende ansiennitet, fra 3 år til 31 års arbeidserfaring som operasjonssykepleier.

3.2.4 Kontekst

Alle informantene arbeidet på operasjonsavdelingen ved et av landets universitetssykehus. Operasjonsavdelingen er en stor og sammensatt avdeling som består av over 30 operasjonsstuer fordelt over flere avdelinger med ulike fagområder. Det er cirka 80 operasjonssykepleiere som er ansatt på operasjonsavdelingen, enten på dagtid eller i turnus og de fleste ruller innenfor flere fagområder. Operasjonsteamet består av anestesileger, anestesisykepleiere, kirurger og operasjonssykepleiere og det kan være stor variasjon i teamsammensetningen på grunn av turnus arbeid og rulling hos de fleste profesjonene.

3.2.5 Innsamling av data

Informasjonsskrivet ble gitt til informantene av fag- og forskningssykepleieren forkant av intervjuet, slik at forfatterne ikke hadde noe kontakt med informanten i forkant av intervjuet. Etter avtale med fag -og forskningssykepleier ble intervjuene utført på

operasjonsavdelingen over to forskjellige dager i januar 2022. Intervjuene ble utført i informantene sin arbeidstid på deres arbeidsplass. Forfatterne møtte opp på avdelingen god tid i forkant av hvert intervju for å forberede samt klargjøre det utdelte rommet til intervju. Intervjuene ble utført på kontor og inne på ulike operasjonsstuer som var de lokalene som var tilgjengelig og mest praktisk for driften i avdelingen da operasjonssykepleierne ikke kunne forlate avdelingen.

I forkant av hvert intervju hadde forfatterne en muntlig informasjon av studien og gikk gjennom informasjonsskrivet med informanten samt forklarte hvordan rollefordelingen var mellom forfatterne. Det ble lagt til rette for at informanten kunne komme med spørsmål dersom noe var uklart. Da vi var to forfattere valgte vi å fordele oss i rollene som intervjuer og observatør. Intervjueren stilte spørsmålene og observatøren kvalitetssikret at alle spørsmålene ble tatt med samt bidrog til å stille oppfølgingsspørsmål. Observatøren hadde som oppgave å ta en oppsummering med informanten på slutten av hvert intervju, dette for å forsikre oss om at det ikke var noen misforståelser under intervjuet. Hvert intervju ble avsluttet med spørsmål om informanten hadde noe mer å tilføye. Informanten og intervjueren ble plassert på hver sin stol rundt et bord der mobiltelefon med lydopptaker var mellom dem, mens observatøren plasserte seg i bakgrunnen og skrev feltnotater underveis. Siden intervjuene ble utført på operasjonsavdelingen var forfatterne, som informantene, kledd i operasjonsuniform. På grunn av den pågående Covid-19 pandemien måtte forfatterne ha på seg munnbind under hele intervjuet, for informantene var det valgfritt der noen valgte å ta av seg munnbindet underveis. Det var en del støy underveis i intervjuene i forbindelse med ventilasjonsanlegg, autoklaver, telefoner som ringer samt ansatte som inn på operasjonsstuen for å sjekke utstyret.

Under alle intervjuene ble det anvendt lydopptaker, slik at forfatterne kunne fokusere på selve intervjuet og relasjonen med informanten og ikke skrive ned notatene. Det var også til hjelp slik at forfatterne kunne gjenfortelle intervjuet korrekt (Polit & Beck, 2020). I et intervju er de første minuttene avgjørende for relasjonen mellom intervjuer og informant. Intervjueren må vise interesse og respekt samt lytte oppmerksomt til det informanten formidler (Kvale & Brinkmann, 2019). Under intervjuene var forfatterne fokusert på å vise interesse samt lytte aktivt til det informantene hadde å si, i tillegg hadde intervjueren fokus på å ikke avbryte underveis mens informantene snakket. Intervjueren prøvde å legge til små pauser underveis i intervjuet, slik at informanten

fikk anledning til å vurdere om de har mer å utdype om temaet eller om de var klar til å gå videre (Thagaard, 2019). For at forfatterne skulle unngå å misforstå informantenes utsagn, ble det stilt kontrollspørsmål som: «har jeg forstått deg rett ...?». Dette for å sikre at forfatterne hadde en felles forståelse for det informanten formidlet om egne erfaringer og opplevelser. For å få konkrete svar stilte forfatterne oppfølgingsspørsmål som fikk informanten til å gi mer konkrete beskrivelser av sine erfaringer. En av typene oppfølgingsspørsmål var «kan du fortelle mer om ...?» eller «hva mener du med ...?» slik at erfaringene ble mer presise under intervjuet (Thagaard, 2019). Forfatterne opplevde at informantene var engasjerte i studiens tema og svarte velvillig på spørsmålene. Det var varierende lengde på intervjuene, som varierte fra 25-45 minutter. Ved å lytte til opptak av utførte intervjuer kan forfatteren evaluere og forbedre egne formuleringer av spørsmålene samt tilbakemeldinger som ble gitt til informant (Thagaard, 2019). På grunn av situasjonen på operasjonsavdelingen med lavaktivitet og covid-19 pandemi, måtte forfatterne gjennomføre 8 intervjuer på to intensive dager. Det gav lite rom for å evaluere de enkelte intervjuene fortløpende, for å se etter eventuelle endringer og forbedringer på intervjuguiden eller intervjumetoden til forfatterne. Selv om forfatterne ikke fikk lyttet til alle intervjuene, ble det gjennomført en samtale mellom forfatterne etter hvert intervju der det ble diskutert om det var noe som kunne forbedres eller utføres annerledes til neste intervju.

I kvalitativ forskningsmetode er lydopptak mer pålitelig enn forfatteren sitt intervju notat. Notatene kan ha mangler samt bli påvirket av forfatterens tolkning og forforståelse (Polit & Beck, 2020). Intervjuene ble tatt opp ved hjelp av sikker diktafon-funksjon fra Nettskjema på egen mobiltelefon (<https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>). Lydfilene ble umiddelbart kryptert og var kun tilgjengelig for forfatterne gjennom passord-beskyttet pålogging via nettleser. Etter transkripsjon ble lydfilene slettet. All data ble lagret i en virtuell kryptert harddisk, VeraCryptVolum, i henhold til UiS retningslinjer for fortrolige data (<https://www.uis.no/nb/regelverk/lagring-av-informasjon>). Signert samtykkeskjema ble scannet og lagret i samme skyløsning, separat fra det transkriberte materialet og koblingsnøkkel. Kort tid etter intervjuet var utført, transkriberte vi lydopptakene.

3.2.6 Transkripsjon

Under transkripsjonen ble den muntlige samtalen mellom forfatteren og informanten skrevet om til en tekst (Kvale & Brinkmann, 2019). Ofte er den muntlige samtalen mer

uformell og oppstykket enn det skriftlige språket og når talespråk skal omdannes til tekstspråk vil det alltid skje en fordreining av språket (Malterud, 2013).

Transkripsjonen av intervjuene ble gjennomført etter alle intervjuene var utført der forfatterne transkriberte halvparten hver av intervjuene. Når forfatterne transkriberte, ble det muntlige språket skrevet ordrett, men det ble skrevet på bokmål for å aidentifisere informantenes identitet. Etter at intervjuene var transkribert, gikk forfatterne i felleskap gjennom lydopptaket og det transkriberte intervjuet for å forsikre seg at transkriberingen var korrekt. Lydkvaliteten på alle båndopptakene var tilfredsstillende, men på enkelte intervjuer var det noen steder der det var umulig å høre hvilke ord som ble sagt på grunn av støy fra ventilasjon, autoklave og medisinsk teknisk utstyr, samt rask tale og dialekt. Selv om det var forstyrrelser på enkelte båndopptak, har det ikke blitt oppfattet som av betydning for svarene fra informantene.

3.3 Analyse

Forfatterne har valgt å følge kvalitativ innholdsanalyse til Graneheim og Lundman (2004) som er en etablert metode for å analysere data og funn. Kvalitativ innholdsanalyse er en metode som brukes for å identifisere fremtredende temaer i teksten og ulike mønstre blant temaene som kommer frem i datamaterialet. Ved å bruke denne metoden forsøker man å identifisere meninger og kjerneverdier (Polit & Beck, 2020).

Før analyseprosessen leste forfatterne den transkriberte teksten flere ganger for å få et inntrykk om hva teksten handler om samt identifisere mulige domener. Et domene er en del av en tekst som omhandler et bestemt område som har lav grad av tolkning (Graneheim et al., 2017). Deretter ble teksten innenfor hvert domene lest flere ganger og vi identifiserte meningsbærende enheter som er ord eller setninger som sier noe om hva operasjonssykepleierne erfarer og opplever i forhold til bruken av sjekklisten. Teksten i de meningsbærende enhetene ble videre kortet ned i en kondenseringsprosess (Graneheim & Lundman, 2004). I kondenseringsprosessen har teksten i meningsenhetene blitt kortet ned ved at det ble fjernet overflødige ord, men vi har vært påpasselig med å bevare det sentrale innholdet slik at ingenting vesentlig for problemstillingen forsvant. Forfatterne har under hele prosessen jobbet tekstnært samt vært tro mot informantens erfaring og det de formidler. Under tolkningsarbeidet var det viktig å ta konteksten i betraktning i arbeidet med den kondenserte teksten. Forfatterne brukte aktivt det transkriberte intervjuet for å lese den opprinnelige teksten dersom noe

var uklart i de kondenserte meningsenhetene (Graneheim & Lundman, 2004). De kondenserte meningsenhetene ble etter hvert abstrahert til koder som løftet teksten i meningsenhetene til et høyere logisk nivå. Forfatterne abstraherte teksten og tolket den underliggende meningen i de kondenserte meningsenhetene som resultere i koder, det vil si «merkelapper», som kortfattet beskrev innholdet. Kodene ble laget ut ifra konteksten i meningsenhetene og studiens problemstilling (Graneheim et al, 2017). I prosessen med å kode opplevde forfatterne at meningsenhetene måtte ytterligere deles opp da de var for lange, samt noen koder måtte endres på da de var for korte og mistet essensen. Gjennom hele analyseprosessen har forfatterne holdt meningsenhetene og kodene på et manifest nivå, der fokuset har vært på å ha lavest mulig grad av tolkning- og abstraksjonsnivå samt holdt oss nær det informantene har formidlet (Graneheim et al, 2017). Et eksempel er presentert i tabell 1.

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode
Og den hoveddelen, da er jo alle til stede ... jeg føler at anestesien er alltid med på den delen, fordi de begynner gjerne mens vi holder på å forberede til operasjonen ...vi holder på med dekkingen, vi hører liksom med et halvt øre hva som blir sagt.	[På Time Out] da er alle til stede. Anestesien er alltid med på den, fordi de begynner mens vi holder på å forberede til operasjonen. Vi hører med et halvt øre hva som blir sagt.	Operasjonssykepleieren jobber under gjennomførelsen av Trygg Kirurgi for å spare tid.

Tabell 1: Eksempel på meningsenhet, kondensert meningsenhet og kode.

Ved at det ble laget koder hjalp det forfatterne til å se på datamaterialet på en annerledes og ny måte (Graneheim & Lundman, 2004). Enkelte koder ble slått sammen på grunn av samme innhold og noen koder ble ekskludert da de ikke samsvarte med studiens problemstilling. Noen av kodene måtte endres på underveis etter tilbakemelding fra veiledere da de ikke var beskrivende nok. For å lettere kunne sortere kodene ble det gitt ulike fargekoder ut ifra hvilket intervju kodene tilhørte samt nummerert slik at forfatterne hadde oversikten om hvilken informant som hadde sagt hva. Kodene ble kopiert, klippet ut og grovsortert ut ifra domenene og ble videre sortert etter likhet- og fellestrekk inn i subkategorier og kategorier. Etter grovsorteringen ble kodene ført inn i oversiktlige tabeller på datamaskinen i et Excel-dokument.

Kodene ble delt inn i subkategorier med ulik grad av abstraksjon, men samtidig ble det forsøkt å holde innholdet på et manifest nivå med lavest mulig grad av tolkning. I

kvalitativ innholdsanalyse er det viktig å ha en økende grad av tolkning og abstraksjoner gjennom de ulike stegene i analysen for å få meningsfulle resultater og unngå overfladiske og generelle beskrivelser (Graneheim et al., 2017; Lindgren et al., 2020). Forfatterne opplevde at flere av kodene passet inn i flere sub-kategorier, noe som resulterte i flere runder med prøving for at ingen koder skulle gå i flere sub-kategorier. Videre ble sub-kategoriene delt inn i kategorier ut ifra sitt innhold. Kategorier skal svare på spørsmålet «hva» og har et høyere abstraksjonsnivå enn det sub-kategoriene har (Graneheim et al., 2017). Eksempel på analyseprosessen fra meningsenhet til kategori er presentert i tabell 2.

Analysen av datamaterialet har blitt utført i samråd med veiledere samt forfatterne har deltatt på to kvalitative analyseseminarer med Ulla Graneheim. Forfatterne har også deltatt på to masterseminar der analysen har blitt presentert og diskutert med veiledere og medstudenter.

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Subkategori	Kategori
Det har jo blitt avdekket feil når en har gått gjennom listen og det er jo veldig positivt at det viser at den fungerer.	Det har blitt avdekket feil ved gjennomgang av [sjekklisten] og det er veldig positivt, det viser at den fungerer.	Avdekke feil med hjelp av sjekklisten Trygg Kirurgi	Sjekklisten Trygg Kirurgi sikrer helhetlig og individuell behandling	Sjekklisten Trygg Kirurgi bevisstgjør operasjonsteamet på pasientsikkerhet og sikkerhetsrutiner
Jeg synes det egentlig er en ganske ryddig måte, og på en måte å samle teamet og få en liten gjennomgang, at dette er planlagt å gjør og hva vi kan forvente	[Sjekklisten Trygg Kirurgi] er en ryddig måte å samle teamet og få en gjennomgang på hva som er planlagt og forventet.	Sjekklisten Trygg Kirurgi samler teamet og gir en felles forståelse	Sjekklisten Trygg Kirurgi sin betydning for teamsamarbeid	

Tabell 2: Eksempel på analysen fra meningsenhet til kategori.

Under analysen av datamaterialet har det blitt utviklet 2 kategorier og 7 subkategorier som vises i tabell 3. En oversikt over kategoriene og tilhørende subkategorier presenteres i neste kapittel.

3.4 Forskningsetiske vurderinger

Forskeren skal alltid forsikre seg om at forskningen blir utført ut ifra forskningsetiske normer (Forskningsetikkloven, 2017, §4). Som forsker skal man respektere menneskeverdet og skal passe på informantenes selvbestemmelse, frihet og likeverd. Et forskningsetisk hovedprinsipp er at informantene skal ha et informert samtykke for å delta i studiet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021). For å kunne forsvare gjennomførelse av studien må den kunne bidra til ny kunnskap rundt et tema (Malterud, 2018). Informantene som deler sin kunnskap og erfaringer skal føle at de får noe igjen for å være med i studien. Forskeren har et ansvar å beskytte informantene mot negative konsekvenser som kan komme av å delta i studien (Thagaard, 2019). Ifølge helseforskningsloven skal informantenes integritet alltid prioriteres framfor interessene til studien (Helseforskningsloven, 2008, §5). Ønsket om å tilegne seg mest mulig utfyllende informasjon under et intervju kan komme i konflikt med det å ta etiske hensyn og ikke krenke informantene underveis (Kvale & Brinkman, 2019).

3.4.1 Nødvendige tillatelser

I studien ble det utført intervju på ansatte ved en operasjonsavdeling på et av landets universitetssykehus. For at studien kunne bli gjennomført ble det søkt om tillatelse fra avdelingssjefen på operasjonsavdelingen (vedlegg 5). Søknaden inneholdt prosjektplan, informasjonsskriv til leder samt informasjonsskriv til deltaker (vedlegg 3) og intervjuguide (vedlegg 4). Etter at forespørselen ble godkjent fra avdelingssjef (vedlegg 6), ble det sendt en søknad til personvernombudet ved helseforetaket for å få tillatelse til å gjennomføre studien. Søknaden til personvernombudet ble utført via en E-protokoll og inneholdt prosjektplan, svar fra avdelingssjefen på operasjonsavdelingen, intervjuguide samt informasjonsskrivet til deltakerne. Studien ble godkjent av personvernombudet i desember 2021, godkjeningsnummer: 2772 (vedlegg 7). I denne studien var informantene operasjonssykepleiere og hensikten med studien var å finne ut hvilke erfaringer og opplevelser operasjonssykepleierne hadde med bruken av sjekklisten. Siden studien ikke vil inneholde helseopplysninger var det ikke nødvendig å søke godkjenning fra Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

3.4.2 Informert samtykke

Informert samtykke er en viktig prosedyre for å sikre deltakerne. Informert samtykke er gyldig når informanten har fått tilstrekkelig informasjon om studien, forstår informasjonen som ble gitt og har mulighet å samtykke eller avslå å delta i studien

(Polit & Beck, 2020; De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021). I følge de nasjonale forskningsetiske komiteene (2021) skal det foreligge en skriftlig erklæring på samtykke fra informantene. Forfatterne utarbeidet et informasjonsskriv der studiens hensikt og formål ble beskrevet samt om mulige fordeler og risikoer ved deltakelse (vedlegg 3). Informantene fikk også informasjon om at deltakelsen var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra studien (Kvale & Brinkmann, 2019). Alle informantene fikk utdelt informasjonsskrivet av fag -og forskningssykepleier i forkant. I tillegg hadde forfatterne med seg informasjonsskrivet til hvert intervju dersom noen informanter ikke var kjent med studien. Forfatterne gikk muntlig gjennom studiens hensikt med hver informant samt informerte om at det var frivillig å delta på studien og at de når som helst kunne trekke seg. Dette for å forsikre oss om at informantene hadde fått tilstrekkelig informasjon om studien. Før selve intervjuet begynte, signerte informanten samtykkeskjemaet.

3.4.3 Sikring av konfidensiell data

Forskeren har ansvar for å holde datamaterialet fra datainnsamlingen konfidensielt slik at deltakerne ikke kan avsløres (Helseforskningsloven, 2008, §7). Fortrolig materiale ble lagret etter henhold til UiS sine retningslinjer i lagringsområdet som krevet innlogging. Samtykkeskjema, lydfil og koblingsidentifikasjon er fortrolig datamateriale og dette ble lagret bak kryptering og pålogging. Det var kun masterstudentene som hadde tilgang til denne filen. Samtykkeskjemaene ble scannet inn på data og originalen ble makulert. En koblingsnøkkel er det materialet som kan koble anonyme data fra intervjuet opp til informantene og samtykkeskjemaet. Koblingsnøkkel og samtykkeskjema har blitt oppbevart adskilt fra datamaterialet som de tilhører (Universitetet i Stavanger, 2021). Under intervjuet ble det benyttet en lydopptaker på mobiltelefonen via appen «Nettskjema». Lydfilen ble lagret i et kryptert dataprogram som er tilhørende nettskjema. Når forfatterne transkriberte intervjuene, ble alt identifiserbart materiale og dialekter normert til bokmål. Alle dataene skal slettes ved prosjektets slutt, 30.06.2024.

3.4.4 Ethiske utfordringer

Datamaterialet som inneholdt skildringer som kunne føre til gjenkjenning har blitt tatt bort for å ivareta anonymiteten til informantene. Under studien har ikke forfatterne opplevd at det har vært negative konsekvenser for informantene og delta i studien. Det

har heller ikke oppstått etiske utfordringer knyttet til informert samtykke og frivillig deltakelse.

3.5 Studiens troverdighet

Det er ønskelig å få den endelige teksten til å samsvare med virkeligheten og informantene sine egne erfaringer slik at det blir en rød tråd gjennom hele arbeidet. Ifølge Granheim et al. (2017) kan dette være en utfordring. For at man skal kunne sikre troverdigheten til en studie må man tydeliggjøre om det er deltakerens stemme og fortelling, eller om det er tolkningen til forfatteren som kommer frem i studien (Granheim et al., 2017). Forfatterne av studien må gi en beskrivelse av de ulike stadiene av forskningsprosessen for at leseren skal kunne vurdere studiens troverdighet. For at forfatterne skulle oppnå troverdighet i studien var det avgjørende å inkludere deltakere som hadde erfaringer og kunnskap om det fenomenet som skulle forskes på, samt ha nok data til å oppnå en metning slik at man kunne dekke betydelige variasjoner og gi en beskrivelse av konteksten (Graneheim et al., 2017).

I kvalitativ forskning brukes begrepene *credibility* (troverdighet), *dependability* (pålitelighet) og *transferability* (overførbarhet) for å vurdere troverdigheten i studien. Forfatterne har valgt å bruke de engelske begrepene for å unngå misforståelser som kan oppstå ved oversettelse til norsk.

3.5.1 Credibility

Credibility handler om hvor stor grad av tillit en kan ha til studiens data og om analyseprosessen svarer til studiens problemstilling. For at leseren skal kunne vurdere studiens *credibility* er det viktig å få frem fremgangsmåten, valg av informanter og kontekst, hvordan forfatterne gikk frem i data innsamlingen samt en beskrivelse av analyseprosessen (Graneheim & Lundman, 2004). Etter intervjuene stod forfatterne igjen med rikt datamaterialet som videre ble delt inn i beskrivende meningsenheter som igjen ble plassert inn i passende kategorier og tema. Forfatterne har valgt data som svarer til problemstillingen samt ekskludert datamateriale som ikke var relevant for studiens problemstilling. Dette ble diskutert og gjort i samråd med veilederne. I tillegg har forfatterne deltatt på to masterseminar og to foredrag med Ulla Graneheim om kvalitativ innholdsanalyse. Analyseprosessen er beskrevet i metodekapittelet og det er lagt til tabeller som viser til eksempler fra analyseprosessen (tabell 1 og 2). Informantene hadde 3 - 31 års arbeidserfaring på operasjonsavdelingen som kunne gi

ulike synspunkter og dette er noe som kan styrke datamaterialets credibility (Graneheim & Lundman, 2004).

3.5.2 Dependability

Dependability sier noe om hvor stor grad datamaterialet forandre seg over tid i analyseprosessen. Hvordan forfatterne tolker datamateriale og hvilke beslutninger som blir tatt underveis er med på å påvirke dependability til datamaterialet (Graneheim & Lundman, 2004). I datainnsamlingen ble det brukt lydopptaker og det transkriberte materialet ble skrevet ordrett. Forfatterne har prøvd å legge sin forforståelse til side under analyseringen av datamaterialet og lot informantene sine synspunkter komme frem. Under hele analyseprosessen har forfatterne drøftet fremgangsmåten med veilederne.

3.5.3 Transferability

Transferability handler om hvilken grad funnene i studien er relevante og kan overføres til andre operasjonsavdelinger. Det er leseren som vurderer studiens transferability ut ifra utvalget av informanter, kultur og kontekst samt datainnsamling og analyseprosessen (Graneheim & Lundman, 2004). Studien har foregått på en operasjonsavdeling på et av landets universitetssykehus, det kan være at leseren ikke kjenner igjen kontekst, prosedyrer og det perioperative forløpet som er beskrevet i studien, da rutiner rundt bruken av sjekklisten kan være ulik innenfor de forskjellige helseforetakene. I teoretisk rammeverk har forfatterne gitt en beskrivelse på operasjonssykepleiernes ansvars- og funksjons i Norge, samt beskrevet rutiner rundt bruken av sjekklisten. Forfatterne har også lagt ved sitater fra alle informantene for å underbygge funnene. Det kan hende at leseren ikke har erfaring med sjekklisten Trygg Kirurgi og konteksten inne på operasjonsstuen. Er det tilfellet kan det hende at leseren ikke har grunnlag nok til å vurdere de tolkningene forfatterne har gjort ut ifra egen erfaringsbakgrunn, men leseren kan ut ifra teoretisk rammeverk og beskrivelsen av analyseprosessen gjør seg opp en mening på et mer generelt plan.

3.6 Metoderefleksjon

Kvalitativ metode med dybdeintervju ble valgt til denne studien da det gav forfatterne mer innsikt og forståelse for den enkeltes tanker, opplevelser, erfaringer og holdninger samt fikk frem nyanser og mangfold (Malterud, 2018). Til denne studien kunne forfatterne også ha valgt fokusgruppeintervju som er en egnet måte å få frem

holdninger, erfaringer og synspunkter i situasjoner der flere profesjoner samhandler. På grunn av driften i operasjonsavdelingen lot det seg ikke gjøre å ta ut 5-8 informanter på en gang. I tillegg opplevde forfatterne at de var for uerfarne til å lede fokusgruppeintervju (Malterud, 2013). Ved å bruke en semistrukturert intervjuguide sikret forfatterne seg at ønskede temaer ble belyst samt det kunne åpne opp for at informanten kunne komme med temaer som forfatterne ikke hadde planlagt i forkant av studien (Thagaard, 2019). Et annet alternativ hadde vært kvantitativ metode med et spørreskjema, hvor man ikke har en direkte relasjon med informanten, men da ville ikke forfatterne fått subjektive erfaringer og opplevelser som ved et intervju (Thagaard, 2019).

En styrke ved denne studien er at forfatterne utførte et grundig forarbeid i forkant med å finne relevant teori og tidligere forskning omkring tema. Begge forfatterne deltok på to masterseminar der de presenterte tema, teori, tidligere forskning, metode og problemstilling samt en beskrivelse av hvordan analysen har foregått. Ved at begge forfatterne deltok på masterseminar åpnet det opp for kritisk evaluering, diskusjoner og refleksjoner av studiens metode og fremgangsmåte. En annen styrke i studien er at i utvelgelsen av informanter fikk forfatterne hjelp av fag- og forskningssykepleieren på avdelingen ut ifra våre inklusjons- og eksklusjonskriterier. Informantene ble da valgt ut ifra deres egenskaper og kvalifikasjoner da de har erfaring med bruken av sjekklisten Trygg Kirurgi som er hensiktsmessig for forfatternes problemstilling (Thagaard, 2019; Polit & Beck, 2020). En svakhet med denne utvelgelsen er at enkelte informanter kan ha følt seg forpliktet til å delta.

En svakhet med studien er at forfatterne hadde lite erfaring med å utføre intervju, transkribere samt analysere datamateriale. Dette kan ha påvirket hvordan spørsmålene og oppfølgingsspørsmålene ble formulert, hvordan forfatterne oppnådde kontakt med informantene og om forfatterne klarte å fange opp den verbale og nonverbale kommunikasjonen på en god måte. Det kan også ha påvirket transkripsjonen av datamaterialet og analyseprosessen. For at forfatterne skulle forberede seg best mulig til intervjuene, ble det utført et pilotintervju på en medstudent samt forfatterne gjennomførte intervjuet på hverandre. På denne måten fikk forfatterne anledning til å reflektere over egen stemmebruk, spørsmålsformulering, hvordan etablere kontakt samt lytte til informantene (Thagaard, 2019; Kvale & Brinkmann, 2019).

På grunn av situasjonen på operasjonsavdelingen relatert til den pågående covid-19 pandemien måtte forfatterne utføre alle intervjuene på to dager. Dette førte til at forfatterne ikke fikk anledning til å lytte til alle lydopptakene og evaluert kvaliteten på utførelsen av intervjuene, som igjen resulterte i at forfatterne ikke fikk en ønsket progresjon i sine intervju ferdigheter. Siden det ikke var mulighet for å lytte igjennom intervjuene, hadde forfatterne en evaluering på hverandre etter hvert intervju og gav tilbakemeldinger på spørsmålsformulering og om det var noe vi kunne gjøre annerledes til neste intervju.

En svakhet med analyseprosessen er at forfatterne er uerfarne i kvalitativ innholdsanalyse. En styrke er at forfatterne har deltatt på to forelesninger med Ulla Graneheim om grunnleggende kvalitativ innholdsanalyse. En annen styrke er at hele analyseprosessen er gjort i samråd med veiledere over flere veiledningstimer. Det er to forfattere som har utført alle prosessene i metoden og analysen, dette har gitt mulighet for refleksjon og diskusjon.

For å vurdere studiens metode, tok forfatterne i bruk sjekklisten COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) som er et egnet verktøy for å kvalitetssikre den kvalitative studien (vedlegg 8).

4.0 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil vi presentere funnene fra intervjuene i en sammenhengende tekst som er en oppsummering fra alle informantene sine opplevelser og erfaringer, vi vil også presentere ulike sitater fra informantene.

I tabell 3 nedenfor er det presentert en oversikt over de 2 kategoriene og de 7 subkategoriene som ble utarbeidet gjennom analysefasen.

Kategori	Subkategori
Organisatoriske tilpasninger og forstyrrelser utfordrer intensjonen til Trygg Kirurgi.	<ul style="list-style-type: none">➤ Gjennomføringen av Trygg Kirurgi blir tilpasset➤ Manglende forståelse for operasjonssykepleierne sine arbeidsoppgaver➤ Utydelig ledelse i operasjonsteamet ved gjennomførelsen av Trygg Kirurgi➤ Forstyrrelser og organisatoriske hindringer i gjennomførelsen av Trygg Kirurgi
Sjekklisten Trygg Kirurgi bevisstgjør operasjonsteamet på pasientsikkerhet og sikkerhetsrutiner	<ul style="list-style-type: none">➤ Trygg Kirurgi sikrer helhetlig og individuell behandling➤ Sjekklisten Trygg Kirurgi er et nyttig og etablert verktøy for pasientsikkerheten➤ Trygg Kirurgi sin betydning for teamsamarbeid

Tabell 3.

4.1 Organisatoriske tilpasninger og forstyrrelser utfordrer intensjonen til Trygg Kirurgi

4.1.1 Gjennomføringen av Trygg Kirurgi blir tilpasset

Studien viser at bruk av Trygg Kirurgi i sin helhet er uhensiktsmessig i enkelte situasjoner. Informantene forteller at sjekklisten blir tilpasset ut ifra inngrepets omfang, ved kritiske situasjoner, men at det også er individuelle tilpasninger.

Informantene forteller at det i enkelte tilfeller, som ved dagkirurgiske pasienter og mindre inngrep, hendte det at teamet ikke var så nøye på å ta en fullstendig Trygg Kirurgi. På en seksjon gikk operasjon- og anestesipersonellet sammen og laget en forenklet versjon av Trygg Kirurgi, som var tilpasset for å bruke på korte inngrep. Ved å lage en kortversjon erfarte personalet at sjekklisten ble gjennomført.

Gjennomføringen av Trygg Kirurgi blir utfordret i kritiske situasjoner der hovedfokuset til operasjonsteamet er livreddende kirurgi. Informantene forteller at i situasjoner der det er snakk om liv og død, vil ikke Trygg Kirurgi alltid bli en prioritet, men teamet klarer allikevel å opprettholde en kommunikasjon mellom seg. Det blir en close loop kommunikasjon der teamet gir klare og tydelige beskjeder til hverandre. Når operasjonsteamet har stabilisert pasienten, blir det tatt en oppdatering på situasjonen.

«Noen ganger har en ikke Trygg Kirurgi i det det smeller, men da tar vi en Time Out ved første og beste anledning.» (Informant 6)

Informantene spesifiserer at alle akutte situasjoner er ulike. I en akutt situasjon med en traumepasient er det mange ukjente variabler som kan påvirke pasientbehandlingen og teamet fokuserer mer på Trygg Kirurgi enn ved en hastesection. Ved et section vet teamet mer hva de kan forvente og hva som er mer forutsett. I en akutt situasjon der pasienten er stabil, vil teamet utføre Trygg Kirurgi på vanlig måte ut ifra prosedyre.

«Kommer det en rumpert aortaaneurisme er det ikke alltid jeg vet hvem pasienten er når jeg står og assisterer [operatøren]. Er det snakk om liv og død tar en seg ikke tid til forebyggende arbeid» (Informant 2)

Informantene erfarer at sjekklisten ikke blir gjennomført etter prosedyren, der mange operatører tar snarveier ved å unnlate enkelte punkter samt går hurtig gjennom sjekklisten. Det fremkommer også at enkelte operatører bruker sjekklisten som er plassert på veggen og går systematisk gjennom punktene. Informantene spesifiserer at alle delene av Trygg Kirurgi er like viktig, selv om mange erfarer at Avslutningen kan bli glemt. Her påpeker informantene at det er et forbedringspotensial.

«Teamet er ikke fullt så flinke til å gjennomføre Avslutningen. Det blir gjennomført kort, der det blir sagt hvilket inngrep som er utført og om det er postoperative restriksjoner» (Informant 7)

Informantene formidler at det er en god sjekkliste som legger til rette for å avdekke risikofaktorer, men at det kommer an på brukerne hva de mener er viktig å formidle til resten av teamet under gjennomgangen. Informantene påpeker at en kan oppnå bedre forståelse innad i teamet hvis de ulike profesjonene formidle hvilke utfordringer de står ovenfor.

«Kanskje noen operatører synes det er unødvendig å ta enkelte punkter i Avslutningen da de selv har kontrollen på det, men det er noe med å si det høyt til hele teamet»

(Informant 1)

4.1.2 Manglende forståelse for operasjonssykepleierne sine arbeidsoppgaver

Informantene forteller at operasjonssykepleierne må jobbe parallelt med gjennomføringen av Time-out på grunn av at de ikke får nok tid til å gjennomføre sine arbeidsoppgaver og forberedelser til operasjonen. Operasjonssykepleierne opplever at de under gjennomgangen må dekke og koble opp utstyr for å «ta igjen tapt tid».

«Det er manglende respekt for operasjonssykepleierens arbeidsoppgaver. Dersom kirurgen begynner Time-out mens du pakker opp utstyr og har fokus på å holde det sterilt, så klarer du ikke å følge med på Time-out.» (Informant 5)

Det kommer frem fra intervjuene at det er delte oppfatninger blant operasjonssykepleierne på organiseringen av Time-out og at operasjonssykepleierne arbeider under gjennomgangen. Noen informanter forteller at alle burde stoppe opp og følge med. Andre informanter opplever at de kan klare å jobbe parallelt mens de følger med Time-out, men de spesifiserer at det ikke skal lage for mye støy og forstyrre de andre i teamet.

«Operasjonssykepleierstudenten får beskjed av de andre i teamet om å koble opp utstyr under gjennomføringen av Trygg Kirurgi» (Informant 4)

Enkelte informanter uttrykker at operasjonssykepleierne ikke involveres tilstrekkelig ved Time-out, som egentlig skal være en teamaktivitet. De formidler at gjennomgangen av Time-out ofte blir mellom operatør og anestesi.

«Det hender at det kun er den innerste sirkelen som får være med [på Time-out]. Operatør står og snakker direkte til anestesi, vi andre er overflødige» (Informant 2)

«Det er ikke så mye for oss [operasjonssykepleiere] når det kommer til behandling og medikamenter under Time-out.» (Informant 3)

Operasjonssykepleierne setter spørsmål til om deres profesjonsoppgaver kommer tydelig nok frem i sjekklisten. De forteller at det er mange utfordrende leiringer som kan være en risiko for pasienten samt langvarige operasjoner som stiller mye krav til operasjonssykepleierne. De opplever at utfordringene knyttet til leiring ikke kommer godt nok frem i sjekklisten. Samtidig formidler informantene at de selv må bli flinkere på å tydeliggjøre utfordringene til resten av teamet i Time-out.

Mange av informantene var undrende til hvordan operasjonssykepleierne representeres i Time-out. Spørsmålet «er steriliteten på instrumentene bekreftet» opplever operasjonssykepleierne som unødvendig og de ser ikke hensikten med det. Dersom de oppdager at utstyret er usterilt vil de iverksette tiltak med en gang, og ikke vente til Time-out med å formidle det. Samtidig forteller informantene at spørsmålet er nok ment annerledes enn det som blir oppfattet, men de kunne heller stilt spørsmål om utstyret som trengs er på plass, da det er en bedre innfallsvinkel. Informantene nevner også at punktene som omhandler utstyret blir fort gjennomgått og operatør ofte svarer på vegne av operasjonssykepleieren.

«Jeg synes det er unødvendig å spør om utstyret er sterilt. Det hadde ikke blitt en operasjon dersom instrumentene var usterile. Det er en fornærmelse» (Informant 5)

«Hvis jeg hadde sagt på Time-out at utstyret ikke er sterilt, så hadde alle i teamet vendt seg mot meg og sagt: Hvorfor ikke det?» (Informant 5)

4.1.3 Utydelig ledelse i operasjonsteamet ved gjennomførelsen av Trygg Kirurgi
Informantene forteller om en gullstandard, der Time-out skal gjennomføres når alle i teamet er klare med sine forberedelser til operasjonen, men de erfarer at operatøren starter Time-out for tidlig. Praksisen er at operatøren tar initiativ til Time-out når de ankommer operasjonsstuen etter å ha utført kirurgisk håndvask, det er ofte da anestesio- og operasjonssykepleierne er midt i sine forberedelser og klarer ikke alltid å ta pause fra arbeidsoppgavene. Informantene uttrykte at man kan gå glipp av viktig informasjon dersom en ikke klarer å følge med på det som blir sagt samt stiller seg undrende til nytten av sjekklisten hvis ikke alle i teamet får informasjonen med seg.

Ut ifra intervjuene kommer det frem at kommunikasjonen innad i teamet på hva tid Time-out skal gjennomføres har forbedringspotensial. Informantene har erfart at dersom

noen uttrykker at de ikke er klar for Time-out, så har operatøren tatt hensyn og venter med gjennomgangen, men den tilbakemeldingen blir gjort for sjeldent.

Time-out og Avslutning ledes vanligvis av operatør, men i noen tilfeller må anesthesi- og operasjonssykepleierne påta seg ansvar for å påminne operatøren om å gjennomføre Trygg Kirurgi. I enkelte tilfeller medvirker både anesthesi- og operasjonssykepleiere til at Time-out og Avslutning blir påbegynt før alle er klar ved at de begynner å spør spørsmål som er knyttet til sjekklisten. Informantene formidler også at det å ta Trygg Kirurgi er et felles ansvar, og en kan ikke bare skyldes på kirurgen dersom det blir glemt.

«Det er ikke alltid at Avslutningen blir gjennomført skikkelig. Anestesian spør om sine spørsmål, så må operasjonssykepleierne helt på slutten før operatøren går ut: «Ja, hva er det dere ha gjort?» (Informant 8)

Avslutningen blir ofte gjennomført mens operatøren syr operasjonssåret, i det tidspunktet har anestesipersonellet det ofte travelt samt at operasjonssykepleierne ofte ikke har fått utført den siste tellingen sin. Det fremkommer og at operatøren tar en kort gjennomgang av Avslutningen der det blir sagt hvilket inngrep som er utført og om det er noen postoperative restriksjoner å ta hensyn til.

«Operatøren begynner med Avslutningen og da har vi kanskje ikke fått helt oversikt over utstyret vårt enda. På småting, som nåler, la meg få lov til å ta et overblikk hvis jeg trenger det. Samtidig er det en balansegang, de kan ikke vente på oss til vi er ferdige.» (Informant 2)

Ut ifra intervjuene kommer det frem ulike praksiser på hvordan operasjon- og anesthesisykepleierne håndterer situasjoner der operatøren forlater operasjonsstuen før Avslutningen er gjennomført. I noen situasjoner ringer operasjonssykepleieren operatøren og ber vedkommende om å komme tilbake og fullføre Avslutningen. Ved andre anledninger tar anesthesi- og operasjonssykepleierne på seg ansvaret og fullfører Avslutningen uten operatøren, der de sammenfatter informasjon som er sagt underveis i inngrepet. Hva anesthesi- og operasjonssykepleierne velger å gjøre, avhenger av inngrepets art og hvilken betydning det har for pasienten og postoperativ behandling. Informantene påpeker at enkelte operatører ofte opplever samtidighetskonflikter der de har andre pasienter og arbeidsoppgaver de må forholde seg til, i tillegg til operasjonspasienten. Dette kunne være en årsak til at Avslutningen ble glemt.

«Noen operatører har en tendens til å tenke at alt er i orden og forsvinner fra operasjonsstuen uten å ta en skikkelig Avslutning» (Informant 3)

«Jeg er ikke så flink til å minne operatøren på å ta Avslutningen som jeg er på Time-out, men det glemmer kirurgen også.» (Informant 1)

4.1.4 Forstyrrelser og organisatoriske hindringer i gjennomførelsen av Trygg Kirurgi

Informantene formidler i intervjuene at organiseringen av Forberedelsen mellom anesthesi- og operasjonssykepleierne har stort forbedringspotensial. Under Forberedelsen bekrefter operasjonssykepleieren blant annet pasientens identitet, at det er rett inngrep som er planlagt samt at operasjonsfeltet er merket. I dagens praksis blir ikke Forberedelsen alltid gjort i fellesskap med anestesipersonellet, men informantene understreker et ønske om å forbedre praksisen slik at det blir en rutine å utføre Forberedelsen i fellesskap med anestesipersonalet. Utfordringene til operasjonssykepleierne er at de ofte er i gang med å forberede utstyret til operasjonen når pasienten ankommer innledningsrommet og at det ikke alltid er like lett for operasjonssykepleierne å avbryte det pågående arbeidet. Samtidig fremkommer det hos informantene at man kunne fått til en felles Forberedelse, dersom det ble prioritert.

Informantene forteller om mange forstyrrelser som kan oppstå under gjennomgangen av Time-out. Det er mye støy og uro som kommer fra telefoner som ringer, folk som går inn og ut av dørene for å gi beskjeder samt hente manglende utstyr. Disse urolighetene kan føre til at teammedlemmene mister konsentrasjonen og får ikke med seg det som blir sagt under gjennomgangen av Time-out. Dersom det ble mye snakking og uroligheter under Time-out, erfarte informantene at det var lett å korrigere teamet og fortelle at Trygg Kirurgi pågikk, og at folk stort sett tok hensyn etter påminnelsen. Informantene spesifiserer at det er viktig at operatøren som leder gjennomgangen snakker høyt og tydelig for å få alle i teamet med seg.

«Trenger jeg å gå ut for å hente det utstyret de spør om under Time-out, eller kan det vente? Av og til må vi gå litt inn i oss selv.» (Informant 5)

4.2 Sjekklisten Trygg Kirurgi bevisstgjør operasjonsteamet på pasientsikkerhet og sikkerhetsrutiner

4.2.1 Trygg Kirurgi sikrer helhetlig og individuell behandling

Informantene formidler at sjekklisten Trygg Kirurgi er med på å gi teamet et mer helhetlig bilde av operasjonspasienten. En får oversikt over pasientens helsetilstand samtidig bidrar Trygg Kirurgi til at pasienten får en mer individuell behandling.

«Ved at man gjennomgår ASA til pasienten og tidligere sykdommer, får kirurgen et bredere bilde på hva operasjonspasienten går gjennom. Kirurgen skal ikke bare inn å operere, det er en helhet» (Informant 1)

Under Forberedelsen vil både anesthesi- og operasjonssykepleierne sjekke at det er rett pasient som ankommer operasjonsstuen. I dialogen med pasienten forteller informantene at operasjonssykepleierne kartlegger om det er eventuelle hensyn som må tas i forhold pasientbehandlingen slik at den kan tilpasses den enkelte pasienten. De undersøker om pasienten har risiko for hypotermi, om de har noen kjente allergier eller om det er utfordringer relatert til leiringen.

Informantene formidler at hensikten med Trygg Kirurgi er å skape sikkerhetsrutiner for å forbedre pasientsikkerheten på operasjonsstuen. Informantene forteller om erfaringer der det har blitt avdekket feil og mangler når de ha gått gjennom sjekklisten i fellesskap. Under Time-out skal teamet i fellesskap kontrollere at det er rett pasient, rett leiring samt at de har rett utstyr. Ut ifra funnene kommer det frem delte meninger om hvorvidt risikoen for hypotermi er representert i sjekklisten. Noen av informantene erfarer at sjekklisten fører til økt oppmerksomhet på forebygging av hypotermi, mens andre opplever at forebygging av hypotermi er en rutine for anesthesi- og operasjonssykepleierne som er uavhengig av sjekklisten og ønsker at hypotermi kunne vært mer fremtredenene i sjekklisten.

4.2.2 Sjekklisten Trygg Kirurgi er et nyttig og etablert verktøy for pasientsikkerheten

Informantene formidler at ved korrekt bruk av sjekklisten er det et viktig verktøy som de ser nytteverdien av, og uttrykker at de ønsker å være til stede på operasjonsstuen når Trygg Kirurgi blir gjennomgått. Ifølge informantene er det viktig at sjekklisten ikke er for omfattende med altfor mange punkter. Sjekklisten Trygg Kirurgi bør være effektivt,

hvis det blir for tidkrevende med for mange punkter som skal gjennomgås, kan teamet miste konsentrasjonen samt unnlate å formidle vesentlig informasjon.

Når sjekklisten Trygg Kirurgi skulle implementeres i operasjonsavdelingen var det utfordrende å få involvert enkelte operatører i gjennomgangen, men etter hvert som sjekklisten ble brukt skjedde det en holdningsendringer blant operatørene. De fikk en mer positiv erfaring og så nytteverdien sjekklisten hadde for pasientsikkerheten.

Informanten forteller at under implementeringen fikk de ansatte på operasjonsavdelingen daglige påminnelser fra ledelsen om å bruke Trygg Kirurgi. De forteller videre at de nå ikke hører så mye fra ledelsen angående Trygg Kirurgi og føler at de ikke er like involvert. Det føres statistikk på bruken via datasystemer der ansatte registrerer at sjekklisten er gjennomført på hver operasjon. Informantene påpeker at ledelsen har gjort en god jobb for å få implementert sjekklisten i avdelingen og at det nå er et innarbeidet verktøy som brukes daglig.

«Avdelingslederen kommer ikke inn og sier at vi må ta Trygg Kirurgi. Det er en rutine»
(Informant 7)

«Ledelsen regner med at vi gjør det» (Informant 1)

4.2.3 Trygg Kirurgi sin betydning for teamsamarbeid

Informantene formidler at Trygg Kirurgi samler operasjonsteamet på en ryddig måte og gir alle en felles forståelse på hva som er planlagt og forventet samt det bidrar til at teammedlemmene får bedre forståelse for hverandres arbeidsoppgaver. Selv om teamdeltakerne har hver sine oppgaver, så har de et felles ansvar for pasienten.

Informantene forteller at under Time-out er det rom for at de ulike teamdeltakerne kan nevne hvis det er noen utfordringer de står ovenfor. Dette kan være for eksempel være utfordringer som er knyttet til anestesi, leiring eller utstyr. Det er og anledning å si at du som operasjonssykepleier ikke er kjent med inngrepets art eller utstyret som skal brukes under inngrepet, og dette blir tatt hensyn til.

«Vi pleier å vente med å ta Time-out til hele teamet er på stuen. Det er best at alle får den samme informasjonen til samme tid, slik at alle har et likt utgangspunkt»
(Informant 2)

Det første punktet i Time-out er presentasjonen av operasjonsteamet, noe som fremmer samarbeidet da det er lettere å henvende seg til personer du vet hvem er. Det er mange operatører som unnlater å ta initiativ til presentasjon av operasjonsteamet. Informantene formidler at det blir unaturlig å ta en presentasjon dersom teamet er kjent med hverandre og dette medfører at presentasjonen også blir utelatt når det er nye teammedlemmer til stede. Manglende presentasjon av teamet kan føre til utrygghet, samt at de nye ikke føler seg inkludert i teamet. Informantene sier at hvis en føler seg utrygg i en gruppe, er det lettere å gjøre feil enn hvis du er trygg.

«Det operatøren slurver med er presentasjonen av teamet. Dersom det er nye folk på stuen, pleier jeg alltid å tilføre presentasjonen på slutten av Time-out. Ingen av de som er på stuen skal være glemt» (Informant 1)

Det kommer frem at Trygg Kirurgi er ekstra viktig når det er nye medlemmer i teamet enn når teamet består av faste teammedlemmer. Informantene begrunner dette med at arbeidsoppgaver ikke blir gjort like automatisk og en må jobbe på en annen måte. Ved faste team kjenner personalet kjenner hverandres rutiner og det er lettere å oppdage feil.

Det kom frem delte meninger om bruken av sjekklisten påvirker positivt på kommunikasjon og teamsamarbeid. Enkelte informanter opplever at bruken av sjekklisten hjelper teamet til å kommunisere med hverandre, samt bedre teamsamarbeid. Samtidig kommer det frem fra noen informanter at teamsamarbeidet ikke hadde vært annerledes om de ikke hadde hatt sjekklisten, informantene sier at de jobber i team uavhengig av sjekklisten. Jevnt over fremkommer det hos informantene at en åpen kommunikasjon gir en gevinst og har noe for seg.

Informantene forteller at operasjonssykepleierne er veldig opptatt av kommunikasjonen og samarbeidet rundt prøvetakning og preparat mellom operatør og operasjonssykepleier. Det er viktig at alle er enige om preparatet, hvor mange det er, om det skal bli lagt på formalin samt hvem har ansvar for å skrive remissen.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet drøftes studiens funn opp mot relevant faglitteratur og forskning. Vi vil først drøfte informantenes erfaringer knyttet til en praksis med varierende bruk og gjennomgang av sjekklisten Trygg Kirurgi, før vi drøfter operasjonsteamets holdninger til operasjonssykepleiernes arbeidsoppgaver. Deretter drøfter vi hvordan sjekklisten Trygg Kirurgi påvirker det tverrfaglige samarbeidet før vi helt til slutt drøftes Trygg Kirurgi sin innvirkning på pasientsikkerheten.

5.1 Varierende praksis i bruk og gjennomføring av sjekklisten Trygg Kirurgi

Informantene våre formidlet om en varierende praksis i bruken av sjekklisten Trygg Kirurgi, der den ikke alltid blir gjennomført slik som prosedyren tilsier. Selv om sjekklisten Trygg Kirurgi er et viktig redskap for pasientsikkerheten er det helt avgjørende at de som bruker sjekklisten også bruker “sunn fornuft” ved utførelsen og tilpasser den ut ifra behov (Ingvarsdottir og Halldorsdottir, 2018). En standardisert sjekkliste er ikke alltid tilpasset alle situasjoner et operasjonsteam møter i det daglige, da det er store variasjoner i kirurgiske inngrep som utføres samt inngrepets omfang. Sjekklisten bør tilpasses slik at den kan benyttes på en større variasjon av kirurgisk inngrep for å oppnå en mer langvarig etterlevelse av bruken (Norton et al. 2016). Informantene fra studien vår forteller om erfaringer fra praksis der sjekklisten blir tilpasset ut ifra inngrepets omfang, om det er et akutt eller elektivt inngrep samt operatøren sine preferanser. Dette samsvarer med studien til Haugen et al. (2019) som også fant en stor variasjon i gjennomføringen av Forberedelse, Time-out og Avslutning. Det kom frem i studien at det kun er i 75,7% av tilfellene at alle tre delene av sjekklisten ble gjennomført (Haugen et al., 2019). Informantene i studien vår formidlet at det er flere faktorer som gjør at det er ikke er en optimal etterlevelse og gjennomføring av sjekklisten. Ifølge Nørsgaard et al. (2016) kreves det organisatoriske forandringer for å få til en optimal endring. Det trengs støtte fra ledelse, god opplæring og ansvarsfordeling samt mulighet til å endre og modifisere sjekklisten for å få til en vellykket implementering og bruk.

Våre informanter forteller at sjekklisten kan være for tidkrevende ved akutte operasjoner, noe som resulterer i at Trygg Kirurgi ikke prioriteres i situasjoner der det er snakk om liv og død. I studien til Nørsgaard et al. (2016) kommer det frem at ved akutte

operasjoner var sjekklisten Trygg Kirurgi mindre brukt. I en akutt situasjon kan sjekklisten virke for tidkrevende, og teamet kan oppleve at det er unødvendig bruk av tid (Nørgaard et al., 2016). Ifølge helsepersonelloven skal helsepersonell utføre faglig forsvarlig hjelp til pasienten ut ifra situasjonen og arbeidets karakter (Helsepersonelloven, 1999, § 4). I kritiske situasjoner må operasjonsteamet inngå kompromisser der de evaluerer hva som er praktisk mulig i den situasjonen de står i, opp mot den standardiserte prosedyren og hva som er etisk beste praksis (Willassen et al., 2018). Er det vanskelig for teamet å stoppe opp i en akutt situasjon, er det operatøren som vurderer om sjekklisten skal tas i bruk eller ikke (Haugen & Dåvøy, 2018). Informantene våre legger til at selv om sjekklisten Trygg Kirurgi ikke benyttes i alle akutte operasjoner, forventes det at operatøren klarer å formidle relevant informasjon til teamet ved å gi klare og tydelige beskjeder. Informantene understreker at det er ulike grader av akutte operasjoner som vil gi en ulik tilnærming i forhold til bruk av sjekklisten Trygg Kirurgi.

Det kommer også frem fra informantene i studien at operatøren tar snarveier og ikke går gjennom alle punktene i Time-out. Studien til Norton et al. (2016) støtter opp under våre informanter sin opplevelse og legger til at ved kortere inngrep oppleves sjekklisten for lang og enkelte punkter på sjekklisten kunne føles overflødige, noe som resulterte i at sjekklisten ikke ble fullstendig gjennomført. Sjekklisten Trygg Kirurgi er et standardisert verktøy med viktige sjekkpunkter som skal fungere som en huskeliste for teamet, og vil dermed forebygge samt redusere sjansen for menneskelige feil (Gillespie & Marshall, 2015; Russ et al., 2013). Innholdet i Time-out blir begrenset når sjekklisten kun blir kort nevnt samt lite nyttig når operatøren tar snarveier istedenfor å følge sjekklisten. Når det blir tatt snarveier og teamet ikke gjennomfører Trygg Kirurgi grundig, kan det skyldes faktorer som ulike holdninger fra teammedlemmene, dårlig planlegging, press på teamet til å være effektive, mangel på støtte og tilbakemeldinger fra ledelsen. Sjekklisten vil ha liten nytteverdi dersom operatøren tar snarveier og ikke følger sjekklisten i sin helhet (Collins et al., 2014).

Haugen et al. (2019) skriver i sin artikkel at implementeringen av sjekklisten Trygg Kirurgi har tatt lang tid, og det kreves en langvarig forpliktelse fra ledelsen. Det kommer frem i våre funn at ledelsen deltok aktivt i implementeringsfasen, men etter hvert som sjekklisten ble etablert opplever de at ledelsen ikke er like involvert. Haugen et al. (2020) skriver i sin studie at sykehusledelsen er pliktige til å overvåke kvaliteten

og etterlevelsen på bruken av sjekklisten Trygg Kirurgi hos personalet på operasjonsavdelingen, da det har vist at ledelsen sin involvering har hatt en positiv påvirkning og forbedret sikkerhetskulturen på avdelingen. Noen informanter fra vår studie forteller om tilfeller der ledelsen har tatt kontakt dersom de ansatte ikke har registrert at Trygg Kirurgi er gjennomført i datasystemet, men utenom det får de lite tilbakemeldinger på bruken av sjekklisten. I praksis registrerer den koordinerende operasjonssykepleier at Trygg Kirurgi er gjennomført etter at teamet har gått gjennom Time-out. I de tilfeller teamet ikke gjennomfører Avslutningen, vil det oppstå en feil dokumentering. En studie som er utført på et annet sykehus i Norge forteller om en praksis der alle tre delene av sjekklisten Trygg Kirurgi dokumenteres hver for seg i helseforetakets elektroniske operasjonsplanleggingsverktøy som gjør det lettere å se hvor forbedringspotensialet ligger (Nørgaard et al., 2016).

5.2 Holdninger til operasjonssykepleiernes arbeidsoppgaver og rolle i operasjonsteamet

Informantene i studien vår formidlet at det ikke settes av nok tid til operasjonssykepleiernes arbeidsoppgaver. Operasjonssykepleierne skal samarbeide tverrfaglig med andre profesjoner innad i operasjonsteamet for å sikre at pasientbehandlingen av operasjonspasienten er faglig forsvarlig (NSFLOS, 2015). Operasjonssykepleiere har en viktig rolle i operasjonsteamet, der de skal vise omsorg for pasienten, opprettholde pasientsikkerheten samt koordinere operasjonsstuen. Operasjonssykepleieren skal forberede pasienten til operasjon ved å leire pasienten, utføre infeksjonsforebyggende tiltak, klargjøre utstyr og instrumenter til operatøren samt assistere operatøren under inngrepet. Gjennom alle prosedyrene som skal utføres, skal operasjonssykepleieren også ivareta pasienten på en god og forsvarlig måte (Willassen et al., 2018). I studien til Wæhle et al. (2012), Ingvarsdottir & Halldorsdottir (2018) og Hanssen et al. (2020) kommer det frem hvor viktig det er at teammedlemmene har en respektfull holdning til hverandre, slik at alle i teamet blir anerkjent. Dårlig samarbeid kan oppstå dersom hvert enkelt teammedlem kun ser sine arbeidsoppgaver og ikke har forståelse for de andre sine arbeidsoppgaver. Har man derimot innsikt og forståelse for de andre sine arbeidsoppgaver, kan det styrke samarbeidet og det er lettere å bistå hverandre (Oksavik, 2018; Leonardsen, 2015).

Våre informanter formidlet at manglende respekt kunne være grunnen til at operasjonssykepleierens arbeidsoppgaver ble nedprioritert. Mangel på respekt var noe som kom frem i studien til Peñataro-Pintado et al. (2020). I denne studien kommer det frem at teammedlemmene anså operasjonssykepleierens oppgaver som mindre viktige, og de mente at det var viktig at operasjonssykepleierne stod frem og tok sin plass i operasjonsteamet slik at de får tid og anledning til å fullføre sine arbeidsoppgaver før gjennomførelsen av Time-out (Peñataro-Pintado et al., 2020). Ifølge WHO sine retningslinjer for gjennomførelsen for sjekklisten Trygg Kirurgi skal Time-out gjennomføres rett før operasjonsstart når alle forberedelser er utført (WHO, 2009). Våre informanter forteller om en praksis som kan avvike fra retningslinjene, da operasjonssykepleierne ofte jobber parallelt mens Time-out pågår. Selv om det kanskje oppleves som mer effektivt å utføre arbeidsoppgavene samtidig som gjennomgang av Time-out, blir det påpekt i studien til Ingvarsdottir & Halldorsdottir (2018) at operasjonsteamet får med seg mer informasjon når de stoppet opp og fulgte med på hva som ble sagt. Våre informanter stilte også spørsmål om nytteverdien av Time-out dersom noen jobbet underveis i gjennomgangen og dermed ikke fikk med seg informasjonen. Dette er noe som bekreftes i studien til Peñataro-Pintado et al. (2020), der operasjonssykepleieren mente det kunne gi en falsk trygghet når sjekklisten ble gjennomført uten at alle fulgte med, og det understreket at det var viktig at hele operasjonsteamet har forståelse og gir mulighet for at den enkelte teamdeltakeren skal ha nok tid til å gjennomføre sine profesjonsoppgaver. Bedre tid til å utføre oppgaver i forkant av gjennomgangen vil påvirke positivt på pasientsikkerheten (Peñataro-Pintado et al., 2020).

Våre informanter forteller om episoder der operasjonssykepleierne ikke involveres i Time-out samt at spørsmålene blir svart for de av operatøren. I studien til Rydenfålt et al. (2012) har de sett på hvordan sjekklisten representerer operasjonssykepleierne sine arbeidsoppgaver. De legger frem at de ulike profesjonene i operasjonsteamet har behov for forskjellig informasjon for å utføre sine arbeidsoppgaver. De punktene som fikk mest oppmerksomhet under Time-out, er punktene som er mest relevant for operatør og anesthesi (Rydenfålt et al., 2012). Sjekklisten inneholder to punkter som representerer operasjonssykepleierne, og de punktene er ikke så relevante for anestesipersonalet og deres arbeid. De punktene som representerer operasjonssykepleierne får dermed mindre oppmerksomhet, noe som medfører at operasjonssykepleierne er mindre aktive i Time-

out enn resten av teamet. For å få operasjonssykepleierne mer involvert i Time-out er det viktig at sjekklisten har spørsmål og punkter som er av interesse for hele teamet og ikke bare retter seg opp mot operasjonssykepleierne. Et eksempel var å tilføye spørsmål som går på om det medisinske tekniske utstyret virker som tiltenkt (Rydenfålt et al., 2012). Det er beskrevet i manualen til WHO at operasjonssykepleierne skal gi en muntlig bekreftelse på steriliteten til instrumentene. Er det eventuelle avvik skal dette komme frem under Time-out (WHO, 2009). I funnene våre kom det frem at operasjonssykepleierne stilte seg undrende til spørsmålet om steriliteten på instrumentene. Informantene understreker at dersom utstyret skulle blitt usterilt i forkant av en operasjon, ville de iverksatt tiltak umiddelbart og ikke ventet til Time-out med å formidle beskjenen. Fremtoningen i spørsmålet kan oppfattes som nedlatende og setter spørsmåltegn til operasjonssykepleierens kompetanse. En annen vinkling på spørsmålet kunne vært om alt utstyret som trengs er på plass, da det er av betydning for operatøren og inngrepet (Rydenfålt et al., 2012).

I studien vår utrykte informantene frustrasjon over at de ikke fikk tid eller anledning til å telle over utstyret en siste gang før operatøren begynte på Avslutningen. I studien til Oksavik et al. (2021) fortalte operasjonssykepleierne om erfaringer der operatør forlater operasjonsstuen før de hadde anledning til å meddele resultatet fra den siste kirurgiske tellingen. Ut ifra ansvars- og funksjonsbeskrivelsen skal operasjonssykepleiere ha kontroll på medisinsk teknisk utstyr samt instrumenter og kompresser for å sikre faglig forsvarlig behandling til operasjonspasienten (NSFLOS, 2015). I følge Oksavik et al. (2021) er det den siste tellingen operasjonssykepleierne foretar når operasjonssåret lukkes særlig viktig, det er da de oppdager flest mangler i utstyret og er et veldig viktig tiltak for å ivareta pasientsikkerheten. I artikkelen kommer det også frem at operasjonssykepleierne opplever det som respektløst når resten av teamet viste lite eller ingen interesse for den kirurgiske tellingen. De understreker at dersom operatør ikke får med seg resultatet av operasjonssykepleierne sin siste kirurgiske telling, vil det komme i strid med intensjonen til sjekklisten Trygg Kirurgi (Oksavik et al., 2021).

5.3 Sjekklisten Trygg Kirurgi sin påvirkning på det tverrfaglig samarbeidet

I vår studie kom det frem at våre informanter opplever at sjekklisten Trygg Kirurgi samler operasjonsteamet som består av flere profesjoner. I et operasjonsteam er det flere profesjonsgrupper med forskjellig bakgrunn og kompetanser som skal samhandle. Den store variasjonen av profesjoner øker risikoen for at teamet deler seg inn i ulike “siloeer”

istedenfor å samarbeide som et tverrfaglig team (Sandelin et al., 2019). Teamet er helt avhengig av hverandres kompetanse for å sikre et godt og forsvarlig pasientforløp (Oksavik, 2018; Norton et al., 2016). Anestesi- og operasjonssykepleierne opplever at det er viktig at alle profesjonene jobber i lag som et team med felles mål, istedenfor et team som er delt inn i forskjellige grupper. Det er viktig at alle aksepterer hverandre og ser på hverandre som et viktig medlem av teamet (Nordström & Wihlborg, 2019).

Våre informanter forteller at å gå gjennom sjekklisten Trygg Kirurgi som et team bidrar til å gi alle en felles situasjonsforståelse. Samtidig kom det frem at våre informanter hadde delte meninger om sjekklisten Trygg Kirurgi var med på å bedre kommunikasjon og teamsamarbeid eller ikke, men de var enige om at en åpen kommunikasjon innad i operasjonsteamet hadde en gevinst. I studien til Willassen et al. (2018) kom det også frem at åpen kommunikasjon der teamdeltakerne aktivt delte viktig informasjon med resten av teamet var viktig for pasientsikkerheten på operasjonsstuen. Når man jobber sammen i et team kreves det god kommunikasjon, koordinering og samarbeid for å oppnå ønsket resultat (Willassen et al., 2018). De ulike profesjonene vil ut ifra sitt eget fagområde ha en ulik forståelse av en situasjon, noe som kan gi økt risiko for at det oppstår uheldige hendelser (Mykkeltveit & Bentsen, 2020). Ved manglende kommunikasjon og samarbeid kan det øke risikoen for pasientskader og studier viser til at nesten 70% av uønskede hendelser er forårsaket av kommunikasjonssvikt (Gillespie et al., 2010, Rasmussen et al., 2015). Brukes sjekklisten korrekt vil det forbedre kommunikasjonen ved at informasjonen innad i teamet blir gitt på en strukturert og standardisert måte (Aase, 2022; Haugen & Dåvøy, 2018; Pugel et al., 2015). En studie viste at en stor prosent av anestesi- og operasjonssykepleiere i et operasjonsteam var usikre i deres rolle i gjennomgangen av sjekklisten sammenlignet med operatør og anestesilege. Dette kunne medføre at de kunne nøle med å ta ordet dersom det var utfordringer rundt pasientsikkerheten (Urban et al., 2021). Funnene som kommer frem i studien til Urban et al. (2021) samsvarer ikke helt med våre funn, da informantene forteller at det er en kultur på operasjonsavdelingen med å gi beskjed om utfordringer knyttet til pasientsikkerhet. Det er viktig at operasjonssykepleierne sier ifra dersom det oppstår utfordringer eller eventuelle feil og mangler, da de skal bidra med å sikre faglig forsvarlig behandling til operasjonspasienten (NSFLOS, 2015).

I studien vår kommer det frem at informantene opplever presentasjonen av teamet som positivt for samarbeidet, men samtidig erfarer de at presentasjonen ofte blir utelatt eller

glemt. De formidler at det er særlig uheldig å ikke presentere teamet når det er mange nye og ukjente på operasjonsstuen. Tidligere forskning viser til at dersom ikke teammedlemmene kjenner hverandre kan det føre til utrygghet og større risiko for misforståelser og feil (Sandelin et al., 2018). Forskning viser også at presentasjon av operasjonsteamet er en effektiv metode for å fremme den enkeltes ansvarsfølelse og tilhørighet i teamet, som igjen bidrar at man tør å stille spørsmål eller si ifra dersom en ser feil eller mangler (Russ et al., 2013; Rydenfålt et al., 2012). Er det kjente og faste team vil feil være lettere å forhindre da man kjenner hverandre godt samt kjenner til hvilken kunnskap kollegaen din besitter (Sandelin et al., 2018; Penataro-Pintado et al., 2020). Studier viser til at operasjonsteamet som kjenner hverandre vil utføre arbeidsoppgavene bedre, spesielt i uventete situasjoner (Sandelin et al., 2018). Det å jobbe i faste team er et ønske fra enkelte informanter. Informantene i studien vår formidler at det er lettere å forhindre feil når man kjenner hverandre godt og vet hvordan den enkelte jobber. Samtidig kan det å jobbe i faste team føre til at det blir mindre fleksibelt der teamet er avhengig av å jobbe med hverandre for å kunne fullføre samt utføre arbeidsoppgavene sine. I tillegg vil det ikke alltid være tilfelle at alle i operasjonsteamet kjenner hverandre godt, da med tanke på at personalet kan jobbe skiftarbeid i tredelt turnus. Jobber personalet i vakter, vil teamsammensetningen variere og da er det spesielt viktig at sjekklisten blir gjennomført på riktig måte (Wæhle et al., 2020; Oksavik et al., 2021; Sandelin et al., 2018).

Et operasjonsteam inneholder flere profesjoner som skal samarbeide, og det vil alltid være hierarkiske forskjeller mellom de ulike profesjonsgruppene. Hierarkiske forskjeller kan skape kommunikasjonsbarrierer som kan hindre god informasjonsflyt og samarbeidet mellom profesjonene (Oksavik et al., 2021; Wæhle et al., 2012).

Sjekklisten Trygg Kirurgi skal fungere som et kommunikasjonsverktøy som skaper dialog, og kan ved korrekt bruk minimere de hierarkiske forskjeller i operasjonsteamet (Gillespie & Marshall, 2015). Sjekklisten åpner opp for informasjonsflyt som bidrar til økt oppmerksomhet rundt arbeidsoppgavene til de ulike profesjonene og skaper en felles situasjonsforståelse (Oksavik et al., 2021). Informantene fra vår studie bekrefter dette med å fortelle om opplevelser der de har formidlet sine utfordringer knyttet til leiring til operasjonsteamet, og blitt møtt med forståelse fra operatøren når de ønsker å foreta leiringsendring under operasjonen. En felles situasjonsforståelse er viktig for å få

til et godt samarbeid der det kirurgiske inngrepet blir gjennomført på en sikker måte og der teamet klarer å opprettholde en god flyt i arbeidsprosessen (Oksavik et al., 2021).

Informantene i vår studie legger vekt på at hele operasjonsteamet har et felles ansvar for at sjekklisten blir gjennomgått og korrekt utført, men de understreker at det er operatøren som har hovedansvaret til å ta initiativ og lede teamet gjennom sjekklisten. Selv om det er et medlem av teamet som har ansvar for å lede gjennomgangen av sjekklisten, så er det et felles ansvar å forsikre seg om at sjekklisten blir gjennomført (Willassen et al., 2018). I funnene våre kom det frem at operatøren i enkelte tilfeller ikke tok ledelsen eller glemte å ta Trygg Kirurgi. Når operatøren ikke tar ledelse eller initiativ til Trygg Kirurgi, påtok anesthesi- og operasjonssykepleierne seg ansvaret og minnet operatøren på å gjennomføre sjekklisten. Willassen et al. (2018) formidler i sin studie at operatørene ofte utførte sjekklisten etter egne preferanser og styrte sitt eget løp, noe som var ødeleggende for teamsamarbeidet. En studie viser at anesthesi- og operasjonssykepleierne føler på et delt ansvar i å gjennomføre sjekklisten Trygg Kirurgi korrekt (Peñataro-Pintado et al., 2020). Ifølge Willassen et al. (2018) kom det frem at grunnen til at operasjonssykepleierne tok på seg ansvaret å minne operatør på å gjennomføre Trygg Kirurgi sjekklisten var at de var bekymret for pasientsikkerheten. I følge ansvars- og funksjonsbeskrivelsen til operasjonssykepleierne skal de være delaktige og bidra til at sjekklisten Trygg Kirurgi blir gjennomført for å ivareta og sikre pasientbehandlingen (NSFLOS, 2015). Både Wæhle et al. (2012) og Willassen et al. (2018) viser til at det ofte er operatørene som er reservert og skeptisk til bruken av sjekklisten, og at det kunne føre til irritasjon mot den som påminner operatøren om å ta gjennomgangen. Å minne operatør på å gjennomføre sjekklisten kunne oppleves ubehagelig for noen operasjonssykepleiere. Det krever selvtillit og mot å ta ordet da operasjonssykepleierne har en "lavere" posisjon i hierarkisystemet i operasjonsteamet enn operatøren (Willassen et al., 2018). Våre informanter hadde ikke samme opplevelsen med å minne operatøren på å ta sjekklisten. De følte det var en kultur på operasjonsavdelingen til å si ifra, men de understrekte at de ofte fikk varierende tilbakemeldinger på påminnelsen. Ingvarsdottir & Halldorsdottir (2018) skriver i sin studie at det er viktig at operasjonssykepleierne sier ifra til teamet dersom de er bekymret for pasientsikkerheten selv om det blir dårlig mottatt. I studien til Willassen et al. (2018) satte informantene spørsmålsteget ved hvorfor operasjonssykepleierne følte på ansvaret for å få gjennomført sjekklisten når enkelte operatører som hadde ansvaret for

inngrepet, ikke følte det samme ansvaret. Der ytret enkelte operasjonssykepleiere at de var lei av å være “barnevakt” for operatørene. I studien til Norton et al. (2016) kom det frem at anesthesi- og operasjonssykepleierne så på sjekklisten som et verktøy for å forbedre effektiviteten på operasjonsstuen, noe som ikke var like tydelig for operatøren og anestesilegen. Anestesi- og operasjonssykepleier var også de eneste teammedlemmene som fulgte pasienten gjennom hele oppholdet på operasjonsavdelingen, noe som kunne resultere i at de oppdaget problemer som operatøren og anestesilege ikke så, og gjennomgangen av sjekklisten gav en god anledning til å informere resten av teamet om disse observasjonene. En annen grunn for at operatøren og anestesilegen ikke opplevde sjekklisten som like effektiv, var at de hadde et større behov for å vektlegge spesifikke prosedyrer (Norton et al., 2016).

Våre informanter forteller også om opplevelser der operatør forlater operasjonssalen før Avslutningen er gjennomført, der anesthesi- og operasjonssykepleier tar ansvar og fullføre sjekklisten uten operatøren. Ifølge studien til Willassen et al. (2018) føler operasjonssykepleierne ansvar for å sette sikkerheten til operasjonspasienten først, og vil ta på seg arbeidsoppgaver som andre profesjoner enten ignorerer eller glemmer. Det kan sette pasientsikkerheten i fare hvis de fortsetter med denne praksisen å ta på seg ansvaret til andre profesjoner, da det kan vise at de tolerer denne praksisen og det vil ikke føre til noen endringer (Willassen et al., 2018). Operasjonssykepleierne er pliktige til å opptre som pasienten sin advokat og skal sikre at pasientbehandlingen er faglig forsvarlig (Hanssen et al., 2020). Et av kjerne elementene i arbeidet til operasjonssykepleierne på operasjonsavdelingen er å bevare pasientsikkerheten, håndtere risikofaktorer og bidra til en kontinuerlig pasient behandling i hele i perioperative forløpet (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018).

Våre informanter forteller at det til tider er mye støy og uroligheter under gjennomgangen av Time-out. Dette medfører at teamet ikke klarer å konsentrere seg skikkelig og kan miste relevant informasjon. Uroligheter og forstyrrelser gir høyere risiko for feiltagelse inne på operasjonsstuen. De hyppigste forstyrrelsene er personer som går inn og ut av dørene, samtaler blant teammedlemmene som ikke var relevant for det pågående arbeidet, men mest av alt var det støy i fra utstyr og støy relatert til enkelte prosedyrer som ble utført (Wheelock et al., 2015). For at sikkerheten på operasjonsstuen skal bli mer optimal, er det viktig at avbrudd under Time-out må reduseres da det ved

stadige avbrudd kan det oppstå en negativ effekt på arbeidsmiljøet samt pasientsikkerheten (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018).

Informantene legger til at stemmebruken til operatøren under gjennomgangen er viktig. Klar og tydelig stemme var viktig for å fange fokuset til teamdeltakerne. Dette samsvarer med studien til Korkiakangas (2016) som sier at operatøren bør introdusere høyt og tydelig til teamet at det er Time-out for å sikre seg oppmerksomheten til hele teamet. Våre informanter forteller at dersom operatøren prater med lav stemme i en operasjonsstue med mye fysisk støy fra medisinskteknisk utstyr og ventilasjonen var det vanskelig å fange oppmerksomheten til resten av teamet. For å unngå misforståelser samt bidra til sikker kommunikasjon må alle i teamet være tydelig når de kommuniserer. Når det meddeles kritisk informasjon om risikofaktorer eller inngrepet som alle i teamet må kjenne til, er det viktig at alle lytter oppmerksomt samt at det er ro på operasjonsstuen (Haugen & Dåvøy, 2018).

5.4 Trygg Kirurgi sin innvirkning på pasientsikkerheten

I våre funn kommer det frem at sjekklisten bidrar til at teamet får en oversikt over pasientens helsetilstand samt det gir pasienten en mer individuell behandling. Time-out er en mulighet å samle operasjonsteamet og dele viktig informasjon med hverandre, og på den måten skape en felles forståelse innad i teamet (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018; Wæhle et al., 2012). Dette er også noe WHO (2009) poengterer.

Anestesipersonellet må meddele den informasjonen de har om pasienten, for eksempel pasientens ASA og om det er spesielle utfordringer ved anestesen. Operatøren skal under Time Out formidle til hele teamet om selve operasjonen og om det er noen utfordringer knyttet til inngrepet. Operasjonssykepleieren skal bekrefte steriliteten på utstyret og instrumentene samt informere om det er noen utfordringer knyttet til utstyret (WHO, 2009). Studien til Ingvarsdottir & Halldorsdottir (2018) viser til hvor viktig det er at alle i teamet meddeler informasjonen de har, slik at hele teamet er oppdatert på det kirurgiske forløpet. Operasjonssykepleierne så på sjekklisten som nyttig, da den tilfører de ulike profesjonene i teamet informasjon de ellers ikke ville fått (Wæhle et al., 2012). Det understrekes at mangel på informasjon innad i operasjonsteamet gjør det vanskelig for teammedlemmene å planlegge pasientbehandlingen og det kan øke faren for uheldige hendelser og feiltakelser (Willassen et al., 2018). Dersom det oppstår manglende eller villedende kommunikasjon, kan dette påvirke samarbeidet og pasientsikkerheten (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018). Ved å samle informasjon

som hver profesjon sitter med før inngrepet starter, kan det føre til at teamet er mer forberedt dersom det skulle oppstå en uheldig hendelse underveis. Systematisk bruk av sjekklisten Trygg Kirurgi vil forberede teammedlemmene bedre på kritiske situasjoner som kan forekomme under et kirurgisk inngrep (Holmes et al., 2019; Nordström & Wihlbord, 2019; Willassen et al., 2018).

Våre informanter forteller at sjekklisten Trygg Kirurgi bidrar til å skape sikkerhetsrutiner for å forbedre pasientsikkerheten på operasjonsstuen. Informantene har erfart at ved riktig bruk av sjekklisten Trygg Kirurgi, så har de oppdaget feil og mangler i gjennomgangen. En studie viste at sjekklisten Trygg Kirurgi hadde avdekket feil og mangler, som resulterte i at teamet kunne rette opp i feilen før pasientskaden oppstod. Disse erfaringene understreker viktigheten med å bruke sjekklisten i sin helhet (Willassen et al., 2018). Prosedyren sjekklisten Trygg Kirurgi i seg selv gir ingen garanti for en tryggere operasjon, det understrekes at det er hvordan sjekklisten blir forstått og gjennomført av teammedlemmene på operasjonsstuen som utgjorde en forskjell på pasientsikkerheten (Willassen et al. 2018). Effekten til sjekklisten Trygg Kirurgi på pasientsikkerheten var størst dersom sjekklisten sine tre deler var korrekt utført (Haugen et al., 2019). Ved gjennomføringen av sjekklisten skal operasjonsteamet verifiserer hvert punkt i plenum før de går videre til neste punkt på listen, denne valideringsprosessen har resultert i at det er lettere å oppdage feil eller mangler (Collins et al., 2014). Våre informanter ytret et ønske om at det kunne vært et mer felles fokus på korrekt gjennomførelse av sjekklisten.

Ifølge våre informanter blir ikke alltid Forberedelsen gjort i samråd med anestesipersonalet. De opplever å være opptatt med å forberede til operasjonen og ikke har anledning til å møte pasienten på forrommet i lag med anestesi. Det er ulike sjekkpunkter i Forberedelse, og noen av punktene er mest relevante for operasjonssykepleierne mens andre punkter er mer relevant for anestesipersonellet, men det skal kontrolleres at alle sjekkpunktene er utført (Haugen & Dāvøy, 2018). Ut ifra studien til Ingvarsdottir & Halldorsdottir (2018) kan kravet om effektiviteten på operasjonsavdelingen ha negativ påvirkning på pasientsikkerheten. Tidspresstet kan føre til at operasjonssykepleierne må prioritere mellom ulike arbeidsoppgaver og tid med pasienten. Mindre tid med pasienten kan føre til dårlige tid til å gjennomføre Forberedelsen, og operasjonssykepleierne kan gå glipp av viktig informasjon om pasientens helsetilstand (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018). Selv om

operasjonssykepleierne ikke får tatt Forberedelse i samråd med anestesipersonellet, er de ut ifra ansvars- og funksjonsbeskrivelsen pliktige til å innhente opplysninger om pasienten sin helsetilstand for å kunne evaluere og iverksette operasjonssykepleietiltak for å gi pasienten en planlagt og individuell behandling (NSFLOS, 2015). Informantene våre formidler et ønske om å organisere Forberedelsen bedre, slik at den kan gjøres i fellesskap med anestesipersonellet.

Våre informanter fortalte at det var på grunn av Trygg Kirurgi at antibiotika ble administrert på korrekt tid, og at teamet i mange tilfeller hadde glemt antibiotika dersom de ikke hadde hatt sjekklisten. Disse funnene samsvarer med studien til Haugen et al. (2019) som viser til en forbedring i administrering av profylaktisk antibiotika før et kirurgisk inngrep. Studien viser også at antibiotika blir gitt på rett tidspunkt ved bruk av sjekklisten (Haugen et al., 2019).

Informantene formidler at forebygging av hypotermi er et viktig punkt som alle i teamet må ha oppmerksomhet på. Selv om det er en innarbeidet rutine blant anesthesi- og operasjonssykepleierne, så er det et viktig å ta det i fellesskap under Time-out. En studie viste at forekomsten av postoperative infeksjoner og blodtransfusjoner som er relatert til kirurgiske inngrep, er blitt redusert og dette ses i sammenheng med en økt oppmerksomhet på forebygging av hypotermi. Studien understreker at selv en mild hypotermi kan øke operasjonspasienten sin risiko for blødninger, postoperative infeksjoner (Haugen et al., 2019).

Et annet funn i vår studie var at operasjonssykepleierne opplever at de har hovedansvar for leiringen av pasienten, selv om det er et delt ansvar mellom anesthesi- og operasjonssykepleieren. I ansvar og funksjonsbeskrivelsen til operasjonssykepleierne er det beskrevet at de har ansvar for at pasienten blir forsvarlig leiret for å unngå strekk-, trykk- og nerveskader (NSFLOS, 2015). I en studie kommer det frem at operasjonssykepleierne tar ansvaret for leiringen for å sikre at pasienten bli forsvarlig leiret og ikke blir utsatt for skade eller ubehag. Etter at pasienten er leiret, har operatøren ansvar for at leiringen er korrekt utført ut ifra det kirurgiske inngrepet (Spurce & Van Wicklin, 2014). Ut ifra manualen til WHO (2009) skal det i Time-out forsikres at operasjonspasienten er rett leiret. Informantene våre erfarer at punktet i sjekklisten som omhandler leiet til pasienten, blir fort gjennomgått og får lite oppmerksomhet. Informantene formidlet at utfordringene omkring leiringen samt risiko

for leiringsskader kunne kommet bedre frem i sjekklisten, og at de kunne diskutert dette i fellesskap under Time-out. For å best ivareta brukervennligheten og pasientsikkerheten, kan det være at sjekklisten bør revideres slik at risikovurdering av leiringen kommer bedre frem i Time-out og man kan få tilpasset sjekklisten til de lokale behovene (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018). Dette er i tråd med WHO sin intensjon der man har mulighet til å tilpasse samt modifisere den opprinnelige sjekklisten til lokale behov (WHO, 2009).

6.0 Konklusjon

I denne kvalitative studien har vi belyst operasjonssykepleierens erfaringer og opplevelser omkring gjennomgangen og bruken av sjekklisten Trygg Kirurgi. Funnene i vår studie viser til at sjekklisten oppleves som et viktig verktøy som bidrar til å gi operasjonspasienten en individuell behandling og er med på å øke pasientsikkerheten. I studien kommer det frem at gjennomførelsen av sjekklisten Trygg Kirurgi ikke alltid blir gjort i henhold til retningslinjene, og innholdet i sjekklisten vil da bli begrenset samt ha lite nytteverdi dersom man ikke følger sjekklisten i sin helhet. Ved riktig bruk bidrar sjekklisten til bedre informasjonsflyt som forebygger uønskede hendelser samt gir operasjonsteamet en felles situasjonsforståelse. Sjekklisten er delt inn i tre deler, og for å oppnå best resultat er det viktig at alle delene gjennomføres i henhold til prosedyren. Forskning viser at ved riktig gjennomførelse av sjekklisten, der hele teamet tar ansvar og deltar aktivt, vil den bidra til å bedre kommunikasjonen og det tverrfaglige samarbeidet. I vår studie var det delte meninger fra informantene om sjekklisten bidro til bedre kommunikasjon og teamsamarbeid, men alle var enig i at åpen kommunikasjon innad i teamet hadde en positiv påvirkning.

Sjekklisten Trygg Kirurgi opplevdes å ha mest oppmerksomhet på risikofaktorer knyttet til anestesi og operatør, hvor operasjonssykepleierne erfarte at risikofaktorer knyttet til leiring ikke var godt nok representert. De påpekte også at sjekkpunktet som omhandler steriliteten på instrumentene opplevdes som en fornærmelse og at spørsmålet kunne vært formulert annerledes. Det kan være hensiktsmessig å revidere sjekklisten slik at operasjonssykepleierens arbeidsoppgaver kommer bedre frem samt øker oppmerksomheten på risikofaktorer for leiringsskader. Et funn var at operasjonssykepleierne opplevde manglende forståelse og respekt for deres arbeidsoppgaver innad i operasjonsteamet, da de ofte måtte jobbe parallelt under gjennomførelsen av Trygg Kirurgi. Det trengs en holdningsendring hos operasjonsteamet mot operasjonssykepleierne sin rolle i teamet samt at operasjonssykepleierne selv må ta sin plass i teamet og fremme sin profesjon. Når utførelsen av sjekklisten Trygg Kirurgi kommer i konflikt med operasjonssykepleierens arbeidsoppgaver, vil det stride mot sjekklisten sin intensjon, samt kan påvirke kommunikasjonen og teamsamarbeidet i varierende grad. Det er et felles ansvar for å gjennomføre Trygg Kirurgi, der teammedlemmenes holdninger påvirker hvordan sjekklisten blir utført. Operasjonssykepleierne kjenner på en ansvarsfølelse for å ivareta

pasientsikkerheten ved å ta initiativ til sjekklisten, og i enkelte tilfeller fullfører de sjekklisten når andre ikke tar ansvar.

Et annet funn var at den standardiserte sjekklisten ikke var egnet til alle typer inngrep og operasjonsteamet tilpasset prosedyren etter behov. For å øke etterlevelsen av sjekklisten kan det være hensiktsmessig og utvikle versjoner av sjekklisten som er spesifikt tilrettelagt for operasjoner med kort varighet samt akutte operasjoner der tiden ikke alltid strekker til. Dette for å sikre at de mest sentrale punktene blir gjennomgått som videre øker pasientsikkerheten. For å få til en endring og videre utvikling av sjekklisten er det avgjørende å ha støtte og involvering fra ledelsen.

6.1 Implikasjoner for praksis

Denne studien har belyst operasjonssykepleiernes erfaringer med sjekklisten Trygg Kirurgi. Vi har ved hjelp av denne studien fått bedre innsikt i hvordan sjekklisten blir gjennomført i praksis.

Ut ifra funnene ser vi at det er et behov for forbedringer i hvordan operasjonsteamet organiserer og gjennomfører sjekklisten Trygg Kirurgi for å oppnå en bedre etterlevelse. Det er viktig at det blir satt fokus på at alle tre delene av sjekklisten blir gjennomført i henhold til prosedyren, og at hele teamet tar ansvar samt deltar aktivt i gjennomføringen. Det kan være et behov for å evaluere dagens sjekkliste og gjøre endringer for å forbedre innholdet i sjekklisten. Operasjonssykepleierne opplevde lite oppmerksomhet på leiringskader i sjekklisten, et tiltak kan være å tilføye et punkt i sjekklisten som bevisstgjør operasjonsteamet på risikoer for leiringskader.

Et tiltak for å skape en felles forståelse for de ulike profesjonenes arbeid, samt bedre teamferdigheter og arbeidsmiljø, kan være å skape en felles arena der de ulike profesjonene kan møtes. Et felles møtepunkt kan skape en dialog mellom teammedlemmene, der de kan ta opp faglige diskusjoner, delta på felles undervisning samt arrangere tverrfaglige teamtreninger.

Når Trygg Kirurgi blir registrert som utført, blir det gjort etter Time-out og Avslutningen blir i mange tilfeller glemt eller ufullstendig utført. Et tiltak her kan være og utarbeide et registreringssystem der alle tre delene må registreres hver for seg. Det kan da være lettere for ledelsen å hente ut rapporter om hvilke deler av sjekklisten som blir gjennomført og hvor det er forbedringspotensialer.

Funnene viser at sjekklisten ikke alltid er en prioritert ved korte inngrep og ved akutte operasjoner. For å sikre at de mest sentrale punktene blir gjennomgått i slike situasjoner, kan det være relevant at de ansatte på operasjonsavdelingen lager en forenklet versjon av sjekklisten, i samråd med ledelsen, som kan brukes ved korte inngrep samt en versjon som egner seg for akutte inngrep.

6.2 Implikasjoner for videre forskning

Omfanget i denne studien er begrenset til operasjonssykepleierens erfaringer, og det kan være relevant å ta en studie som inkluderer alle profesjonene i et operasjonsteam for å få et bredere bilde på det tverrfaglige samarbeidet og deres erfaring med sjekklisten Trygg Kirurgi. Det kunne også være interessant å foreta en lignende studie ved andre sykehus for å belyse deres erfaringer og se på lokale forskjeller og tilpasninger.

Det kunne vært aktuelt å gjennomføre en kvantitativ studie som undersøker de ulike profesjonene sine erfaringer samt holdninger til sjekklisten Trygg Kirurgi. En kan da utforske hvordan de ulike profesjonene opplever samarbeidet samt deres holdninger til sjekklisten.

Referanseliste

- Aadland, E. (2011). «Og eg ser på deg ...» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3utg.). Universitetsforlaget.
- Aase, K. (2022). *Pasientsikkerhet*. Universitetsforlaget.
- Braut, G.S. & Holmboe, J. (2018). Pasientsikkerhet – dagens strukturer. K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (3.utg.), s.49-63. Universitetsforlaget.
- Collins, S.J., Newhouse, R., Porter, J. & Talsma, A. (2014). Effectiveness of the Surgical Safety Checklist in Correcting Errors: A Literature Review Applying Reasons's Swiss Cheese Model. *Aorn Journal*, 100(1), 65-79.
<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.07.024>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2021, 16.desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. Hentet 31.03.22.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Eide, P.H., Dåvøy, G. (2018). Funksjons og ansvarsområde. I G.M. Dåvøy, P.H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2.utg, s.29-33). Gyldendal.
- Flin, R., O'Connor, P. & Crichton, M. (2013). *Safety at the sharp end: training non-technical skills*. (1.utg). Ashgate.
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2017-04-28-23>
- Gardezi, F., Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Orser, B. & Baker, R. (2009). Silence, power and communication in the operating room. *Journal of advanced nursing* 65(7), 1390-1399. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.04994.x>
- Gillespie, B.M. & Marshall, A. (2015). Implementation of safety checklists in surgery: a realist synthesis of evidence. *Implementation science*, 10(1).
<http://doi.org/10.1186/s13012-015-0319-9>

Gillespie, B.M., Chaboyer, W. & Murray, P. (2010). Enhancing Communication in Surgery Through Team Training Interventions: A Systematic Literature Review. *AORN Journal*, 92(6), 642-657.

Gillespie, B.M., Harbeck, E.L., Lavin, J., Hamilton, K., Gardiner, T., Withers, T.K. & Marshall, A.P. (2018). Evaluation of a patient safety programme on Surgical Safety Checklist Compliance: a prospective longitudinal study. *BMJ Open Quality*, 7(3) <http://dx.doi.org/10.1136/bmjoc-2018-000362>

Gillespie, B.M., Hamilton, K., Ball, D., Lavin, J., Gardiner, T., Withers, T.K. & Marshall, A.P. (2017). Unlocking the “black box” of practice improvement strategies to implement surgical safety checklists, a process evaluation. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 96(6), 157-166. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S124298>

Goodman, T. & Spry, C. (2017). *Essentials of Perioperative Nursing* (6.utg). Jones & Bartlett Learning.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Graneheim, U.H., Lindgren, B-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Hanssen, I., Jacobsen, I.L.S. & Skråmm, S.H. (2020). Non-technical skills in operating room nursing: Ethical aspects. *Nursing ethics*, 27(5), 1364-1372. <https://doi.org/10.1177/0969733020914376>

Haugen, A. S., Dåvøy, G. M. (2018). Pasientsikkerhet og trygg kirurgi. I G.M. Dåvøy, P.H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2.utg, s. 178-195). Gyldendal.

Haugen, A.S., Sjøfteland, E., Sevalis, N., Eide, G.E., Nortvedt, M.W., Vincent, C. & Harthug, S. (2020). Impact of the Norwegian national patient safety program on implementation of the WHO surgical safety checklist and on perioperative safety culture. *BMJ Open Quality*, 9(3). <https://doi.org/10.1136/bmjoc-2020-000966>

Haugen, A.S., Wæhle, H.V., Almeland, S.K., Harthug, S., Sevdali, N., Eide, G.E., Nortvedt, M.W., Smith, I. & Sjøfteland, E. (2019). Casual Analysis of World Health

Organization's Surgical Safety Checklist Implementation Quality and Impact on Care Processes and Patient outcomes. Secondary analysis from a large stepped wedge cluster randomized controlled trial in Norway. *Annals of surgery*, 269(2), 283-290.

<https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002584>

Haugen, A.S., Sevdalis, N. & Søfteland, E. (2019). Impact of the world health organization surgical safety checklist on patient safety. *Anesthesiology*, 131(2), 420-425. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002674>

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44> (Hentet 19.08.21).

Helsepersonelloven. (1999). *Lov helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Holmes, T., Vifladt, A. & Ballangrud, R. (2019). A qualitative study of how inter-professional teamwork influences perioperative nursing. *Nursing opening*, 7(2), 571-580. <https://doi.org/10.1002/nop2.422>

Ingvarsdottir, E. & Halldorsdottir, S. (2018). Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(2), 951-960. <https://doi.org/10.1111/scs.12532>

Kang, E., Gillespie, B.M. & Massey, D. (2014). What are the non-technical skills used by scrub nurses? An integrated review. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 27(4), 16-25.

Kang, E., Massey, D., & Gillespie, B.M. (2015). Factors that influence the non-technical skills performance of scrub nurses: a prospective study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(12), 2846-2857. <https://doi.org/10.1111/jan.12743>

Korkiakangas, T. (2016). Mobilising a team for the WHO Surgical Safety Checklist: a qualitative video study. *BMJ Quality & safety*, 26(3), 177-188. <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004887>

Kunnskapscenteret & Helse Vest. (2010). *Trygg kirurgi verner liv. Veileder for implementering og bruk av Sjekklister for trygg kirurgi*.

Tilgjengelig fra:

https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/Adapted_implementation_guide_bokmal.pdf. (Hentet 16.08.21).

Kvale, S. & Brinkman, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Gyldendal.

Leonardsen, A-C.L. (2015). Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet. *Nordisk sygeplejeforskning*, 4(2), 218-227. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-02-12>

Lindgren, B-M., Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International journal of nursing studies*, 108, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>

Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B.H.Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.219-234). Studentlitteratur.

Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 utg.). Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3.utg.). Universitetsforlaget.

Mykkeltveit, I. & Bentsen, S.B. (2020). Den norske versjonen av SPLINTS (SPLINTS-no)-et instrument for å utvikle og vurdere ikke-tekniske ferdigheter hos operasjonssykepleiere. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 10(3), 176-184. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2020-03-04>

Nordström, A. & Wihlborg, M. (2019). A phenomenographic study of swedish nurse anesthetists`and or nurses`work experience. *AORN JOURNAL*, 109(2), 217-226. <http://doi.org/10.1002/aorn.12582>

Nordtvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb Kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2.utg.). Oslo, Akribes AS.

Norton, E.K., Singer, S.J., Sparks, W., Ozonoff, A., Baxter, J. & Rangel, S. (2016). Operating room clinicians' attitudes and perceptions of a pediatric surgical safety checklist at 1 institution. *Journal of patient safety*, 12(1), 44- 50.

<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000120>

NSFLOS. (2015). *Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse*. Hentet 01.05.21 fra: <https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>.

Nørgaard, A., Johnsen, R. & Marhaug, G. (2016). Bruk av WHO sjekklister for trygg kirurgi. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 136(9), 815-820.

<https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.1079>

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

Oksavik, W.S., Heen, C. & Heggdal, K. (2021). Kirurgisk telling som verktøy for sikker pasientbehandling ved kirurgi. *Inspira*, 16(1), 47-64.

<https://doi.org/10.23865/inspira.v16.3114>

Peñataro-Pintado, E., Rodríguez, E., Castillo, J., Martín-Ferreres, M.L., De Juan, M.A. & Agea, J.L.D. (2020). Perioperative nurses' experiences in relation to surgical patient safety: A qualitative study. *Nursing Inquiry*, 28(2). [https://doi-](https://doi.org.ezproxy.uis.no/10.1111/nin.12390)

[org.ezproxy.uis.no/10.1111/nin.12390](https://doi.org.ezproxy.uis.no/10.1111/nin.12390)

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2020). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice* (11.utg.). Wolters Kluwer.

Pugel, A. E., Simianu, V.V., Flum, D.R., Dellinger, E.P. (2015). Use of the Surgical Safety Checklist to Improve Communication and Reduce Complications. *J infect public health*, 8(3), 219- 225. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2015.01.001>

Rasmussen, G., Wangen, M.G. & Torjuul, K. (2015). Ikke-tekniske ferdigheter I utøvelsen av operasjonssykepleie. *Nordisk sykeplejeforskning*, 5(4), 397-410.

<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-04-08>

Russ, S., Rout, S., Sevdalis, N., Moorthy, K., Darzi, A. & Vincent C. (2013). Do Safety Checklists Improve Teamwork and Communication in the Operating Room? A Systematic Review. *Annals of Surgery*, 258(6), 856-871.

<https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000206>

Rydenfält, C., Johansson, G., Odenrick, P., Åkerman, K. & Larsson P.A. (2012). Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 182-187.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt004>

Sandelin, A., Kalman, S. & Gustafsson, B.Å. (2019). Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork – Operating theatre nurses` perspectives: A qualitative interview study. *Journal of clinical nursing*, 28(13-14), 2635-2643.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14850>

Sollid, S.J.M. (2018). Simulering og akuttmedisin. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (3.utg.), s.191-209. Universitetsforlaget.

Spurce, L. & Van Wickling, S.A. (2014). Back to Basics: Positioning the Patient. *Aorn Journal*, 100(3), 299-305. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.06.004>

Stavanger Universitetssykehus. (2010). *Sjekkliste for trygg kirurgi*. [Figur 1, er hentet fra EQS intranett, Stavanger Universitetssykehus]. Hentet 16.08.21.

Steelman, V.M. (2015). Concepts Basic to Perioperative Nursing. I J.C, Rothrock (Red.), *Alexander`s care of the patient in surgery*. (15.utg, s.1-15). Elsevier.

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

Thagaard, T. (2019). *Systematikk og innlevelse*.

En innføring i kvalitative metoder (5.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Universitetet i Oslo (2021, 04.10). *Nettskjema-diktafon-appen*. Hentet 29.10.21 fra

<https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>

Universitetet i Stavanger (2021, 19.04). *Lagring av informasjon*. Hentet 21.09.21 fra

<https://www.uis.no/nb/regelverk/lagring-av-informasjon>

Urban, D., Burian, B.K., Patel, K., Turley, N.W., Elam, M., MacRobie, A.G., Merry, A.F., Kumar, M., Hannenberg, A., Haynes, A.B. & Brindle, M.E. (2021). Surgical teams' attitudes about surgical safety and the surgical safety checklist at 10 years.

Annals of surgery, 2(3). <https://doi.org/10.1097/AS9.0000000000000075>

Wheelock, A., Suliman, A., Wharton, R., Babu, E.D., Hull, L., Vincent, C. & Sevdalis, N., Arora, S. (2015). The impact of operating room distractions on stress, Workload and teamwork. *Annals of Surgery*, 261(6), 1079-1084.

<https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001051>

Willassen, E.T., Jacobsen, I.L.S. & Tveiten, S. (2018). Safe surgery checklist, patient safety, teamwork, and responsibility – coequal demands? *Global Qualitative Nursing Research*, 5, 1-11.

<https://doi.org/10.1177/2333393618764070>

World Health organization. *WHO Guidelines for safe surgery*. Geneva. World Health Organization, 2009. Hentet fra:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241598552>

(Hentet 16.08.21).

Wæhle, H.V., Haugen, A.S., Søfteland, E. & Hjälmhult, E. (2012). Adjusting team involvement: a grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as experienced by nurses in the operating room. *BMC Nursing*,

11(16). <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-16>

Wæhle, H. H., Haugen, A. S., Wiig, S., Søfteland, E., Sevdalis, N. & Harthug, S. (2020). How does the WHO surgical safety checklist fit with existing perioperative risk management strategies? An ethnographic study across surgical specialties. *BMC health service research*, 20(111). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4965-5>

Vedlegg 1 - Pico skjema

P	I	C	O
Beskriv hvilken pasientgruppe eller populasjon du undersøker Populasjon/Pasient	Hvilket tiltak er det jeg vurderer? (Eksposisjon, manøver) Intervensjon/tiltak	Skal dette tiltaket vurderes opp mot et annet. Sammenligning med et annet tiltak/ingen tiltak	Hva er utfallet/utfallene? Hvilke endepunkt er jeg interessert i? Hva har best effekt?
Operasjonssykepleierne	Bruken av trygg kirurgi Erfaringer ved trygg kirurgi Sjekklisten trygg kirurgi Sjekkliste		Pasientsikkerhet Kommunikasjon Kommunikasjonsferdigheter Felles situasjonsforståelse Etterlevelse
Scrub nurse Theatre nurse Operation room nurse	The use of safety checklists Experience with safe surgery checklist		Patient safety Communication Communication skills Team/Teamwork Compliance
	Safe checklist AND/OR experience		

Vedlegg 2 - Plan for gjennomføring

Vår 21	Valg av tema
	Litteratursøk og utforming av prosjektskisse
Høst 2021	
August	Utforming av prosjektplan
September	Prosjektplan ferdig/godkjent
Oktober	Søke godkjenning til avdelingsleder
	Veiledning
November	Søke godkjenning til personvernombud/NSD ved SUS for gjennomføring av intervju
	Veiledning
Desember	Intervju av informanter og transkribering
Vår 2022	
Januar	Intervju av informanter og transkribering Analyse av datamaterialet
	Veiledning
Februar	Analyse av datamaterialet
Mars	Analyse av datamaterialet Sekundært litteratursøk Skrive metodekapittel
	Veiledning
April	Drøfting av teori og funn
	Veiledning
Mai	Innlevering av masteroppgaven

Vedlegg 3 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema til deltaker



Vil du delta i masterprosjektet

«Operasjonssykepleie og Trygg Kirurgi»?

Formålet med studien og hvorfor du blir spurt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie der formålet er å kartlegge operasjonssykepleierens erfaringer med gjennomføringen av Trygg Kirurgi. Vi søker etter operasjonssykepleiere som er i aktivt arbeid og kan fortelle om hva som fremmer og hemmer bruken av Trygg Kirurgi.

Du får denne forespørselen siden du jobber som operasjonssykepleier på en operasjonsavdeling. Du har blitt valgt ut til deltakelse av fag- og forskningssykepleier.

Dette prosjektet er en masteroppgave i operasjonssykepleie. Innsamlet datamaterialet vil kun bli brukt til det formålet som det opplyses om i dette informasjonsskrivet.

Hva innebærer prosjektet for deg?

Deltakelsen i studien innebærer å delta i et individuelt intervju. Formålet med intervjuet er å få frem din erfaring og opplevelser knyttet til bruken av sjekklisten Trygg Kirurgi. Tidspunkt for intervju vil bli satt opp i din arbeidstid i samråd med fag- og forskningssykepleier.

Det er satt av ca. 1 time til intervju i lokaler som er tilknyttet avdelingen og intervjuene vil bli gjennomført av masterstudentene Malin Haugsgjerd og Anja Tveiten Stordrange.

Under intervjuet vil vi bruke en lydopptaker. I etterkant blir intervjuet skrevet ned og anonymisert. Når datamaterialet er ferdig analysert, vil lydopptakene bli slettet.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke ditt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket vil vi ikke bruke ditt intervju og opplysninger videre i studien.

Hva skjer med opplysningene om deg?

Vi vil oppbevare tre kilder som kan identifisere deg:

Lydfilene oppbevares bak passord i godkjente dataprogram. Lydfilene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger.

Navneliste som kobler ditt intervjunummer (kode) med ditt navn vil oppbevares bak passord i godkjent dataprogram.

Samtykkesignatur scannes og lagres digitalt bak passord i godkjent dataprogram.

Papirutgaven makuleres rett etter vellykket scanning.

Det er kun masterstudentene Malin Haugsgjerd og Anja Tveiten Stordrange som har tilgang til personopplysninger. Som forskere har vi taushetsplikt og navnelisten vil være innelåst og separert fra resten av datamaterialet. All datamaterialet fra intervjuet vil bli lagret på en kryptert minnepinne.

Publisering av resultater er en nødvendig del av forskningsprosessen. All publisering skal gjøres slik at enkeltdeltakere ikke skal kunne gjenkjennes.

Informasjonen om deg vil bli slettet når masterprosjektet og eventuell publisering er avsluttet, senest juni 2024.

Godkjenninger

Masterprosjektet er godkjent av personvernombudet ved et av landets universitetssykehus, godkjenningsnummer: 2772.

Universitetet i Stavanger og prosjektleder Malin Haugsgjerd er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Kontaktopplysninger

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte:

Malin Haugsgjerd, tlf: *****, m.haugsgjerd@stud.uis.no

Anja Tveiten Stordrange, tlf: *****, at.stordrange@stud.uis.no

Irene Sirevåg, irene.sirevag@uis.no, veileder

Britt Sætre Hansen, britt.s.hansen@uis.no, veileder

**Jeg har mottatt og forstått informasjon og samtykker til å delta i prosjektet
«Operasjonssykepleie og Trygg Kirurgi»**

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 4 - Intervjuguide

Bakgrunn:

- Hvor mange år har du jobbet som operasjonssykepleier?
- Hvor mange år på SUS? Eventuelt andre steder?

Hva tenker du om sjekklisten «Trygg Kirurgi»?

- Hvordan har du fått opplæring og informasjon om sjekklisten?
- Hvordan er ledelsens engasjement i forhold til gjennomføringen av Trygg Kirurgi? Har de fokus på at den skal brukes etter retningslinjer og prosedyrer?
- Hva er operasjonssykepleierens fokus i gjennomgangen av forberedelse, time out og avslutning?
- Er det noe du mener mangler i sjekklisten, som kan tilføyes? Eventuelt hva?

Kan du beskrive hvordan dere på avdelingen gjennomfører sjekklisten?

- I hvilken grad erfarer du at sjekklisten Trygg Kirurgi blir gjennomgått fullstendig og til rett tid?
- Hvordan opplever at bruken av sjekklisten Trygg Kirurgi påvirker kommunikasjonen og teamsamarbeid?
- Hvilke erfaringer har du ved gjennomgang av forberedelse, time out og avslutning? Er det faktorer som kan forstyrre eller gi samtidighetskonflikter ved gjennomgang?
- Hvordan erfarer du bruken av Trygg Kirurgi i en akutt operasjon i forhold til en elektiv operasjon?

Er sjekklisten med på å kvalitetssikre alle prosesser ved de kirurgiske inngrepene?

- Hvordan påvirker bruken av sjekklisten Trygg Kirurgi risikovurderingen av pasientbehandlingen? Er den optimal nok til å kunne avdekke risikofaktorer i behandlingen av operasjonspasienten?
- Hvordan er kulturen i teamet for å gi tilbakemelding og beskjed dersom noe uavklart ved gjennomgang av Trygg Kirurgi?

Har du noen forslag til forbedringer, kommentarer eller noe å tilføye?

Vedlegg 5 – Informasjonsskriv til avdelingssjef

Vi er to studenter som tar master i operasjonssykepleie ved Universitetet i Stavanger. Vi skal skrive et masterprosjekt om etterlevelsen av sjekklisten Trygg Kirurgi som ble presentert på forskertoget i januar 2021. Det finnes lite forskning på operasjonssykepleiernes erfaring med sjekklisten Trygg Kirurgi. Vi ønsker derfor å kartlegge hvilke erfaringer operasjonssykepleierne har, og hva de mener fremmer og hemmer bruken av Trygg Kirurgi.

Vi sender deg derfor denne forespørsel om å få gjennomføre studien på operasjonsavdelingen

Vi ønsker å gjennomføre individuelle intervjuer med 8-10 operasjonssykepleiere. Det er ønskelig å sette av 1 time til hvert intervju, men vi vil samarbeide med dere slik at vi kan tilpasse intervjuene til den daglige driften og hva som er mest hensiktsmessig for operasjonsavdelingen.

Vi ønsker hjelp fra fag -og forskningssykepleier til å velge ut 8-10 operasjonssykepleiere som kan tenke seg å delta i et intervju. Til studien ønsker vi operasjonssykepleiere som har ulik arbeidserfaring. Vi ser for oss at halvparten av operasjonssykepleierne har 2-5 års arbeidserfaring og den andre halvparten har over 10 års arbeidserfaring.

Mvh.

Malin Haugsgjerd & Anja T. Stordrange

Vedlegg 6 - Tillatelse fra avdelingssjef

Forespørsel om å gjennomføre masterstudie på operasjonsavdelingen



tor. 18.11.2021 11:58

Hei!

Beklager at jeg ikke har svart, har nok blandet sammen noen forespørsler her jeg.

Dere får selvsagt min tillatelse til å gjennomføre oppgaven på Opr.avd. Forutsetter at dere gjør avtaler som ikke påvirker driften. Regner med at dere også kan be om hjelp dersom det er noe dere lurer på mht dette og utvelgelse av intervjuobjekter.

Lykke til med oppgaven!

Vennlig hilsen



Avdelingssjef

Vedlegg 7 – Svar fra Personvernombudet (PVO)

Hei,

Dette er en skriftliggjøring av tilbakemelding til prosjektet når det gjelder ivaretagelse av personvernet, hvorpå vurderingen ble gjort før prosjektet fikk oppstarts godkjenning.

Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved [redacted]. Den behandlingsansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger [redacted] å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a)

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i personvern- og helseforskningslovgivningen.

Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Prosjektet skal godkjennes av klinikkssjef/ene før oppstart.
 2. Behandlingen skjer på lovlig, rettferdig og åpen måte med hensyn til de registrerte (art. 5.1 a) ved at disse er grundig informert og har signert samtykkeerklæring.
 3. Behandlingen er begrenset til angitt formål (art. 5.1 b), ved at personopplysninger kun samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål.
 4. Det samles ikke inn eller lagres flere opplysninger enn det som er nødvendig for formålet (dataminimering/lagringsbegrensning (art. 5.1 c), slik at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet.
 5. Prosjektet skal ikke behandle pasientopplysninger.
 6. Kravet til lagringsbegrensning (art. 5.1 e) ivaretas ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.
 7. Lydfil, samtykkeskjema samt transkriberte materiale skal oppbevares separat fra hverandre.
 8. Alle dataene skal slettes/ anonymiseres ved prosjekt slutt 30.06.2024 og sluttmelding skal sendes til PVO.
 9. De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter art. 15–20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet.
 10. Koblingsnøkkel som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres enten elektronisk på tildelt område på Kvalitetsserveren eller nedlåst på prosjektleders kontor og skal slettes ved prosjektslutt 30.06.2024.
 11. PVO kontaktinformasjon skal ligge i samtykket: personvernombudet
 12. Det forutsettes i utgangspunktet at prosjektet følger [redacted] Uis sine interne rutiner for lagring av data.
- Personvernombud har, ut over det som er angitt over, ingen innvendinger til at prosjektet gjennomføres. Det forutsettes at prosjektet gjennomføres som beskrevet og i henhold til personvernforordninger samt øvrige relevante lover og forskrifter.

Med hilsen

Jurist

Vedlegg 8 – COREQ - sjekklisen

COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	
Gender	4	Was the researcher male or female?	
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
Sample size	12	How many participants were in the study?	
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	

Presence of nonparticipants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

Vedlegg 9 – Forkortelser

- WHO – Verdens helse organisasjon
- Operatør – Legen (kirurgen) som utfører det kirurgiske inngrepet
- Anestesipersonell – omhandler både anesthesisykepleier(e) og anestesilegen(e)
- NSF – Norsk sykepleieforbund
- NSFLOS – Norsk sykepleieforbund – Landsgruppe av Operasjonssykepleiere
- ICN – International Council of Nurses