



UiT Norges arktiske universitet

Det helse vitenskapelige fakultet

**Hvilke utfordringer opplever operasjonssykepleiere ved bruk av Trygg kirurgi, og hvilke faktorer kan forklare eventuelle utfordringer?**

En litteraturstudie

Wibeche Solli

Master i Sykepleie – studieretning operasjonssykepleie, SYP-3902, november 2022

Antall ord: 13765

## Forord

Det har vært en tidkrevende og lærerik prosess å skrive masteroppgave i sykepleie med spesialiteten operasjonssykepleie.

Jeg ønsker å rekke en stor takk til min veileder Jan-Thore Figenschou Lockertsen, lektor ved helse vitenskapelige fakultet, UIT for god veiledning og oppmuntring underveis i skriveprosessen. Tusen takk til fagbibliotekar Grete Overvåg ved Universitetet i Tromsø for hjelp i søkeprosessen.

Tusen Takk til de hjemme som gjorde dette mulig, dere har vært støttende og motiverende i denne prosessen, og en ekstra takk til Kenneth som har vært tålmodig, støttende og oppmuntrende.

Ønsker også å takke venner, familie og kollega for støtte og interesse.

Tromsø, november 2022

Wibeche Solli

# Sammendrag

## Bakgrunn

Trygg kirurgi sjekkliste ble utarbeidet av verdens helse organisasjon (WHO) med formål å bidra til en systematisk tilnærming til å redusere for komplikasjoner ved kirurgi. Sjekklisten er utarbeidet slik at den skal kunne brukes til dagkirurgi, elektiv kirurgi og øyeblikkelig hjelp kirurgi. Bakgrunnen til denne studien er å undersøke hvilke utfordringer som er knyttet til bruken av sjekklisten.

## Hensikt

Hvilke utfordringer opplever operasjonssykepleieren ved bruken av trygg kirurgi, og hvilke faktorer kan forklare eventuelle utfordringer?

## Metode

En litteraturstudie med systematisk tilnærming. For å finne studier til å besvare problemstillingen er det gjort søk i databasene Pubmed og CINAHL. Det er fem studier som er inkludert etter utvelgelsesprosessen, det er blitt utført kritisk analyse og benyttet sjekklister tilpasset de ulike studiene.

## Resultat

Funn viser til at operasjonssykepleiere opplever utfordringer knyttet til sjekklisten trygg kirurgi. Hovedfunn viser at ansvarsfordelingen, samhandling i team, implementeringen og holdninger til trygg kirurgi kan bidrar til utfordringer ved bruken og gjennomføringen av sjekklisten.

## Konklusjon

Ansvarsfordeling, samhandling i team, implementeringen og holdninger til trygg kirurgi virker inn på hverandre og er sammensatte. Disse kan bidra til utfordringer, sammen og hver for seg. Funn viser at ansvarsfordelingen er ulikt og operasjonssykepleier ofte tar ansvaret, hvordan teamet samhandler har betydning for hvordan ansvarsfordelingen blir.

Implementeringen har betydning for hvordan sjekklisten blir brukt og hvordan holdninger det er rundt bruken og gjennomføringen av trygg kirurgi.

## Nøkkelord

Trygg kirurgi sjekkliste, operasjonssykepleie, utfordringer

# Abstract

## **Background**

The Surgical Safety Checklist was made by World Health Organization with the purpose to contribute to a systematic approach in complication reduction in surgery. The check list was made for use in day surgery, elective surgery and emergency surgery. The background of this study is to examine the challenges related to use of the check list.

## **Purpose**

Which challenges is the surgical nurse experiencing by use of safe surgery, and which factors can explain possible challenges?

## **Method**

Literature study with systematic approach. Searches in the databases PubMed and CINAHL was made to answer the research question. Five studies were included. Critical analysis has been conducted and checklists adapted to the study have been used.

## **Results**

Findings show that surgery nurses experience challenges related the Surgical Safety Checklist. Main findings show that the division of responsibility, interaction in teams, the implementation and attitudes to safe surgery can lead to challenges in the use and execution of the checklist.

## **Conclusion**

The division of responsibility, the interaction in teams, the implementation and attitudes to safe surgery all affect each other and are complex. This may lead to challenges together and alone. Findings show that the division of responsibility is inconsistent, and that the surgery nurse often takes the responsibility. The team's manner of collaboration influences the division of responsibility. The implementation influences both how the checklist is used and the attitudes towards the use and execution of surgical safety.

## **Keywords**

Surgical Safety Checklist, surgery nurse, challenges

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2	Oppgavens hensikt og problemstilling .....	3
1.3	Forforståelse .....	3
2	Tidligere forskning .....	4
3	Operasjonssykepleierens historie .....	6
4	Teoretisk rammeverk.....	7
4.1	Sjekklisten trygg kirurgi .....	7
4.2	Operasjonssykepleieres ansvar og funksjonsområde .....	11
4.3	Det tverrprofesjonelle teamet .....	12
4.4	Pasientsikkerhet og sikkerhetskultur .....	14
5	Metode.....	16
5.1	Inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	16
5.2	Litteratursøk.....	17
5.1	Utvelgelse av artikler.....	20
5.2	Ekskluderte artikler.....	21
5.3	Kvalitetsvurdering .....	21
5.4	Dataanalyse.....	22
5.5	Etiske overveielser.....	23
6	Resultat.....	24
6.1	Presentasjon av inkluderte artikler .....	24
6.2	Hovedtema.....	26
7.1.1	Ansvarsfordelingen .....	27
7.1.2	Implementeringsprosessen .....	28
7.1.3	Samhandling i team.....	29
7.1.4	Holdninger til Trygg Kirurgi.....	30

8	Diskusjon.....	31
8.1	Ansvarsfordeling .....	31
8.2	Implementeringsprosessen.....	33
8.3	Samhandling i team .....	35
8.4	Holdninger til Trygg kirurgi.....	37
8.5	Metodediskusjon.....	38
8.6	Refleksjon over egen forforståelse .....	39
8.7	Anbefalinger til praksis .....	40
8.8	Videre forskning .....	41
9	Konklusjon .....	42
	Referanseliste .....	43
	Vedlegg 1 .....	i
	Vedlegg 2 .....	iv
1	Samlet kvalitetsvurdering av studiene (intern validitet) – kan anvendes for alle sjekklisterne .....	iv
3	Vedlegg .....	v
	Vedlegg 4 .....	vi
	Vedlegg 5 .....	xii
	Vedlegg 6 .....	xiv

# 1 Innledning

Dette er en masteroppgave i sykepleie med spesialiteten operasjonssykepleie.

Som operasjonssykepleier er arbeidshverdagen preget av et høyteknologisk og hektisk arbeidsmiljø, hvor vi arbeider i team sammen med andre profesjoner. Teamet har ett felles mål og ansvar for at pasienten kommer seg trygt igjennom operasjonsforløpet (Oksavik, 2018). Pasientsikkerhet er en stor del av vårt ansvarsområde, vi jobber både direkte og indirekte rette mot å ivareta pasienten på best mulig måte. I det vi henter pasienten utenfor operasjonsavdelingen og frem til vi leverer pasienten på oppvåkningen er sikkerheten til pasienten i fokus.

Operasjonssykepleieren har kompetanse som medfører myndighet og ansvar for egen yrkesutøvelse. Operasjonssykepleie utøves i avdelinger hvor det gjøres elektiv kirurgi, kirurgi til akutt syke og andre kirurgiske undersøkelser (Eide & Dāvøy, 2018).

Som operasjonssykepleier utøver en sykepleie til akutte og kritiske syke, dette er mennesker i ulike livsfaser. Pasienten skal sikres ett faglig forsvarlig behandlingstilbud (*NSFLOS*, 2015).

Operasjonssykepleiers arbeidsoppgave er å ivare ta pasientsikkerhet og forebygge for komplikasjoner hos den kirurgiske pasienten (forskningsdepartementet, 2005). På en operasjonsstue er pasienten i risiko for skade grunnet kirurgi og anestesi. Vi har mange ulike oppgaver som alle er knyttet opp til Pasientsikkerhet. (Murphy, 2019). World Health Organization (WHO) lanserte i 2009 trygg kirurgi, med formål å redusere sykkelighet og dødelighet etter kirurgiske inngrep, samt forbedre kommunikasjon og teamarbeidet. Trygg kirurgi er med andre ord en sjekklister for å sikre god pasientsikkerhet.. I en systematisk oversiktsartikkel fant forskerne at bruken av sjekklister bidrar til; bedre kommunikasjon, reduserte uønskede hendelser og redusert komplikasjoner i forbindelse med kirurgi (Thomassen et al., 2014).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har igjennom min studietid ved universitetet i Tromsø hatt min praksis på operasjonsavdeling ved universitetssykehuset Tromsø. Jeg har erfart at gjennomføringen av Trygg kirurgi gjøres ulikt i de ulike teamene. Trygg kirurgi har tre deler, jeg har erfart at det er del en og del to som oftest gjøres ulikt. Som jeg har erfart og observert er det flere faktorer som kan være årsaken, samt at jeg opplevde at det var uklart om det er anesthesisykepleier eller operasjonssykepleier som hadde ansvaret for de ulike delene. I noen tilfeller når pasienten kom inn på stuen var det uklart hva som var gjennomgått av sjekklisten del 1 og det var forskjeller i hvordan dette ble formidlet til resten av teamet. Dette var noe som igjen førte til usikkerhet om hva som var gjennomgått. Konsekvensen kunne være at sjekklisten ble gjennomført flere ganger, og pasienten ble stilt samme spørsmålet på nytt av ett annet teammedlem.

Dette kan være belastende for pasienten og kan være en faktor til å skape utrygghet hos pasienten. Videre ble sjekklisten gjennomført på ulike måter, som førte til usikkerhet om hva som var den riktige måten å gjøre gjennomføringen av trygg kirurgi sjekkliste. Etter å ha undersøkt i Docmap, som er en database som inneholder UNN sine egne prosedyrer, fant jeg ikke noe klare prosedyrer på hvem som har ansvaret for utførelsen. Helse Nord – Helseforetaket som UNN inngår i – har kommet med veileder for bruk av sjekklisten som er utarbeidet på bakgrunn av WHO`s veileder, ligger som vedlegg. I arbeidsbeskrivelsen står det at del 1, skal gjennomgås før anestesi, og pasienten kan fortrinnsvis være delaktig å bekrefte identitet, hvilket inngrep som skal gjennomføres, samt bekrefte type operasjon. Videre står det at denne skal gjennomføres med operasjonssykepleier og anestesi til stede, og at det er en fordel dersom anestesilege er til stede hvis han/hun skal delta i innledningen av anestesi. Det kommer ikke frem noe klar fordeling av ansvaret eller hvordan sjekklisten skal utføres.

Min erfaring fra å være student og ny operasjonssykepleier er at når noe utføres ulikt skaper det en usikkerhet om hvordan og når sjekklisten skal utføres og hvordan skal det formidles til resten av teamet. Jeg har for eksempel vært med på at del en utføres før pasienten kommer inn på stuen, og når pasienten kommer inn blir det gjort en ny gjennomgang av den personen som er inne på operasjonsstuen. Altså pasienten må besvare samme spørsmål to ganger. Mens en annen erfaring jeg har, er at operasjonssykepleieren eller anesthesisykepleieren utfører del en før pasienten kommer inn på stuen. Deretter blir sjekklisten oppsummert høyt til resten av



teamet inne på operasjonsstuen. Dette er min bakgrunn til hvorfor jeg ønsker å skrive min masteroppgave om Trygg Kirurgi.

## 1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke utfordringer operasjonssykepleiere opplever og erfarer ved bruken av sjekklisten trygg kirurgi. Og hvordan de ulike erfaringene kan påvirke gjennomføringen av sjekklisten.

Ved å studere tidligere forskning, analysere og diskutere funn mot relevant teori, kan komme frem til ny kunnskap (Aveyard,2019). En systematisk litteraturstudie er en god metode for å undersøke erfaringer og utfordringer ved bruken av trygg kirurgi.

Oppgavens problemstilling lyder slik: *Hvilke utfordringer opplever operasjonssykepleieren ved bruken av trygg kirurgi, og hvilke faktorer kan forklare eventuelle utfordringer?*

## 1.3 Forforståelse

Mine erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretisk grunnlag er det som danner forforståelsen. Forforståelsen kan være det som har vært motivasjon til å starte opp med prosjektet, men kan også bidra til at en går inn i feltet med begrenset forforståelse for det en skal undersøke. Dette kan påvirke budskapet i empirien som samles inn (Malterud, 2017).

Før en begynner å gjøre studier i egen arbeidskultur er det flere tanker og faktorer som det er viktig å gjøre seg bevist på og om. En faktor er at det kan være enklere da en forstår kulturen, jeg som forsker har noe til felles og er kjent med arbeidskulturen. Som Cato Wadel (2014) skriver, kan det å forske i egen kultur gjøre det vanskeligere å stille de rette spørsmålene og vanskeligere å sette ord på det en finner. Dette handler om den gjensidige felleskunnskapen og at den kan bidra til at en får en annen forståelse av empirien. Den gjensidige felleskunnskapen kommer ofte før den faglige forståelsen (Wadel et al., 2014). Det er viktig at jeg som forsker er bevist over min gjensidig felleskunnskap og gjør meg noen tanker om hvordan, min forforståelse kan påvirke innsamling av data og hvordan jeg trekker paralleller i de ulike studiene jeg har valgt ut.

Sjekklisten trygg kirurgi brukes daglige og på alle typer operasjoner på UNN Tromsø. Så jeg har helt klart gjort meg erfaringer på hvordan gjennomføringen gjøres, hvordan ansvaret fordeles og hvordan teamet jobber sammen under gjennomføringen. Det er positive og negative erfaringer jeg har gjort meg. For å påse at min forforståelse ikke fargelegger oppgaven min diskutere jeg underveis med min veileder. Når jeg har gjort litteratursøk har jeg søkt etter studier som kan forklare barrierer ved bruken av trygg kirurgi. Det som kan være positivt med min forforståelse, er at de erfaringene jeg har gjort meg har vært pådriver til å undersøke hva som kan være årsakene og kunne forklare funnene. Det at jeg er nyutdannet operasjonssykepleier kan bidra til at min forforståelse ikke er like sterk, som hvis jeg hadde hatt flere års erfaringer. Samtidig som den kan bidra til at jeg går inn i temaet med en begrenset forståelse for det jeg skal undersøke og tolker materialet med bakgrunn i egne erfaringer og overser det som ikke er i overenstemmelse med dem. Jeg må være åpen for andre erfaringer.

For å gjøre meg selv bevisst på egen rolle vil jeg diskutere med veileder betydning av egen forforståelse og hvilken sammenheng den har med studien og i hvilken grad det kan påvirke innsamlet materiale. (Malterud,2017).

## **2 Tidligere forskning**

Jeg har søkt i CINAHL, PubMed og Google Scholar for å danne meg ett bilde av tidligere forskning. Har også sett i referanselister til aktuelle studier etter interessante studier. Jeg har brukt søkeord som: Safe surgery checklist, responsibility, collaborative, implement, barrier, challenges, WHO safe surgery checklist.

Har indentifisert et kunnskapshull, som jeg ønsker å undersøke. Tidligere forskning viser til at det er flere barriere som kan føre til utfordringer ved bruken av sjekklisten trygg kirurgi. Jeg har kommet frem til at det er flere ulike faktorer som påvirker etterlevelsen av trygg kirurgi og bruken av sjekklisten: Implementering, ansvarfordeling, samhandling i team og holdninger til trygg kirurgi. Dette viser at det er flere faktorer til at det kan være utfordringer i forbindelse med å bruke og gjennomføre sjekklisten. Det å finne rett tidspunkt for når alle i teamet er klar og kan ha fokuset sitt på gjennomføringen er viktig. En ønsker at alle skal få delta og supplere resten av teamet med relevant informasjon. Teamet skal en ha lik forståelse for av hva som er risiko ved operasjon, for at alle skal få denne informasjon, må alle delta. Funnen viser at

implementeringen har stor betydning til hvordan sjekklisten blir brukt i praksis og hvordan etterlevelsen i teamet blir. Ansvarsfordelingen blir oppfattet ulikt, noen studier viser til at det er operasjonssykepleiere som er ansvarlig. Mens andre studier viser til at ansvarsfordelingen oppfattes uklart. Jeg ønsker å se på disse faktorene samlet og i hvilken grad disse påvirker gjennomføringen av sjekklisten trygg kirurgi.

I 2015 publiserte Korkiakangas en studie hvor han undersøkte teamets deltakelse i trygg kirurgi sjekkliste. Tiden før operasjonsstart er alle opptatt med sine arbeidsoppgaver, og det kan være utfordrende å finne rette tidspunkt for å gjennomføre trygg kirurgi. God timing er når det er flest av teamet til stede, og det må gis klar beskjed at nå skal en ta trygg kirurgi, hvis det ikke blir gitt klar beskjed, kan det ha innvirkning på hvor mange som får deltatt. Som vil påvirke informasjonsflyten og lik forståelse av risikofaktorer (Korkiakangas, 2017).

I 2013 publiserte O'Connor med flere en studie hvor funn viser til at sjekklisten er ett effektivt verktøy for pasientsikkerheten. Men det er behov for å vurdere, og ta opp, sosiokulturelle problemer som arbeidsmengden til bestemte teammedlemmer og tidspunkt for når sjekklisten skal utføres. Funn viser også til at det er operasjonssykepleiere som er ansvarlig for å gjennomføre sjekklisten, og de er mer sensitive for utfordringer ved bruken av den enn anestesipersonell og kirurger. Det er flere faktorer som bidrar til at det er vanskelig å finne rett tidspunkt, i starten av operasjonen er det mange arbeidsoppgaver som skal gjøres og det kan være utfordrende å få alle i teamet sin oppmerksomhet. Implementering, lav samhandling i teamet og timingen for gjennomføringen er faktorer som påvirker bruken (O'Connor et al., 2013)

I en annen norsk studie har de sett på bruken av sjekklisten og forbedringstiltak. De sier noe om at det er utfordrende å implementere den og at implementeringen har betydning for hvordan den blir brukt i praksis. Implementeringsstrategien er opp til hver enkel enhet samt ansvaret for gjennomføringen og dokumentasjon av sjekklisten (Nørgaard et al., 2016). Implementeringen av trygg kirurgi vil ha betydning om hvordan gjennomføringen blir utført.

I 2020 publiserte Krupic med flere en studie med hensikt å beskrive erfaringer med bruken av WHO trygg kirurgi sjekkliste. Hvor funn viser til at WHO sjekkliste er veldig viktig for all perioperativ omsorg og at den kan bidra til å forhindre uønskede hendelser. At alle i teamet presenterer seg ved navn og rolle, bidro til rolleavklaring. Samt forventninger og ansvarsområder til de ulike rollene, dette var positivt. Men det var også funn som viste til at

det var enkelte som ikke var komfortabel med å bruke sjekklisten, og det var få som hadde vært med å trene sammen med et team på hvordan sjekklisten skulle gjennomføres. Funn viser også til at det kan være utfordrende å få oppmerksomheten til alle i teamet når en skal gjennomføre sjekkliste. Det kom også frem at det var uklart hvem som er ansvarlig for gjennomføringen av sjekklisten. Krupic viset til at det er behov for mer forskning på hvorfor enkelte faktorer er oversett og om disse kan danne grunnlaget for videre utarbeidelse og modifisert sjekkliste. Det er viktig med økt forståelse for hvorfor sjekklisten er viktig og oppdatert kunnskap om hensikten vil kunne bidra til en økt etterlevelse og dermed bidra til å øke pasientsikkerheten (Krupic et al., 2020).

I en annen spansk studie 2021 hvor hensikten var å undersøke operasjonssykepleieres syn og erfaringer med faktorer som har innvirkninger på pasientsikkerhet til kirurgiske pasienter. Studien hadde fire hovedfunn, hvor en av disse var sikkerhetskultur. Her var det to underkategorier. Trygg kirurgi sjekklisten og holdninger til feil. Funn viser til at sjekklisten er viktig for pasientsikkerheten. Men gjennomførelsen av sjekklisten varierte, dette ble begrunnet med at tid var en faktor for at etterlevelsen av gjennomføringen varierte. Operasjonssykepleieren anerkjente sin ansvarsrolle for at sjekklisten skulle bli fullført, men gir uttrykk for at ansvaret skulle vært delt i teamet, og det er behov for effektiv kommunikasjon som ikke skal bli hemmet av hierarkiet og roller (Peñataro - Pintado et al.,2021).

### **3 Operasjonssykepleierens historie**

Da min oppgave omhandler operasjonssykepleie ønsker jeg å ha med ett avsnitt som omhandler historien bak hvordan operasjonssykepleie ble en egen spesial felt. Historien om operasjonssykepleie går langt tilbake i tid. Å forstå historien og se den i sammenheng med nåtiden. Viser at ny kunnskap og samtiden gjør at vi stiller andre spørsmål til praksis og søker forbedring i takt med tiden (Fause,2017)

Kirurgi har langt tilbake i tid vært en del av medisinskhistorie. Dødeligheten etter kirurgisk inngrep var stor, og kunnskapen om viktigheten av hygiene var mangelfull. Florence Nightingale har vært en viktig bidragsyter til betydning av hygiene og hennes visjon om hvordan en skal pleie å stelle de syke og hennes tanker om hygiene fikk stor betydning i

faglært sykepleie. Men det store vitenskapelige gjennombruddet kom med den engelske kirurgien Joseph Lister, som bygget videre på Louis Pasteurs forskning og begynte med preoperativ desinfeksjon av operasjonsfeltet (King & Spy, 2019)

Joseph Lister antiseptiske teknikk fra 1867 blir ansett gjennombrudd for moderne kirurgi. Lister og Nightingale fikk begge stor betydning også for den norske faglærte sykepleien (Nissen,2000 (1877)). Sykesøstrene fikk teoretisk og praktisk opplæring innenfor medisin, slik at de skulle kunne utføre antiseptisk teknikk. Med tiden og utviklingen kom aseptisk teknikk og det det ble mulig å drepe alle mikrober ved bruk av sterilisator. Så ved å beherske antiseptiske og aseptiske teknikker kunne operasjonssøstre lage til rom med utstyr som var rene og sterile og utvikle en hygienisk tenkning og etablere renhet og orden som en viktig verdi hos operasjonssøstrene.

Utdanningen av operasjonssykepleiere har utviklet seg fra å være en lærlingutdanning til en bedriftsinterutdanning ved en operasjonsavdeling, og til dagens mastergradsutdanning. Kjernen i operasjonssykepleiernes selvstendige fagområde har helt fra Lister og Nightingales tid, vært pasientsikkerhet og forebygging av infeksjoner og sengeleiers komplikasjoner. Den aseptiske samvittighet er fortsatt en bærende verdi i operasjonssykepleieres spesialkunnskap (Eide & Lockertsen,2018)

## **4 Teoretisk rammeverk**

I dette kapitlet vil jeg ta for meg teori som jeg tenker kan belyse problemstillingen min og som kan være aktuell å diskutere opp mot funn. Jeg vil introdusere sjekklister trygg kirurgi og bakgrunn til den. Deretter Operasjonssykepleierens ansvar og funksjonsområder etterfulgt av samhandling i team. Da trygg kirurgi er en sjekklister for å forbedre pasientsikkerheten vil jeg vil jeg gjøre rede for pasientsikkerhet og sikkerhetskultur.

### **4.1 Sjekklister trygg kirurgi**

I 2002 etablerte landene som er medlem i World Health Organization (WHO) safe surgery, som er en sjekklister for å forbedre pasientsikkerheten. WHO er en organisasjon som har til hensikt å ta for seg de globale utfordringene i helsevesenet The world alliance for patient

safety). Målet med sjekklisten var å redusere uønskede hendelser og alvorlige komplikasjoner i forbindelse med kirurgi, samt å bidra til å styrke pasientsikkerheten. Den første kampanjen hadde som formål å redusere nosokomiale infeksjoner «Clean care is safe care». Den andre kampanjen hadde som mål å redusere komplikasjoner i forbindelse med kirurgi, som fikk navnet «Safe surgery save lives» (Gawande & Weiser, 2009).

WHO kom med 10 mål for trygg kirurgi, disse målene er essensielle og grunnleggende mål i selve sjekklisten. Sjekklisten ble utarbeidet på bakgrunn av disse målene:

1. Operere korrekt pasient, operasjonsfelt og prosedyre.
2. Bruke etablerte metoder for å unngå skade ved administrering av anestesi.
3. Identifisere og forberede effektiv håndtering av luftveier og livstruende respirasjon.
4. Identifisere og forberede effektiv håndtering av risiko for større blodtap.
5. Unngå bruken av legemidler som en har kjent allergi for.
6. Bruke anerkjente metoder for å redusere risiko for kirurgiske sårinfeksjoner.
7. Forebygge at kompresser og kirurgiske instrumenter blir glemt igjen i operasjonsfeltet
8. Identifisere og merke pasientprøver og rekvisisjoner korrekt.
9. Effektivt kommunisere og utveksle kritisk informasjon.
10. Sykehus og offentlige helsetjenester skal etablere rutiner for å overvåke kapasitet, volum og resultater. (Gawande & Weiser, 2009)

Trygg kirurgi sjekkliste består av tre deler, - «Forberedelsen», «time out» og «avslutning». Totalt inneholder den 19 punkter. Sjekklisten skal bidra til økt pasientsikkerhet, optimalisere pasientomsorgen, bidra til bedre kommunikasjon mellom de ulike profesjonene. Sjekklisten er laget slik at den kan brukes i forbindelse med all type kirurgi, men WHO kommer med anbefaling om å tilpasse den etter lokale anbefalinger og prosedyrer. Nasjonalt kunnskapssenter har i samarbeid med helse vest oversatt sjekklisten og laget en tilpasset versjon av veilederen, (vedlegg nr. 6 ) som kan brukes i implementeringen og bruken av sjekklisten (Lauvrak et al., 2010).

Sjekklisten er delt i tre deler:

#### 1. Forberedelsen

Her skal en gå igjennom alle punktene i sjekklisten og tiltak iverksettes før en går videre på listen. Bekrefte pasientens identitet, bekrefte at pasienten er informert om type inngrep. Anestesipersonell skal bekrefte at de har gjort medikamentkontroll og

anestesisjekk er utført. Videre skal en sjekke risikofaktorer som allergi, diabetes, hypotermi, blødningsrisiko og vanskelig luftvei. (Haugen & Dåvøy, 2018).

## 2. Time-out

Teamet presenterer seg med navn og funksjon. Pasientens identitet, prosedyre, operasjonsfelt og leie blir repetert og bekreftet av kirurg. Teamet gjennomgår sammen risikofaktorer i forhold til pasienten og type operasjon. Gjennomgår infeksjonsforebyggende tiltak og om tromboseprofylakse er aktuelt (Haugen & Dåvøy, 2018).

## 3. Avslutning

Teamet oppsummerer hvilket inngrep som er gjort, videre kontrolleres det at instrumenter og kompresser stemmer. Hvis det er tatt prøver under operasjonen, skal det påminnes at de skal skrives remisse. Kirurg skal oppsummere postoperative forordninger, samt at det blir spurt om det har vært problemer eller feil med utstyr som skal varsles eller ordnes (Haugen & Dåvøy, 2018).

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

Bilde hentet fra: (Nørgaard et al., 2016)

Pasientsikkerhet er forankret i nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Med formål å redusere pasientskader og øke pasientsikkerheten. Med søkelys på at profesjonene på tvers må samarbeide om pasientsikkerheten og bidra til å forbygge skader. Det er blitt utarbeidet ulike prosjekter rettet mot å forbedre pasientsikkerhet, som for eksempel «i trygg hender 24/7» som er en nasjonal sikkerhetskampanje i regi av helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2019).

I trygg hender 24/7 ble lanserte i 2011, prosjektet hadde en 3 års varighet.

Satsningsområdene var primærhelsetjenesten og spesialist helsetjenesten. Det er her implementeringen av sjekklisten trygg kirurgi kommer inn og ble en del av prosjektet. Det stilles høye krav til kvalitet og pasientsikkerhet på norske sykehus, men selv om kravene er høye oppstår det pasientskader. Målet var å redusere pasientskader, strukturere pasientsikkerheten og forbedre pasientsikkerhetskulturen (Helsedirektoratet, 2021).



Bruk av sjekklister i forbindelse med kirurgi er et viktig tiltak for pasientsikkerheten. I en systematisk oversiktsartikkel viser resultatene av studien til at bruk av sjekklister bidrar til; bedre kommunikasjon, redusert uønsket hendelser og redusert komplikasjoner i forbindelse med kirurgi og redusert dødelighet (Thomassen et al., 2014).

## **4.2 Operasjonssykepleieres ansvar og funksjonsområde**

Faget operasjonssykepleie er et eget spesialisert fagområde innenfor sykepleie. Det stilles krav til at den enkelte operasjonssykepleier skal kunne gjøre vurderinger av pasientens situasjon. Ut fra disse vurderingen skal en kunne forebygge for komplikasjoner, ivareta pasientsikkerhet og legge til rette for pasientens velvære. Operasjonssykepleiere skal kunne gi en helhetlig omsorgsfull sykepleie til pasienten. Operasjonssykepleieren skal kunne utøve profesjonell og individuell sykepleie og ivareta pasientsikkerheten og kvalitet i behandlingen (NSFLOS, 2015). Som operasjonssykepleier har en mange ulike ansvar og funksjonsområder som er knytte til pasientsikkerhet, Pasientsikkerhet er lovfestet (Helsepersonelloven, 1999).

Når en utøver operasjonssykepleie er det flere lover og forskrifter som regulerer tjenesten. Lov om spesialist helsetjenesten, helsepersonelloven, arbeidsmiljøloven, pasient- og brukerrettighetsloven, smittevernloven, forskrift om medisinsk utstyr og forskrift til smittevernloven (Eide & Dåvøy, 2018). Landsorganisasjonen for operasjonssykepleiere (LOS) kommet med et ansvar og funksjonsbeskrivelse (NSFLOS, 2015), som er en tilslutning til Yrkes etiske retningslinjer for sykepleiere. Operasjonssykepleierens ansvar- og funksjonsbeskrivelse er en normativ tekst, som beskriver hva faggruppen norsk operasjonssykepleier anser som god klinisk praksis.

Som operasjonssykepleier arbeider en direkte og indirekte rettet mot den akutte og kritisk syke pasienten. Som operasjonssykepleier møter en pasienter i ulike aldre og livsfaser. Pasientsikkerhet er en stor og viktig del av arbeidshverdagen for å ivareta pasientsikkerheten. og en svært viktig faktor for pasienten (NSFLOS, 2015).

Det direkte pasientrettet arbeidet er å observere og vurdere pasientens behov før, under og etter kirurgi. Og kunne iverksette forebyggende tiltak, samt dokumentere. Dette innebærer å risikovurdere pasienten og gjøre tiltak for å redusere risiko for ytterligere skade hos pasienten. Kirurgi og anestesi er forbundet med økt risiko for skader. Direkte pasientrettet arbeid er å forebygge og opprettholde de normale funksjonene som pasienten mister grunnet kirurgi.

Det handler om å forebygge for hypotermi, leiringsskader, samt å tilrettelegge for at pasienten ikke skal pådra seg unødig skade under operasjonen. Operasjonspasienten er sårbar og i en sårbar situasjon og det er viktig å ivareta pasientens psykososiale behov og skape en trygg situasjon for pasienten. Og dette kan operasjonssykepleiere gjøre ved å vise omsorg, gi pasienten oppmerksomhet og opplyse/informere pasienten. Som operasjonssykepleier har en avanserte kunnskaper om kirurgiske prosedyrer, instrumenter, samt hvordan de ulike leiringene kan gi pasienten skader og hvordan en skal forbygge for skader (Eide & Dåvøy, 2018).

Indirekte pasientrettet arbeid innebærer å tilrettelegge for at det kirurgiske inngrepet skal bli så vellykket som mulig. Valg av operasjonsstue, finne og klargjøre instrumenter og utstyr som er tilegnet kirurgien. Dette innebærer også å ha klart utstyr som det kan bli bruk for under operasjonen. Før pasienten kommer til operasjonsstuen, ryddes alt unødig utstyr ut, på grunn av hygieniske prinsipper og medisinskteknisk utstyr sjekkes. Alt skal være klart og i orden før operasjonen starter. Operasjonssykepleieren jobber i par, den ene har en koordinerende funksjon mens den andre har en sterilutdøvende funksjon. Den koordinerende har ansvar for å supplere operasjonsteamet med utstyr, dokumentere, klar gjøre pasienten til operasjon, overvåke temperatur, overvåke og forebygge for leiringsskader samt påse at ikke operasjonsfeltet blir kontaminert. Den sterile utøvende operasjonspleieren har ansvaret for det sterile feltet, og organiserer instrumentene og supplere kirurgene (Eide & Dåvøy, 2018).

Å bidra til flyt i operasjonen ved ha kunnskap om de ulike kirurgiske instrumentene og bidra til godt teamarbeid vil kunne være med å korte ned operasjonstiden. Alle disse ulike faktorene er med på å forbedre pasientsikkerheten og forhindre skade på pasienten (Haugen & Dåvøy, 2018).

### **4.3 Det tverrprofesjonelle teamet**

Et team på en operasjonsstue består av; Operasjonssykepleiere (sterilutøvende og koordinerende), anesthesisykepleier, kirurger og anestesilege. Det som kjennetegner et tverrprofesjonelt team, er at de arbeider sammen over en kort periode, består av ulike profesjoner og har forskjellige og definerte oppgaver innad i teamet. De har ett felles mål som i denne sammenhengen er å få pasienten trygt igjennom operasjonsforløpet. Det stilles krav til samarbeid, kompetanse og holdninger til de ulike teammedlemmene (Oksavik, 2018). Team

som jobber innenfor helse har til felles at sammensetningen av teamet kan endres hurtig, hvis det for eksempel er behov for annen kompetanse, blir det endringer i team sammensetningen. Teamet endres ofte og noen ganger må en arbeide sammen med en ukjent. Alle i det kirurgiske teamet har ansvar for sin fagspesifikke oppgave og må kunne koordinere sine arbeidsoppgaver sammen med de ulike fagspesifikke oppgavene de andre i teamet har. Sjekklister trygg kirurgi, time – out delen bidrar til at alle i teamet for lik forståelse for de ulike rollene, lik informasjon og dermed en felles forståelse av operasjonen og aktuelle risikofaktorer (Oksavik, 2018). For å kunne gi pasienten god pleie og best mulig behandling er samarbeid innad i teamet svært viktig.

I en studie av Kaldheim og Slettebø (2016) hvor bakgrunnen til studien var at, tidligere studier hadde viste at å jobbe i team på en operasjonsstue kan være utfordrende, og at teamene ikke samhandler så godt som en skulle forvente. Hensikt med deres studie var å undersøke i ett operasjonssykepleiers perspektiv; -hvilke faktorer er viktige i samhandling med andre medlemmer i det kirurgiske teamet. Funn viser til at respekt er den viktigste faktoren. Respekt for pasienten, teammedlemmene og seg selv. En kan si at å kunne henvende seg til hverandre med respekt danner grunnlagt for samarbeid. Respekt uttrykkes i de enkeltes holdninger, altså ved å vise respekt kan en bidra til å få andre til å føle seg verdsatt og hørt. Det å ha kunnskap og forståelse for hverandres fagspesifikke oppgaver bidra til bedre arbeidsflyt. Det å føle trygghet og ha tilhørighet er viktig i team. Å føle seg trygg og kjenne sin plass, kan føre til at en tørr å komme med innspill, og dette skaper et miljø som føles trygt. Respekt for pasienten betyr å ha pasienten i fokus og samarbeide for skape pasientsikkerhet, som er den viktigste faktoren (Kaldheim & Slettebø, 2016).

Å føle seg verdsatt i teamet er også viktig for hvor godt samarbeidet blir, når en føler seg verdt satt føler en seg mer komfortabel. Positive tilbakemeldinger beskrives som en god opplevelse og gir følelsen av økt selvtillit. Som igjen kan bidrar med at en føler det er meningsfullt. Konstruktiv tilbakemelding er også viktig, men det er hvordan den gis som er viktigere. Dårlig samarbeid oppstår når den ene i teamet bare ser sine oppgaver og ikke viser forståelse for resten av teamet (Kaldheim & Slettebø, 2016).

## 4.4 Pasientsikkerhet og sikkerhetskultur

Hva er pasientsikkerhet? Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten beskriver det følgende:

Pasienter skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme (Saunes et al., 2010,s.6).

Under kirurgi blir pasienten utsatt for skade og risiko for skade, men pasienten skal ikke bli utsatt for unødvendig skade enn det som kan forventes utfra kirurgien. Noen av risikoene er en klar over på forhånd, og kan forebygges etter beste evne, mens andre derimot kan være utfordrende å forutse eller hindre. En sjekklister som bidrar til å øke bevisstheten rundt risikofaktorer og spesielle risikoer hos den enkelte pasient, er ett nytt verktøy for pasientsikkerheten (Haugen & Dåvøy, 2018).

Som operasjonssykepleier er pasientsikkerhet en stor del av arbeidshverdagen, en jobber både direkte og indirekte mot pasienten. Fra når en henter pasienten inn på stuen og til pasienten forlater stuen er sikkerheten til pasienten i fokus. Som operasjonssykepleier skal en forbygge for infeksjoner, leiringsskader, ikke utsette pasienten for mer belastning enn nødvendig. En skal hjelpe pasienten til å opprettholde kroppsvarmen under operasjon. Pasienten skal overvåkes under inngrepet og en skal kunne gjøre tilpassinger og endringer under operasjon. Å bidra til flyt i operasjonen ved ha kunnskap om de ulike kirurgiske instrumentene og bidra til godt samarbeid vil kunne være med å korte ned operasjonstiden. Alle disse ulike faktorene er med på å forbedre pasientsikkerheten og forhindre skade på pasienten (Eide & Dåvøy, 2018).

Definisjon av pasientsikkerhetskultur;

Pasientsikkerhetskultur består av de holdninger og rutiner ansatte og ledere har, som igjen påvirker behandlingen pasientene og brukere mottar. En god pasientsikkerhetskultur forutsetter et godt samspill mellom ansatte og ledere, og en felles bevissthet om hva som må på plass for å forhindre unødvendig skade. Det handler om å få på plass et system, det vil si rutiner, ressurser og infrastruktur for å redusere risiko for skader og feil (Helsedirektoratet, om pasientsikkerhetskultur,2019, første avsnitt).

Pasientsikkerhetskulturen vil ha innvirkning til hvordan pasientsikkerheten ivaretas på de ulike helseforetakene.

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring har utarbeidet en overordnet plan som skal bidra å bedre pasientsikkerheten. Som har til mål å minske pasientskader og forbered pasientsikkerhetskulturen. Samt at handlingsplan skal få en varig struktur for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten. Og en viktig faktor for å lykkes med å forbedre og bærekraftig varig endring er at ledere og ansatte har kompetanse innen pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet, 2019).

Aase (2015) skriver at sikkerhetskultur i sykehus omhandler pasientsikkerhetskultur, sikkerhetskultur defineres etter virksomhetsområdet. Videre bruker hun Nasjonal sikkerhetsmyndighets definisjon av begrepet (Aase, 2015). Sikkerhetskulturen er summen av de ansattes holdning, kunnskap, motivasjon og adferd og hvordan det kommer til uttrykk i virksomheten (NSM, 2021). Altså hvordan de ansatte utfører sikkerhetsrutiner og deres holdninger påvirker kulturen på avdelingen. NSM kommer forslag til viktige elementer for å etablere en god sikkerhetskultur. Som er: Leder og ledelsen må gå frem som gode forbilder for hva som er god sikkerhetsadferd. Det må være en lik forståelse av hva god sikkerhet og sikkerhetsrutiner er, se på enkelt områder og finne forbedringstiltak. Finne ulike virkemidler for å motivere de ansatte og måle om forbedringstiltakene fungerer, gi ros for god sikkerhetsadferd og håndtering, tiltak bør evalueres og formidle effekten. Tenker disse kan være nyttige å ha med seg i diskusjon og analyse prosessen (NSM, 2021).

I en studie av Ingvarsdottir og Halldorsdottir (2018) har de kommet frem til fire hovedområder som bidrar til pasientsikkerhet. Pasientens sårbarhet, en må respektere og vise forståelse for pasientens sårbarhet. Operasjonssykepleier må tilstrebe å bygge tillit, vise omsorg og være oppmerksom for pasientens fysiske og mentale tilstand. Navigere pasienten igjennom den perioperative fasen, direkte og indirekte pleie av pasienten. Dette kan gjøres ved å klargjøre for operasjon, tilegne seg nødvendig informasjon, følge prosedyrer, bruk av sjekklister bidrar til å opprettholde en profesjonell standart og sikker omsorg. Samt å forebygge for komplikasjoner og risiko vurdere pasienten og ha kunnskap om kirurgien. Kompetanse og erfaring bidra til at en kan se risikofaktorer og forhindre situasjoner som kan true pasientsikkerheten, Faktorer som bidrar til sikkerhet som kultur er å bidra til et effektivt og tverrprofesjonelt teamsamarbeid, respektere de ulike rollene og være bevisst over egne holdninger. Å ha kunnskaper og forståelse for hverandres fagoppgaver, bidrar til flyt og god samhandling. Det må være vekt på åpenhet i teamet og kultur for å kunne si i fra om feil eller mangler (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018).

## 5 Metode

For å besvare problemstillingen har jeg valgt å gjennomføre en litteraturstudie med systematisk tilnærming. Dette er en metode som jeg mener er godt egnet til min problemstilling. Systematisk litteraturstudie er en omfattende studie hvor en gjør systematiske søk etter data som kan belyse/besvare forskningsspørsmål/problemstilling. Dette gjør at tidligere forskning kan bli sett sammen i en annen kontekst og sammen med andre studier, som kan gjøre slik at en kommer frem til ny kunnskap. Systematiske litteraturstudier bidrar til at en kan få ny forståelse og se forskningen i en annen sammenheng (Aveyard, 2019).

Jeg har brukt Aveyards fire trinns metode i min masteroppgave som består av:

- Valg av problemstilling begrunnes
- Metodedel som viser hvordan problemstillingen skal besvares, søkestrategi og analyse av litteraturen
- Resultatdel hvor funn blir tydelig presentert. Og kritisk vurdering av inkluderte studier.
- En diskusjonsdel og anbefaling til praksis (Aveyard, 2019).

### 5.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

For å finne relevante studier som kan besvare problemstillingen vil det være nyttig å sette opp inklusjon- og eksklusjonskriterier, dette vil bidra til å indentifisere hvilken typer studier som vil være relevante til problemstillingen (Aveyard, 2019). Disse har jeg satt opp i tabell 1.

Jeg ønsker å se undersøke hvilke utfordringer operasjonssykepleier erfarer ved å bruke sjekklisten trygg kirurgi. Da jeg er ute etter opplevelser, erfaringer og forklaringer til hva som oppleves utfordrende og hvorfor. Vil Systematiske reviews og Kvalitative studier vil være best egnet til å besvare problemstillingen min. Systematiske reviews er oppsummert forskning som kan gi mye informasjon og en større forståelse av et fenomen. Kvalitative studier benyttes når en skal prøve å forstå og forklare et fenomen i dets naturlige setting (Aveyard, 2019). Jeg ønsker å se nærmere på empiriske studier som omhandle operasjonssykepleiere, jeg er også interessert i hvordan ansvarsfordelingen gjøres og hvem i det kirurgiske teamet som har eller tar mest ansvar for gjennomføringen. Samt at jeg ønsker så se på hvordan

ansvaret fordeles, struktur på gjennomføring av trygg kirurgi og erfaringer ved gjennomføringen. Jeg har inkludert studier hvor erfaring fra operasjonssykepleier kommer tydelig frem og som omhandler trygg kirurgi sjekkliste. Og studier som forteller om brukerrelaterte barrierer og faktorer som kan påvirke implementeringen, samt studier som belyser hvordan ansvaret fordeles og utfordringer knyttet til dette. Studiene må være på nordisk eller engelsk språk.

Tabell 1, inklusjon og eksklusjonskriterier (Aveyard,2019)

	<b>INKLUSJONSKRITERIER</b>	<b>EKSKLUSJONSKRITERIER</b>
Population	Studier som inkluderer opr.spl.	Studier som ikke inkluderer opr.spl
Intervention	Studier som omhandler trygg kirurgi	Studier som ikke omhandler trygg kirurgi
Comparison, Outcome	Studier som ser på utfordringer og erfaringer ved bruk av trygg kirurgi.	
Study design	Empiriske studier	Studier med andre studiedesign

## 5.2 Litteratursøk

For å finne ytterligere hvilken kunnskap, søkte jeg i databasen PubMed og CINAHL. CINAHL og PUBMED er to viktige databaser som inneholder sykepleieforskning og medisinsk forskning fra helseprofesjoner (Aveyard, 2019).

Jeg benyttet PICO skjema for å strukturere søkeordene. Jeg satte sammen søkehistorikk aktivt for å sette sammen søkene. Ordet «OR» ble brukt for å sette sammen de ulike ordene og «AND» ble brukt imellom P, I, og Co. For å finne aktuelle artikler leste jeg titler og abstrakter (Aveyard, 2019).

Tabell 2, PICOT Skjema, (Aveyard, 2019)

PICOT		Norske søkerord	Eng. søkeord	Nøkkelord
Patient/problem/population	Trygg kirurgi sjekkliste	Trygg kirurgi, trygg kirurgi sjekkliste, WHO sjekkliste,	Safe surgery, surgical safety, safe surgery checklist, WHO checklist,	“safe surgery checklist” “surgical safety checklist” “surgery safety checklist”
Intervensjon	operasjonssykepleier	Operasjonssykepleier	Perioperative nurse, scrub nurse, operating nurse, theatre nurse, surgical nurse	
Comparison				
Outcome	Ansvarsfordeling og utfordringer ved gjennomføring av trygg kirurgi.	Ansvar, samarbeid, rollefordeling, teamarbeid, implementering, barriere	Responsibility, collaborative, teamwork, implement, barrier, challenges	
Type studie	Kvalitative studier	Kvalitativ, intervju, fortelling	Qualitative study, Qualitative research, interviews, narrative	

Jeg utførte testsøk i januar og februar 2022 i begge databasene. 26.04.22 utførte jeg dokumentert søk i PubMed og CINAHL.

I CINAHL har jeg ikke brukt filter for tidsbegrensing. Jeg fikk mange treff på enkelt søk, for finne studier som omhandler problemstillingen min satte jeg sammen søkene og antallet treff ble betydelig redusert. Som resulterte i 18 treff. Etter å ha lest titler, abstrakter, tatt i betraktning inklusjon og eksklusjons kriteriene mine hadde jeg 5 relevante studier.

Har gjort samme søk i Pubmed, men her satte jeg igjen med betydelig flere antall treff etter å ha satt sammen de tre ulike søkene. For å filtrere ut relevante studier brukte jeg filter som begrenset søket 10 år tilbake. Fikk da 169, valgt å lese over alle titler og relevante abstrakter. Da jeg har gjort meg erfaring fra tidligere søk i PubMed hvor jeg søkte etter kvalitative studier og ente da med 15 treff ville jeg denne gangen se om det var artikler jeg ikke hadde



fått med meg som kunne være relevante. Etter å ha gått gjennom antall treff hadde jeg 9 relevante artikler.

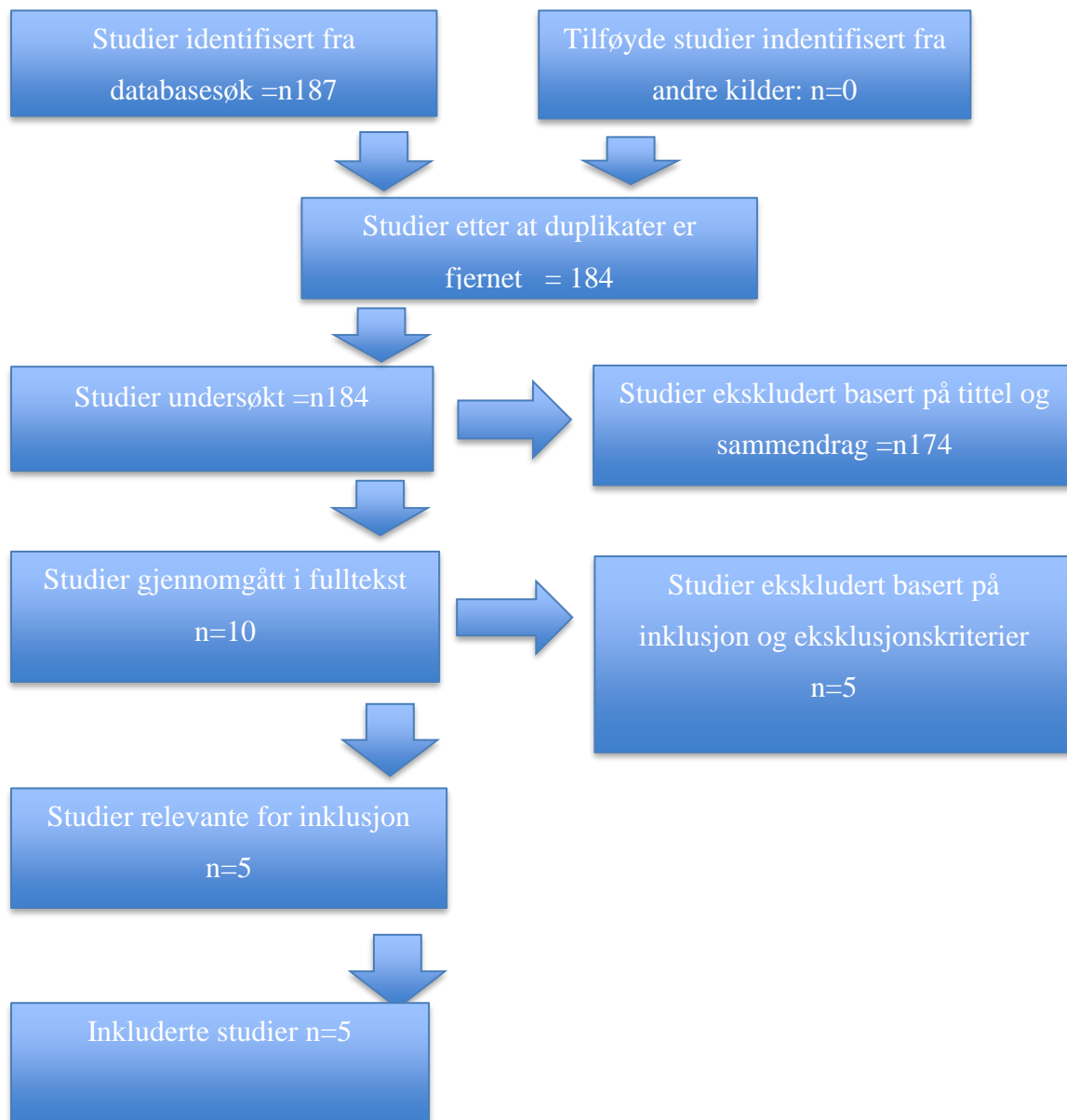
Etter å ha fjernet duplikater ble det 10 artikler som jeg har lest i fulltekst og 5 av disse er inkludert i studien min. Viser til tabell over treff og sammensetning av søk:

Tabell 3, oversikt over søk i Pubmed og CINAHL

#	Søkeord	Dato	PubMed Antall treff	CINAHL Antall treff	Inkluderte artikler Pubmed	Inkluderte artikler CINAHL
1	“Safe surgery checklist” or “surgical safety checklist” or “WHO checklist”	26.04.22	8219	727		
2	Perioperative nurse or scrub nurse or operating nurse or theatre nurse or surgical nurse		22800	15470		
3	Responsibility or collaborative or teamwork or implement or barrier or challenges		1293335	434779		
4	#1 and #2 and #3		169	18		
7					9	5

## 5.1 Utvelgelse av artikler

Utvelgelsen av artikler ble gjort i flere trinn. Jeg leste overskrifter og sammendrag på de artiklene som jeg tenkte kunne være relevante. Etter søk i databasene hadde jeg 187 artikler. Tallet ble betydelig redusert av å ekskludere studier basert på tittel og sammendrag, etter å ha lest gjennom sammendrag og sett på inklusjon og eksklusjonskriteriene, lastet jeg ned studiene i full tekst.. Erfaring fra Pubmed var at noen av titlene kom flere ganger, så mulig at antall treff der ikke var helt reelt. Jeg har lest 10 studier i fulltekst og av disse har jeg inkludert 5 artikler i min studie. Prosessen viser jeg til i flytskjemaet:



Figur 1- Flytskjema basert på PRISMA diagram (Moher et al., 2009).

## 5.2 Ekskluderte artikler

Totalt har jeg ekskludert fem studier etter å ha lest de i fulltekst. På bakgrunn av at disse inneholdt for lite om trygg kirurgi eller at operasjonssykepleieres erfaringer kom dårlig frem i studien. Da dette er en oppgave i operasjonssykepleie er det sentralt at operasjonssykepleieres erfaringer, synspunkter og holdning kommer klart frem. I en svensk intervjustudie av Nordstrom og Wilhborg (2019) hvor hensikten av å beskrive arbeidserfaringen fra anestesi og operasjonssykepleiere. En av kategoriene er sikkerhet, her blir sjekklisten nevnt som ett verktøy til å forbedre kommunikasjon og teamfølelsen. Og ved å bruke sjekklisten systematisk var de mer forberedt på kritiske punkter og derav økt pasientsikkerhet. Det kom ikke frem hvordan den gjennomføres, hvordan ansvaret fordeles eller utfordringer ved bruken (Nordström & Wihlborg, 2019). En annen grounded theory studie ble ekskludert på grunn av at operasjonssykepleierens erfaringer kom lite frem. De hadde intervjuet kirurger, anestesileger og operasjonssykepleiere, hensikten med studien var å undersøke holdninger og tanker rundt sjekklisten trygg kirurgi. Studien er gjort i Calgary (Dharampal et al., 2016).

## 5.3 Kvalitetsvurdering

En kritisk analyse er å se på studiens styrker og svakheter, samt gjøre seg opp en formening om kvaliteten på studien. På denne måten kan en vurdere om studien er kvalitetsmessig god nok til å bli inkludert. Aveyard (2019) anbefaler å bruke sjekklister som bidrar til at en får gjort en systematisk vurdering og en nøye vurdering av kvaliteten (Aveyard, 2019). For å vurdere kvaliteten har valgt bruke Folkehelseinstituttets håndbok «Slik oppsummerer vi forskning» som har i 2011 utarbeidet sjekklister for kvalitative studier og systematiske oversiktsstudier (Hagen, 2018). Sjekklisten inneholder 10 punkt, hvor en kan krysse ja/nei for å gjøre seg opp en vurdering av kvaliteten. Sjekklister er hentet fra vedlegg 2 til «Slik oppsummerer vi forskning, Håndbok for nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2011). Ligger som vedlegg nummer 1. Samlet kvalitetsvurdering av studiene, intern validitet ligger som vedlegg nr 2.

Dette gir meg muligheten til å rangere kvalitet fra lav til høy. For å kvalitetssikre meg selv har jeg i samarbeid med veileder gått igjennom sjekklister. Videre anbefaler Aveyard (2019) å legge vekt på de studiene med høyest kvalitet. Etter å ha utført sjekklisten på alle inkluderte studier har jeg gjort meg en vurdering at alle studiene har en høy kvalitet. Samt at jeg har søkt i anerkjente store medisinske databaser (PubMed og CINAHL) og alle inkluderte studier er

fagfelleurdert. Kvalitetsvurdering av inkluderte studier ligger som vedlegg nummer 3. Sjekklistene for alle inkluderte studier ligger som vedlegg nr 4.

## 5.4 Dataanalyse

I følge Aveyard (2019) er neste steg i en systematisk litteraturstudie, gjennomføring av analyse. Har valgt å gjennomgå litteraturen med tematisk analyse. Dette er en metode som anbefales av Aveyard når en er ny forsker. Første trinn i analysen er å identifisere funn fra inkluderte studier som er relevante i forhold til min problemstilling. Denne prosessen gjøres ved å gjennomgå alle artikler nøye og gå systematisk gjennom resultat og diskusjonsdelen. Trinn 2 er å plukke ut relevante funn/temaer som kan besvare min problemstilling. For å gjøre denne prosessen mest mulig oversiktlig har jeg laget en tabell som viser de identifiserte temaene i de forskjellige artiklene, og krysset av hvis det er flere studier som har det samme funnet. Ved å gjøre det på denne måten har jeg fått en god oversikt over de inkluderte studiene og de ulike funnene som er gjort i studiene. Det ble indentifisert 12 ulike temaer som kan være en bidragende faktor til å skape utfordringer ved bruken og gjennomføringen av sjekklisten trygg kirurgi. Noen av funnene blir identifisert i flere studier. Dette viser jeg til i tabell som ligger som vedlegg nummer 5.

Trinn 3 i Aveyard (2019) tematiske analyse går ut på å sammenligne funn på tvers av inkluderte studier. De temaene jeg har funnet skal nå kategorisere i hovedtema og finne passende navn på de ulike hovedfunnene. Dette har jeg gjort ved å ta utgangspunkt i vedlegg nummer 5. Jeg har skrevet ut tabellen og sette på de ulike funnene i sammenheng til hverandre. Deretter har jeg gått systematisk igjennom funnene mine og lagt de i båser, de som samsvar hverandre ble lagt i samme «bås». På denne måten har jeg kommet frem til fire ulike hovedtema som jeg viser til i tabell nummer 5. Hvis samme funn går igjen på flere studier, har jeg markert dette ved å skrive antallet i parentes.

Siste trinn går ut på presentere funn og hovedtemaene. Dette vil jeg gjøre i resultatdelen, her vil jeg presentere hvert hovedtema under egne overskrifter.

Ved å gjøre analysedelen på denne måten kan jeg hente funn fra forskjellige studier og sette disse sammen og identifisere nye meninger (Aveyard, 2019).

## 5.5 Ethiske overveielser

All forskning er regulert av lover og forskningsetiske retningslinjer. Som har til formål å beskytte enkeltindivider og samfunnet. Når mennesker blir brukt i forskning så må en forsikre seg at deres rettigheter er beskyttet (Polit et al., 2021). I Litteraturstudier er innsamlet data tidligere dokumentert forskning og dermed ikke noe krav om å søke godkjenning fra etisk komite (Aveyard, 2019). Men jeg har ett ansvar å sikre at det datamaterialet som brukes i oppgaven holder seg innenfor sentrale lover og etiske retningslinjer. Forsberg og Wengstrøm (2015) kommer med viktig anbefalinger på hvordan en kan sikre seg at det er gjort etiske overveielser på de utvalgte studiene. – Velge studier som har fått en vurdering fra etisk komite eller at det er gjort annen etiske overveielser av studien. – arkivere alle artiklene som inngår i studien i 10 år. – Presentere alle resultatene, det er uetisk og bare presentere de resultatene som støtter forskerens egen interesse (Forsberg & Wengström, 2015). Alle inkluderte studier i min oppgave inneholder ett eget avsnitt for etiske overveielser, og de som har intervjustudie og er det gjort vurderinger fra etisk komite på de studiene som krever det.

## 6 Resultat

I dette kapittelet blir først inkluderte studier presentert i tabell nummer 4, etter kronologisk rekkefølge, fra utgivelses år. Hovedfunn blir presentert i tabell nummer 5.

### 6.1 Presentasjon av inkluderte artikler

Tabell 4, inkluderte artikler.

Forfatter, år, tidsskrift.	Tittel.	Formål.	Metode.	Deltakere/studiet ed.	Funn relevante for problemstilling.
<b>Bergs et al.</b> <b>2015</b> <b>BMJ</b>	Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklist: a systematic review of the qualitative evidence	Formålet med studien var å få en oversikt/forståelse av brukerrelaterte barrierer og faktorer for å tilrettelegge implementeringen av trygg kirurgi	Systematisk litteraturstudie . Data fra intervju, fokusgruppe intervju, observasjoner og open-ended surveys.	18 studier fra 18 ulike land.	Implementeringen av sjekklisten krever en strukturell endring i arbeidsflyten til operasjonsteamet, samt at lik forståelse av sjekklisten og pasientsikkerhet. De nødvendige endringene hindres eller fremmes av tre hovedfaktorer: - sjekklisten, - implementeringsprosessen, - den lokale kontekst
<b>O' Brien B et al.</b> <b>2017</b> <b>Journal of nursing management</b>	Exploring nurses' use of the WHO safety checklist in the perioperative setting	Å utforske operasjonssykepleiere erfaring ved bruk av WHO trygg kirurgi sjekkliste.	Kvalitativ metode. Individuelle semi strukturerte intervju, Bred intervjuguide med åpne spørsmål.	10 informanter.  Irland	Sjekklisten er et effektivt verktøy for kirurgisk sikkerhet. Det ble identifisert utfordringer rundt roller og ansvar rundt sjekklisten. Hele det tverrprofesjonelle teamet var ikke involvert i implementeringen. Som ga utfordringer ved bruken av sjekklisten. Sykepleieren fikk ansvaret. En informant uttrykte seg slik: «jeg føler at det er overlatt til sykepleiere å gjøre det, for å sørge for at sjekklisten blir gjort ordentlig».
<b>Willassen, E.T. et al.</b> <b>2018</b> <b>Global qualitative nursing</b>	Safe surgery checklist, patient safety, teamwork and responsibility – Coequal	Målet med studien var å belyse operasjonssykepleiers og operasjonssykepleier studenters erfaringer og	Kvalitativ metode. Fokusgruppe intervju.	21 informanter  Norge	To hovedfunn i studien: - Trygg kirurgi har variert innflytelse på pasientsikkerhet og samarbeid. Korrekt utførelse av sjekklisten bidrar til samarbeid og pasientsikkerhet. Ved lav

<b>research volum5:1- 11</b>	demands? A focus group study	meninger, knyttet til bruken, utførelsen av og etterlevelse av Trygg kirurgi sjekkliste.			overholdelse av sjekklisten kan det gå utover pasientsikkerheten og true teamarbeidet. - Ansvar for trygg kirurgi har praktiske og etiske utfordringer. Deltakerne diskuterte ansvar knyttet til sjekklisten, operasjonssykepleierne ofte tok ansvaret for å gjennomføre sjekklisten hvis de andre i teamet ikke tok ansvar. Og begrunner det med at de er de som må dokumenterer at sjekklisten er gjort og eventuelle avvik.
<b>Georgiou, E. et al.  2018  Journal of perioperati ve practice</b>	Barriers and facilitators for implementin g the WHO`s safety surgical checklist: A focus group study among nurses	Utforske støtte effektive faktorer for effektiv implementering av trygg kirurgi sjekkliste, og barriere ved implementeringe n.	Kvalitativ metode. Fokus gruppe intervju med semistrukturer t intervjuguide.	23 informanter  Kypros	Avdekket flere faktorer som kan påvirke etterlevelse av gjennomføringen av sjekklisten. Noen positive men hovedsakelige negative faktorer. Negative faktorer: - dårlig implementering hos kirurger, de så ikke viktigheten med sjekklisten. Bruken av sjekklisten ga mer papirarbeid. Innføringen av sjekklisten ble en endring i sikkerhetspraksisen som gjorde at det opplevdes som en utfordring med noe nytt.
<b>Wæhle, H.V. et al.  2012  BMC nursing</b>	Adjusting team involvement : A grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as experienced by nurses in the operating room.	Undersøke anestesi og operasjonssykepl eiernes utfordringer og strategi ved bruk av trygg kirurgi sjekkliste.	Kvalitativ metode. Grounded theory, observasjoner, et enkelt intervju av en operasjonssyk epleier og fokusgruppe intervju med anestesi og operasjonssyk epleiere.	14 informanter  Norge	Adferdsmønster og konsekvenser bestemmer etterlevelse av sjekklisten og hvordan sjekklisten ble brukt. Tre hoved adferdsmønstre ble identifisert. Distanserende, modererende og engasjerende teaminvolvering.

## 6.2 Hovedtema

Fire hovedtema ble funnet under analysen prosessen. Disse vil bli presentert hver for seg sammen med underkategoriene.

Tabell 5, Viser hovedfunn.

Ansvarsfordeling	Implementeringsprosessen	Team samhandling	Holdninger
Opr.spl tar ansvar for å gjennomføre sjekkliste. (1)		Dårlig informasjon/opplæring hos kirurger, påvirker sjekklisten negativt. (2)	Manglende forståelse/etterlevelse fra resten av teamet. Påvirker gjennomføringen. (1)
Mener opr.spl bør ha ansvaret for sjekklisten. (1)	Dårlig guideline påvirker bruken/gjennomføringen. (3)	Kirurger som er opplært og har forståelse for hensikten til trygg kirurgi har positiv innvirkning. (3)	
Hvem bør ha ansvaret for å lede sjekklisten? Anestesi eller Koordinerende. (1)	Implementeringen påvirker bruken av trygg kirurgi. (3)	Sjekklisten øker pasientsikkerhet, kommunikasjon og teamfølelsen. (1)	Non verbal eller verbal strategi for å oppnå oppmerksomhet til å gjennomføre sjekklisten
Usikkerhet om hvem som er ansvarlig for gjennomføringen? (1)	Involvering og støtte fra leder er viktig for å få en positiv implementering. (2)		Sjekklisten bidrar til kvalitetsforbedring. Og øker pasientsikkerheten



### 7.1.1 Ansvarsfordelingen

Ansvar for sjekklisten oppleves forskjellig. Det omhandler etiske og praktiske utfordringer. Noen operasjonssykepleiere tar ansvaret og gjør gjennomføringen, på bakgrunn av at det er de som har ansvaret inne på operasjonsstuen. Det er operasjonssykepleiere som koordinere og samler teamet (Willassen et al., 2018).

Operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere blir gitt ansvaret for å introdusere sjekklisten. Varierende opplevelse av ansvaret og hvem som bør ha ansvaret av operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere. Identifiserte utfordringer rundt roller og ansvar rundt sjekklisten og gjennomføringen av den (O'Brien et al., 2017).

“I think it is better that I just take that responsibility when I coordinate and just do the whole checklist from beginning to end! I think it would be easier if it were the ORNs task. . . that I should execute it all and know that the full responsibility is mine, actually!” (Willassen et al., 2018, s. 4.).

Funn viser til at hvis det ble diskusjoner eller spørsmål om og hvorfor sjekklisten skulle gjøres, kunne det føre til negativt resultat hos pasienten og pasientsikkerheten. Dermed ble det diskutert om operasjonssykepleiere skulle ta over hvis ikke sjekklisten ikke var utført korrekt eller det var manglende utførelse. Fra tidligere erfaring hadde noen av informantene erfart at når ikke sjekklisten hadde blitt korrekt brukt, hadde det gått utover pasientsikkerheten (Willassen et al., 2018).

Flere informanter ga uttrykk om at de var usikker om hvordan de skulle bruke sjekklisten og hvem var ansvarlig for å lede den (Bergs et al., 2015).

Det viser til at det mangler en klar ansvarsfordeling for gjennomgringen av trygg kirurgi. Og det kommer frem at det er behov for en klar prosedyre. Operasjonssykepleiere ofte tar ansvaret når det ingen andre i teamet gjør det eller det er uklarheter og ingen begynner. En informant rapporterte dette:

“After that last time, I think I'll just do it; I don't mind who has the responsibility- when it's not done, I'll do it; get it done! Then I don't get annoyed that it's not done.” (Willassen et al., 2018, s. 6.).

Oppsummert viser dette at det er ikke noe klar ansvarsfordeling, og at det er usikkerhet i teamet hvem som er ansvarlig. Det kan tyde på at erfarne operasjonssykepleiere ikke ser på det på samme måte, da de tørr å ta plass, heve stemmen og få samlet teamet for å få gjennomført sjekklisten. Men det tyder på at det er operasjonssykepleiere som føler ett stort

ansvar for pasientsikkerheten og dermed er de som påser at sjekklisten trygg kirurgi faktisk blir gjennomført.

### **7.1.2 Implementeringsprosessen**

Det er flere faktorer som har betydning for implementeringen og hvordan teamet bruker sjekklisten, samt opplevelsen av bruken.

Flere informanter ga uttrykk for at de ikke hadde fått god nok opplæring eller informasjon om hvordan de skulle bruke sjekklisten, uklar guideline. Som bidro til usikkerhet om hvordan den skulle gjennomføres og hvem som hadde ansvaret. Introduksjon bør bære preg av en klar guideline, trening på hvordan gjennomføre og hvem som skal lede gjennomføringen (Bergs et al., 2015).

Implementeringen av sjekklisten ble introdusert med, å være ett verktøy som kunne bidra til å forbedre sikkerheten og praksisen. Det ble forventet at sykepleieren på operasjonsstuen skulle introdusere sjekklisten før hver operasjon (O'Brien et al., 2017).

“One participant expanded and described a sense of unfairness regarding the initial lack of involvement in the introduction of the surgical checklist process: “The checklist was just handed to the nurses, and we were told go do it and that was it. It wasn't fair the way the checklist was done”.” (Bergs et al., 2015 s. 470.).

En faktor til suksessfull implementering er lederskap. Leder må sammen med sine ansatte (kirurger, anestesi og operasjonssykepleiere) arbeide med holdninger som bidra til at det blir en positiv endring av gamle rutiner (Edmondson et al., 2007; Georgiou et al., 2018)

Funn viser til at strukturen på sjekklisten kan være en faktor til at implementeringen påvirkes negativt. Og time out hvor alle må stoppe å presenteres seg, kan fremstå unødvendig, hvis det er samme teamet fra tidligere operasjon, eller alle er kjente med hverandre (Georgiou et al., 2018).

“In my opinion the problem is the structure of the list itself. Maybe the way that the points are written ... is a kind of dissuasive. I mean much more concentration is needed ... it must be simple and much easier for someone, to feel more comfortable to implement it, to know that won't take you so long to fill it.” (Georgiou et al., 2018. s. 343.).

Introduksjon av sjekklisten må være støttet av klar og tydelig guideline, denne skal inneholde: Hvordan den skal gjennomføres, Når og hvem skal utføre de ulike delene av sjekklisten. Det bør være en skriftlig prosedyre og det bør være en praktisk gjennomgang av prosedyren som viser hvordan sjekklisten skal gjennomgås (Bergs et al.,2015).

Oppsummert viser det at det at å iverksett noe nytt er komplekst og sammensatt av flere faktorer som kan være både positive og negative driver. Ledelse involvering er viktig, og at ledelsen legger til rette for at alle profesjoner i det kirurgiske teamet har lik forståelse for hvorfor en skal bruke sjekklisten trygg kirurgi. Lik opplæring og teamtrening er to viktige faktorer for å oppnå lik forståelse.

### **7.1.3 Samhandling i team**

Introdusere sjekklisten krever at alle som er i det kirurgiske teamet, sykepleiere og leger må gjøre en endring i eksisterende rutiner. Teamet må ha tid og rom til å gjennomgå sjekklisten, det krever at andre rutiner og gjøremål må vente eller en må endre arbeidsrutinen. Dette gjelder alle i teamet (Bergs et al., 2015).

Hvordan etterlevelsen av sjekklisten er sammensatt av flere faktorer til de enkelte individer i det kirurgiske teamet; praktiske, sosiale og profesjonelle ferdigheter. Dette er ferdigheter som kan endres i løpet av dagen og påvirkes av teamets sammensetting, som igjen påvirkes av det sosiokulturelle og praktiske arbeidsmiljø. Det kommer også frem at sjekklisten i seg selv oppleves ikke som en utfordring, men at sosial og faglig aksept er viktig å oppnå i teamet. Og i denne forbindelse kan sjekklisten være en faktor som gjør det utfordrende å oppnå det. Og dette igjen påvirker å påta deg ansvaret for sjekklisten (Wæhle et al., 2012).

“There was a surgeon from abroad that day, and suddenly I saw him waiting for something. . . , he didn` t start the operation. . . so I realize that he was waiting for me to start the list! Then the rest of the team complied without any hesitation” (Georgiou et al., 2018. s. 342.).

Funn viser at når alle i teamet har like opplæring og forståelse, går gjennomføringen smidigere. En negativ faktor er når kirurger ikke har fått opplæring og dermed ikke har forståelse for hvorfor trygg kirurgi er viktig (Georgiou et al., 2018).

Verdien av sjekklisten blir belyst, ved at det er ett godt verktøy for å øke pasientsikkerheten og redusere risikofaktorer, samt bidrar til god teamfølelse (O'Brien et al., 2017).

Oppsummert viser det at det er flere faktorer som har betydning for involvering av enkelt individ i teamet, og at dette har igjen betydning for gjennomføring og bruken av sjekklisten trygg kirurgi. Lik opplæring og lik forståelse av sjekklisten er en viktig faktor. Samt at det viser seg at kirurgens holdninger har også innflytelse på hvordan gjennomføringen blir utført.

#### **7.1.4 Holdninger til Trygg Kirurgi**

Hvordan operasjonssykepleierens profesjonelle holdninger påvirket strategien de brukte for å oppnå oppmerksomheten til resten av teamet. Erfarne operasjonssykepleiere har lettere for å bruke verbal og non verbalt språk for å få oppmerksomheten til hele teamet. For eksempel heve stemmen for å få oppmerksomheten eller non verbalt med å plassere seg strategisk i rommet. På denne måten får han eller hun oppmerksomheten til hele teamet og dermed har alle med seg på gjennomføringen av trygg kirurgi (Wæhle et al., 2012).

Operasjonssykepleier får følelsen av å bidra til økt pasientsikkerhet og bidrar til kvalitetsforbedring ved å bruke sjekklisten og nyutdannede operasjonssykepleiere ser på sjekklisten som ett nyttig verktøy for å få informasjon om operasjon og risikofaktorer (Wæhle et al., 2012).

Bekymringer knyttet til juridisk implikasjoner ved sjekklisten. Sykepleiere ga uttrykk for bekymringer hvis de blir holdt ansvarlig for eventuelle komplikasjoner forbundet med å signere/dokumentere gjennomførelsen av sjekklisten (Bergs et al., 2015).

Oppsummert viser dette at holdninger til sjekklisten har betydning for etterlevelsen av sjekklisten og hvordan den blir brukt i praksis.

## 8 Diskusjon

Diskusjon er siste del av analyseprosessen i Aveyard`s (2019) fire trins metode. Jeg vil ta for meg funnene jeg har i resultatdelen og diskutere de opp mot teori som jeg har presentert tidligere, samt bruke egne erfaringer fra praksis. Jeg vil presentere de i samme rekkefølge og hovedpunkter som jeg har gjort i resultatdelen (Aveyard, 2019).

### 8.1 Ansvarsfordeling

Funn viser at ansvaret for sjekklisten oppleves ulikt og at det det er utfordringer knyttet til bruken av sjekklisten. Det handler om etiske og praktiske utfordringer. Operasjonssykepleiere tar noen gang ansvaret, og dette begrunnes med at de har ansvaret inne på stuen, koordinerer og samler teamet det kirurgiske teamet (Willassen et al.,2018).

Det etiske kan belyses med at operasjonssykepleieren er underlagt lover og retningslinjer, som skal sikre at pasienten får faglig forsvarlig og omsorgsfull behandling, samt ivaretagelse av pasientsikkerheten og forebygge for ytterligere skader (*NSFLOS*, 2015). De praktiske utfordringer kan være sammensetning av teamet og samhandlingen. Teammedlemmer som ikke viser gjensidig respekt og forståelse for hverandres arbeidsoppgaver, bidrar til at det blir dårlig samarbeid i teamet (Kaldheim & Slettbø, 2016). Dette kan være en faktor til at det er uklart hvem som skal gjennomføre sjekklisten og at det blir utfordringer knyttet til det. Det er enklere å samhandle på en god måte når det alle har kunnskap og forståelse for hverandre (Kaldheim & Slettbø, 2016). Studien viser også at operasjonssykepleieren føler et veldig stort ansvar for pasientsikkerheten inne på operasjonsavdelingen (Willassen et al.,2018). Tidligere forskning viser til at ansvarsfordelingen blir oppfattet ulikt og at det var enkelte som ikke var komfortable med å bruke sjekklisten (Krupic et al.,2020). En enn annen vist til at det var operasjonssykepleiere som var ansvarlige for å gjennomføre sjekkliste (O`Connor et al.,2013).

Ved å utføre trygg kirurgi på korrekt måte kan det være en faktor til å hindre uønskede hendelser. Faglig og etisk vil det være en faktor til at operasjonssykepleier påtar seg ansvaret for gjennomføring. Da har de selv økt pasientsikkerheten og redusert for komplikasjoner. Studier viser at trygg kirurgi sjekkliste har bidratt til å redusere uønskede hendelser, forbedret kommunikasjon, redusert komplikasjoner i forbindelse med kirurgi (Thomassen et al.,2014)

Operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere ble gitt ansvaret for å introdusere sjekklisten, og det ble diskutert hvem som bør ha ansvaret. Det var varierende etterlevelse av ansvarsfordeling og uklare roller (O'Brien et al., 2017). Det kan være flere faktorer som bidrar til at ansvarsfordelingen og rollene blir uklare. De ulike profesjonen i det kirurgiske teamet har forskjellige arbeidsoppgaver og ansvarsområder. Det er ingen forutsetninger for at teammedlemmene kjenner hverandre fra før eller har arbeidet sammen før (Oksavik,2018). Tenker at leder har et ansvar med å skape en lik forståelse og se på hva som kan forbedres (NSM,2021). Rolleavklaring kan belyses med hvordan teamet samarbeider og at det ikke er like forståelse av hverandres ansvarsområder det er ikke er et godt samspill innad i teamet, det utøves ikke gjensidig respekt. En annen faktor kan være mangel på forståelse for hverandres fagspesifikke oppgaver (Kaldheim & Slettebø, 2016).

Det kommer frem at det er en uklar ansvarsfordeling av trygg kirurgi sjekkliste, og når ingen andre tar ansvaret, tar operasjonssykepleieren det. Hvis det ble diskusjoner angående hvem og hvordan sjekklisten skulle utføres, kunne det føre til negative faktorer til pasientsikkerheten (Willassen et al., 2018). Trygg Kirurgi ble utarbeidet for å forbedre pasientsikkerheten og optimalisere omsorgen til den kirurgiske pasienten, samt bidra til bedre og effektiv kommunikasjon innad i teamet (Lauvrak et al., 2010). Dette kan tyde på at sikkerhetskulturen er lav. Det at sikkerhetskulturen er lav trenger ikke å bety at de ansatte ikke har søkelys på pasientsikkerhet eller at det ikke arbeider for å forebygge. Men det kan tyde på at de ansatte ikke har som god nok kunnskap om trygg kirurgi og hvordan en skal bruke sjekklisten for å fremme pasientsikkerheten (Aase, 2015). Nasjonal sikkerhetsmyndighet har forslag til viktig elementer for å etablere en god sikkerhetskultur. Tenker at det å skape en god forståelse hos alle de ansatte, og det å sette søkelys på enkelt områder som trenger å forbedres vil være viktig. Leder og ledelsen må være involvert, og finne virkemidler som motivere de ansatte til å gjøre endringer (NSM, 2021). Faktorer som kan være med å bidra til sikkerhet som kultur er å ha er tverrprofesjonelt team som samarbeider på en god og effektiv måte. Hvor alle i teamet respektere hverandres roller og er bevisst over egne holdninger (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018).

Helse vest har laget en tilpasset versjon av WHO`s veileder, her kommer de frem anestesisykepleier og operasjonssykepleier og helst anestesilege skal være til stede under del 1, forberedelsen. Time out skal gjennomgås av et samlet operasjonsteam, (Helse Vest vedlegg nr. 6) WHO kommer med anbefalinger om at sjekklisten kan tilpasses etter den lokale anbefalinger og prosedyrer (Haugen & Dāvøy, 2018). Tidligere forskning viser til at det er

uklare prosedyre på hvem som er ansvarlig for å gjennomføre sjekklisten (Krupic et al.,2020). Samt at implementeringen påvirker hvordan Trygg kirurgi sjekkliste blir brukt i praksis innad i teamet (Bergs et al.,2015). Fra egen erfaring har sammensettingen av teamet betydning for hvordan gjennomføringen blir.

Når sjekklisten ikke blir utført på korrekt måte, kan det føre til feil og dermed gå utover pasientsikkerheten. Dette begrunnes med at er flere årsaker til at operasjonssykepleierne tar ansvaret for gjennomføringen av trygg kirurgi. (Willassen et al., 2018). Del 1, forberedelsen blir ofte utført på ulike måter. Jeg har erfart at noen tar denne sammen med pasienten før de kommer inn på operasjonsstuen, når de kommer inn på stuen blir spørsmålene oppsummert. På denne måten for en dobbel kontroll, pasienten kan selv bekrefte eller avkrevet eventuelle feil og de andre i teamet får samme informasjon. Jeg tenker dette er en god måte å gjennomføre del en, og hvor pasienten blir hørt og sett, men også resten av teamet får lik informasjon. Som Willassen (2018) beskriver i sine funn, at uteblivelse eller uenigheter i gjennomføringen kan føre til uheldige hendelser for pasientsikkerheten.

I hovedtrekk så er ansvarsfordelingen en omfattende faktor til å skape utfordringer for bruken av Trygg kirurgi. En del av utfordringene kan forklares med hvordan implementeringen av sjekklisten ble gjort på de ulike helseforetakene. WHO kommer med anbefalinger av struktur på sjekklisten og med anbefalinger om å tilpasse den etter den lokale konteksten (Lauvrak et al.,2010). Sikkerhetskulturen er viktig element for å kunne forså hvorfor ansvarsfordelingen kan oppleves uklar. Sikkerhetskulturen på en avdeling er sammensatt av de ansattes og leders holdninger, kunnskap motivasjon og adferd. Hvordan hver enkelte utfører sikkerhetsrutiner og dere holdninger påvirker kulturen (NSM,2021). Altså hvordan enkelte forholder seg til sjekklisten trygg kirurgi, vil ha innflytelse på resten av teamet. Det kan ha positiv innflytelse, men også negativ, som vil bidra til å skape utfordringer.

## **8.2 Implementeringsprosessen**

Funn viser at opplæring og informasjon har betydning i forhold til hvordan noe nytt blir tatt imot og hvordan bruken av det nye arbeidselementet blir brukt (Bergs et al., 2015).. For at ett nytt arbeidselement skal bli tatt godt imot og hvordan det blir implementert. Er kulturen på avdelingen en viktig faktor. For å gjøre endringer krever det at ledelsen er involvert og viser gode eksempler. Tenker at sikkerhetskulturen er en viktig faktor for å ta i bruk et nytt

arbeidselement og hvordan det blir tatt imot. Sikkerhetskulturen på en avdeling er sammensatt av de ansattes holdninger, kunnskap, motivasjon, og adferd. Hvordan dette kommer til uttrykk i avdelingen. De ansattes holdninger og sikkerhetsrutiner påvirker sikkerhetskulturen på avdelingen. For å gjøre en endring krever det ledelsen er involvert og viser gode eksempler på god sikkerhets adferd. Skape forståelse hos hele sin gruppe (NSM, 2021). Hvordan teamet samhandler sammen og deres holdninger innad i teamet vil også påvirke opplæringen og hvordan de forholder seg til sjekklisten (Kaldheim & Slettebø, 2016). Teamet må ha lik oppfatning av pasientsikkerhet, være med i implementeringsprosessen, og sammen justerer sine vaner. Involvering fra ledelsen er viktig i denne prosessen (Bergs et al., 2015)

En informant beskriver at det var lite opplæring og oppfølging når trygg kirurgi ble introduserte, det blir beskrevet at ansvaret ble mer eller mindre overlatt til operasjonssykepleieren (O'Brien et al., 2017). Pasientsikkerhet er forankret i nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet, 2019), samt at det inngår i operasjonssykepleierens ansvar og funksjonsbeskrivelse; *«Operasjonssykepleieren skal kunne utøve individuell og profesjonell sykepleie som bygger på kunnskapsbasert praksis og ivaretar kvalitet og pasientsikkerhet. (LOS,2015. s. 2)»* Mulig dette kan være drivere til at operasjonssykepleieren er de som får ansvaret med å introdusere sjekklisten. Å ta i bruk sjekklister som verktøy for å forbedre noe viser seg å være gode tiltak. Trygg kirurgi sjekklisten ble introdusert som et verktøy for å styrke pasientsikkerheten (Gawande & Weiser, 2009). Det viser seg at trygg kirurgi har bidratt til bedre kommunikasjon, redusert uønskede hendelser og en reduksjon i komplikasjoner i forbindelse med kirurgi (Thomassen et al., 2014). Tidligere forskning viser at implementeringen har betydning for hvordan bruken og gjennomføringen av trygg kirurgi blir i praksis (Nørgaard et al.,2016).

Funn viser at skal en ha en suksessfull implementering av noe nytt på en avdeling innehar leder en viktig rolle. Det handler om å endre holdninger til de ansatte og introdusere det nye på en slik måte at det blir en positiv driver for de ansatte (Edmondson et al.,2007; Georgiou et al.,2018). Tenker at her er det flere faktorer og kulturer som ligger i bunn til hvordan pasientsikkerhetskulturen er på avdelingen er. Holdninger og rutiner til ansatte og leder påvirker behandlingen pasientene mottar (helsedirektoratet, 2019). Virksomhetens leder og ledelsen må involveres, inneha gode rutiner på sikkerhet og hvordan ivareta sikkerheten. Det må skapes en lik forståelse på hvorfor sikkerhet er viktig (Aase, 2015). Dette viser at det er mange faktorer som spiller inn for å få noe nytt implementert på en god måte. Ledelsen bær



gå fremfor som gode eksempler på hva god pasientsikkerhet er og hvordan ivareta det på best mulig måte. Kanskje hvis det hadde vært mer involvering fra leder ville det ha påvirket implementeringsprosessen positivt og de ansatte hadde vært mer engasjert til å innføre sjekklisten. Studier viser at samspill og samarbeid innad i team blir bedre når de enkelte individene behandler hverandre med respekt, viser forståelse for hverandres arbeidsoppgaver, det er det en oppnår gjensidig respekt (Kaldheim & Slettebø, 2016). Dette støttes også opp av Ingvarsdottir og Halldorsdottir (2018). Tenker at dette kan en også ta med seg når en skal implementere noe nytt i en arbeidsgruppe.

Strukturen på sjekklisten er også en faktor til at implementeringen påvirkes negativt, spesielt time out hvor alle skal presenterer seg. Blir sett på som unødvendig, hvis en er kjent med teamet eller har vært sammen på operasjon tidligere samme dag (Georgiou et al.,2018). Fra egen erfaringen kan jeg kjenne meg igjen. Det føles unaturlig å stille spørsmålet om alle er kjent i teamet, når vi nylig har jobbet sammen. Trygg kirurgi er en sjekkliste som er blitt utarbeidet etter WHO sine ti mål som er essensielle og grunnleggende for selve sjekklisten. Kommunikasjon og utveksling av kritisk informasjon er en av målene (Gawande & Weiser, 2009). At alle i teamet presenterer seg ved navn og funksjon vil kunne bidra til bedre kommunikasjon, da en kan si navnet istedenfor «du», ved å bruke navn retter en seg til en bestemt person og det blir mer personlig. En presentasjonsrunde vil avklare ulike roller i teamet og forventning som hører til de ulike rollene. Dermed vil det påvirke samarbeidet innad i teamet (Oksavik, 2018).

Trygg kirurgi ble lansert i 2011 som den del av pasientsikkerhetskampanjen i trygge hender 24/7 (Helsedirektoratet, 2019). Så det begynner å bli en god del år siden den ble introdusert på norske sykehus. Funn viser at implementeringen har stor betydning for hvordan den blir brukt i praksis, og de ulike sykehusene kan ha laget seg en tilpasset versjon av sjekklisten. Som igjen vil påvirke hvordan de ulike profesjonene bruker sjekklisten.

### **8.3 Samhandling i team**

Studier viser at å Introdusere sjekklisten bør hele teamet være involvert, de må kunne gjøre endringer i eksisterende rutiner, det må være tid og rom til å gjennomgå sjekklisten (Bergs et al.,2015). Alle profesjoner i det kirurgiske teamet har ulike roller og funksjon, men samme mål; pasientsikkerhet og få pasienten trygt igjennom operasjonsforløpet. Det stilles krav til at

hver enkelte i teamet skal ha evne til å samarbeide, inneha kompetanse og være bevist over sine holdninger (Oksavik, 2018). Dårlig samarbeid oppstår når de i teamet ikke viser forståelse for hverandre, og toleransen på å vente er lav, oppstår det dårlig stemning i teamet (Kaldheim & Slettebø, 2016). Hvis ikke teammedlemmene viser respekt for hverandre og forståelse for de enkeltes arbeidsoppgaver, vil det bli vanskelig involvere alle når noe nytt skal innføres. Dette kan jeg relatere til egen erfaring, hvis den ene i teamet bare er fokusert på sine arbeidsoppgaver, svekker det resten av teamet og det går unødvendig mye tid til spille.

Funnene viser at sjekklisten trygg kirurgi kan være med å gjøre det vanskelig å oppnå faglig og sosial aksept innad i teamet (Wæhle et al., 2012). Dette kan kanskje forklares med at det er manglende etterlevelse av respekt innad i teamet. Å kunne henvende seg til hverandre med respekt er grunnlaget for samarbeid. Innehar en ikke dette i et team vil det påvirke hvordan en føler seg akseptert som igjen vil påvirke den faglige aksepten (Kaldheim & Slettebø, 2016). Fra egen erfaring har jeg opplevd at det kan føles utfordrende å vite når det passer å ta trygg kirurgi, time-out. Alle har ulike oppgaver og er fokusert på dem, det kan også være mye støy på stuen. Kanskje man må spørre opptil flere ganger om alle i teamet er klar for trygg kirurgi før en faktisk får respons. En kan da sitte igjen med følelsen at en skulle ha ventet, at en maser og forstyrrer. Mens andre ganger tar kirurgen ansvar og spør om alle i teamet er klare, synes det blir velig ryddig når kirurgen tar initiativ. Funn fra studien viser også at når kirurgen tar føringen på trygg kirurgi time-out, får han effektivt oppmerksomheten til alle i teamet (Georgiou et al., 2018). Tidligere forskning viser til at å finne rette tidspunktet for å gjennomføre sjekklisten oppleves utfordrende, og det å få oppmerksomheten til alle i teamet (Korkiakangas, 2017).

Når alle i teamet har lik opplæring og forståelse, går gjennomføringen smidigere (Georgiou et al., 2018). Det kirurgiske teamet har felles mål med å få pasienten trygt igjennom operasjonsforløpet. Det stilles krav til hvert enkelte individ i teamet, de skal kunne samarbeide, inneha riktig kompetanse og ha og vise gode holdninger som styrker teamet (Oksavik, 2018). Trygg kirurg del 2, time-out, gir teammedlemmene en mulighet til å skape felles forståelse og dermed følelsen av et fellesskap (Oksavik, 2018). Funn fra tidligere forskning viser til at det er utfordrende å finne rett tidspunkt for å utføre gjennomføringen, det er utfordrende og oppnå oppmerksomheten til alle i teamet (Korkiakangas, 2017). Dette kan også være en faktor for det å oppnå faglig og sosial aksept.

Funn viser at dårlig introduksjon av sjekklisten og manglende prosedyrer for hvordan en skal bruke sjekklisten i praksis kan bidra til en den enkelte tolker seg frem til korrekt bruk av sjekklisten (Bergs et al., 2015). Hensikten med sjekklisten er å forberede pasientsikkerheten, kommunikasjon og redusere for komplikasjoner (Helsedirektoratet, 2019). Kan tenke seg at når hver enkel lager sine tolkninger, kan det bidra til å skape uklarheter i forhold til hva som er den riktige måten, og hvem som er ansvarlig. Det komme ganske klart frem i sjekklisten som jeg har lagt inn bilde av, når det forventes at de ulike delene skal gjennomgås, men ansvaret er ikke delegert til en av profesjonene i teamet (Nørgaard et al., 2016). Hele vest er de som har kommet med forslag til hvem som skal være ansvarlig. I WHO's anbefalinger kan de enkelt helseforetakene tilpasse sjekklisten (Lauvrak et al., 2010). Fra egne erfaringer i praksis er det laget en prosedyre og det henger trygg kirurgi plakater på alle stuene, og her står det faktisk at det er anestesisykepleier som er ansvarlig for del 1, forberedelsen. På time-out er det operasjonssykepleier som er ansvarlig og på avslutningen er kirurg ansvarlig.

Selv om funn viser til at det er flere utfordringer knyttet til bruken og gjennomføringen av sjekklisten. Viser funn at trygg kirurgi er et godt verktøy for å øke pasientsikkerheten. Redusere risikofaktorer og bidrar til bedre teamfølelse (O'Brien et al., 2017). Dette viser at WHO's mål for trygg kirurgi er nyttige og sammensetningen av sjekklisten har effekt (Gawande & Weiser, 2009). Operasjonssykepleier skal kunne gi profesjonell pleie og omsorg til den kirurgiske pasienten og ivareta pasientsikkerheten (LOS, 2015). Sjekklisten kan være ett nyttig verktøy for å sikre den gode ivaretagelsen av pasienten. Jeg har erfart at pasienter gir uttrykk for at det synes det er betryggende når vi gjennomgår del 1, forberedelsen. Noen synes det virker merkelig at vi spør om de kan bekrefte hvilken operasjon de skal gjøre og bekrefte side. Men når vi forklarer hensikten med trygg kirurgi, opplever jeg at pasienten synes det er betryggende og de forstår hensikten med de spørsmålene vi stiller. De er velig positive til Trygg kirurgi sjekkliste.

## **8.4 Holdninger til Trygg kirurgi**

Funn viser at erfarne operasjonssykepleiere har lettere for å bruke verbalt og non verbalt språk i forbindelse med sjekkliste (Bergs et al., 2015). En faktor som kan forklare dette er respekt hos de andre i teamet, kanskje deres holdninger og måten de samhandler med resten av teamet bidrar til at de andre oppfatter det som en respektfull måte å opptre på. Og med erfaring kommer også økt kunnskap om de andres fagspesifikke oppgaver (Kaldheim & Slettebø,

2016). Fra egen erfaring i praksis, har jeg erfart at de erfarne operasjonssykepleierne har en mye større situasjonsforståelse, og det er som de vet når det passer best å gjennomføre sjekklisten trygg kirurgi og de gir tydelig beskjed om at nå skal vi ta trygg kirurgi. Det å føle seg trygg og bli sett har betydning i denne sammenhengen, med å føle seg trygg tørr en kanskje å si ifra på en tydelig men respektfull måte.

Studier viser at sjekklisten i seg selv er et godt verktøy for pasientsikkerheten og bidrar til kvalitetsforbedring (Wæhle et al., 2012). Dette støttes også opp av Invarsdottir og Halldorsdottir (2018). Det kan være flere faktorer som bidrar positivt. De har funnet strategier som bidrar til god samhandling, det er forståelse av hverandres rolle i teamet. Normer, roller og måten en behandler hverandre i teamet forteller noe om hvor godt samspeillet blir innad i en gruppe (Kaldheim & Slettebø, 2016). Det kan tyde på at sikkerhetskulturen og holdningene er gode. Det kan være flere årsaker til det, det kan være god kultur på avdelingen, ledelse som har vært en del av positiv implementering (Aase, 2015). Sjekklisten kan være tilpasset den lokale konteksten (Lauvrak et al., 2010).

Operasjonssykepleiere viser til bekymringer rundt å dokumentere sjekklisten, og om det er sykepleieres som blir ansvarlig for eventuelle avvik og komplikasjoner knyttet til sjekklisten (Bergs et al., 2015). En del av operasjonssykepleieres ansvar- og funksjonsområder er å dokumenter hvilke tiltak som blir iverksatt før, under og etter operasjon og eventuelle avvik (Eide & Dåvøy, 2018). En kan undres om å dokumentere for trygg kirurgi, bare har av naturlige årsaker blitt en del av operasjonssykepleieres ansvar. Bruk av sjekklister bidra til å opprettholde en profesjonell standart og sikker omsorg (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, (2018). Dette kan være en bidragsfaktor for at det er operasjonssykepleieren som har fått ansvaret for å dokumentere.

## **8.5 Metodediskusjon**

En systematisk litteratur studie skal ha et klart formulert forskningsspørsmål som besvares med å søke etter relevant litteratur. Fremgangsmåten til hvordan en har innhentet og analysert datamateriale skal vise på en strukturert og forsvarlig måte (Aveyard, 2019).

Metodikken er ny og det har tatt tid å sette seg inn denne, å være en ny forsker kan være en svakhet i denne oppgaven. Men for å styrke oppgave metodikken har jeg forholdt meg til Aveyard (2019) og gjort en tematisk analyse, som skal være en fremgangsmåte som er bedre

egnet til nybegynnere. For å styrke min søkestrategi har jeg fått god hjelp og veiledning fra bibliotekar fra universitetsbiblioteket. Her har jeg fått hjelp til å strukturere søkene mine og finne emne ord, jeg har søkt i to store databaser for helse og medisinsk forskning. Jeg har gjort test søk, samt at jeg har gjort søkeprosessen to ganger for å kvalitetssikre søkemethoden min. Jeg har gjort en grundig utvelgelsesprosess, hvor jeg har lest abstrakt og fulltekst av studier som kunne være relevante, samt at jeg har gjort en kvalitetsvurdering av alle inkluderte studier. Her har jeg benytte meg av sjekklister utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter (2011) som er tilpasset de ulike studiedesignene.

Det er gjort en hel del forskning på trygg kirurg siden det ble innført, da jeg bare har søkt i to databaser, kan det være at jeg ikke har fått med meg litteratur som kunne vært relevant i min studie. Dette kan ha påvirket resultatet i min oppgave. Det er en svakhet ved studien min at det bare er søkt i to ulike databaser, men på grunn av oppgavens omfang og tidsperspektiv har jeg forholdt meg til to store kjente databaser.

Det kommer ikke klart frem i studien om det er gjort en lokal tilpassing av sjekklisten. Det jeg har å forholde meg til er Helse Vest sin tilpassing av trygg kirurgi. Her er ikke ansvaret fordelt på de ulike delene av sjekklisten, og det er denne jeg bruker i min studie.

Denne studien kunne vært gjort med kvalitativ tilnærming også, hvor jeg vill ha fått løftet frem operasjonssykepleierens erfaringer og utfordringer ved bruken av sjekklisten i dag. En svakhet ved studien er at inkluderte studier er fra 2012- 2018, Samt at mengde av studien er det både operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere som er informanter.

For å sikre validiteten i studien min, har jeg beskrevet innhenting av datamateriale systematisk og viser til hvordan jeg har gjort utvelgelses prosessen. Forholdt meg til relevant litteratur til oppgavens problemstilling. Jeg er bevist min egen forforståelse og er bevist på denne når jeg skal diskutere funn. Slik at resultatene ikke blir mine sansninger og fortolkninger (Malterud, 2017).

## **8.6 Refleksjon over egen forforståelse**

Det er min forforståelse som har vært pådriver til denne oppgaven, og de erfaringene jeg har gjort meg i praksis. Min forforståelse bar preg av at selve gjennomførelsen av sjekklisten, da spesielt del 1, forberedelsen gjøres ulikt og at denne informasjonen blir formidlet til resten av

teamet på ulike måter. Og at det kan føles utfordrende å finne rett tid til å gjennomføre del to, time-out. Jeg hadde ikke reflektert over hva som kan være faktorer til at gjennomføringen blir så ulik. Men jeg hadde gjort meg erfaringer med at gjennomføringen er ulik fra person til person, og da spesielt del 1, forberedelsen. Dette støttes opp av funn i studien min, men jeg hadde ikke reflekter over det i sammenheng med funnene i studien min. Det er nyttig og lærerikt å se det i ett større perspektiv. Ansvarsfordeling, samhandling i team, implementeringsprosessen og holdninger, at disse sammen og hver for seg har stor betydning for hvordan sjekklisten trygg kirurgi blir brukt i praksis og hvordan den blir gjennomført. Å på hvordan måte de ulike faktorene kan ha betydning for utfordringer ved bruk av sjekklisten.

## **8.7 Anbefalinger til praksis**

Arbeidshverdagen til operasjonssykepleiere er pasientsikkerhet. En prøver å ta høyde for alle risikofaktorer og forbygge og eventuelt begrense skadeomfanget til pasienten. Vi jobber alltid i team og sammen med andre profesjoner som har sine definerte arbeidsoppgaver. Men det som er felles er at alle jobber sammen mot samme mål. Trygg kirurgi sjekkliste skal være ett hjelpeverktøy for å øke pasientsikkerheten. Jeg tenker at gjennomføringen av sjekklisten skulle vært standardisert, slik at alle gjennomførte den likt, samt definere hvem som har ansvaret for de ulike rollene. Tenker at dette kan bidra til at det oppleves mindre utfordrende å gjennomføre sjekklisten. Og definert hvordan del 1 forberedelsen skal gjennomføres og hvordan skal informasjon formidles til resten av teamet.

Den beste erfaringen jeg har med trygg kirurgi sjekkliste, er at når pasienten kommer inn på stuen, blir enten alle spørsmålene stilt høyt eller at anestesi/operasjonssykepleiere repeterer alle spørsmålene høyt inne på operasjonsstuen. På denne måten får de andre i teamet lik informasjon og pasienten kan bekrefte/avkreft informasjonen. Hovedfunn viser til at det er flere faktorer til utfordringer ved bruken, så min e anbefalinger til praksis er å se nærmere på guidelinen til trygg kirurgi eventuelt lage en ny utgave hvor en samarbeider med anestesisykepleiere og operasjonssykepleier. Gjøre en klar fordeling av ansvaret og standardisere alle delene av trygg kirurgi. En standardisering vil bidra til at sjekklisten blir utført likt og det ville ha redusert usikkerhet om hvor og når en skal gjennomføre. Tenker også det hadde vært trygt og forutsigbart for spesielt nyutdannede og studenter i praksis.

## 8.8 Videre forskning

Det hadde vært interessant og gjort en større studie hvor en kunne gå i dybden og forsket på de ulike faktorene, som bidrar at bruken av trygg kirurgi oppleves utfordrende. Det er mange perspektiver og innfallsvinkler som hadde vært interessante og forsket på. For eksempel opplever de nyutdannede operasjonssykepleieren andre utfordringer enn de erfarne operasjonssykepleiere. Det kunne vært interessant å følge opp denne studien med en intervju studie, hvor en hadde laget en intervju guide på bakgrunn av funn i denne studien.

Interessante funn i denne studien er hvordan sjekklisten kan gjøre det utfordrende med å oppnå faglig og sosial aksept innad i teamet (Wæhle et al., 2012). Når en ser på hvorfor samarbeid i team kan være utfordrende og hvor viktig det er å vise respekt for hverandre og forståelse for at hver enkelte i teamet har ulike arbeidsoppgaver (Kaldheim & Slettebø, 2016). Tenker det hadde vært veldig interessant og forsket mer på hvordan og hvorfor Trygg kirurgi kan være en pådriver til å gjøre det utfordrende å oppnå faglig og sosial aksept. Dette er veldig viktig å ha for å kunne samarbeide på en god måte i teamet. Hensikten med Trygg kirurgi skal jo være å redusere for uønskete hendelser, komplikasjoner og øke pasientsikkerheten (Gawande & Weiser, 2009). Med dette funnet kan kanskje Trygg kirurgi bidra til at samarbeidet og flyten i teamet blir utfordrende. Tenker at dette er noe som bør forskes mer på. Som jeg har nevnt tidligere så er det forsket en hel del på trygg kirurgi og implementeringen av sjekklisten. Men det vises at det må forsket mer på de enkelte faktorene som kan være med å bidra til at bruken og gjennomføringen av trygg kirurgi kan oppleves utfordrende hos operasjonssykepleieren.

## 9 Konklusjon

Hovedfunn i denne studien viser til at operasjonssykepleiere opplever utfordringer knyttet til bruken av trygg kirurgi. Trygg kirurgi ble introdusert for å forbedre pasientsikkerheten, redusere og forebygge for komplikasjoner samt bidra til bedre kommunikasjon i teamet. Funntil denne studien viser til at faktorene som kan bidra til utfordringer ved å bruke sjekklisten og selve gjennomføringen er sammensatte og virker inn på hverandre. Ansvarsfordelingen, implementeringen, samhandling i team og holdninger til trygg kirurgi er hovedfunnene. Disse sammen virker inn på hverandre i ulik grad og bidrar til at bruken av trygg kirurgi oppleves utfordrende. Funntil viser til at det ikke er en klar ansvarsfordeling, og det er ofte operasjonssykepleiere som påtar seg ansvaret. Dette begrunnes med at de føler er et stort ansvar for pasientsikkerheten inne på operasjonsstuen, samt at det er de som dokumenterer at trygg kirurgi sjekkliste er gjennomført og eventuelle avvik på sjekklisten.

Implementeringsprosessen er en viktig faktor for at noe nytt skal fungere best mulig. Dette innebærer god opplæring som gir en lik forståelse hos alle i det kirurgiske teamet.

Teamtrening er en positiv faktor i implementeringen og vil bidra til lik forståelse. Leder og ledelse har en viktig rolle i implementeringsprosessen, de må gå frem som gode eksempler for hva god sikkerhetskultur er. For å få noe til å fungere bra i praksis er lik forståelse og lik opplæring svært viktige faktorer. Det viser seg også at samspillet i teamet har innvirkning for hvordan det erfarer å gjennomføre sjekklisten. Holdninger til de enkelte teammedlemmene kan være en positiv faktor, men også negativ faktor til hvordan det oppleves å gjennomføre sjekklisten.



## Referanseliste

- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4th ed.). Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Bergs, J., Lambrechts, F., Simons, P., Vlayen, A., Marneffe, W., Hellings, J., Cleemput, I., & Vandijck, D. (2015). Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: a systematic review of the qualitative evidence. *BMJ Qual Saf*, 24(12), 776-786. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004021>
- Dharampal, N. M. D. M. T. M., Cameron, C. B. A., Dixon, E. M. D. M., Quan, M. L. M. D. M., & Ghali, W. M. D. M. P. H. (2016). Attitudes and beliefs about the surgical safety checklist: Just another tick box? *Can J Surg*, 59(4), 268-275. <https://doi.org/10.1503/cjs.002016>
- Eide, P. H., & Dāvøy, G. (2018). Funksjons- og ansvarsområde. In G. A. M. Dāvøy, P. H. Eide, & I. Hansen (Eds.), *Operasjonssykepleie* (pp. 503). 2018.
- Eide, P. H., & Lockertsen, J.-T. (2018). Operasjonssøstrene og operasjonsstuen. In G. A. M. Dāvøy, P. H. Eide, & I. Hansen (Eds.), *Operasjonssykepleie*. Gyldendal Norske Forlag AS.
- Fause, Å. (2017). Om fagtradisjoner og sykepleiehistorie som forskningsfelt. I Å. (. Fause, *Glimt fra sykepleiefagets historie* (ss. 17-25). Bergen: Fagbokforlaget.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg. ed.). Natur & kultur.
- forskningsdepartementet, U.-o. (2005). *Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie*. Hentet 15. Januar 2022 fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393-rammeplan\\_for\\_videreutdanning\\_i\\_operasjonssykepleie\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393-rammeplan_for_videreutdanning_i_operasjonssykepleie_05.pdf)
- Gawande, A., & Weiser, T. (2009). *WHO guidelines for safe surgery*. 2009. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Georgiou, E., Mashini, M., Panayiotou, I., Efstathiou, G., Efstathiou, C. I., Charalambous, M., & Irakleous, I. (2018). Barriers and facilitators for implementing the WHO's safety surgical checklist: A focus group study among nurses. *J Perioper Pract*, 28(12), 339-346. <https://doi.org/10.1177/1750458918780120>
- Hagen, K. B. (2018). *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Folkehelseinstituttet. 4. reviderte utg.*
- Haugen, A. S., & Dāvøy, G. (2018). Pasient sikkerhet og trygg kirurgi. In G. Dāvøy, P. H. Eide, & I. Hansen (Eds.), *Operasjonssykepleie* (pp. 178-198). Gyldendal Norske Forlag AS.
- Haugen, A. S., & Dāvøy, G. A. M. (2018). Pasientsikkerhet og trygg kirurgi. In G. A. M. Dāvøy, P. H. Eide, & I. Hansen (Eds.), *Operasjonssykepleie* (pp. 178-202). Gyldendal Norsk Forlag
- Helsedirektoratet. (2021, 05.05.2021). *Historien om I trygge hender 24-7*. Hentet 20. februar 2022 fra <https://www.itryggehender24-7.no/om-i-trygge-hender-24-7/historikk>
- Helsedirektoratet. (2019, 28.11.2019). *Om pasientsikkerhetskultur*. Hentet 10.februar 2022 fra <https://www.itryggehender24-7.no/aktuelt/nyheter/om-pasientsikkerhetskultur>

- Helsedirektoratet. (2019). Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 36. Hentet 10. Januar 2022. Fra [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/\\_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf)
- Ingvarsdottir, E., & Halldorsdottir, S. (2018). Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scand J Caring Sci*, 32(2), 951-960. <https://doi.org/10.1111/scs.12532>
- Lauvrak, V., Jeppesen, E., & Krogstad, U. (2010). WHO's sjekklister for trygg kirurgi *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2010/who-sjekklister-for-trygg-kirurgi-1.pdf>
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), (1999). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kaldheim, H. K. A., & Slettebø, Å. (2016). Respecting as a basic teamwork process in the operating theatre - A qualitative study of theatre nurses who work in interdisciplinary surgical teams of what they see as important factors in this collaboration. *Nordisk sygeplejeforskning*, 6(1), 49-64. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-01-05>
- King, C. A., & Spry, C. (2019). Infection Prevention and Control. I J. C. Rothrock, *Alexander's Care of the Patient in Surgery* (16th. utg., ss. 54-106). St. Louis: Elsevier.
- Korkiakangas, T. (2017). Mobilising a team for the WHO Surgical Safety Checklist: a qualitative video study. *BMJ Qual Saf*, 26(3), 177-188. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004887>
- Krupic, F., Svantesson, E., Seffo, N., Westin, O., & Hamrin Senorski, E. (2020). Use of the World Health Organization Checklist—Swedish Health Care Professionals' Experience: A Mixed-Method Study. *J Perianesth Nurs*, 35(3), 288-293. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.10.002>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Universitetsforl.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. (2009). The PG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*. 2009;6(7):e1000097.
- Murphy, E. (2019). Patient safety and risk management. In J. C. Rothrock & D. R. Mcewen (Eds.), *Alexander's Care of the Patient in Surgery* (pp. 15-36). Elsevier Health Sciences.
- Nissen, R. (2000 [1877]). *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Nordström, A. M. R. N., & Wihlborg, M. P. R. N. (2019). A Phenomenographic Study of Swedish Nurse Anesthetists' and OR Nurses' Work Experiences. *AORN J*, 109(2), 217-226. <https://doi.org/10.1002/aorn.12582>
- Norsk Sykepleieforbund (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. Hentet 15. Februar 2022 fra [www.nsf.no](http://www.nsf.no)

- NSFLOS. (2015). NSF's landsgruppe av operasjonssykepleiere. Hentet 15.februar 2022 fra <https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>
- NSM. (2021). *Sikkerhetskultur*. Hentet 15. Januar 2022 fra <https://nsm.no/fagomrader/sikkerhetsstyring/sikkerhetskultur/>
- Nørsgaard, A., Johnsen, R., & Marhaug, G. (2016). Bruk av WHO's sjekklister for trygg kirurgi. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 136(9), 815-820. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.1079>
- O'Brien, B., Graham, M. M., & Kelly, S. M. (2017). Exploring nurses' use of the WHO safety checklist in the perioperative setting. *J Nurs Manag*, 25(6), 468-476. <https://doi.org/10.1111/jonm.12428>
- O'Connor, P., Reddin, C., O'Sullivan, M., O'Duffy, F., & Keogh, I. (2013). Surgical checklists: the human factor. *Patient Saf Surg*, 7(1), 14-14. <https://doi.org/10.1186/1754-9493-7-14>
- Oksavik, W. S. (2018). Samarbeid i team In G. A. M. Dåvøy (Ed.), *Operasjonssykepleie* (Ingeborg Hansen ed., pp. 203-217). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Peñataro-Pintado, E., Rodríguez, E., Castillo, J., Martín-Ferreres, M. L., De Juan, M. Á., & Díaz Agea, J. L. (2021). Perioperative nurses' experiences in relation to surgical patient safety: A qualitative study. *Nurs Inq*, 28(2), e12390-n/a. <https://doi.org/10.1111/nin.12390>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). Ethics in nursing research. In L. W. Wilkins (Ed.), *Nursing Research Generating and Assessing Evidence of Nursing Practice (11.utg)* (pp. 131-152).
- Saunes, I. S., Svendsby, P. O., Mølstad, K., & Thesen, J. (2010). Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet. In: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- Thomassen, Ø., Storesund, A., Søfteland, E., & Brattebø, G. (2014). The effects of safety checklists in medicine: a systematic review: Effects of safety checklists in medicine. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 58(1), 5-18. <https://doi.org/10.1111/aas.12207>
- Wadel, C., Wadel, C. C., & Fuglestad, O. L. (2014). *Feltarbeid i egen kultur* (Rev. utg. av Carl Cato Wadel og Otto Laurits Fuglestad. ed.). Cappelen Damm akademisk.
- Willassen, E. T., Jacobsen, I. L. S., & Tveiten, S. (2018). *Safe Surgery Checklist, Patient Safety, Teamwork, and Responsibility-Coequal Demands? A Focus Group Study* [2333393618764070]. Thousand Oaks, CA :.
- 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 Nurs*, 11(1), 16-16. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-16>
- Aase, K. (2015). *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (2. utg. ed.). Universitetsforl.

# Vedlegg 1

Hentet fra vedlegg 2: sjekklister. «Slik oppsummerer vi forskning, Håndbok for nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – 2011»

## Sjekkliste for systematiske oversikter og kvalitative studier

Sjekkliste for systematiske oversikter*		Ja	Uklart	Nei
<b>1</b>	<b>Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne primærstudiene?</b>			
<i>Kommentar</i>				
<b>2</b>	<b>Ble det utført et tilfredsstillende litteratursøk? (bruk hjelpespørsmål på neste side for å besvare dette spørsmålet)</b>			
<i>Kommentar</i>				
<b>3</b>	<b>Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, ev. endepunkter)?</b>			
<i>Kommentar</i>				
<b>4</b>	<b>Ble det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (eksplisitte seleksjonskriterier brukt, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?</b>			
<i>Kommentar</i>				
<b>5</b>	<b>Er det klart beskrevet et sett av kriterier for å vurdere intern validitet?</b>			
<i>Kommentar</i>				
<b>6</b>	<b>Er validiteten til studiene vurdert (enten ved inklusjon av primærstudier eller i analysen av primærstudier) ved bruk av relevante kriterier?</b>			
<i>Kommentar</i>				

7	Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet?			
<i>Kommentar</i>				
8	Ble resultatene fra studiene sammenfattet på forsvarlig måte?			
<i>Kommentar</i>				
9	Er forfatterens konklusjoner støttet av data og/eller analysen som er rapportert i oversikten?			
<i>Kommentar</i>				
10	Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?			
<i>Kommentar</i>				

Sjekkliste for kvalitative studier*		Ja	Uklart	Nei
1	Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?			
<i>Kommentar:</i>				
2	Var det et tydelig og korrekt valgt studiedesign?			
<i>Kommentar:</i>				
3	Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?			
<i>Kommentar:</i>				
4	Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?			
<i>Kommentar:</i>				
5	Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?			
<i>Kommentar:</i>				
6	Er datainnsamlingen klart beskrevet og systematisk?			
<i>Kommentar:</i>				

<b>7</b>	<b>Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?</b>			
<i>Kommentar:</i>				
<b>8</b>	<b>Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/ metoder?</b>			
<i>Kommentar:</i>				
<b>9</b>	<b>Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?</b>			
<i>Kommentar:</i>				
<b>10</b>	<b>Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?</b>			
<i>Kommentar:</i>				

## Vedlegg 2

Hentet fra vedlegg 2: sjekklister. «Slik oppsummerer vi forskning, Håndbok for nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – 2011»

# 1 Samlet kvalitetsvurdering av studiene (intern validitet) – kan anvendes for alle sjekklistene

Kriterier møtt	Studiens kvalitet
Alle/ nesten alle kriterier møtt. Eventuelle svakheter kan ikke endre studiens konklusjon.	Høy kvalitet
Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt eller hvis kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Det antas likevel at det er liten sjanse for at svakhetene faktisk kunne ha endret studiens konklusjon.	Middels kvalitet
Brukes hvis få eller ingen kriterier fra sjekklisten er oppfylt eller ikke er tilfredsstillende beskrevet. Svakheter kan innebære at studiens konklusjon er gal.	Mangelfull/lav
Ingen kriterier møtt	Ekskluderes

Den samlede vurderingen omfatter også skjønn. Hva som er «nesten alle», «noen» og «få» kan variere noe fra oppsummering til oppsummering, men skal dokumenteres i rapporten.

### 3 Vedlegg

Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler.

Artikkel	Kvalitet	Styrke	Svakhet
<b>Bergs et al. (2015)</b>	Høy	18 studier inkludert, fra 18 ulike land og >700 personer med helsefaglige profesjoner.	
<b>O'Brien, B. et al. (2017)</b>	Høy. JA på 9/10	Valg av studiedesign og populasjon. Dataanalysen og innsamling av data er godt beskrevet.	Ikke brukt andre informasjonskilder eller metoder for å underbygge resultatene. Relasjon mellom forskers ståsted og studiedesign og resultater er ikke diskutert.
<b>Willassen, E.T. et al. (2018)</b>	Høy. 10/10	Data innsamlingen er godt beskrevet og systematisk  De forklare og begrunner begrensinger i studien godt og viser til at studien kan være overførbar i en sammenlignbar kontekst både nasjonalt og internasjonalt.	Har med 2 informanter som er opr. studenter. datainnsamlingen blir gjort vår 2013.
<b>Georgiou, E. et al. (2018)</b>	Høy. 9/10	Intervjugruppene er delt inn i grupper med lik erfaring. Tenker dette kan være en styrke. Metode og datainnsamling er godt beskrevet.	Data fra en liten gruppe operasjonssykepleiere. Er en liten studie.



<b>Wæhle, H.V. et al. (2012)</b>	Høy. 10/10	Metoden er en styrke, og intervjuguiden er utarbeidet på bakgrunn av observasjoner som er gjort.	En eldre studie. Når data ble samlet inn var det 9-12 mnd. siden innføringen.
----------------------------------	------------	--	---

## Vedlegg 4

Kvalitetsvurdering av inkluderte studier ved bruk av sjekklisten:

Wæhle, H.V. et al. (2012). "Adjusting team involvement: a grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safe checklist as experienced by nurses in the operating room".

### SJEKKLISTE FOR KVALITATIVE STUDIER

Sjekkliste for kvalitative studier*		Ja	Uklart	Nei
<b>1</b>	<b>Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?</b>	X		
<i>Kommentar:</i>				
<b>2</b>	<b>Var det et tydelig og korrekt valgt studiedesign?</b>	X		
<i>Kommentar:</i>				
<b>3</b>	<b>Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?</b>	X		
<i>Kommentar:</i>				
<b>4</b>	<b>Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?</b>	X		
<i>Kommentar:</i>				
<b>5</b>	<b>Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?</b>	X		
<i>Kommentar:</i>				
<b>6</b>	<b>Er datainnsamlingen klart beskrevet og systematisk?</b>	X		
<i>Kommentar:</i>				
<b>7</b>	<b>Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?</b>	X		
<i>Kommentar:</i>				

8	Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/ metoder?	X		
Kommentar:				
9	Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?	X		
Kommentar:				
10	Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?	X56		
Kommentar:				

Bergs et al. (2015). Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: a systematic review of the qualitative evidence.

Sjekkliste for systematiske oversikter*		Ja	Uklart	Nei
1	Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne primærstudiene?	X		
Kommentar				
2	Ble det utført et tilfredsstillende litteratursøk? (bruk hjelpespørsmål på neste side for å besvare dette spørsmålet)		X	
Kommentar		Bare søkt i databasen Medline.		
3	Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, ev. endepunkter)?	X		
Kommentar				
4	Ble det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (eksplisitte seleksjonskriterier brukt, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?	X		
Kommentar				
5	Er det klart beskrevet et sett av kriterier for å vurdere intern validitet?	X		
Kommentar				
6	Er validiteten til studiene vurdert (enten ved inklusjon av primærstudier eller i analysen av primærstudier) ved bruk av relevante kriterier?	X		
Kommentar				
7	Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet?	X		

<i>Kommentar</i>				
<b>8</b>	<b>Ble resultatene fra studiene sammenfattet på forsvarlig måte?</b>	X		
<i>Kommentar</i>				
<b>9</b>	<b>Er forfatterens konklusjoner støttet av data og/eller analysen som er rapportert i oversikten?</b>	X		
<i>Kommentar</i>				
<b>10</b>	<b>Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?</b>	X		
<i>Kommentar</i>	Høy			

## SJEKKLISTE FOR KVALITATIVE STUDIER

O'Brien, B. et al. (2017). "Exploring nurses' use of the WHO safety checklist in the perioperative setting."

Sjekkliste for kvalitative studier*		Ja	Uklart	Nei
1	Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?	X		
Kommentar:				
2	Var det et tydelig og korrekt valgt studiedesign?	X		
Kommentar:				
3	Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?	X		
Kommentar:				
4	Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?	X		
Kommentar:				
5	Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?	X		
Kommentar:				
6	Er datainnsamlingen klart beskrevet og systematisk?	X		
Kommentar:				
7	Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?	X		
Kommentar:				
8	Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/ metoder?	X		
Kommentar:				
9	Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?	X		
Kommentar:				
10	Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?		X	
Kommentar:				

---

---

## SJEKKLISTE FOR KVALITATIVE STUDIER

Willassen, E.T. et al. (2018). "Safe surgery checklist, patient safety, teamwork, and responsibility – coequal demands? A focus group study."

Sjekkliste for kvalitative studier*		Ja	Uklart	Nei
1	Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?	X		
Kommentar:				
2	Var det et tydelig og korrekt valgt studiedesign?	X		
Kommentar:				
3	Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?	X		
Kommentar:				
4	Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?	X		
Kommentar:				
5	Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?	X		
Kommentar:				
6	Er datainnsamlingen klart beskrevet og systematisk?	X		
Kommentar:				
7	Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?	X		
Kommentar:				
8	Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/ metoder?	X		
Kommentar:				
9	Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?	X		
Kommentar:				
10	Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?	X		
Kommentar:				

## SJEKKLISTE FOR KVALITATIVE STUDIER

Georgiou, E. et al. (2018). "Barriers and facilitators for implementing the WHO's safety surgical checklist: A focus group study among nurses."

Sjekkliste for kvalitative studier*		Ja	Uklart	Nei
1	Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?	X		
Kommentar:				
2	Var det et tydelig og korrekt valgt studiedesign?	X		
Kommentar:				
3	Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?	X		
Kommentar:				
4	Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?	X		
Kommentar:				
5	Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?	X		
Kommentar:				
6	Er datainnsamlingen klart beskrevet og systematisk?	X		
Kommentar:				
7	Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?	X		
Kommentar:				
8	Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/ metoder?	X		
Kommentar:				
9	Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?	X		
Kommentar:				
10	Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?	X		
Kommentar:				

## Vedlegg 5

Artikler:	(Willas et al., 2018)	(Georgiou et al., 2018)	(Bergs et al., 2015)	(Wæhle et al., 2012)	(O'Brien et al., 2017)
Opr.spl tar ansvar for å gjennomføre sjekkliste.	x				
Mener opr.spl bør ha ansvaret for sjekklisten	x				
Manglende forståelse/etterlevelse fra resten av teamet. Påvirker gjennomføringen	x				
Dårlig informasjon/opplæring hos kirurger, påvirker sjekklisten negativt.		x	x		
Kirurger som er opplært og har forståelse for hensikten til trygg kirurgi har positiv innvirkning.		x	x		x
Dårlig guideline påvirker bruken/gjennomføringen			X	x	x
Implementeringen påvirker bruken av trygg kirurgi			x		x
Involvering og støtte fra leder er viktig for å få en positiv implementering			x		x
Sjekklisten øker pasientsikkerhet, kommunikasjon og teamfølelsen					x
Hvem bør ha ansvaret for å lede sjekklisten?					Anestesi eller koordinerende, 1 bør ha ansvaret

<b>Sjekklisten blir repetert</b>			x		
<b>Usikkerhet om hvem som er ansvarlig for gjennomføringen?</b>			X		



# Vedlegg 6

1

Page 1 of 2

## Innhold

1. Hensikt
2. Omfang
3. Grunnlagsinformasjon
4. Arbeidsbeskrivelse
  - 4.1 Bruk av sjekkliste for «Trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner»
5. Referanser

  
Helse Nord  
Kommisjonsmedlets  
Utskrift av  
Helse Nord

## 1. Hensikt

Sikre at tiltakspakken «Trygg kirurgi» i [Pasientsikkerhetsprogrammet.no](http://Pasientsikkerhetsprogrammet.no) blir gjennomført og dokumentert.

## 2. Omfang

Gjelder for operatør, operasjonssykepleier, anestesisykepleier, anestesilege, leder for virksomheten og sykepleier med ansvar for preoperative forberedelser av pasient.

## 3. Grunnlagsinformasjon

Retningslinjen omtaler bruk av:

- Sjekkliste for «Trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner» som er en del av nasjonal tiltakspakke «Trygg kirurgi». Denne sjekklisten finnes i papirformat ved operasjonsavdelinger og brukes ved tilnærmet alle operasjoner.
- Skjemaet «Trygg kirurgi –Tiltakspakke» i DIPS Arena.

Sjekkliste «Trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner» er et hjelpemiddel for å sikre god kommunikasjon i operasjonsteamet. Den skal beskrive ansvars- og oppgavefordeling i tiltakspakken «Trygg kirurgi». Målet er at sjekklisten blir brukt ved alle relevante operasjoner, med unntak av øyeblikkelig hjelp-operasjoner (utfylling av «Trygg kirurgi» skal ikke forsinke oppstart av hasteroperasjoner).

Skjemaet «Trygg kirurgi - Tiltakspakke» i DIPS Arena benyttes til å dokumentere at sjekklisten «Trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner» er benyttet. I tillegg registreres de parametere som rapporteres til Pasientsikkerhetsprogrammet.

## 4. Arbeidsbeskrivelse

### 4.1 Bruk av sjekkliste for «Trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner»

Sjekklisten er tredelt:

- Første del, «Forberedelse», gjennomgås før anestesen innledes, fortrinnsvis mens pasienten er våken. Her er det sentralt at pasienten bekrefter identiteten sin, hvilket inngrep som skal gjøres, samt at korrekt operasjonsfelt, -side og -leie er planlagt. Denne delen av sjekklisten skal gjennomgås med både anestesilege og operasjonssykepleier tilstede, og helst også anestesilege hvis denne skal delta i innledningen av anestesen.
- Andre del, «Time-out», gjennomgås av et samlet operasjonsteam når det er klart for kirurgistart. Teamet og alle tilstedeværende på operasjonsstuen skal presentere seg for hverandre med navn og funksjon, hvis de ikke er kjent med hverandre fra før. Pasientens navn, planlagt prosedyre,

operasjonsfelt, -side og -leie skal repeteres. Risikofaktorer gjennomgås, likeså infeksjonsforebyggende tiltak og tromboseprofylakse.

- Tredje del, «**Avslutning**», gjennomføres før hovedoperatør forlater operasjonsstuen. Gjennomført inngrep, opptelling av instrumenter, kompresser og annet utstyr, merking av prøvemateriale og beskjeder om postoperativ behandling oppsummeres. Eventuelle problemer med utstyr eller uønskede hendelser skal varsles.

#### **Riktig hårfjerning**

- Utføres i henhold til oversikt over hvilke inngrep som krever hårfjerning
- Hårfjerning skal utføres så nær opptil operasjonstidspunkt som mulig
- Hår skal fjernes ved klipping, ikke ved barbering, depileringskrem, voksing eller annet
- Det skal fremkomme i skjema «Sjekkliste sengepost» om det er utført hårfjerning, når, hvordan og av hvem

#### **Hindre uønsket hypotermi (temperatur < 36°)**

- Det måles temperatur på alle pasienter pre-, per- og postoperativt der det kan forventes endring av pasientens temperatur peroperativt
- Ulike målemetoder kan benyttes så lenge samme metode benyttes gjennomgående

#### **Antibiotikaprofylakse**

- Sikre at antibiotikaprofylakse blir gitt til rett tid for det enkelte inngrep
- Ordinasjon og administrasjon av antibiotikaprofylakse gis i henhold til nasjonale anbefalinger, eller lokale retningslinjer
- Ordineres i pasientens (elektroniske)kurve

## **5. Referanser**

[PR53147 Utfylling av skjema for Trygg kirurgi DIPS Arena](#)

[DS15181 Operasjon - Arena](#)

[Pasientsikkerhetsprogrammet.no](#)

[PR29516 Trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner UNN Tromsø](#)

[PR 26662 Trygg Kirurgi, bruk av sjekklisten NLSH Bodø](#)

[PR 30262 Trygg kirurgi veileder FIN Hammerfest](#)

