

MASTEROPPGAVE

Master i anestesisykepleie

November 2017

Anestesisykepleie og pasientsikkerhet

Hvordan opplever anestesisykepleierne gjennomføringen av

Sjekkliste for Trygg Kirurgi

En deskriptiv kvalitativ studie



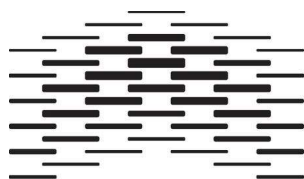
<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/nye-nasjonale-tall-om-pasientsikkerhet>

Rita Stenseth

Kandidatnummer 104

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Innholdsfortegnelse	
Sammendrag.....	5
Abstract	6
1 Innledning.....	7
1.1 Sjekkliste for Trygg kirurgi.....	8
1.2 Presentasjon av tema og problemstilling.....	10
1.3 Hensikt.....	11
1.4 Avgrensinger	11
1.5 Klargjøring av egen forforståelse	11
1.6 Oppgavens oppbygging.....	12
2 Definisjoner og teoretisk bakgrunn	13
2.1 Pasientsikkerhet og Pasientsikkerhetsprogrammet.....	13
2.2 Anestesisykepleierens ansvars- og funksjonsområde.....	15
2.2.1 Etske og juridiske forpliktelser.....	15
2.2.2 Kompetanse	16
2.2.3 Anestesisykepleiers særansvar	16
2.3 Team og teamkommunikasjon	18
2.3.1 Ikke-tekniske ferdigheter.....	19
3 Design og metode.....	20
3.1 Fokusgruppeintervju.....	20
3.2 Utvalgsstrategi.....	21
3.3 Rekruttering.....	23
3.4 Gjennomføring	24
3.4.1 Prøveintervju	24
3.4.2 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuet	25
3.5 Analyse.....	25
3.6 Etikk	29
4 Presentasjon av funn.....	31
4.1 Å trygge pasienten- bidrar Sjekklista til økt fokus på pasientsikkerhet?.....	31

4.2	«..da dukker det opp popcornbita i den her microbølgeovnen altså, underveis»	
	Pasientsikkerhetskultur i avdelinga.....	32
4.2.1	Pasientforløp.....	33
4.2.2	Informasjonsflyt som pasientsikkerhetstiltak	34
4.3	«ja eg ser () resultatet av det dokker gjør, men eg har ikkje peiling på ka dokker hold på med - sa kirurgen».....	35
4.3.1	Ansvarsfordeling, forståelse og respekt for hverandres arbeid	35
4.4	Organiseringen av arbeidsdagen kan føre til tidspress	36
4.5	Eksempel på gruppe interaksjon.....	37
5	Drøfting	39
5.1	Valg av metode/metodekritikk	39
5.2	Å bruke gruppeinteraksjon som en del av analysen	41
5.3	Å trygge pasienten- Sjekklistas bidrag til pasientsikkerhet.....	41
5.4	Opplevelsen av en pasientsikkerhetskultur i avdelinga.....	43
5.4.1	Pasientforløp.....	44
5.4.2	Informasjonsflyt som en vesentlig del av sikkerhetsatferd/sikkerhetskultur.....	45
5.5	Ansvarsfordeling, forståelse og respekt	48
6	Konklusjon.....	51
	Referanseliste	52
	Vedlegg	56
	Vedlegg 1 Sjekkliste.....	56
	Vedlegg 2 Intervjuguide.....	57
	Vedlegg 3 Forespørsel om deltakelse.....	60
	Vedlegg 4 Svar fra NSD.....	62
	Vedlegg 5 Svar fra REK.....	63
	Vedlegg 6 ISBAR (https://www.nsf.no/Content/1591866/cache=20161011231424/ISBAR-%20kvalitetsforbedringstiltak%20vedr%C3%B8rende%20pasientoverlervring.pdf).....	65
	Vedlegg 7 Litteratursøk.....	66

Forord

Jobben med Master i anestesisykepleie er nå over med denne oppgaven som resultat. Det har vært en spennende, lærerik, utfordrende og til tider frustrerende prosess.

Jeg er takknemlig for den tilrettelegging min arbeidsgiver UIT Norges Arktiske Universitet har gjort, slik at det ble mulig å fullføre innen normert tid.

Tusen takk til kolleger, spesielt Anne Grete L. Elvebø som har støttet, oppmuntret og vært en god diskusjonspartner.

Stor takk til min veileder Vigdis Schnell Husby som beholdt troen på at dette skulle jeg klare, og oppmuntret og utfordret meg gjennom skriveprosessen.

Min observatør Sylvin Thomassen som spontant tilbød seg å stille opp på Fokusgruppeintervju og delte av sin erfaring og som oppmuntret og «pushet» når jeg gikk i stå. Du er enestående med ditt engasjement for faget og kolleger!

Stor takk til testinformantene og informantene! Uten dere ville det ikke blitt noe oppgave.

NSF's studiesenter Xristos, på den greske øya Lesvos, ga fred i sinnet, inspirasjon og tid til å jobbe intensivt en hel uke og har litt av æren for at jeg rakk leveringsfristen.

Sist, men ikke minst; takk til mine kjære som holdt ut med meg når det buttet imot og humøret var deretter. Takk for innspill, hjelp til å holde bakkekontakten, at dere tror på meg.

Sammendrag

Bakgrunn: Fokus på pasientsikkerhet er et satsningsområde i dagens helsevesen. Komplikasjoner i forbindelse med kirurgi er vanlig. Opptil 50% av feilene som oppstår i helsevesenet kunne vært unngått. Sjekkliste for Trygg Kirurgi, initiert av Verdens helseorganisasjon (WHO) i 2009, er en del av tiltakspakken for å redusere pasientskader. Bruk av Sjekklista reduserer sykkelighet og dødelighet i forbindelse med kirurgi, men er fremdeles utfordrende å få fullt implementert.

Problemstillingen «Hvordan opplever anestesisykepleierne gjennomføring av Sjekklista for trygg kirurgi?». Underspørsmålene er om Sjekklista bidrar til økt fokus på pasientsikkerhet og bidrar til pasientsikkerhetskultur. Svarene kan gi innsikt i hva som hemmer og fremmer bruken. Økt fokus på Sjekklista kan øke bruken til pasientens beste.

Metode: Et deskriptivt kvalitativt design ble valgt. Et semistrukturert fokusgruppeintervju med seks anestesisykepleiere med yrkeserfaring mellom 4-30 år ble gjennomført. Det transskriberte materialet ble analysert ved hjelp av Malteruds Systematiske Tekst Analyse.

Resultater: Informantene er opptatt av å gjøre en god jobb og holde pasienten trygg. Sikkerhetskultur som begrep brukes ikke, men de beskriver en arbeidshverdag preget av sikkerhetstenkning. Dette er ikke nødvendigvis integrert i hele operasjonsavdelingen. Operasjonsteamets ansvar for pasientsikkerheten er viktig, og det trengs en større forståelse og respekt for hverandres oppgaver. Organisering av arbeidsdagen har betydning for pasientsikkerheten.

Konklusjon: Sjekklista brukes i varierende grad. Når den brukes bidrar den til økt fokus på pasientsikkerhet, den standardiserer sikkerhetssjekker som alltid har vært gjort og inkluderer resten av teamet i pasientsikkerheten. Det er fremdeles behov for opplæring av hele organisasjonen for å oppnå en sikkerhetskultur.

Nøkkelord: Pasientsikkerhet, Sjekkliste, Anestesisykepleie, Erfaringer med Sjekklista

Abstract

Background: Patient safety is a focus area in today's health care service.

Complications following surgery is common. Up to 50% of errors in healthcare are preventable. The WHO Safe Surgery Checklist is part of the governmental patient safety program to reduce preventable errors and harm to patients. The Checklist is proven to reduce mortality and morbidity after surgery, but its implementation is still challenging. By investigating the nurse anaesthetist experiences with the implementation of the checklist, we may gain insight in factors that inhibit or promotes its use. Focusing on the checklist may also enhance its implementation.

Method: A descriptive qualitative design. A semi-structured focus group interview with six nurse anaesthetists (work experience 4-30 years) was conducted. The transcribed material was analysed using Malterud's systematic text condensation.

Results: The informants aim to do a good job and keep the patient safe. They are not familiar with the term safety culture, but their way of working is consisting of safety precautions not necessary shared by the other members of the operating theatre team. The team has an important role when it comes to patient safety, and there is a need to enhance the respect and understanding of each other's roles and tasks. Organization of the workflow also has an impact on patient safety.

Conclusion: The use of the Checklist varies. When it's used it contributes patient safety, helps standardizing safety check-ups that has always been used and includes the rest of the surgical team in the safety checks. There is more focus on patient safety, but there is still a need for education in the whole organization to achieve a culture for safety.

Key words: Patient safety, Checklist, Briefings, Nurse anaesthetist, Experience

1 Innledning

Kirurgiske inngrep kan være livreddende, men kan også medføre skade på pasient. Forekomsten av dødsfall relatert til kirurgi ligger på mellom 0,4-0,8 % i industrialiserte land. Komplikasjonsraten i disse landene anslås til mellom 3% og 16% (McDowell & McComb, 2014).

Komplikasjoner og utilsiktede hendelser kan medføre store ulemper for pasienten i form av skader og forlenget sykehusopphold (ibid).

En rapport fra Statens helsetilsyn (2016) viser at spesialisthelsetjenesten sendte inn 501 varsler om alvorlige hendelser i løpet av 2015. Dette er en økning på 21% fra 2014. Av disse varslene var 47 hendelser fra kirurgiske inngrep/operasjoner og 27 fra akutt livreddende behandling. Den nyeste rapporten fra 2017 viser at tallene fortsetter å stige. I 2016 var det 587 varsler fra spesialisthelsetjenesten og hele 73 av dem forbindelse med kirurgisk behandling. Trenden så langt ser ut til at tallet for 2017 blir enda høyere (Helsetilsyn, 2017).

Anestesi kan medføre komplikasjoner for pasientene; anestesimedikamentene kan gi respirasjonsdepresjon og videre hypoksi dersom luftveien ikke sikres korrekt. Manipulering med luftveien i forbindelse med intubasjon kan gi skader og aspirasjon av ventrikkelinhold er en risiko for alle pasienter i dyp sedasjon og narkose. Hypo- og hypertensjon og medikamentreaksjoner er også potensielle livstruende reaksjoner (Fasting, 2010; WHO, 2009). Pasientsikkerhet er et satsningsområde i dagens helsevesen (Kunnskapscenteret, 2014).

I retningslinjene for trygg kirurgi (WHO, 2009) beskrives det bl.a. at dødeligheten i forbindelse med anestesi i den vestlige verden ble redusert fra 1 dødsfall per 5000 anestesi for 30 år siden til 1 per 200 000 anestesi i dag, takket være mere kunnskap og standardisering av behandlingen.

Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24/7» startet opp i 2011 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Kampanjen skulle blant annet jobbe med å redusere antall pasientskader og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsevesenet. WHO's Sjekkliste for trygg kirurgi (heretter referert til som «Sjekklista») er en del av denne kampanjen (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2011).

Haynes et al (2009) finner i sin multisenterstudie en reduksjon i dødelighet fra 1,5% før Sjekklista til 0,8% etter innføring av Sjekklista. Komplikasjonene blant inneliggende pasienter falt fra 11% ved baseline til 7% etter innføring av Sjekklista. En review artikkel fra 2016 (Cadman) konkluderer med at Sjekklista fører til en signifikant reduksjon i sykелighet og dødelighet og gitt kvaliteten på studiene som er inkludert er det høyst sannsynlig at effekten kommer av Sjekklistebruk.

Opptil halvparten av skadene som oppstår i helsevesenet kunne sannsynligvis vært forhindre (Kunnskapssenteret, 2014; McDowell & McComb, 2014). Eksempler på slike skader kan være feilmedisineringer, sårinfeksjon etter operasjon eller komplikasjoner i forbindelse med kirurgi for eksempel på grunn av kommunikasjonssvikt i det kirurgiske teamet (Kunnskapssenteret, 2014).

1.1 Sjekkliste for Trygg kirurgi

Sjekklista er et av innsatsområdene i Pasientsikkerhetskampanjen (pasientsikkerhetsprogrammet, 2016). 100 spesialister fra hele verden har blitt enige om de viktigste tiltaksområdene, basert på rapporter og tilgjengelig forskning. Disse ti hovedområdene som er viktig for trygg gjennomføring av anestesi og kirurgi inngår nå i Sjekkliste for Trygg Kirurgi (WHO, 2009, Guidelines).

Hovedområdene omfatter:

- Teamet opererer rett pasient med rett inngrep og side.
- Teamet velger anestesimetode som er velkjent og som er pasientsikker og beskytter pasienten mot smerte.
- Teamet identifiserer ev. vanskelig luftvei og forbereder utstyr og behandling.
- Teamet identifiserer og forbereder behandling av blodtap.
- Teamet identifiserer pasienter med økt risiko for allergiske eller unormale reaksjoner på medikamenter.
- Teamet bruker anerkjente metoder for å forebygge sårinfeksjoner.
- Teamet forhindrer at instrumenter og kompresser o.l. blir gjenglemt i pasienten.
- Teamet sikrer adekvat merking av prøvemateriale.

- Teamet kommuniserer effektiv og utveksler kritisk informasjon.
- Sykehus og offentlig helsetjeneste oppretter systemer for å monitorere kirurgisk kapasitet, behandling og resultater (WHO, 2008).

Sjekklisten består av tre deler. Del 1, Sign in; her skal pasienten selv bekrefte korrekt identitet med navn og fødselsdato, hvilket inngrep som skal gjennomføres og at feltet er merket der det er aktuelt. Det spørres også om fasteregler er overholdt. Anestesipersonell bekrefter at nødvendige medikamenter og utstyr er til stede og sjekket, og at pasientens forhistorie er sjekket med tanke på vanskelige intubasjonsforhold, risiko for allergi, risiko for blødning og risiko for hypotermi og hypo/hyperglykemi. Dette skal gjøres før pasienten gis anestesi.

Del 2, time out gjøres før knivstart. Her presenteres teamet for hverandre med navn og funksjon. Dette er viktig i forhold til om noe uforventet oppstår, kan vi henvende oss med navn til rett person, og alle er kjent med hvilken kompetanse som er tilgjengelig under inngrepet. Denne presentasjonen skal styrke teamfølelse og gjøre det lettere for den enkelte i teamet å si fra dersom det oppdages elementer som kan true pasientsikkerheten. Deretter skal teamet bekrefte rett pasient med rett type inngrep på rett side. At nødvendig utstyr er tilgjengelig og sterilt bekreftes av operasjonssykepleier og kirurg. utfordringer knyttet til bruken tas også opp her. Er det ukjent/nytt utstyr skal det kommuniseres her. Risikofylte deler av inngrepet og risikofaktorer ved anestesen skal gjøres kjent for teamet. I tillegg bekrefter anesthesisykepleier at antibiotika profylakse er gitt der det er ordinert, og status for blodsukker og antitromboseprofylakse. Anestesi- eller operasjonssykepleier bekrefter at hypotermiforebyggende tiltak er planlagt/iverksatt der det er aktuelt.

Del 3, check out utføres før kirurg forlater operasjonssalen. Da oppsummeres hvilket inngrep som er gjennomført, at antall instrumenter, kompresser, nåler osv. stemmer, at ev. prøvemateriale er riktig merket og på riktig medium, at postoperative forordninger er skrevet ned og at pasientens temperatur er over 36 grader celsius. (Wæhle, Haugen, Søfteland, & Hjälmhult, 2012)

1.2 Presentasjon av tema og problemstilling

Sjekklisten er et av tiltakene for å øke pasientsikkerheten som anestesisykepleierne møter flere ganger daglig. Hvor stor betydning mener anestesisykepleierne Sjekklisten har? Bidrar den til økt pasientsikkerhet? Er den et viktig bidrag for å øke pasientsikkerhetskulturen blant personalet?

Hensikten med Sjekklisten er å minimere medisinske feil som kan forebygges og å standardisere rutineene i klinisk praksis gjennom å øke kommunikasjonen og styrke det kirurgiske team (Ronning & Nilsson, 2015). Studien til A. S. Haugen, Murugesu, Haaverstad, Eide, og Søfteland (2013), gjennomført før innføringen av Sjekklista, viste at 81% av de spurte hadde opplevd usikkerhet med tanke på inngrepets side, 38% hadde opplevd usikkerhet i forhold til pasientens identitet. Til tross for dette var det kun anestesisykepleierne som rutinemessig sjekket pasientens identitet før et kirurgisk inngrep. Cadmans review artikkel (2016) viser reduksjon i morbiditet og mortalitet etter innføringen av Sjekklisten. En studie fra Finland i 2014 konkluderer med at kommunikasjonen mellom anestesilege og kirurg var forbedret, og sikkerhetsmessige temaer ble bedre dekket etter innføringen. Ikke-planlagte reinnleggelser falt med 15% og sårkomplikasjoner falt fra 19% til 8% etter innføring av Sjekklista (Lepänluoma, Takala, Kotkansalo, Rahi, & Ikonen, 2014). En stor retrospektiv, multisenter kohort studie fra 28 europeiske land fra 2015 konkluderer med at bruken av Sjekklisten varierer i de europeiske landene, men at bruk av Sjekklista var assosiert med lavere mortalitet (Jammer m.fl., 2015). I 2015 ble det også publisert en prospektiv randomisert kontrollert studie av Chaudhary et. al (2015) som konkluderer med at implementering av WHO's Sjekkliste reduserer dødelighet så vel som forbedrer postoperativt resultat.

Andre studier, bl.a. Nørgaard, Johnsen, og Marhaug (2016) og Pickering m.fl. (2013) viser at det er diskrepans mellom rapportert bruk av Sjekklisten, og det som observeres gjennomført. Cadman (2016) finner også store forskjeller i bruken av Sjekklista mellom ulike studier, med ekstreme forskjeller fra 0-100%.

Med bakgrunn i anestesisykepleierens funksjons- og ansvarsområde utforsker jeg hvordan anestesisykepleierne benytter seg av mulighetene til å forsterke pasientsikkerheten ved hjelp av sjekklisten. Problemstillingen er:

«Hvordan opplever anestesisykepleierne gjennomføringen av Sjekklisten for Trygg Kirurgi?»

Underspørsmål:

- Opplever anestesisykepleierne at sjekklisten bidrar til økt fokus på pasientsikkerhet?
- Opplever anestesisykepleierne en pasientsikkerhetskultur i avdelingen?
- Opplever anestesisykepleierne at Sjekklisten kan bidra til pasientsikkerhetskulturen?

1.3 Hensikt

Hensikten med denne studien er å få kunnskap om anestesisykepleierens opplevelse av gjennomføringen av sjekklisten. Deres opplevelser og erfaringer kan bidra til innsikt i hva som fremmer og hemmer bruk av sjekklista. Et fokus på tema i denne studien kan bidra til økt interesse og en mer bevisst bruk av Sjekklisten og derigjennom bedre pasientsikkerheten ved kirurgi og anestesi.

1.4 Avgrensinger

Selv om det å øke pasientsikkerheten er en teaminnsats, der flere yrkesgrupper er involvert, vil oppgaven bli avgrenset til anestesisykepleiernes opplevelse av bruken av Sjekklisten. Denne begrensningen er valgt p.g.a. oppgavens størrelse.

Team og teamkommunikasjon er viktige elementer for pasientsikkerhet. Emnet vil belyses i begrenset omfang, kun relatert til det kirurgiske teamet og sett i lys av pasientsikkerhet. Kommunikasjon vil også bare kort belyses, og da i forhold til pasientsikkerhet.

På grunn av begrenset tid, vil studien omfatte én fokusgruppe ved ett sykehus.

1.5 Klargjøring av egen forforståelse

Jeg er anestesisykepleier med erfaring i bruk av Trygg Kirurgi. Min forforståelse er at Sjekklisten ikke ble brukt optimalt. Min forforståelse innebærer også at implementeringen ikke har vært optimal med tanke på brukerinvolvering. Under arbeidet forsøker jeg å sette forforståelsen til side. Da kan jeg åpne opp for andre perspektiver som ikke nødvendigvis støtter mitt syn. Jeg har også en forforståelse

som sier at alle anestesisykepleiere er opptatt av pasientsikkerhet og vil omfavne tiltak som kan bedre denne. Min oppfatning av anestesisykepleiere som gruppe, er at de er faglig sterke og at de er opptatt av pasienten sin, og de er «den sovende pasients advokat». Det vil si at de taler pasientens sak og beskytter den sovende pasients integritet.

Jeg har de siste årene veiledet studenter i anestesisykepleie i praksis. Gjennom rollen som praksislærer har jeg vært på de fleste anesthesiavdelinger i Nord- Norge og er derfor kjent for de fleste deltakerne i fokusgruppen. Dette kan prege deres syn på meg under intervjuet.

Min forforståelse kan påvirke meg i alle deler av prosessen, som i valg av litteratur og analysen av data. Gjennom å erkjenne egen forforståelse kan jeg forsøke å jobbe mot den og beholde et åpent sinn.

1.6 Oppgavens oppbygging

I kapittel 1 gjøres det rede for bakgrunn for valg av tema, en presentasjon av hva Sjekklista for Trygg Kirurgi er. Problemstillingen presenteres og den teoretiske bakgrunnen for denne og forskningsspørsmålene utdypes. Det gjøres rede for hensikt med studien, avgrensinger og studentens forforståelse.

I kapittel to definerer jeg en del begreper som brukes i oppgaven, og den teoretiske og politiske bakgrunnen for pasientsikkerhetsprogrammet presenteres.

Anestesisykepleierens ansvar for pasientsikkerhet presenteres også her, og det kirurgiske teamet som er en vesentlig setting for anestesisykepleierens ansvars- og funksjonsområde.

Kapittel tre beskriver metodisk tilnærming og kapittel fire er en presentasjon av mine funn. I kapittel fem drøfter jeg mine funn med bakgrunn i tidligere forskning og teoretisk perspektiv og kapittel seks vil gi en oppsummering og tanker videre.

2 Definisjoner og teoretisk bakgrunn

2.1 Pasientsikkerhet og Pasientsikkerhetsprogrammet

Kunnskapssenteret definerer pasientsikkerhet som «vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser» (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2011).

Kvalitet og pasientsikkerhet er tema som er mye belyst de sist årene. Rapporten «To err is human» fra 2000 (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000) satte for alvor fokus på feil som gjøres i helsevesenet, og hvordan man kan bygge et tryggere helsevesen. Stortingsmelding nr. 10 (2012-2013) bruker uttrykket i tittelen: «Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten» (Meld. Storting nr.10omsorgsdepartementet, 2012-2013).

Her ser vi at pasientsikkerhet blir knyttet opp mot kvalitet. Det erkjennes at det er et behov for å utvikle systemer og kulturer i helsevesenet for å lære av feil. Pasientens behov skal stå i sentrum. I et kompleks helsevesen er det behov for standardisering for å sikre pasientene lik behandling, og nasjonale retningslinjer og veiledere fremmes. Hovedbudskapet i denne Stortingsmeldingen er tredelt: helse- og omsorgstilbudene skal bli mere brukerorientert, det skal satses mere på systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerheten skal bedres og antall uønskede hendelser skal reduseres (ibid).

Uønskede hendelser og nestenhendelser er andre begreper i forbindelse med pasientsikkerhet. Definisjonene er hentet fra boka «Pasientsikkerhet» (Aase, 2015, s. 14,15) som baserer seg på definisjonene fra verdens helseorganisasjon.

Uønsket hendelse:

En skade som er relatert til klinisk behandling og ikke til komplikasjoner ved et sykdomsforløp. Med klinisk behandling menes alle aspekter av helsetjenester inkludert diagnose, behandling, pleie, systemer og utstyr som brukes for å levere tjenesten (Aase, 2015, s. 14,15).

Nestenhendelse defineres som «En hendelse som har potensial til å lede til en uønsket hendelse, men som ikke gjør det på grunn av tilfeldigheter, eller fordi den

blir forhindret fra å utvikle seg» (Aase, 2015, s. 14,15). Pasientsikkerhet skal altså verne pasienten fra uønskede hendelser og forhindre potensielle hendelser til å utvikle seg til en uønsket hendelse. Sjekklisten er et bidrag til dette.

Pasientsikkerhetskampanjen satte i verk tiltak på kjente risikoområder hvor det fantes dokumentert kunnskap om effekt. Sjekklisten for Trygg Kirurgi er et slikt risikoområde, og Stortingsmelding 10 (2012-2013) hadde som mål at Sjekklista skulle benyttes ved alle relevante operasjoner, og at alle enheter skulle innføre tiltak for Trygg Kirurgi, hvor Sjekklista inngår, i løpet av 2012. Den 1. januar 2014 gikk kampanjen over til et femårig program hvor målsetningene fra kampanjen (å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsevesenet) videreføres (Kunnskapsenteret, 2014). Et fortsatt fokus på Sjekklista er derfor med på både å oppfylle vår forpliktelse overfor pasienten, men også å overholde statlige kvalitetskrav og bidra til sikkerhetskultur i avdelingen.

Begrepet Sikkerhetskultur ble beskrevet første gang i en rapport fra det Internasjonale Atomenergibyrået etter kjernekraftverkulykken i Tsjernobyl i 1986. Det ble definert som «En samling av karakteristika, holdninger, verdier, oppfatninger og adferdsmønstre i organisasjoner og individer med sikkerhetsoppmerksomhet som en overordnet prioritet» (Arvid Steinar Haugen & Storm, 2015, s. 77).

De samme forfatterne refererer også til Nasjonal Sikkerhetsmyndighet sin beskrivelse av sikkerhetskultur «Summen av de ansattes kunnskap, motivasjon, holdninger og adferd som kommer til uttrykk gjennom virksomhetens totale sikkerhetsatferd» (Arvid Steinar Haugen & Storm, 2015, s. 77) .

Innen sykehusene er det pasientsikkerhetskultur det menes når vi bruker begrepet sikkerhetskultur.

Det tidligere nevnte pasientsikkerhetsprogrammet vil måle sikkerhetskulturen i de ulike sykehus og avdelinger. Dette gjøres fordi det er vist at det kan være en sammenheng mellom sikkerhetskultur og utfallet i pasientbehandlingen. Antall uønskede hendelser ble redusert etter at et forbedringsprogram som fokuserte på pasientsikkerhetskultur ble gjennomført (Arvid Steinar Haugen & Storm, 2015).

2.2 Anestesisykepleierens ansvars- og funksjonsområde

2.2.1 Etske og juridiske forpliktelser

Lov om helsepersonell §4 pålegger alt helsepersonell å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes av deres kompetanse (Lovdata, 2001). Lov om spesialisthelsetjenesten har fra 2012 et tillegg i § 3-4 (Lovdata, 2000) hvor virksomheter pålegges å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Vi er altså bundet av lovverket til å jobbe med pasientsikkerhet. Det å overholde faglige standarder som Sjekklista for Trygg Kirurgi bidrar til faglig forsvarlighet jamfør studien til A. S Haugen m.fl. (2013).

De yrkesetiske retningslinjene er gjeldende i alt vi gjør. Sykepleiens grunnlag er respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet (NSF & Sykepleierforbund, 2011). Gjennom å verne pasientene mot unødig skade eller risiko for skade viser vi respekt for pasientens liv og verdighet.

Funksjonsbeskrivelsen legger føringer for anestesisykepleierens ansvars- og funksjonsområder. I denne beskrivelsen finnes flere referanser til vårt ansvar for pasientsikkerhet: Anestesisykepleier skal ivareta pasientens behov for sykepleie og anestesi i den pre-, per- og postoperative periode. Hun/han skal utføre sitt arbeid «i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som ivaretar pasientens krav til sikkerhet og kvalitet og beskytter mot uforsvarlig praksis» (ALNSF, 2014).

Den sier også at vi er ansvarlig for å forebygge komplikasjoner, samarbeide med annet helsepersonell og skal holde en høy hygienisk standard. Disse punktene kan vi relatere direkte til hensikten med Sjekklisten.

Norsk standard for anestesi (ALNSF/NAF, 2016) er en normgivende retningslinje som har til hensikt å ivareta pasientsikkerheten gjennom å sikre en tilfredsstillende anesthesiologisk praksis i Norge. Den gjelder for alle som utfører anesthesiologisk arbeid i Norge. Avvik fra Standard skal kunne begrunnes og dokumenteres. Punkt 6,1 i Standarden sier «WHO`s sjekkliste for trygg kirurgi anbefales brukt ved alle kirurgiske inngrep».

Dette innebærer at anestesipersonellet skal begrunne og dokumentere avvik fra standarden dersom Sjekklisten ikke blir brukt.

2.2.2 Kompetanse

I Norge er utdanningen av anesthesisykepleiere basert på en nasjonal rammeplan med forskrift (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Den skal sikre at kompetansen en anesthesisykepleier har, er lik uansett hvilken institusjon man er utdannet ved. Kompetanse beskrives av NOKUT som «En kvalifikasjon er et formelt læringsutbytte på et visst nivå, godkjent av en instans og som kan dokumenteres. I Norge betegnes en kvalifikasjon oftest som formell kompetanse».

«Generell kompetanse er å kunne anvende kunnskap og ferdigheter på selvstendig vis i ulike situasjoner gjennom å vise samarbeidsevne, ansvarlighet, evne til refleksjon og kritisk tenkning i studier og yrke» (Begreper Kunnskapsdepartementet, 2011, s. Tabell 2).

Det er også samsvar mellom rammeplanens krav til anesthesisykepleiers kompetanse etter endt utdanning, og Funksjonsbeskrivelsen (ALNSF, 2014). Denne er etter generalforsamlingen under Fagkongressen høsten 2017 erstattet av Grunnlagsdokument for Anesthesisykepleiere som er enda mere grundig i sin beskrivelse av en anesthesisykepleiers særegne funksjon (ALNSF, 2017). Arbeidsgivere, pasienter og pårørende kan på denne måten vite hva som forventes av en anesthesisykepleiers kompetanse. Rammeplanens punkt 3d) slår fast at anesthesisykepleier skal forebygge komplikasjoner og ivareta pasientens sikkerhet.

2.2.3 Anesthesisykepleiers særansvar

Innholdet i del 1 av Sjekklisten har anesthesisykepleierne historisk sett rutinemessig sjekket før innledning av anestesi. Det har da vært gjort av den enkelte anesthesisykepleier og ev. anestesilege. Dette innbefatter sjekk av identitet, at fasterutiner er overholdt, kontroll av pasientens medisinske historie inklusive ev. allergier og kontroll av medisin teknisk utstyr. Lovverk, funksjonsbeskrivelsen og etiske retningslinjer pålegger oss å holde oss faglig oppdatert (ALNSF, 2014; Lovdata, 2000, 2001; NSF & Sykepleierforbund, 2011). Det å engasjere seg i nye rutiner, som innføring og bruk av Sjekklisten for Trygg Kirurgi, kan være en del av det å holde seg oppdatert.

Hva er anestesisykepleiernes særegne funksjon i forhold til de andre medlemmene av teamet? Ny teknologi, økt kompleksitet og spesialisering i kombinasjon med økt krav til sikkerhet utfordrer autonomien til den enkelte i helseteamet.

Behandlingen krever samarbeid mellom faggruppene. Kunnskapsutviklingen skjer så raskt at den enkelte fagperson ikke har mulighet for å ha oversikt over alle felt (Omsorgsdepartement, 2012). Det enkelte medlemmet av operasjonsteamet har sin spesifikke jobb i teamet. Dette blir også klargjort i del 2 av Sjekklista.

Det å holde pasienten trygg gjennom det kirurgiske forløpet er hovedfokuset til anestesisykepleieren. Dette kommer frem i en studie utført av to kanadiske sykepleiere (Schreiber & MacDonald, 2010). Gjennom å holde årvåken vakt over pasienten sikrer anestesisykepleieren pasienten et best mulig utkomme og bevarer det ubrytelige båndet av tillit dem imellom (Schreiber & MacDonald, 2010).

Kompetansen innebærer å raskt kunne identifisere og opprettholde ev. gjenopprette pasientens fysiologiske prosesser under anestesi da den sykes tilstand kan forverres raskt. Videre kan anestesisykepleier iverksette livreddende tiltak (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Anestesisykepleieren har et selvstendig ansvar og kan gjennomføre anestesi selvstendig, etter avtale med anestesilege, på pasienter som ellers er frisk (ASA 1 og 2) og i samarbeid med anestesilege hos pasienter med mere komplekse sykdomstilstander (ASA3 og 4) (ibid).

Anestesisykepleieren er kontinuerlig hos pasienten gjennom hele det kirurgiske forløpet, fra pasienten kommer til operasjonsstua, ev. på preisitt på avdelinga tidligere, og frem til pasienten er trygt levert på postoperativ avdeling etter endt inngrep. Dette gir anestesisykepleieren en unik mulighet til å oppdage små endringer i pasientens tilstand. Det kan også medvirke til at viktige observasjoner og informasjon blir formidlet videre i behandlingsskjeden.

Pasientens forløp er mye lengre, både i tid og rent fysisk. Pasientforløp er også et innsatsområde i dagens helsevesen. Spesialisthelsetjenestelovens §2-2 pålegger oss å gi pasienten et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (Lovdata, 2000).

Pasientforløp defineres på følgende måte på Helsedirektoratets side” En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode”.

Anestesisykepleieren kan møte pasienten i ulike faser av et pasientforløp og kan bidra til økt pasientsikkerhet gjennom å rapportere viktig informasjon om pasientens behandling muntlig og skriftlig.

2.3 Team og teamkommunikasjon

Det finnes utallige definisjoner på hva et team er. Sheard og Kakabadse (Sheard & Kakabadse, 2004) bruker Katzenbach og Smith sin definisjon fra 1993 “A team is a small group of people with complementary skills who are committed to a common purpose, performance goals, and approach for which they hold themselves mutually accountable” (Sheard & Kakabadse, 2004, s. 13)

Sutton (2009) sammenfatter Tverrprofesjonelle team som «Profesjoner som jobber på en koordinert måte for å gi pleie til en pasient eller pasientgruppe».

Anestesisykepleierne jobber i ulike team: sammen med operasjonssykepleier i mottak, leiring og overflytting av pasient, sammen med anestesisykepleierkollega og/eller anesteselege under innledning og vedlikehold av anestesi og som en viktig del av det kirurgiske teamet under en operasjon. Et funksjonelt team er avhengig av flere faktorer for å fungere optimalt (Aase, 2015, s. 134) blant disse er felles situasjonsforståelse og respekt for hverandre, kommunikasjon og koordinering.

Courtenay, Nancarrow, og Dawson (2013) sier at interprofesjonelt teamarbeid kan oppnås gjennom en interaktiv anstrengelse hvor alle involverte profesjoner involverer seg gjennom god kommunikasjon og gjensidig respekt og forståelse for de andres rolle i teamet. Høy turnover i teamet kan derimot redusere teaminnsatsen og føre til forstyrrelser og tap av fokus.

Manglende/dårlig kommunikasjon i det kirurgiske teamet kan være årsak til ulike komplikasjoner i forbindelse med kirurgi (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2011). I en review artikkel fra 2013 (Courtenay m.fl.) anslås det at så mye som 70-80% av feilene i helsevesenet skyldes dårlig team kommunikasjon og forståelse. Flest feil oppstår i høyrisikomiljøer hvor ivaretagelsen av komplekse pasienter blir gjort av spesialiserte team i et dynamisk miljø hvor kommunikasjon, samarbeid og koordinering er en avgjørende del av behandlingen. En operasjonsstue er eksempel på et slikt miljø.

Forbedret teamarbeid er viktig for å styrke pasientsikkerheten. Effektivt interprofesjonelt teamarbeid oppnås gjennom en overgang fra koordinert individuell handling til koordinert interpersonal handling hvor team medlemmene deler samme tankemønster. Dette bør trenes på i team (Courtenay m.fl., 2013).

2.3.1 Ikke-tekniske ferdigheter

Disse beskrives av Flin, O'Connor & Crichton referert i NANTS-no som «Kognitive, sosiale og interpersonelle ferdigheter som sammen med tekniske ferdigheter bidrar til å håndtere oppgaver på en effektiv og sikker måte».

De ikke-tekniske ferdighetene komplementerer de tekniske ferdighetene og i teamarbeid på operasjonsstua vil de være avgjørende for en trygg og sikker pasientbehandling. I heftet NANTS-no: Vurdering av anestesisykepleiernes ikke-tekniske ferdigheter er det fire hovedpunkter for å systematisk vurdere ikke tekniske ferdigheter hos anestesisykepleier. Disse hovedpunktene er situasjonsbevissthet, beslutningstaking, oppgaveløsning og teamarbeid.

Under teamarbeid er det å utveksle informasjon, vurdere roller og kompetanser, koordinere aktiviteter, vise autoritet og gjennomslagskraft samt å støtte andre team medlemmer det som forventes. Det å dele kunnskap og opplysninger som er nødvendig med teamet er det sentrale her, og å oppnå felles forståelse for situasjonen gjennom Sjekklista er også nevnt (Flynn, Sandaker, Ballangrud, & Hall-Lord, 2014).

Mange av disse elementene finnes også i andre manualer som CRM - Crew Resource Management som også brukes i spesialiserte team innen bl.a. luftfart og Akuttmottak og Operasjonsavdelinger.

3 Design og metode

Det å undersøke et fenomen, som anestesisykepleiernes opplevelser er, vil være styrende for valg av design. Et deskriptivt kvalitativt design kan gi svar på disse spørsmålene, og fokusgruppeintervju er derfor egnet som metode.

3.1 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju er en metode som kan gi svar på mine spørsmål. Bente Halkier bruker David Morgans definisjon av Fokusgrupper (Halkier, 2010b, s. 16):

En forskningsmetode der data produseres gjennom samhandling i en gruppe rundt et tema som forskeren har bestemt.

Anestesisykepleierne jobber i team på operasjonsstua, og gjennomføringen av Sjekklista er også definert som et teamansvar, derfor ble valget Fokusgruppe kontra enkeltintervjuer. Fokusgruppens kombinasjon av gruppesamhandling og fokus på emne gjør den velegnet til å få frem data om betydningsdannelse i grupper. Betydningsdannelse kan forstås som en del av menneskets sosiale erfaring og fungerer ofte som taus kunnskap. Fokusgrupper gir deltakerne mulighet for å uttrykke denne tause kunnskapen (Halkier, 2010b).

Fokusgruppeintervjuer passer når man vil lære om erfaringer og holdninger i et miljø der mange mennesker samhandler (Malterud, 2011). Pasientsikkerhet og bruk av Sjekklisten er en teaminnsats, derfor kan fokusgruppen være et bra sted å finne svar. Fokusgruppen produserer data som belyser normer i gruppens praksiser og fortolkninger (Halkier, 2010b, s. 130).

Hensikten med en fokusgruppe er å forstå og ikke konkludere, å bestemme rekkevidde heller enn å generalisere og å få innsikt i hvordan deltakerne i gruppa oppfatter situasjonen og ikke avgjøre hvordan en større befolkning opplever den (Doody, Slevin, & Taggart, 2013a).

Gjennom en ikke-styrende intervjustil søkes det å få frem mange forskjellige synspunkter om Sjekklisten. I følge Kvale og Brinkman (2009) kan den kollektive ordvekslingen få frem flere spontane, ekspressive og emosjonelle synspunkter enn ved individuelle intervjuer.

Gruppeprosessen kan hjelpe til med å undersøke og klargjøre synspunkter som ville være vanskelig å få tak i via individuelle intervjuer (Kevern & Webb, 2001). Ifølge samme artikkel av Kevern og Webb (2001) viser de til forskning hvor svakere deltakere i gruppa finner styrke i de mere veltalende. Deltakerne stiller spørsmål om de andres uttalelser og de kommenterer erfaringer og forståelser ut i fra sin kontekstuelle forståelse. Dette gjør at gruppen kan produsere mer kompleks data (Halkier, 2010b, s. 14,15). Fokuset vil utvides utover hva den enkelte sier, hvordan de sier ting, språket de bruker og hvor sterkt de uttrykker følelser for emnet er også viktig å ta med i analysen av fokusgruppeintervjuet (Doody m.fl., 2013a).

Det er også ulemper med fokusgruppeintervjuer. Mennesker har en offentlig og en privat sfære hvor fokusgruppen vil oppfattes offentlig. Dette vil kunne medføre at svarene blir forsiktig, og ifølge enkelte, mindre autentisk (Kevern & Webb, 2001). Den sosiale kontrollen innad i gruppen kan også hindre at alle forskjeller i erfaringer kommer frem (Halkier, 2010b). Dette stiller store krav til moderator om å stille gode oppfølgingsspørsmål, og observatøren til å hjelpe med å avdekke ikke-artikulerte meninger. Videre kan utfordringen med fokusgrupper være å sette sammen en gruppe som fungerer med hensyn til gruppedynamikk. Det må være trygge rammer slik at alle tør å komme med sine erfaringer. Taushetsplikt innad i gruppen må understrekes som viktig, og oppfordres til. Det er også en fordel å finne deltakere som ønsker å bidra med sine erfaringer slik at man får gode komplekse data.

Valg av fokusgruppe som metode vil kunne gi et bredere kunnskapstilfang på bekostning av dybden som enkeltintervju kan bidra med.

3.2 Utvalgsstrategi

Sjekklisten er teaminnsats. Den første plan var å rekruttere hele operasjonsteamet med Anestesisykepleier, anestesilege, operasjonssykepleier(e) og kirurg. Dette ble valgt bort av flere årsaker. Det er sannsynlig at rekrutteringen ville blitt en større utfordring ved å inkludere hele teamet. Det ville kostet mye tid å finne et tidspunkt hvor alle kunne møtes, noe som ville forsinket prosjektets fremgang. I tillegg ville det sannsynlig bli for stort for denne oppgaven i forhold til analysen. Analysen måtte ta hensyn til de ulike yrkesgruppenes meninger dersom det viste seg å være

uenighet. Med fokus på operasjonsteamet ville det også bli en større utfordring å oppfylle oppgavens krav om å se problemstillingen i lys av anestesisykepleierens funksjons- og ansvarsområde. Valget ble derfor anestesisykepleiere som informanter.

Det ble gjort et strategisk utvalg da det er anestesisykepleiere som kan gi svar på problemstillingen.

Utvalget er anestesisykepleiere som har erfaring med Sjekklisten for Trygg kirurgi. Anbefalt gruppestørrelse varierer i litteraturen. En gruppe på 6-8 personer er passelig ifølge Malterud (Malterud, 2011, s. 60) Halkier (2010b) refererer til andre som anbefaler mellom 6 og 12 deltakere. Det vil være avgjørende å ha tilstrekkelige deltakere til å få frem ulike perspektiver og samtidig ikke så mange at enkelte ikke tør «å ta ordet» En større gruppe kan være vanskelig for moderator å styre. Store grupper kan splittes opp i subgrupper, og gjøre det vanskelig både å observere og transkribere det som blir sagt. Ønsket om å gå i dybden av det som blir sagt, taler for å ha en mindre gruppe. På grunn av oppgavens størrelse er prosjektet begrenset til én Fokusgruppe, da kan den heller ikke være for liten med tanke på å få frem ulike perspektiver. Doody, Slevin og Taggard (Doody m.fl., 2013a) refererer til Krueger som sier at mindre grupper er fordelaktig når deltakerne har betydelig kjennskap til emnet, og det har jo absolutt mine informanter. 6-8 personer ble derfor utgangspunktet. Rent praktisk vil det også kunne være vanskelig å rekruttere flere i et forholdsvis begrenset miljø.

Når det gjelder antall års erfaring kan det ha betydning. Å ta ansvar for gjennomføring av sjekklisten krever en viss «pondus», da du vil kreve oppmerksomhet fra andre yrkesgrupper enn din egen. Dette kan oppleves forskjellig om du er ny eller erfaren. Inklusjonskriteriet er anestesisykepleiere med mer enn ett års erfaring fra klinisk praksis. For å sikre mangfold og unngå at gruppen blir for homogen, er det viktig at både de forholdsvis ferske, og de med lang erfaring blir representert. Av samme årsak bør begge kjønn være representert. En for homogen gruppe kan gi mindre sosial utveksling.

Informantene kjenner hverandre som kolleger. Personer som kjenner hverandre interagerer annerledes enn ukjente. Det er ofte lettere å delta i samtalen for de er

trygg på hverandre og vet hvordan de andre reagerer. Felles erfaring og opplevelser gjør at de lettere kan utdype hverandres perspektiver. (Halkier, 2010b) Doody, Slevin and Taggart (2013b) sier derimot i sin artikkel, at hvis deltakerne kjenner hverandre, kan det potensielt forstyrre gruppedynamikken og hemme deltakernes respons.

3.3 Rekruttering

Forespørsel ble sendt til Seksjonssykepleier ved en Anestesiavdeling på et sykehus i Nord-Norge etter å ha innhentet tillatelse fra NSD (Norsk Senter for Forschungsdata, Personvernombudet).

Seksjonssykepleier på den aktuelle anestesiavdeling ble bedt om hjelp til å forespørre deltakere. Forespørselen ble sendt via e-post. Jeg informerte om bakgrunn og hensikt, antall deltakere som var ønsket og informasjonsskrivet ble vedlagt. Jeg ba også om hjelp til forslag om egnet lokale, og et tidspunkt som kunne passe for dem.

Ved å be en «nøytral» part om å rekruttere ville jeg forebygge utvalgsbias. Det vil for deltakerne også være lettere å si nei til en «nøytral» tredjepart. Dette er spesielt viktig når det skal rekruttere innad i «egne rekker». Anestesisykepleiere kjenner jo til hverandre selv om vi ikke jobber ved samme avdeling. Noen ville kanskje oppleve seg presset til å delta om forskeren selv forsøker å rekruttere. Det at nærmeste leder forespurte kan også ha betydning for svarprosent, da det også er en myndighetsperson.

Det ble ikke rekruttert anestesisykepleiere på «mitt» sykehus. Her er forskeren for nær feltet, og faren er stor for «blind spots» Det vil si at miljøet er så godt kjent at noen ev. utfordringer vil være «blindet» for forskeren. (Kvale & Brinkmann, 2009) I tillegg kunne informantene kanskje komme med mindre informasjon fordi de ville anta at enkelte emner var «allmenkjent».

Etter en litt treg start, hvor bare én deltaker meldte seg, ble Seksjonssykepleieren bedt om å sende forespørselen ut en gang til. Han ble også bedt om å oppfordre potensielle deltakere til å snakke med studentene som hadde deltatt på prøveintervjuet. Dette ville kunne avmystifisere deltakelsen noe. Det meldte seg flere deltakere gradvis, og til slutt hadde jeg 7 informanter. Informantene fikk

informasjonsskriv med samtykkeskjema på e-post etter at de hadde meldt seg. Informasjonsskrivet ble utarbeidet etter mal fra NSD- Personvernombudet (vedlegg 3).

3.4 Gjennomføring

3.4.1 Prøveintervju

Jeg er moderator i intervjuet og leder dialogen i gruppen. Malterud (2011) anbefaler ikke pilotintervjuer, da hun sier at naiviteten i det første intervjuet kan skape nye perspektiver. Det ble likevel utført et prøveintervjuer på kolleger og studenter. Da forskeren er helt uerfaren som moderator ble dette vurdert som viktig. Gjennom prøveintervjuet fikk vi sjekket ut intervjuguiden og øvelse på rollen som moderator. Det ble rekruttert en observatør/sekretær som noterte det som skjedde i gruppa og som ikke ble oppfanget av opptakeren. Dette gjorde at moderator kunne ha hele fokus på intervjuguiden og informantene. Observatøren er anestesisykepleier med lang og bred erfaring fra yrket samt erfaring med Fokusgruppeintervju. Intervjuguiden ble testet under prøveintervjuet. I tillegg ble informasjonsskrivet testet ut før prøveintervjuet (vedlegg 2 og 3).

Syv av ni inviterte kom til prøveintervjuet. Av temaer som var interessante å se videre på var at de følte de manglet informasjon om bakgrunnen for innføring av Sjekklista. Flere sa de opplevde at dokumentasjonen i DIPS (elektronisk pasientjournal) for gjennomført Sjekkliste ble viktigere enn selve Sjekklista, og flere satte spørsmålsteget med kvaliteten på gjennomføringen. De var ulike i synet på gjennomføringen, noen sa den ble nesten alltid brukt, noen opplevde den sjelden brukt. Gruppa var enig i at «timingene» av når de ulike delene skulle gjennomføres var viktig.

På spørsmål om de følte seg godt informert på forhånd gjennom informasjonsskrivet, svarte alle positivt. På spørsmål om det var noe de manglet av informasjon på forhånd, var det ingen som hadde noen kommentarer til.

Kvaliteten på intervjuguiden ble drøftet med observatøren i etterkant av prøveintervjuet. To av spørsmålene ble fjernet. Vi var enige om at det ene spørsmålet overlappet med et annet, så det ble tatt bort. Det andre var litt på siden av problemstillingen, og så ut til å forvirre informantene så det ble også fjernet.

Gjennom reflektert gjennomlytting av opptaket ble det tydelig hvor viktig det er å la stillheten få spillerom. Dette ga informantene tid til å tenke seg om og nye perspektiver fikk komme frem. Prøveintervjuet ble ikke transkribert og ble slettet etter gjennomlytting.

3.4.2 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuet

Fokusgruppeintervjuet var planlagt gjennomført direkte etter endt arbeidsdag. Dette gjorde det vanskelig for de som skulle hente i barnehage. Etter flere samtaler med seksjonssykepleieren om passende tidspunkt, blir det mulighet for å gjennomføre intervjuet i arbeidstida. Et møterom i nærheten av anestesivdelingen blir lånt ut. Fokusgrupper er kontekstuelle, og det passer derfor å gjøre intervjuet i denne settingen. Det ansporer informantene til å snakke om emnet, og omgivelsene er kjent og trygg for deltakerne (Halkier, 2010b). Intervjuet ble tatt opp på Olympus Digital Voice Recorder VN-8700PC.

Av de syv som hadde sagt ja til å delta, møtte seks opp. Det ble servert mat og drikke da intervjuet ble gjennomført i lunsjtiden. Dette ble en god introduksjon og kan ha bidratt til å «ufarliggjøre» situasjonen. Det ble en uformell start på intervjuet og var med på å sette stemningen. Deltakerne ble informerte om tidsrammen på inntil 90 minutter, hensikt med fokusgruppen og spørsmål ble avklart før opptaket begynte. Moderator og observatørens rolle ble klargjort. I henhold til konsesjonen fra NSD (vedlegg 4) ble deltakerne informert om at pasientinformasjon ikke måtte deles. Moderator informerte spesifikt om hva observatøren ville notere og hva det skulle brukes til. Til slutt ble det understreket at deres erfaringer er noe forskeren/studenten skal lære av og at det ikke er et mål å bli enig, men at alle meninger er like viktig (Halkier, 2010b).

Deltakerne var to menn og fire kvinner. Yrkeserfaring som anestesisykepleier spredte seg fra 4 år til 33 år. Alle deltok i samtalen, noen mere aktivt enn andre. Etter 58 minutter ble intervjuet avsluttet.

3.5 Analyse

Dataene som kom frem gjennom lydopptak (og feltnotater), ble omdannet fra tale til tekst via transskripsjon. Transskripsjonen ble utført av forskeren selv, ad verbatim

på informantenes dialekt. Dette for å ta vare på alle nyansene i ytringene. Dette var lett da forskerens dialekt ligner. Selve fokusgruppeintervjuet er kontekstuellet; det vil si at det er påvirket av den sosiale sammenhengen historiene fremkommer i. Derfor forsøkes det å unngå å fragmentere det for mye i transskripsjonen. Etterpå foretas en systematisk analyse slik at resultatene skal kunne kalles vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2011, s. 68). Ved å gi deltakerne fiktive navn, kunne materialet lettere leses som upersonlig tekst.

«Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet.» (Malterud, 2011, s. 91). Problemstillingen brukes som utgangspunkt for spørsmålene som stilles til materialet og gjennom systematisk, kritisk refleksjon finner vi svar i de mønstre og kjennetegn vi kan identifisere og gjenfortelle (Malterud, 2011). Kvale og Brinkmann (2009) kaller dette for å fortsette samtalen som ble innledet med intervjuene.

Malteruds (2011) Systematisk tekstkondensering (STK) ble valgt som analysemetode. Hun har utviklet denne strategien for kvalitativ analyse på bakgrunn av Amedeo Giorgis` psykologisk-fenomenologiske analyse. I følge Malterud (2012) er metoden godt egnet for noviser innen kvalitativ metode, da den gir fellesforståelse, fleksibilitet og gjennomførbarhet samtidig som den opprettholder et ansvarlig metodologisk nivå.

Systematisk tekst kondensering består av fire trinn:

- 1) Få et helhetsinntrykk. Dette startet allerede rett etter intervjuet og fortsatte med transkriberingen. Det å transkribere selv ga god innsikt i materialet. Det ble 19 sider med tekst. Senere ble den transskriberte teksten lest igjennom i sin helhet flere ganger og vurdert mot mulige tema som representerer anestesisykepleiernes erfaringer med sjekklisten. Det ble jobbet aktivt med å ikke la forforståelsen, eller forventningene til hva som vil finnes, forstyrre helhetsinntrykket. Dette var utfordrende, og materialet måtte av og til legges bort da forskeren følte at utålmodigheten gjorde at det opplagte skygget for meningene bak. Prosessen var tidskrevende. Oppsummeringen kom etter flere gjennomlesninger av hele materialet, og da har flere mulige tema kommet frem.

2) En systematisk gjennomgang av teksten og utvelgelse av meningsbærende enheter. Dette er deler av teksten som kan tenkes å belyse problemstillingen. Her ble det opprettet et nytt dokument med den transkriberte teksten, og brukt farger for å merke meningsbærende enheter, for å systematisere, eller kode dem.

3) Her ble kunnskapen som er fremkommet i andre analysetrinn trukket ut; kondensering. Den fargekodede tekst ble kopiert over i et tredje dokument. Alle fargekoder ble samlet hver for seg. I tillegg ble det laget en tabell med hver fargekode som ble navngitt. Kodegruppene ble studert og vurdert i forhold til om noe skulle slås sammen for de egentlig handler om samme fenomen, og andre må kanskje deles opp i flere grupper. Dette var en møysommelig prosess og grupper ble splittet og slått sammen flere ganger. Hver kodegruppe gjennomgås og ulike nyanser ved det beskrevne fenomen deles inn i subgrupper. Disse vil fremstå avhengig av vårt perspektiv når vi leser materialet. Fra subgruppene lages et kondensat, et kunstig sitat som bærer med seg det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene. Kodegruppene, subgrupper og kondensat ble så sendt til min observatør/sekretær for gjennomlesing. Hun fikk også hele råmaterialet, altså den ordrette transkriberingen. På denne måten vil forskeren styrke validiteten i analysen. Observatøren var tilstede under intervjuet og kan det sikre at min foreløpige analyse er i henhold til det deltakerne sa, og ikke er visket over av egen forforståelse og forventning. Etter å ha diskutert materialet, ble et fenomen jeg opprinnelig ikke helt forsto identifisert.

4) Her skal bitene settes sammen igjen, rekontekstualisering. Kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe sammenfattes. Det lages en analytisk tekst for hver kodegruppe med basis i de kondenserte tekstene. Sammenfatningene formidles slik at informantenes stemme blir hørt og samtidig gir leseren innsikt og tillit. Kanskje har det oppstått nye begreper med opprinnelse i temaene og kodene.

Etter at de analytiske tekstene og eventuelle nye begreper er funnet, går jeg tilbake i de opprinnelige tekstene for å validere funnene. Jeg leter etter data som motsier konklusjonene jeg er kommet frem til. Jeg vurderer også funnene opp mot foreliggende empiri og teori (Malterud, 2011, s. 91-112).

Når jeg er klar til å presentere funnene mine, sendes også disse til min sekretær/observatør for gjennomlesing for å en sterkere validering av analysen som er gjort. Funnene blir diskutert og vi enes om hovedfunnene.

Siden data fra fokusgruppeintervjuet produseres gjennom interaksjon i gruppe, er det nødvendig å også inkludere gruppedynamikken når man analyserer data (Grønkjær, Curtis, Crespigny, & Delmar, 2011). Jeg vil derfor også vise utvalgte deler av samtalen gjennom konversasjonsanalyse i kapittel fire. Dette vil illustrere hvordan deltakerne forhandlet rundt uenigheter.

Tabell 1 viser eksempler på hvordan de fire trinn i Malteruds Systematiske tekstkondensering er brukt:

Trinn 1 Foreløpige tema	Menings- bærende enheter	Trinn 2 Koding	Trinn 3 Subgrupper	Trinn 4 Kategorier
1. Pasient- sikkerhet	Det e jo en del ting...som..som.. vi lærte på anestesien, en del spørsmål vi stille med en gang vi treff pasienten og, og hvis det på en måte blir feil svar på de spørsmålan så skal, skal ikkje pasienten videre de her viktige med med at det e rett pasient og at den e fastende og...	Pasientsikkerhet Informasjonsflyt	Nytten med Sjekklista Ulemper med Sjekklista Trusler mot pasientsikkerheten	Å holde pasienten trygg Pasientsikkerhetskultur
2. Teamarbeid	...men det er veldig forskjellig korsen innstilling de forskjellige kirurgan har til den Sjekklista. (ja) Noen tar sjøl initiativ og andre aller	Teamets ansvar for pasient-sikkerheten Pasientforløp	Samarbeid Forståelse og respekt for hverandres arbeid Ansvarsfordeling Informasjonsflyt	Teamets fellesansvar

	nådigst svare- aller nådigst			
3. Tidspress	...mange som skal tilses på morran og TIDA, TIDA, TIDA! De skal være nede, de skulle egentlig vært nede for 10 minutter sida, og så står vi der; og herregud, katti kommer dæm ned,	Organisering	Individ kontra system Bemanning Tidspress/ Krav om effektivitet	Organisering av dagen kan skape tidspress
4. Timing	...og eg trur at kanskje vi som gruppe må bli flinkar til å si fra om eg e'kje klar...»		Samtidighets-konflikt	

3.6 Etikk

All helseforskning er regulert av regler og forskrifter i helseforskningsloven og forskningsetikkloven i tillegg til Helsinkideklarasjonen (Assosiation, 2013).

Helseforskningslovens § 5 sier bl. a. at all forskning «skal være basert på respekt for forskningsdeltakernes menneskerettigheter og menneskeverd. Hensynet til deltakernes velferd og integritet skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser.» (Lovdata, 2008).

Regional etikkomité (REK), som skal bidra til at forskning skjer i henhold til anerkjente etiske normer, ble kontaktet per telefon i desember 2016. De ønsket en fremleggsvurdering. Denne ble sendt 3. februar og besvart 10. februar 2017. Prosjektet ble vurdert som ikke fremleggspliktig (vedlegg 5). Etter svar fra REK ble det sendt søknad til NSD den 22. februar, denne ble besvart 03. april 2017. Det ble gitt konsesjon til å gjennomføre intervju, med noen tilføyelser (vedlegg 4).

Det ble også søkt til Forskningsansvarlig i Helseforetaket om tilgang til feltet. De ønsket kopi av vedtaket fra NSD, og ga sin tillatelse. Dette svaret er ikke lagt med som vedlegg for å bevare anonymiteten til forskningsfeltet.

I tillegg til formelle godkjenninger, har jeg også en forpliktelse til å forstå og etterleve de etiske prinsippene. Det å forske på kolleger stiller krav til meg om å utøve skjønn når jeg forvalter de erfaringene som deles med meg. Det er ikke lett å dele erfaringer der alt ikke ble helt som det burde. Derfor må jeg også vurdere belastningen selve intervjuet kan ha på den enkelte (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg vil ikke stille kolleger eller institusjonen i et dårlig lys, og kanskje må noe som deles forbli upublisert (Malterud, 2011, s. 207).

Det blir også viktig at informantene er informert om, og trygg på, at deres anonymitet blir bevart i hele prosessen. Det vil ikke bli oppbevart navn andre steder enn i samtykkeskjema og dette oppbevares i låst skap adskilt fra selve datamaterialet. Lydopptak oppbevares på kryptert minnebrikke og transkriberingen ble gjort av forskeren selv på datamaskin i offline-modus. Det er bare forskeren som har hatt tilgang på lydopptaket. Utskrevet datamateriale inneholder ingen personidentifiserbare opplysninger. Det utskrevne råmaterialet er bare delt med observatør og veileder. Sitater som brukes i teksten vil være så generelle at de ikke kan spores tilbake til en bestemt person.

4 Presentasjon av funn

Hovedfunnene fra fokusgruppeintervjuet kan oppsummeres i fire hovedtemaer med tilhørende undertema. Å trygge pasienten; anestesisykepleierne er opptatt av å gjøre en jobb av god kvalitet og å holde pasienten trygg. Pasientsikkerhetskultur; begrepet er ukjent, men de snakker om en arbeidshverdag hvor sikkerhetstenkning er en måte å jobbe på. De identifiserer også faktorer i arbeidshverdagen som kan true pasientsikkerheten/ sikkerhetskulturen. Pasientforløp er et annet tema som kom frem; hele kjeden pasienten er innom må spille på lag, herunder er informasjonsflyt vesentlig, all relevant informasjon må bringes videre innad i avdelingen og mellom avdelinger. Teamets ansvar for pasientsikkerhet; teamet må jobbe sammen for pasientens beste. Underpunktene forståelse og respekt for hverandres arbeid representerer hvordan informantene mener godt teamarbeid kan styrkes. Det siste punktet omhandler hvordan organisering av dagen kan bidra til tidspress.

4.1 Å trygge pasienten- bidrar Sjekklista til økt fokus på pasientsikkerhet?

Informantene mener at Sjekklista bidrar til økt fokus på pasientsikkerhet gjennom å sette tema på dagsorden og gjøre dem mere reflekterte. Systematikken i Sjekklista hjelper til å minne på elementer de «alltid» har kontrollert- som identitet og faste, men også riktig antibiotika og tidspunkt for siste vannlating.

«...samtidig så har den jo avdekket en del ting, for eksempel antibiotika- har de fått antibiotika eller ikke. Så at det har nokka før seg - ja».

De viser en god kjennskap til Sjekklista og de nevner de fleste elementene i denne når vi snakker om Sjekklista som bidrag til pasientsikkerheten. De kommer med eksempler hvor Sjekklista har avdekket f.eks. feil merket operasjonsfelt og antibiotika ordinasjoner til pasient med allergi.

«...det skal tegnes på alle pasientene korsens side, operasjonsfeltet markeres, og når det ikke er gjort så blir det litt vanskelig, for av og til, eg har hatt en pasient som, kor det va merka feil...».

De gir også uttrykk for at Sjekklista bidrar til å innlemme resten av det kirurgiske teamet, og de opplever at pasientene føler seg trygg og setter pris på Sjekklista. Samtidig påpeker de flere ting med Sjekklista som ikke fungerer. De opplever at den ofte kan bli glemt, eller at den blir gjennomført uten at hele teamet er fokusert.

De tar også opp problematikken med at Sjekklista kan ta fokus bort fra pasienten. Dette gjelder spesielt i oppstarten på morgenen når det er mye som skal gjøres samtidig, eller når en har en våken pasient som er engstelig. De ser at erfarne anestesisykepleiere kanskje takler dobbeltrollen, men at det være vanskelig for nyutdannede å ha fokus på begge samtidig.

«...mye du skal forholde deg til mens du enda har fokuset på pasienten som ligg der og så skal du drive å tenke liste, liste, skal vi se - har du sjekka det, har du sjekka det så av og til så blir det litt sånn overflow i mitt hode i hvert fall».

De savner også en mere lokalt tilpasset liste. Engasjementet for Sjekklisten øker når de ser resultatet direkte og har vært med på å utforme sjekkpunktet.

«...det som vi på en måte har ført inn ekstra på den, den som nummer tre der for den e jo ikkje på den originale og vi har jo hatt fokus på det og det synes eg e veldig bra at vi spør e det aktuelt å blærescane denne pasienten, og kor lang tid har han vært på operasjon, kor lang tid har han vært under anestesi, kor mye væske - ja og da har vi oppdagat ganske mange med overfylte blærer som vi har måttet engangskateterisert før vi kjøre ut...».

4.2 «..da dukker det opp popcornbita i den her microbølgeovnen altså, underveis» Pasientsikkerhetskultur i avdelinga

Informantene er ikke vant å bruke begrepet sikkerhetskultur, men de snakker om en arbeidshverdag hvor sikkerhetstenkning står sentralt.

«...men at det e fokus på sikkerheta, det e helt klart..... mere enn før».

«Men det e så alvorlig det vi styre med, ikkje sant at vi har ikkje rom for å, for å... Feile. Og da må vi gjøre ting med...kvalitet fra botten til slutt...».

De er veldig klar på at ingen pasient skal inn i avdelinga uten at identitet og faste er klart. De er også klar på at anestesisykepleierne alltid har sjekket de punktene som hører til del én av sjekklista, og at det er viktig å få ta imot pasienten selv, både for

å gjøre en egen vurdering før anestesi, men også for å få de viktige beskjedene fra de som leverer pasienten.

De informerer våkne pasientene om hensikten med Sjekklista og refererer til at også kirurgen skal informere pasienten om ev. komplikasjoner med kirurgien.

De nye tiltakene i pasientsikkerhetsprogrammet som ikke er direkte anestesirettet, som å forebygge trykksår og fall, er de også opptatt av å implementere;

«...eg syns óg vi har har meir fokus på det her med dekubitus og (mm) og at man e flink å stå med pasienten og ikkje gå ifra og at det skal være to som står der når man vekke...».

De identifiserer også risikofaktorer for pasientsikkerheten i form av organisering og teamsamhandling. Blant annet er de opptatt av informasjonsflyt som et viktig moment for pasientsikkerheta. Informasjonen, både muntlig og skriftlig, må komme til neste nivå i behandlingskjeden. Dette gjelder både internt på anesthesiavdelinga om en annen har tatt imot «din» pasient, i operasjonsmeldingene at informasjonen der er korrekt og i rapport til postoperativ avdeling.

«...no e det tatt opp en journal på dæm, to måneder før og så e dæm DIPS gjennomgått på et møte ei vekka i forkant og det e klart, da dukker det opp popcorn bita i den her microbølgeovnen altså, underveis».

4.2.1 Pasientforløp

Informantene er tydelig på at pasientsikkerhet er avhengig av hele kjeden pasienten er innom, og at det som skjer på Operasjonsavdelinga er en bit av større bilde. De er opptatt av at alle delene må fungere sammen for at pasienten skal få en best mulig behandling.

«...vi snakka om det eg og ho Bente litt tidligere her i dag, egentlig så e det heile kjeden som pasienten e innom fra han kommer til sjukehuset til han drar som, som e involvert i heile pasientsikkerheta, ikkje sant».

Det at sykehusdriften i stor grad har gått fra døgn- til dagbehandling gir noen utfordringer. Mange pasienter er journalskrevet flere uker før de kommer til sykehuset og tilstanden kan ha endret seg frem til innleggelsen. Når det da er mange pasienter som kommer til sykehuset på operasjonsdagen og bemanningen på sengeposten er knapp, kan det være at ikke alle får det tilsynet og forberedelsene

som trenges. Det kan også ha oppstått endringer i pasientens tilstand i tiden mellom journalopptak og innleggelse.

«...der e liksom ei stor utfordring med at nu e de aller, aller fleste dagkirurgisk og at da e det ganske mange som skal tilses på morran...» «kor mange e dæm på vakt, e dæm seks-åtte stykker, nei dæm e to (to) stykker og dæm skal kjøre ned alle pasientan samtidig (ja) finn en feil...».

Denne utfordringen kan også medføre en forsinket start på dagens program, både fordi det er mange som skal tilses av kirurg og anestesilege, men også fordi mange pasienter skal klargjøres for kirurgi samtidig. I verste fall kan det medføre at siste pasient på programmet blir strøket. Det beste forløpet for pasienten er avhengig av godt samarbeid mellom ulike avdelinger i sykehuset.

4.2.2 Informasjonsflyt som pasientsikkerhetstiltak

Det at informasjonen om pasienten blir korrekt overført ser informantene på som en viktig del av pasientsikkerheten. Det starter med en korrekt utfylt operasjonsmelding og fortsetter i alle deler av pasientoverføringer, mellom sengepost og anestesisykepleier, mellom anestesisykepleierne der en kollega tar imot «din» pasient, og mellom operasjonsavdeling og postoperativ avdeling. De ser også hvor viktig det er for pasientsikkerheten at vesentlig informasjon blir korrekt dokumentert.

«...når vi kom til Time Out'en og kirurgen spurte meg om antibiotika va gitt så va det ikkje gitt nå rapport om det så gikk æ bort å sjekka i DIPS og der sto det at pasienten skulle ha to gram Keflin og ingenting sto på anestesiskjema så gikk eg tilbake til den sjekklista fra Dagenheten der sto det at antibiotika va blandet og sendt med og så ringte æ til vedkommende som hadde tatt ned og da fikk æ bekreftelse på at det va gitt på Oppvåkninga...».

De er også opptatt av å overholde taushetsplikt, og vil ikke snakke for mye med pasienten utenfor forberedelsesrommet eller operasjonsslusa for å unngå at andre enn de som skal være i teamet får med seg det som blir sagt.

«...flere ganga står jo pasientan i kø utfor «Slusa» og du kan på en måte ikkje begynne med det intervjuet og, og æ synes i hvertfall ikkje at de skal behøve å fortelle heile historia si mens... nabosenga sitt med øran på stilk...».

De er kjent med kommunikasjonsverktøyet ISBAR (vedlegg 5) og bruker det i rapport til postoperativ avdeling. De mener også at det er viktig at

operasjonssykepleier følger ut og gir sin del av rapporten for å sikre korrekt informasjon.

«...Og nu e'kj operasjonssykepleieran, de e nesten ikkje med ut en gang, og langt mindre gje rapport» «..og så () rapportere jo vi om anestesien () men så spør de oss, så stille de oss de operasjonsteknisk/messige spørsmål som eg meine det e feil at eg skal stå å svare på- eg har meir enn nok med å konsentrere meg om anestesien» «..eg syns det blir feil.... Og i værste fall kan det jo gå ut over sikkerheta det óg».

Når det gjelder dokumentasjon av gjennomført Sjekkliste, er de kritiske til hvordan denne gjennomføres. De opplever at det er dokumentert at Sjekklista er gjennomført før den faktisk er det.

«...på DIPS krysse du jo av Sjekkliste brukt ja eller nei.... Og det står no bestandig ja på den!».

De ser også utfordringer i forhold til de statistikkene som kommer ut av registreringene. De ønsker ikke at statistikken skal bli hovedfokus.

«...det e ikkje det at vi skal behøve å være så opptatt av statistikk altså men, men vi bli no det, littegrann. Vi ser no på værkartet at det e sol der og ikkje sol der, og sånn».

4.3 «ja eg ser () resultatet av det dokker gjør, men eg har ikkje peiling på ka dokker hold på med - sa kirurgen»

Informantene er veldig tydelig på at Sjekklisten er et felles ansvar. De er uenig om de ulike delene er delegert innad i teamet. De mener at det mangler en felles forståelse for arbeidet de gjør, og at samarbeidet kan bli bedre.

Engasjementet for Sjekklisten varierer blant medlemmene i teamet, og de oppfatter det som at enkelte er mere opptatt av å dokumentere at lista er gjennomgått enn hva innholdet betyr for pasienten.

4.3.1 Ansvarsfordeling, forståelse og respekt for hverandres arbeid

En i gruppa var tydelig på at anestesisykepleierne hadde ansvaret for del 1, kirurg for del 2 og operasjonssykepleier for del 3. Dette var resten av gruppa uenig i, og

mente at Sjekklista er et felles ansvar. Dokumentasjonen er operasjonssykepleiernes ansvar, og her opplever anestesisykepleierne at de har liten påvirkning.

De sier også noe om at samarbeidet ikke alltid er like greit:

«...for noen gang så les jo også vi opp den del nummer 2 og da føle man seg noen gang som man ikkje blir hørt liksom, folk har fokus på andre ting og du føle deg nesten litt latterliggjort at du les det opp på sånne småe inngrep og det e nesten litt sånn der der...».

De sier også noe om at kirurgene må bli flinkere til å ta ansvar for Sjekklista, og at det er stor forskjell på kirurgenes engasjement.

Det blir også sagt at anestesisykepleierne må bli tydeligere til å si fra når de ikke er klar til å gjennomgå Sjekklista, slik at de faktisk kan delta. De kan være opptatt med ustabil pasient, eller våken pasient som krever all oppmerksomhet.

«...vi må legge noen føringe på det her at du får ikkje kjøre om bord før ferga ligg til kai og eg sei kjør om bord og eg trur at kanskje vi som gruppe må bli flinkar til å si fra om eg e'kje klar...».

Informantene er enig om at å vise respekt og forståelse for hverandres arbeid er essensielt for å styrke samarbeidet og dermed pasientsikkerheten. De tror ikke nødvendigvis at alle vet hvorfor vi gjør som vi gjør, og at det derfor blir utfordringer.

«...men det der med å få alle til å... la tingane sine være i fred mens vi tar den Time Out'en, det e jo ei utfordring. Gud hjelpe meg altså! Det e jo bære- når vi skal sove ned pasientan og - at de står å knitre med papiran og bære, bære: eg skal bære liitt, lirke den opp».

De ønsker også tettere samarbeid med hele teamet. De ser verdien i å ha felles møter og diskutere dagens pasienter og få en felles forståelse og plan.

«...det e jo, det e jo litt det vi bruke å diskutere på personalmøtan, og æ sku ønske at teamet møttes på morran».

4.4 Organiseringen av arbeidsdagen kan føre til tidspress

Hvordan arbeidsdagen er lagt opp og ressursene fordeles har betydning for kvaliteten på tjenesten som blir gitt.

Som nevnt under punkt 4.2.1 er Operasjonsavdelingen en del av en større organisasjon, og alle er gjensidig avhengig av hverandre.

Tidspress og «timing» har betydning for kvaliteten på gjennomføringa av Sjekklista. De føler at tidspresset kan gå ut over pasientsikkerheten. Det er ofte mange ting som må gjøres samtidig, og det kan bli utfordrende å få med seg alt. Samtidig er de klar på at f.eks. «timing», spesielt på avslutninga, check out, er viktig. Den må gjøres før vekkingen begynner. Når vekkingen er begynt har anestesisykepleier alt fokus på pasienten. Det samme er med Time Out- dersom pasienten er ustabil eller våken må time out vente til anestesisykepleieren er klar.

«...ja faktoren tid e veldig... spiller veldig mye inn både i del 1 og time out'en og avslutninga, for eg tenke at når vi, vi skal jo heile tida ehm knipe inn og være... eh litt raskere».

Organisatoriske grep som skal spare tid fungerer ikke like bra for pasientsikkerheta. Anestesisykepleierne vil gjerne ta ned pasienten selv. Det gir dem viktig førstehåndsopplysninger om pasientens tilstand. Men dette lar seg ofte ikke gjøre ut fra ønsket om å effektivisere dagen. For å korte ned skiftetiden mellom operasjonene kan koordinator/avløser ta imot neste pasient mens den første leveres på postoperativ avdeling.

«...så e det jo å nokka med å, litt avhengig av type inngrep du skal inn på, men det å ha sjekka del 1 sjøl, også.» ..» du får ikkje hilst på pasienten, du får ikkje gjort deg opp ei, alt det der del 1 biten () det som kan ha kjempemasse å si...».

Og som nevnt under punkt 4.2.2 kan pauseavvikling for operasjonssykepleierne medføre at de som kjenner pasienten ikke gir rapport videre. Dette kan gjøre at neste pasient kan tas ned raskere, men kan også være en trussel mot pasientsikkerheten.

4.5 Eksempel på gruppe interaksjon

Her følger et eksempel fra fokusgruppeintervjuet som kan være et eksempel på en «komplementær interaksjon» (Warr, 2005), hvor gruppa kommer til enighet om en sak gjennom å vurdere den fra ulike vinkler:

«Bente: og da skal en operasjonssykepleier som ikke har vært med på operasjonen i det heile tatt.

Allan avbryter: nei, det der e

Bente: rapportere det som e gjort.

Allan samtidig: det blir jo feil!

To i kor: Bente: det e jo sånn det ofte blir

Allan: da må dæm jo avløyse, ikkje sant personen litt tidligere hvis det det snakk om...To i kor:

Erik: men hvis æ kan få avløysning

Bente: men de får jo en kort rapport

Erik: men hvis æ kan kjøre ut så kan du gå å spise så spare vi 10 minutt.»

Her begynner Bente på en beskrivelse som viser en faktor som kan true pasientsikkerheten; det at operasjonssykepleieren som kjenner inngrepet ikke gir rapport videre til postoperativ avdeling. Allan gir støtte (forventet respons ifølge konversasjonsanalyse) (Grønkjær m.fl., 2011, s. 19). Bente følger opp med en moderasjon (de får jo en kort rapport), og Erik tilbyr en forklaring på hvorfor det blir slik. Dette kan tolkes som at Bente og Erik ikke ser på Allan sin ytring som en støtte til Bentes utsagt, og derfor føler behov for å moderere og utdype hvorfor det blir slik. Samtalen utvikler seg videre herfra, og nye momenter om rapportering kommer til.

5 Drøfting

5.1 Valg av metode/metodekritikk

Bruk av fokusgruppe for å frembringe empiri har vært et bra valg i denne studien. Deltakerne i fokusgruppa diskuterte og utfylte hverandres synspunkter, de var både enige og uenige uten at det stoppet interaksjonen. Fokusgrupper skaper kunnskap gjennom de ulike erfaringene og kunnskapsgrunnlaget i og mellom deltakerne. Deltakerne fungerer som publikum for hverandre og det kan oppmuntre til stor variasjon i kommunikasjonen (Grønkjær m.fl., 2011). Dette kan gi et annet innhold enn f.eks. individuelle dybdeintervjuer. Den sosiale interaksjonen i fokusgruppa og kunnskapsutviklingen som skjer i gruppa er medvirkende til det metodologiske valget, og da må også dette vises i analysen (Halkier, 2010a).

Alle deltakerne i vår fokusgruppe bidro inn. Noen snakket mere enn andre, men de som var mindre verbal deltok ved å vise gjennom kroppsspråk: lente seg frem mot den som snakket, nikket og verbalt med «mmm» og «ja».

Seksjonssykepleier på aktuelle anestesivdeling var én av deltakerne i fokusgruppen. Dette regner forskeren med påvirket gruppen. Doody, Slevin og Taggart (2013a) sier det er viktig å tenke på at både uformelle og formelle ledere kan øke effekten av en gruppe diskusjon, eller dominere den. Vi kunne ikke se at leders tilstedeværelse bremsset diskusjonen. Samtidig observerte vi at enkelte deltakere var mere taus enn andre. Umiddelbart etter avsluttet intervju drøftet moderator og observatør disse momentene. Mitt inntrykk er at i den nordnorske kulturen er det stor takhøyde for uenighet, og det snakkes ofte direkte. Det kan også tenkes at hierarkiet ikke er så uttalt. Det er uansett et asymmetrisk forhold mellom leder og ansatt som vi ser kan ha påvirket gruppen. Vi opplevde at også leder ble motsagt i sine argumenter. Det kan likevel være at gruppen ville fungert annerledes uten leders tilstedeværelse. Det kan også bety at temaene som ble diskutert under fokusgruppeintervjuet kunne blitt annerledes uten leder til stede. Men med et sosialkontstruktivistisk syn på kunnskap, så er denne kunnskapen like «sann» som hvis ikke leder hadde vært til stede, den er bare annerledes (Halkier, 2010b, s. 16).

I tillegg kan det være sosiale interaksjoner innad i gruppen som er skjult/ukjent for forskeren. Dette er moderator og observatør oppmerksom på. Informantene ble

rekruttert fra et lokalsykehus. Dette øker muligheten for at deltakerne i fokusgruppen kjenner hverandre og kan ha tette bånd til noen og mindre tette til andre både yrkesmessig og privat. I min fokusgruppe har deltakerne både en fortid og en fremtid sammen som (Halkier, 2010b) uttrykker i sin bok. Det at forskeren er blindet for dette kan være både positivt og negativt. Som moderator kan det være en fordel å kjenne til interne relasjoner slik at en kan sikre at alle parter blir hørt uavhengig av status i gruppa. Dette skal moderator gjøre uansett, men om man kjenner til ulike interpersonelle relasjoner, f.eks. konflikter kan man være ekstra oppmerksom. Fordelen med å være blindet for dette er at man har et nøytralt blikk inn i materialet under analysen.

Det at det bare er ett fokusgruppeintervju er en stor svakhet med studien. Selv om det var tilstrekkelig antall deltakere i gruppen til å få rike beskrivelser, er det et lite grunnlag å generalisere på. Mine funn ser ut til å sammenfalle med større studier og dette styrker påliteligheten i studien. Den sier noe om hvordan bruken av Sjekklisten oppleves av anestesisykepleierne, og kan gi noen pekere på hva som ev. kan gjøres for å styrke bruken. Basert på litteraturen brukt i oppgaven, kan funnene sannsynligvis også gjelde for andre anesesiavdelinger i Norge. Et annet aspekt som også må tas hensyn til, er «elite bias». De som melder seg til å delta i fokusgruppeintervjuet er sannsynligvis engasjert i tema og er nødvendigvis ikke representativ for hele gruppen anestesisykepleiere.

Det er publisert en mengde studier om Sjekklista: effekten, implementeringen og erfaringer med denne. Systematisk søk i PubMed og Cinahl ble gjort i forbindelse med prosjektplan for et drøyt år siden og gjentatt med samme søkeord i høst (Vedlegg 7). På dette året var funnene i Cinahl gått fra 5 til 118. Utvalg av artikler vil derfor være preget av forskerens preferanse. Det er valgt reviews der disse har vært relevant for problemstillingen, det er også inkludert en del enkeltstudier. Disse belyser særskilt opplevelser og erfaringer med Sjekklista, og jeg har ikke funnet mange reviews om akkurat dette. Alle artiklene er publisert i anerkjente journaler og er fagfellevurdert.

Det var to forskere som gjennomførte fokusgruppeintervjuet. Dette styrker påliteligheten i studien. Analyse og funn ble diskutert for å forsøke å unngå blinde flekker og at forforståelsen skulle ta over. Tolkning av materialet er gjort med et

stadig tilbakeblikk på råmaterialet. Det er også forsøkt å synliggjøre og begrunne alle metodologiske og analytiske valg gjennom hele prosjektet.

5.2 Å bruke gruppeinteraksjon som en del av analysen

Fokusgruppen produserer kunnskap gjennom samhandling, og det er forsøkt å ta hensyn til de ulikesosiale sammenhenger innad i gruppa. I punkt 4.5 er det gitt et lite eksempel på denne gruppeinteraksjonen. Konversasjonsanalyse ser på samtale som et sosialt fenomen som omhandler handling og interaksjon (Grønkjær m.fl., 2011). Potter (1996, s. 42) sier at å studere hva en uttalelse betyr kan ikke få en tilfredsstillende konklusjon uten en viss forståelse for anledningen den ble uttalt i. Enhver uttalelse er «situert» altså tilpasset en sekvens av en samtale som en del av en bredere sosial setting (ibid, side 43). Det betyr også at sitatene som brukes under presentasjon av funn er vurdert til å representere noe gruppa er enig i, og ikke et enkelt individ. Da forskeren ikke har detaljkunnskap om teoriene bak konversasjonsanalyse, vil bare utvalgte elementer brukes for å illustrere hvordan sosial interaksjon og samtale er med på å konstruere empirien i denne oppgaven.

5.3 Å trygge pasienten- Sjekklistas bidrag til pasientsikkerhet

Sjekklista har medført et større fokus på pasientsikkerhet og bidratt til refleksjon over tema hos deltakerne i min studie. Cadmans review (2016) viser også en forbedring i personalets oppfatning av pasientsikkerhet i de fleste inkluderte studiene. Det viser også at personalets oppfatning av Sjekklista har betydning for gjennomføringen og dermed utkomme for pasienten. En svensk studie konkluderer med det samme. Svenske anestesisykepleiere mener Sjekklista er veldig viktig for anesthesi- og perioperative pleie og at den kan føre til økt pasientsikkerhet (Ronning & Nilsson, 2015). McDowell og McComb (2014) finner også at det er en positiv holdning til Sjekklista blant teammedlemmene. De oppfatter videre at flere aspekter med den øker pasientsikkerheten gjennom bl.a. forbedret teamfølelse og økt situasjonsbevissthet.

Dette understøtter også mine resultater fra denne studien som sier at Sjekklista innlemmer hele teamet i pasientsikkerheten, og at Sjekklista bidrar til systematikk også i de momentene de alltid har sjekket. Dette er også helt i tråd med den svenske

studien som sier at pasientsikkerheten er økt som følge av mere systematisk sjekk av pasientens identitet, type kirurgi og om feltet er merket (Ronnberg & Nilsson, 2015).

En ulempe med Sjekklista kan være at den tar fokus vekk fra pasienten. Dette problemet kan oppstå under check in når anestesisykepleieren har mange oppgaver som skal gjøres samtidig. Pasienten skal leires på operasjonsbordet, monitoreres og venekanyler skal legges inn samtidig som man sjekker pasientens medisinske historie. Det kan også oppstå under time out dersom pasienten er ustabil etter innledningen, eller at pasienten er våken og engstelig og krever anestesisykepleierens fulle oppmerksomhet. Mine informanter mener denne dobbeltrollen spesielt vil utfordre uerfarne, ferske anestesisykepleiere. Dette støttes av Thomassen et al. (2010) sin studie om sykepleiere og legers erfaringer og aksept av en pre-anestesi sjekkliste. Et av fire hovedsynspunkt var at sjekklisten kunne avlede oppmerksomheten bort fra pasienten. Studiedeltakerne mente de fleste pasientene ville se på sjekklisten som et ekstra sikkerhetsnett, eller ikke legge merke til den. Engstelige pasienter ville kunne føle seg alene eller bli mere engstelig og tro at personalet ikke hadde kontroll. Personalet håndterte dette med å ikke snu seg bort fra pasient under gjennomgangen, ev. gjennomgå enkelte deler før pasienten ble tatt imot eller informere pasienten på forhånd og sammenligne det med sjekken pilotene gjør før «take off». Forskerne mener også her at pasientene vil trygges av at personalet er godt trent og vet når det beste tidspunktet for å gjennomføre Sjekklista er.

Den lokale tilpasningen som var gjort med Sjekklista ved sykehuset jeg utførte studien ble fremholdt som noe som økte engasjementet for bruk av Sjekklista. Det gjorde det lettere å se effekten, og at det hadde betydning for pasientsikkerheten. Dette støttes også av Cadmans som slår fast at videreutvikling av Sjekklista er et aktuelt emne, men det må ses i sammenheng med hvordan man kan forbedre bruken, implementeringsstrategier og kontinuerlig opplæring av personalet (Cadman, 2016). Lokal tilpasning blir også tatt opp som et viktig poeng for å øke bruken hos Sendlhofer et al (2016). Det de imidlertid ser er at bruken av Sjekklista holder seg konstant rundt 60% selv om de har gjort lokale tilpasninger og vært lydhør for personalets synspunkter.

For å øke bruken av Sjekklista er det viktig å kontinuerlig jobbe med implementering av denne i organisasjonene (Cadman, 2016; Collins, Newhouse, Porter, & Talsma, 2014). Cadmans studie konkluderer med at det ikke er nok å gjøre Sjekklista obligatorisk. Årsaker til at lokale og statlige pålegg ikke etterfølges skyldes ofte flere faktorer. Manglende lederskap, dårlige implementeringsstrategier og en normalisering av avvik nevnes. Collins et. al. finner at en positiv holdning til Sjekklista hos nøkkelpersonell blant kirurger og anestesileger medfører optimal bruk av Sjekklista. Rønneberg og Nilsson (2015) anbefaler at hele teamet får opplæring i bruk av Sjekklista. Denne opplæringen bør inkludere bakgrunn og forskning og hvordan den optimalt skal brukes. I tillegg bør det utpekes noen ansvarlige for Sjekklista. Mine informanter var stort sett av den oppfatning av at Sjekklista var et felles ansvar, men noen mente at kirurgene måtte ta større ansvar. De ulike delene av Sjekklista er delegert til de ulike aktørene av teamet, men dette var det bare en av deltakerne som visste. Dette underbygger at det er fortsatt behov for opplæring.

5.4 Opplevelsen av en pasientsikkerhetskultur i avdelinga

Selv om informantene ikke var vant å bruke begrepet sikkerhetskultur viser de gjennom utsagn og beskrivelser av arbeidsdagen at sikkerhetstenkning står høyt på agendaen. Deres måte å jobbe på er preget av risikovurdering og sikkerhetstenkning. De er innforstått med at jobben er forbundet med risiko for pasienten, og er opptatt å gjøre sitt for å holde pasienten trygg.

Sikkerhetskultur kan defineres som summen av de ansattes kunnskap, motivasjon, holdninger og adferd og hvordan det kommer til uttrykk gjennom organisasjonen totale sikkerhetsatferd (Arvid Steinar Haugen & Storm, 2015).

Mine informanter viser kunnskap, motivasjon, holdninger og adferd forenelig med en sikkerhetskultur. Men de er avhengig av resten av avdelinga og til en viss grad også resten av sykehuset da sikkerhetskultur omfavner hele organisasjonen.

Collins et.al (2014) bruker James T. Reasons "Sveitserostmodell" når de vurderer effekten av Sjekklista. De snakker da om latente og aktive feil. Latente feil er

resultat av feil i hvordan organisasjonen er designet eller systematisert og kan f.eks. være manglende prosedyrer, manglende implementering av prosedyrer, problemer med ledelse og arbeidsmiljø.

Så for at anestesisykepleierne skal kunne implementere sin sikkerhetstenkning inn i en sikkerhetskultur, må hele organisasjonen være på samme nivå. Det vil si at resten av teamet må involveres og at ledelsen må sørge for kontinuerlig opplæring og ev. trening av teamene. Dette er tiltak som foreslås i flere artikler (Jones, 2011; McLaughlin, Winograd, Chung, Van de Wiele, & Martin, 2014; Rönnberg & Nilsson, 2015). Det samstemmer med det mine informanter sier om at det er viktig at hele teamet forstår hvorfor Sjekklista er viktig, og hvorfor de ulike delene blir sjekket.

«Kontinuerlig observasjon og årvåkenhet er hjørnesteinen for sikkerhet under anestesi (punkt 4.1ALNSF, 2017, s. 21)». Sitatet er hentet fra Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleie. Her slås det også fast at å identifisere mulige risikofaktorer, følge standarder og benytte Sjekklista er del av den perioperative funksjonen til en anestesisykepleier. Mine informanter viser gode kunnskaper om å forebygge uheldige hendelser ved hjelp av Sjekklista, og er kjent med pasientsikkerhetsprogrammet og hvordan dette kan påvirke pasientsikkerheten i positiv forstand.

5.4.1 Pasientforløp

Kunnskapen om pasientsikkerhet kommer til uttrykk gjennom deres vurdering av pasientforløp og informasjonsflyt som områder som går ut over selve anestesi- og operasjonsavdelingene. De ser at sikkerhetstenkningen må være integrert i alle avdelingene pasienten er innom. De identifiserer ev. sikkerhetsrisikoer også utenfor egen avdeling både når det kommer til bemanning, organisering og informasjonsflyt. Dette synet stemmer også overens med Stortingsmelding 10 som ønsker et helsevesen som tar hensyn til pasienten behov, er brukerorientert og som fremmer nasjonale standarder og lik behandling (omsorgsdepartementet, 2012-2013). Anestesisykepleierne sin måte å tenke helhetlig og pasientsikkert er kanskje en ressurs som kan brukes i større grad av sykehusledelsen.

5.4.2 Informasjonsflyt som en vesentlig del av sikkerhetsatferd/sikkerhetskultur.

Korrekt overføring av informasjon er viktig for mine informanter.

Informasjonsflyten starter med en korrekt utfylt operasjonsmelding hvor både kirurg og anestesilege har nedfelt korrekte forordninger. En korrekt utfylt melding gjør at teamet er godt forberedt og har gjort klart det utstyret som er forordnet. Dersom meldingen er dårlig eller feil utfylt, betyr det ofte forsinkelser i arbeidsflyten med påfølgende frustrasjoner hos alle i teamet. Haugen et.al sin studie hadde åpne kommentarfelt. Her fikk de flere kommentarer som gikk på at svikt i operasjonsmeldingssystemet, eller feil informasjon i meldingene, bidro til den store andelen av miskommunikasjon (A. S Haugen m.fl., 2013).

Enkelte sengeposter bringer pasienten selv til operasjonsavdelinga. Da kan viktig informasjon overbringes muntlig. Pasienter med kognitiv svikt som f.eks. ikke selv kan redegjøre for overholdte fasteregler kan være eksempel på dette. Dersom pasienten kommer med portør, må informasjon som skal overføres videre, være dokumentert i pasientens journal. Anestesisykepleier får også viktig informasjon fra pasienten i dette første møtet både verbalt og non-verbalt. Dersom de er alene i «Slusa» inn til operasjonsavdelingen bekreftes identitet og faste, det avklares om medikamentallergier og luftveiene vurderes. Denne første vurderingen av pasienten, før anestesi blir gitt, anser mine informanter som viktig. Deres vurdering av pasientens status og ev. risikofaktorer gjøres basert på klinikk sammenholdt med opplysninger fra journal og pasienten selv. I tillegg legges det merke til bevegelsesmønster, hudstatus o.l. som også er en del av «sign in» på Sjekklista.

Det neste viktige steg i informasjonsutveksling er felles gjennomgang av Sjekklista.

«Sign in» skal gjøres av anesthesi- og operasjonssykepleier på forberedelsesrommet ifølge prosedyren på sykehuset hvor studien er utført. Denne delen har vært «litt avglemt» ifølge mine informanter. Det har vært noe anestesipersonell har gjort alene tidligere, og derfor er det en ny tanke at den skal være felles. Det samme finner Rönnerberg og Nilsson (2015). «Sign in» var minst brukt og forklaringen var at anesthesisykepleieren sjekket disse elementene alene, eller at det var sjekket før pasienten kom inn på stua. Andre studier viser derimot at flere teammedlemmer anså «sign in» og «time out» som de viktigste delene (Dharampal, Cameron, Dixon,

Ghali, & Quan, 2016). Når man ser på delene i «sign in» er det lett å forstå at denne delen anses som viktig for både anestesipersonell og kirurger. Haugens studie viser at 81% av de spurte hadde erfart usikkerhet omkring kirurgisk inngrep og side, og 60% hadde forberedt til feil prosedyre (A. S Haugen m.fl., 2013). Disse tallene kom frem i en studie gjort før Sjekklista ble implementert og burde tale for at «sign in» er viktig, og det må legges til rette for å gjennomføre den etter intensjonen. Robertson-Smith finner derimot i sin studie at overlegene foreslår å slå sammen «sign-in» og «time out» da flere punkter repeteres i begge delene. En annen studie referert til i Robertson-Smiths artikkel sier at en sammenslåing kan ha motsatt effekt på pasientsikkerheten. Det er verdt å merke seg at gjennomføringen av både «sign in» og «time out» i disse studiene krevde at overlegen var tilstede (Robertson-Smith, 2016).

Et annet viktig poeng med «sign in» er at det kan fremme pasientinvolvering. Pasienten er tilstede og våken og inviteres inn som en aktiv deltaker i første del av Sjekklista. Pasientinvolvering er en viktig del av pasientsikkerhetsprogrammet (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2011) (Carney, West, Neily, Mills, & Bagian, 2010).

Under «time-out» utveksles viktig informasjon i teamet. Denne delen har mye med team og samarbeid å gjøre, så den blir drøftet under punkt 5.5.

«Sign out» skal oppsummere hva som er gjort, og beskjeder og ordinasjoner for postoperativ behandling skal muntlig og skriftlig ordineres før pasienten overflyttes til neste nivå. Det kan være direkte til sengepost etter lokalanestesi, postoperativ avdeling eller intensivavdeling. I disse overføringene skal anesthesi- og operasjonssykepleier rapportere videre det som er aktuelt fra sin spesialitet. Informantene mine er bekymret for at pasientsikkerheten blir dårligere når operasjonssykepleier ikke er med på rapporten, eller at en operasjonssykepleier som ikke kjenner inngrepet skal rapportere videre.

Pasientoverganger er identifisert som risikable i pasientforløp (Reine, 2015; Schibevaag, Laugaland, & Aase, 2015). Risiko er knyttet til at en nyoperert pasient er i en sårbar tilstand rett etter narkose og har behov for overvåkning samtidig som han skal flyttes til en annen avdeling. Rapporteringen skjer i et hektisk miljø;

personalet på postoperativ avdeling har ansvar for andre pasienter samtidig, og anesthesi- og operasjonssykepleier skal ta imot neste pasient på Operasjonsstua. Rapporten skal skje samtidig med andre gjøremål (oppkobling av monitorering, alarmer fra andre pasienter) så beskjeder kan glemmes. Rapportene er derfor i ferd med å standardiseres i flere avdelinger. Kommunikasjonsverktøyet ISBAR (Identitet, Situasjon, Bakgrunn, Aktuelt, Råd) (Ballangrud & Husebø, 2015, s. 252-253) anbefales brukt i rapportering mellom operasjonsavdeling og postoperativ avdeling for å sikre at viktig informasjon videreføres. Mine informanter var kjent med dette verktøyet. Det bør legges til rette for at rapport til postoperativ avdeling også blir gitt av operasjonssykepleierne, og helst av en operasjonssykepleier som kjenner pasienten og inngrepet som er gjennomført.

Pasientsikkerhetsprogrammet (2011) krever dokumentasjon og rapportering av bruken av Sjekklista. På sykehuset hvor studien ble gjennomført, er denne dokumentasjonen delegert til operasjonssykepleierne. Anestesisykepleierne føler de har liten kontroll på det som blir dokumentert, og noen opplever at operasjonssykepleieren er mere opptatt av statistikken enn pasientsikkerhet. De opplever at gjennomført Sjekklista er «krysset ut» før inngrepet er startet. Ofte opplever de å få beskjed om å måle temperaturen flere ganger dersom de rapporterer en temperatur under 36°C, med begrunnelse at de har allerede registrert en temperatur over 36°C. Den obligatoriske rapporteringen med mål om 100% bruk, er rapportert å virke demoraliserende på personalet (Cadman, 2016). Det beskrives også at rapporteringa til ledelsen kan ha en negativ effekt på oppfatningen av Sjekklista. Personalet kan oppfatte hensikten som en kontroll fra ledelsen heller enn et pasientsikkerhetstiltak. Årsaken kan være at implementeringen ble sett på som en prosess som ble styrt ovenfra og ned med lite brukerinvolvering (Sendlhofer m.fl., 2016). Mine informanter opplever at dokumentasjonen i DIPS blir gjort før Sjekklista er gjennomgått. De opplever at dokumentasjonen er viktigere enn å faktisk sjekke elementene for pasienten sin del. Dette taler for at det fremdeles trengs opplæring i bruk av Sjekklista. Fokus må være på hensikt og den dokumenterte effekten Sjekklista har på pasientsikkerhet. Det er ikke tilstrekkelig å bare rapportere bruk av Sjekklista, og oppfordre de enhetene som ikke har oppnådd 100% om å ta seg sammen. Flere studier viser at det er diskrepans mellom registrert bruk av Sjekklista, og det som faktisk gjennomføres (Cadman, 2016; Dharampal

m.fl., 2016). Mine funn tilsier at denne diskrepansen kan skyldes manglende forståelse for hvorfor Sjekklista er viktig.

5.5 Ansvarsfordeling, forståelse og respekt

Hvem som har ansvaret for Sjekklista var ikke klart for mine informanter. Én mente de ulike delene var delegert til de ulike teammedlemmene, mens resten av gruppa mente det var teamet som en enhet som hadde ansvaret. Usikkerhet om hvem ansvaret var lagt til kan føre til irritasjon og spenninger i teamet, finner Rönberg og Nilsson også i sin studie (2015). Respondentene i Wæhle et.al sin studie (2012) sier det samme, de ønsker seg en veileder om bruken. Sykepleierne distanserte seg fra teamet når de opplevde motstand hos kirurgene, og ville heller «hoppe over» Sjekklista enn å skape dårlig stemning ved å presse på om denne hvis kirurgen var negativ innstilt. Deres hovedfunn var at sykepleierne justerte sitt engasjement i teamet basert på deres behov for informasjon, og på bakgrunn av hvordan deres engasjement ble møtt. Det de ikke diskuterer i denne artikkelen, er at strategien med å distansere seg fra teamet og ikke presse gjennom Sjekklista, også kan være et sikkerhetstiltak. En kirurg som er irritabel vil sannsynlig ikke være optimalt beredt for å gjennomføre kirurgien. Robertson-Smith (2016) refererer i sin artikkel til at det å bli påtvunget bruk av Sjekklista kan oppfattes som en underminering av kirurgens posisjon og autoritet. Ifølge NANTS-no og CRM protokoller er det å vurdere teamets prestasjonsevne og å hjelpe teammedlemmer til optimal innsats en viktig del av team innspill.

Wæhle et al sin studie ble publisert i 2012 like etter innføringa av Sjekklista på deres sykehus (Wæhle m.fl., 2012). Kanskje er det noe bedring på fem år, men fremdeles opplever mine informanter at teamarbeidet ikke er optimalt. Noen av informantene har en følelse av å bli latterliggjort når de initierer Sjekklista på mindre inngrep. De opplever at det fremdeles er stor forskjell innad i kirurggruppa når det kommer til engasjement for Sjekklista.

Flere studier beskriver utfordringer med samarbeidet, og forsøker å forklare ev. årsaker. Helsevesenet er fremdeles hierarkisk. Dette kan være en barriere for samarbeide. En annen barriere er ulike syn og kulturer mellom leger og sykepleiere. I kommunikasjon er sykepleieren lært opp til å «fortelle hele historien» mens legene vil ha bare overskriftene (Robertson-Smith, 2016).

Flere studier refererer til ulik oppfattelse av samarbeid, hvor kirurgen oftest er mere fornøyd med samarbeidet enn det operasjons- og anestesisykepleierne er (Carney m.fl., 2010; Robertson-Smith, 2016) Dette beskrives som kulturforskjeller og ulik oppfatning av samarbeid. Sykepleierne rapporterer godt samarbeid når de opplever at deres innspill blir respektert, mens legene ofte beskriver godt samarbeid som at sykepleieren er i forkant av deres behov og at de følger instruksjoner. (Wæhle m.fl., 2012) Denne ulike oppfatningen av hva samarbeid er, kan være en barriere for å til et godt samarbeid. Godt samarbeid og god kommunikasjon i teamet reduserer uønskede hendelser og medvirker til økt pasientsikkerhet (Carney m.fl., 2010; Robertson-Smith, 2016).

Forståelse og respekt for hverandres roller og arbeidsoppgaver fremholdes som svært viktige bidrag til pasientsikkerhet for mine informanter. De viser til eksempler fra innledning av anestesi hvor det er viktig å ha det stille for å unngå f.eks. alvorlige komplikasjoner fra luftveien, og hvor operasjonssykepleierne fortsetter med å åpne utstyr, eller at Sjekklista blir startet på selv om de er opptatt av å stabilisere en dårlig pasient. De er også enige om at de selv må ta ansvar for å gi tydelig beskjed dersom de ikke er klar for Sjekklista.

Det er også beskrevet i litteraturen at de ulike teammedlemmene kan ha liten forståelse for andres rolle og informasjonsbehov, og at alle team medlemmer har en tendens til å over evaluere sin egen forståelse for de andre (Wæhle m.fl., 2012). Dette taler igjen for at det er behov for å trene teamene felles for å øke forståelsen hverandres roller og samtidig trene på kommunikasjon. En slik trening vil også kunne øke bruken av Sjekklista ifølge flere studier (Robertson-Smith, 2016; Wæhle m.fl., 2012) (Cadman, 2016).

Respekt for hverandre er grunnleggende i alt teamarbeid (Aase, 2015, s. 134). Gjensidig respekt er viktig for resultatet av behandlingen hos kirurgiske pasienter. Disrespekt er en trussel mot pasientsikkerheten da det hemmer samarbeid og overholdelse av standarder for pasientsikkerhet (Manojlovich m.fl., 2014). Det å øke forståelsen for hverandres roller kan kanskje også øke den gjensidige respekten.

Informantene mine ønsker seg et tettere samarbeid med resten av teamet. De ønsker f.eks. at alle kan møtes på morgenen og gjennomgå dagens program i fellesskap.

Dette er ikke alltid mulig, så ofte møtes teamet først etter at dagens første pasient er lagt i narkose. Under «time-out» presenteres teamet for hverandre med navn og funksjon. Denne introduksjonen er ment å sikre at alle blir kjent for hverandre og føler seg inkludert og fri til å si ifra om noe skulle hende under inngrepet (Ronnberg & Nilsson, 2015). Den felles gjennomgangen hvor de ulike teammedlemmene skal klargjøre risikofaktorer ved inngrepet er et annet viktig sikkerhetsaspekt. Denne introduksjonen kan styrke teamfølelsen og gjøre det lettere for teammedlemmene å si fra om sikkerhetsrisikoer. Denne briefing før kirurgien starter er med på å øke bevisstheten om hver enkelt team medlems funksjon og styrker den enkeltes opplevelse av å bli verdsatt som en del av teamet (McDowell & McComb, 2014; Ronnberg & Nilsson, 2015). Anestesisykepleierne i Rönnerberg og Nilssons studie sier at de fikk bekreftet sin kompetanse, og fikk en mulighet for å diskutere sine bekymringer om pasientsikkerhet spesielt under «time out» og at dette ga dem en økt følelse av teamtilhørighet.

For å oppnå denne team tilhørigheten forutsettes det at teamleder (som oftest kirurgen) skaper en atmosfære av trygghet. (McLaughlin m.fl., 2014) Dersom denne trygge atmosfæren ikke oppnås, er ikke Sjekklista i seg selv nok til å øke pasientsikkerheten. Dersom hierarkiet er sterkt kan det føre til at teammedlemmene vil tie om potensielle sikkerhetstrusler (Cadman, 2016; McLaughlin m.fl., 2014).

Dette kan være med å forklare hvorfor Sjekklista ikke blir gjennomført under alle operasjoner.

Som en kuriositet kan det nevnes at mine funn stort sett omhandler samarbeidet med operasjonssykepleiere og kirurger, mens anestesiene bare er nevnt en gang. Om dette skyldes at informantene ser på anestesiene som en av dem eller det ligger andre årsaker bak er uvisst.

6 Konklusjon

Informantene erfarer at Sjekklista brukes i varierende grad, men at innføring har bidratt til økt fokus på pasientsikkerhet. Den har hjulpet til med å standardisere noen av de tiltakene de alltid har gjort for å trygge pasienten. Begrepet pasientsikkerhetskultur er ikke integrert i dagligtalen, men informantene beskriver en arbeidshverdag for anestesisykepleierne preget av sikkerhetstenkning og med stort fokus på sikkerhet. De opplever at sikkerhetstenkningen ikke nødvendigvis deles av deres samarbeidspartnere operasjonssykepleiere og kirurger. Bedre forståelse av, og respekt for hverandres oppgaver kan være med på å forsterke samarbeidet og dermed pasientsikkerheten sier informantene. Dette finnes det støtte for i litteraturen. Informantene identifiserer flere aspekter med organiseringen av arbeidsdagen som kan utgjøre trusler mot pasientsikkerheten.

Sjekklista og andre elementer i Pasientsikkerhetsprogrammet er godt kjent for informantene. De bruker det og mener det er med på å styrke pasientsikkerheten. Det fremkommer i fokusgruppeintervjuet at det er mange og komplekse årsaker til at pasientsikkerhet ikke er fullstendig implementert i avdelingskulturen. Sjekklista alene kan ikke bygge en sikkerhetskultur, men den har vært medvirkende til å øke fokuset på pasientsikkerhet, og å innlemme hele teamet i pasientsikkerhetstiltak som anestesipersonalet har gjort alene tidligere.

Sjekklista reduserer sykkelighet og dødelighet i forbindelse med operasjoner. I tillegg viser litteraturen at teamarbeid og kommunikasjon bedres, og operasjonstid og kostnader kan reduseres ved rett bruk. Til tross for klar evidens for Sjekklistas fordeler, er det fremdeles en vei å gå for en full implementering.

Et fortsatt fokus på Sjekklista gjennom kontinuerlig opplæring av alle teammedlemmer med fokus på tilgjengelig forskning anbefales samt teamtrening med fokus på team kommunikasjon. Utdanningsinstitusjonene har et stort ansvar i å sette fokus på pasientsikkerhet og interprofesjonell opplæring og trening.

Referanseliste

- Aase, K. e. (Red.). (2015). *Pasientsikkerhet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- ALNSF. (2014). *Funksjonsbeskrivelse*. Hentet 01.09.2016 fra <http://www.alnsf.no/alnsf/funksjonsbeskrivelsen.html>
- ALNSF. (2017, 13.10.17). *Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere*. fra <https://www.alnsf.no/dokumenter-alnsf/styringsdokumenter/grunnlagsdokumentet/167-grunnlagsdokument-for-anestesisykepleiere-2017/file>
- ALNSF/NAF. (2016). *Norsk standard for anestesi*. fra <https://www.alnsf.no/>
- Assosiation, W. M. (2013). *Declaration of Helsinki- Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hentet 22.09 fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Ballangrud, R., & Husebø, S. E. (2015). Strategier og verktøy for teamtrening. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet. Teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cadman, V. (2016). The impact of surgical safety checklists on theatre departments: a critical review of the literature. *Journal of perioperative practice*, 26(4), 62-71.
- Carney, B. T., West, P., Neily, J., Mills, P. D., & Bagian, J. P. (2010). Differences in Nurse and Surgeon Perceptions of Teamwork: Implications for Use of a Briefing Checklist in the OR. *AORN Journal*, 91(6), 722-729. doi: 10.1016/j.aorn.2009.11.066
- Chaudhary, N., Varma, V., Kapoor, S., Mehta, N., Kumaran, V., & Nundy, S. (2015). Implementation of a Surgical Safety Checklist and Postoperative Outcomes: a Prospective Randomized Controlled Study. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 19(5), 935-942. doi: 10.1007/s11605-015-2772-9
- Collins, S. J., Newhouse, R., Porter, J., & Talsma, A. (2014). Effectiveness of the Surgical Safety Checklist in Correcting Errors: A Literature Review Applying Reason's Swiss Cheese Model. *AORN Journal*, 100(1), 65-79.e65. doi: 10.1016/j.aorn.2013.07.024
- Courtenay, M., Nancarrow, S., & Dawson, D. (2013). *Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review*. Human Resourcesfor Health.
- Dharampal, N., Cameron, C., Dixon, E., Ghali, W., & Quan, M. L. (2016). Attitudes and beliefs about the surgical safety checklist: Just another tick box? *Can J Surg*, 59(4), 268-275.
- Doody, O., Slevin, E., & Taggart, L. (2013a). Focus group interviews in nursing research: part 1. *British Journal of Nursing*, 22(1), 16-19. doi: 10.12968/bjon.2013.22.1.16
- Doody, O., Slevin, E., & Taggart, L. (2013b). Preparing for and conducting focus groups in nursing research: part 2. *British Journal of Nursing*, 22(3), 170-173. doi: 10.12968/bjon.2013.22.3.170
- Fasting, S. (2010). Risiko ved anestesi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2010(5), 5. doi: 10.4045/tidsskr.08.0666
- Flynn, F., Sandaker, K., Ballangrud, R., & Hall-Lord, M.-L. (2014). *Nurse Anesthetists Non-Technical Skills*.
- Grønkjær, M., Curtis, T., Crespigny, C. d., & Delmar, C. (2011). Analysing group interaction in focus group research: Impact on content and the role of the moderator. *Qualitative Studies*, 2(1), 16-30.
- Halkier, B. (2010a). *Focus groups as social enactments: integrating interaction and content in the analysis of focus group data*.
- Halkier, B. (2010b). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haugen, A. S., Murugesu, S., Haaverstad, R., Eide, G. E., & Søfteland, E. (2013). A survey of surgical team members' perceptions of near misses and attitudes towards Time Out protocols. *Bio Med Central Surgery*, 2013(46). doi: 10.1186/1471-2482-13-46
- Haugen, A. S., & Storm, M. (2015). Sikkerhetskultur i sykehus. I K. e. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet*

- Teori og Praksis* (2.utgave, s. 78-86). Oslo: Universitetsforlaget.
- Haynes AB, W. T., Berry WR, et al. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009;360(5):491–9, 10(6). doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.spinee.2010.04.021>
- Helsetilsyn, S. (2016). *Oppfølging av varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten- et relevant bidrag i pasientsikkerhetsarbeid? (Rapport fra heletilsynet) Statens helsetilsyn, Oslo.*
- Helsetilsyn, S. (2017). *Utenkelig eller forutsigbart? Oppfølging av varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten : Status og erfaringer 2016 fra Undersøkelsenheten i Statens helsetilsyn.* (978-82-90919-98-1). Oslo: Statens helsetilsyn.
- Jammer, I., Ahmad, T., Aldecoa, C., Kourenti, D., Goranović, T., Grigoras, I., . . . Myles, P. S. (2015). Point prevalence of surgical checklist use in Europe: relationship with hospital mortality. *British Journal of Anaesthesia*, 114(5), 801-807. doi: 10.1093/bja/aeu460
- Jones, S. (2011). Your life in WHO's hands: the World Health Organization Surgical Safety Checklist: a critical review of the literature. *Journal of perioperative practice*, 21(8), 271-274.
- Kevern, J., & Webb, C. (2001). Focus groups as a tool for critical social research in nurse education. *Nurse Education Today*, 2001(21), 223-233. doi: 10.1054/nedt.2001.0563
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err Is Human : Building a Safer Health System.* Washington: National Academies Press.
- Kunnskapsdepartementet. (2011). *Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring.* Hentet fra <http://www.nokut.no/no/Fakta/Det-norske-utdanningssystemet/Nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk-for-livslang-laring/Begreper/>
- Kunnskapsdepartementet. (2014). *Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen i trygge hender 24-7 2011-2013.* fra http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/L%C3%A6r+om+programmet/_attachment/2925?_ts=146d75913d2
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utgave, 1.opplag 2009). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Lepänluoma, M., Takala, R., Kotkansalo, A., Rahi, M., & Ikonen, T. S. (2014). Surgical safety checklist is associated with improved operating room safety culture, reduced wound complications, and unplanned readmissions in a pilot study in neurosurgery. *Scandinavian Journal of Surgery*, 103(1), 66-72. doi: 10.1177/1457496913482255
- Lovdata. (2000). *Lov om spesialisthelsetjenesten m. m.* Hentet
- Lovdata. (2001). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet
- Lovdata. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning.* Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_3
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning.* Oslo: Universitetsforlaget A/S.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. doi: 10.1177/1403494812465030
- Manojlovich, M., Kerr, M., Davies, B., Squires, J., Mallick, R., & Rodger, G. L. (2014). Achieving a climate for patient safety by focusing on relationships. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(6), 579-584. doi: 10.1093/intqhc/mzu068
- McDowell, D. S., & McComb, S. A. (2014). Safety Checklist Briefings: A Systematic Review of the Literature. *AORN Journal*, 99(1), 125-137.e113. doi: 10.1016/j.aorn.2013.11.015
- McLaughlin, N., Winograd, D., Chung, H. R., Van de Wiele, B., & Martin, N. A. (2014). Impact of the Time-Out Process on Safety Attitude in a Tertiary Neurosurgical

- Department. *World Neurosurgery*, 82(5), 567-574. doi: 10.1016/j.wneu.2013.07.074
- NSF, & Sykepleierforbund, N. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 01.01.2016. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nørgaard, A., Johnsen, R., & Marhaug, G. (2016). Bruk av WHO's sjekkliste for trygg kirurgi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2016(9), 815-820. doi: 10.4045/tidsskr.14.1079
- Omsorgsdepartement, H. o. (2012). *God kvalitet - trygge tjenester : kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*.
- omsorgsdepartementet, H. o. (2012-2013). *God kvalitet-Trygge tjenester- Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2011). *I trygge hender 24/7*. fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet>
- pasientsikkerhetsprogrammet. (2016). *I trygge hender 24-7*. Hentet 25.08.16 fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender>
- Pickering, S. P., Robertson, E. R., Griffin, D., Hadi, M., Morgan, L. J., Catchpole, K. C., . . . McCulloch, P. (2013). Compliance and use of the World Health Organization checklist in the U.K. operating theatres. *British Journal of Surgery*, 2013(12), 1664-1670. doi: 10.1002/bjs.9305
- Potter, J. (1996). *Representing Reality : Discourse, Rhetoric and Social Construction*. (s. 264).
- Reine, E. (2015). Postoperative pasientoverføringer. I K. Aase (Red.), *PASIENTSIKKERHET TEORI OG PRAKSIS* (2, utgave utg., s. 155-166). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Robertson-Smith, B. (2016). An exploration of the factors that influence the successful implementation of the World Health Organization Surgical Safety Checklist. *Journal of Perioperative Practice*, 26(11), 243-249.
- Ronnberg, L., & Nilsson, U. (2015). Swedish Nurse Anesthetists' Experiences of the WHO Surgical Safety Checklist. *J Perianesth Nurs*, 30(6), 468-475. doi: 10.1016/j.jopan.2014.01.011
- Rönberg, L., & Nilsson, U. (2015). Swedish Nurse Anesthetists' Experiences of the WHO Surgical Safety Checklist. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 30(6), 468-475. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2014.01.011>
- Schibevaag, L., Laugaland, K. A., & Aase, K. (2015). Sikkerhet, samhandling og pasientoverganger. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet. Teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schreiber, R., & MacDonald, M. (2010). Keeping Vigil over the Patient: a grounded theory of nurse anaesthesia practice. *Journal of advanced nursing*, 2010(66(3)), 552-561. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05207.x
- Sendlhofer, G., Lumenta, D. B., Leitgeb, K., Kober, B., Jantscher, L., Schanbacher, M., . . . Kamolz, L. P. (2016). The Gap between Individual Perception and Compliance: A Qualitative Follow-Up Study of the Surgical Safety Checklist Application. *PLoS ONE*, 11(2), 11. doi: 10.1371/journal.pone.0149212
- Sheard, A. G., & Kakabadse, A. P. (2004). *A process perspective on leadership and team development*. Bradford: Emerald Group Publishing Limited.
- Sutton, G. (2009). Evaluating multidisciplinary health care teams: Taking the crisis out of CRM. *Australian Health Review*, 33(3), 445-452.
- Thomassen, Ø., Brattebø, G., Heltne, J. K., Søfteland, E., & Espeland, A. (2010). Checklists in the operating room: Help or hurdle? A qualitative study on health workers' experiences. *10*. doi: 10.1186/1472-6963-10-342
- Utdannings-og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan med forskrift for videreutdanning i anestesisykepleie*. Hentet 20.09.2016 fra

- https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269383-rammeplan_for_anestesisykepleie_05.pdf
- Warr, D. J. (2005). "It was fun... but we don't usually talk about these things": Analyzing Sociable Interaction in Focus Groups. *Qualitative Inquiry*, 11(2), 200-225. doi: 10.1177/1077800404273412
- WHO. (2008). *Safe Surgery*. Hentet 25.08.16 fra <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>
- WHO. (2009). *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009*. fra http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/9789241598552/en/
- 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. *Bio Med Central Nursing*, 11(16). doi: 10.1186/1472-6955-11-16

Vedlegg

Vedlegg 1 Sjekkliste

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

Sjekkliste for trygg kirurgi

Versjon 2.1/ 18 01 2010

Vedlegg 2 Intervjuguide

Semi- strukturert intervju guide:

Forslag til åpning:

Velkommen.

Dere er valgt ut som deltakere i denne fokusgruppa fordi dere har erfaring med bruk av Sjekklister for Trygg Kirurgi. Erfaringene deres vil bli en del av Rita sin Masteroppgave.

Det er Rita som er ansvarlig for dette gruppeintervjuet og Sylvain er med som min assistent og sekretær. Hun vil notere ned data som ikke opptakeren fanger opp. Dette kan være hvilke spørsmål som skapte engasjement, noe om kroppsspråk e.l. Intervjuet blir tatt opp på bånd slik at vi får med det som blir sagt så korrekt som mulig. Det er viktig at dere ikke deler gjenkjennbare pasientopplysninger. Det blir laget utskrift av intervjuet i ettertid. Anonymiteten deres vil bli beskyttet ved at navnene deres ikke vil komme frem i utskriften. Navnelisten og samtykkeerklæring blir oppbevart i låst skap og kan ikke knyttes til lydopptak og utskrift. Disse oppbevares på passord beskyttet pc. Utsagn og opplysninger som kommer frem i Masteroppgaven vil ikke kunne gjenkjennes av andre enn dere selv. Alt materiale vil bli slettet etter at Masteroppgaven er forsvart muntlig.

Deltakelse er frivillig, og det er lov å trekke seg underveis. Den som vil trekke seg, vil garanteres anonymitet. Vi oppfordrer også til anonymitet innad i gruppen.

Det er satt av inntil 1 ½ time til dette gruppeintervjuet.

Dere må gjerne forsyne dere med mat og drikke før vi går videre.

Da dette er et fokusgruppeintervju er vi interessert i at dere deler deres erfaring med oss og med de andre. Formen blir derfor mere som en samtale enn et intervju. Når dere hører andres erfaring kan det hjelpe til å komme på egne erfaringer. Det er deres individuelle erfaringer vi er ute etter, det er ikke nødvendig at dere må være enige i alt. P.g.a. båndopptakeren er det fint om dere snakker en om gangen. Oppfordrer dere til å sette telefoner på lydløs.

Har dere noen spørsmål?

Da starter vi båndopptakeren.

Åpningsspørsmål:

- Hvordan erfaring har du med Sjekklista?

Temaspørsmål:

- Hvordan opplever du at Sjekklista påvirker pasientsikkerheten?
- Hvordan tror du Sjekklista påvirker sikkerhetskulturen I avdelinga?
- Hvordan tror du gjennomføringa av Sjekklista kan optimaliseres?

Avslutningsspørsmål:

- Er det noe annet du vil tilføye?
- Hvordan har det vært å delta i dette fokusgruppeintervjuet?

Observatørens rolle i intervjuet

Observerer og noterer ned data om interaksjonen mellom deltakerne i fokusgruppeintervjuet. Observatøren har spesielt fokus på:

Hvilke temaer fremkalte engasjement hos alle?

Hvordan ble følelser taklet gruppen?

Hvem sine interesser var i fokus i samtalen?

Observatøren noterer hovedpoengene informantene forteller om i løpet av intervjuet og gjør en oppsummering på slutten av intervjuet og ber om bekreftelse på at det er dette som var hovedpoengene.

Observatøren noterer seg spørsmål som skulle vært spurt, men som moderatoren har oversett. På slutten av intervjuet kan observatøren komme med disse spørsmålene.

Skriver ned gode ideer, tanker eller refleksjoner som dukker opp under intervjuet for senere bruk.

Noter ned i forhold til disse momentene:

I hvor stor grad ble deltakerne engasjerte i spørsmålene?

Hvordan og hvem bragte nye tema fram i samtalen?

Hvilke uttalelser så ut til å vekke konflikt?

Hva var motsetningene i samtalen?

Hvilke opplevelser var felles?

Kom det til syne allianser mellom deltakerne?

Var det noen deltakere som ble bragt til taushet av de andre?

Var det noe spesielt tema eller opplevelse som dominerte samtalen?

Hvordan løste gruppen eventuelle uenigheter?

Vedlegg 3 Forespørsel om deltakelse

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

Anestesisykepleie og pasientsikkerhet

«Hvordan opplever anestesisykepleierne sitt ansvar for sjekklisten for trygg

kirurgi?»

Bakgrunn og formål

Hensikten med denne studien er å få kunnskap om anestesisykepleierens opplevelse av ansvaret for gjennomføringen av sjekklisten. Deres opplevelser og erfaringer kan bidra til innsikt i hva som fremmer og hemmer bruk av sjekklista. Et fokus på tema gjennom denne studien kan bidra til økt interesse og en mer bevisst bruk av sjekklisten og bedre sikkerheten ved kirurgi og anestesi for pasienten.

Fokusgruppeintervjuene er min datainnsamling i forbindelse med min master i anestesisykepleie ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA).

Informantene mine skal være anestesisykepleiere med erfaring i bruk av Sjekkliste for Trygg Kirurgi. Jeg har da satt som kriterium minimum ett års anestesi praksis.

Da jeg vil intervju i eget felt har jeg bedt Seksjonssykepleier om å forespørre deltakere. På denne måten håper jeg å unngå å ubevisst velge de med mest mulig likt syn som meg. Jeg vil også spare dere for å føle dere presset til å delta.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien vil innebære å delta på et Fokusgruppeintervju. Fokusgruppens formål er å få frem mange forskjellige synspunkter om anestesisykepleierens ansvar for sjekkliste. Det er ikke et mål at alle skal bli enige, eller å finne løsninger. Data kommer frem gjennom samhandling (samtale, diskusjoner dere imellom) om temaet sjekkliste for trygg kirurgi. Jeg vil være den som styrer samtalen, men det er ikke et tradisjonelt intervju som består av faste spørsmål dere svarer på. Jeg er interessert i å få frem deres erfaring med Sjekklisten, hvordan dere opplever/erfarer ansvaret deres for denne, og om dere mener Sjekklisten har betydning for pasientsikkerheten på avdelingen. Formen vil bli litt som en diskusjon rundt lunsjbordet, bare med litt styring av tema.

Fokusgruppeintervjuet vil bli avholdt en ettermiddag rett etter jobb, i lokaler i tilknytning til avdeling eller i nærheten. Dere vil få mat før vi starter. Jeg vil sette av inntil 1 ½ time til

Intervjuet. Samtalen vil bli tatt opp på lydopptaker og vil bli skrevet ned i etterkant. I de nedskrevne notatene vil dere bli anonymisert.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Navnene deres vil kun finnes på samtykkeerklæringen, og den vil oppbevares i låst skap på mitt kontor. Navnene deres vil ikke kunne knyttes til det nedskrevne materiale. Det vil bare være jeg og observatøren som vil kjenne deres identitet.

Avdelingen og sykehuset dere jobber på vil også være anonymisert i oppgaven.

I masteroppgaven vil jeg kunne bruke sitater fra Fokusgruppeintervjuet, men bare dersom de er så generelle at de ikke kan knyttes til en bestemt person. Det vil ikke være noen navn i det nedskrevne materialet. Her vil dere få pseudonymer; f.eks. informant 1, osv.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. november. Da skal oppgaven leveres.

Datamaterialet vil oppbevares til etter at oppgaven er forsvart muntlig og bestått. Etter dette vil alle lydfiler slettes. Det nedskrevne opptaket er anonymisert og vil bli oppbevart på passordbeskyttet datamaskin i inntil to år.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Rita Stenseth tlf.nr. 924 48763

Veileder Vigdis Schnell Husby tlf.nr 951 68373

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

--

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4 Svar fra NSD



Vigdis S. Husby
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 31.03.2017 Vår ref: 53147 / 3 / STM Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.02.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

53147 *Anestesisykepleie og pasientsikkerhet. Hvordan opplever anestesisykepleierne sitt ansvar for gjennomføringen av sjekklisten Trygg Kirurgi*
Behandlingsansvarlig *Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig *Vigdis S. Husby*
Student *Rita Stenseth*

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 12.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Siri Tenden Myklebust

Det anbefales at dokumentet er elektronisk underskrevet og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.

NSD – Norsk senter for forskning om A/S Harald Høfftings gate 79 Tel: +47-15 15 21 12 nsd@nsd.uib.no Org.no: 985 721 884
NSD – Norwegian Center for Research Data NO-5007 Bergen, NORWAY Taks: +47 55 58 96 50 www.nsd.no

Vedlegg 5 Svar fra REK



Region: REK nord	Saksbehandler: Veronica Sørensen	Telefon: 77620758	Vår dato: 10.02.2017	Vår referanse: 2017/244/REK nord
			Deres dato: 03.02.2017	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Rita Stenseth
Institutt for helse- og omsorgsfag

2017/244 Pasientsikkerhet; anestesisykepleierens opplevelse av ansvar for WHO's sjekklister for trygg kirurgi

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 03.02.2017. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 09.03.2017.

Prosjektleder: Rita Stenseth

Bakgrunn og formål (original):

Jeg vil undersøke anestesisykepleierens opplevelse av sitt ansvar for gjennomføringen av Sjekklister for Trygg kirurgi. Problemstilling: "Hvordan opplever anestesisykepleierne sitt ansvar for gjennomføringen av Sjekklister for Trygg Kirurgi"

Undersøpløsmål:- Opplever anestesisykepleierne at sjekklister bidrar til økt fokus på pasientsikkerhet?

-Opplever anestesisykepleierne en pasientsikkerhetskultur i avdelingen?

- Opplever anestesisykepleierne at Sjekklister kan bidra til pasientsikkerhetskulturen

Det vil være en deskriptiv kvalitativ design med fokusgruppeintervju som metode. Analysen vil være basert på Malteruds analysemetode, en systematisk tekstkondensering i fire trinn.

Framleggingsplikt

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om "medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger", jf. helseforskningsloven (h) § 2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er i h § 4 a) definert som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom". Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

I dette prosjektet er formålet slik:« Hensikten med denne studien er å få kunnskap om anestesisykepleierens opplevelse av ansvaret for gjennomføringen av sjekklister. Deres opplevelser og erfaringer kan bidra til innsikt i hva som fremmer og hemmer bruk av sjekklister. Et fokus på tema gjennom denne studien kan bidra til økt interesse og en mer bevisst bruk av sjekklister og bedre sikkerheten for kirurgi og anestesi for pasienten.»

Besøksadresse:
MH-bygget UIT Norges arktiske universitet 9037 Tromsø

Telefon: 77646140
E-post: rek-nord@asp.uit.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK nord og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK nord, not to individual staff

De skriver videre at «Jeg vil undersøke anestesisykepleiernes opplevelse av deres ansvar for bruk av Trygg Kirurgi. Et fokusgruppeintervju vil være en metode som kan gi meg svar på mitt spørsmål. Utfordringen vil bli å sette sammen en gruppe som fungerer med hensyn til gruppedynamikk. Det må være trygge rammer slik at alle tør å komme med sine erfaringer. Det er også en fordel å finne deltakere som ønsker å bidra med sine erfaringer slik at man får gode komplekse data. Fokusgruppens formål er å få frem mange forskjellige synspunkter om anestesisykepleierens ansvar for sjekkliste. Det er ikke et mål at alle skal bli enige, eller å finne løsninger. Det er en ikke-styrende intervjustil hvor moderatoren, som leder intervjuet, presenterer emnet som skal diskuteres og legger til rette for ordveksling.»

Selv om dette er en helsefaglig studie og funnene i studien indirekte vil kunne gi en helsemessig gevinst, faller ikke prosjektet inn under definisjonen av de prosjekt som skal vurderes etter helseforskningsloven.

Dette forutsetter at anestesisykepleier overholder sin lovpålaget taushetsplikt.

Prosjektet skal således ikke vurderes etter helseforskningsloven.

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig, jf. hfl § 2.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
Sekretariatsleder

Veronica Sorensen
Seniorrådgiver

Kopi til:

Vedlegg 6 ISBAR

(<https://www.nsf.no/Content/1591866/cache=20161011231424/ISBAR-%20kvalitetsforbedringstiltak%20vedr%C3%B8rende%20pasientoverlevering.pdf>)

I	Identifikasjon: Presentasjon av en selv som personell ovenfor pasient/pleier Informasjon om pasientnavn og fødselsdata	
S	Situasjon: Kun de store overskriftene Eks: Diagnose, type inngrep evt aktuell situasjon med viktige observasjoner og vitale parametere.	Om akutt: Start med å angi at det er akutt. Rapporter strukturert og kort vitale parametere som evt er i endring.
B	Bakgrunn: "Tell the story" Relevant historie/tilleggsykdommer Relevante medisiner Relevant resultat Relevant undersøkelse Øvrig relevant informasjon	Om akutt: Relevante vitale tegn Hvordan situasjonen evt håndteres nå - Hva er gjort.
A	Aktuell bedømming: Angi hvordan du vurderer situasjonen/problemene	Om akutt: Presiser problemet
R	Rekommandering: Gi eller be om råd om videre pleie/behandling Anbefalinger om pasientens status sånn at den mest kritiske informasjonen er effektivt delt og sikrer pasient behandlingen. Spørsmål?	Om akutt: Om det ønskes bistand presiser dette.

Vedlegg 7 Litteratursøk

Print Search History: EBSCOhost

Side 1 av 1



EBSCOhost

*herde alle overskrifter
10 abstr. - 8 artikler*

Thursday, October 05, 2017 4:41:48 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S5	nurse anesthetist OR perioperative nurse AND (experiences or perceptions or attitudes or views) AND checklist OR surgical safety checklist	Limiters - Full Text; Published Date: 20100101-20171231; Peer Reviewed; Human Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	118
S4	nurse anesthetist OR perioperative nurse AND (experiences or perceptions or attitudes or views) AND checklist OR surgical safety checklist	Limiters - Full Text; Peer Reviewed; Human Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	289
S3	nurse anesthetist OR perioperative nurse AND (experiences or perceptions or attitudes or views) AND checklist	Limiters - Full Text; Peer Reviewed; Human Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	269
S2	nurse anesthetist OR perioperative nurse AND (experiences or perceptions or attitudes or views)	Limiters - Full Text; Peer Reviewed; Human Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	326
S1	nurse anesthetist	Limiters - Full Text; Peer Reviewed; Human Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	266

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/searchhistory/PrintSearchHistory?vid=6&sid=f273d...> 05.10.2017

PubMed Home More Resources Help

PubMed Advanced Search Builder

Tutorial

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

Use the builder below to create your search

[Edit](#)

[Clear](#)

Builder

All Fields

[Show index list](#)

AND All Fields

[Show index list](#)

or [Add to history](#)

hent alle overskrifter, 8 abstrakt - 6 artikler

History

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

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#8	Add	Search ((((((nurse anesthetist) OR perioperative nurse) AND experience) OR attitude) OR perception) AND patient safety) AND checklist Filters: Full text; published in the last 5 years; Humans	69	09:56:19
#5	Add	Search ((((((nurse anesthetist) OR perioperative nurse) AND experienc*) OR attitude) OR perception) AND checklist) OR surgical checklist Filters: Full text; published in the last 5 years; Humans	1603	06:47:25
#6	Add	Search ((((((nurse anesthetist) OR perioperative nurse) AND attitudes) OR experience) OR view) AND safe surgery) AND checklist Filters: Full text; published in the last 5 years; Humans	15	06:44:27
#4	Add	Search ((((((nurse anesthetist) OR perioperative nurse) AND experienc*) OR attitude) OR perception) AND checklist) OR surgical checklist Filters: Full text; published in the last 5 years	1998	06:38:00
#3	Add	Search ((((((nurse anesthetist) OR perioperative nurse) AND experienc*) OR attitude) OR perception) AND checklist) OR surgical checklist Filters: Full text	4139	06:37:37
#2	Add	Search ((((((nurse anesthetist) OR perioperative nurse) AND experience) OR perceptions) OR views Filters: Full text	445653	06:33:45
#1	Add	Search ((((((nurse anesthetist) OR perioperative nurse) AND experience) OR perceptions) OR views	588713	06:33:20