



U i T

**NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET**

Institutt for helse og omsorgsfag

Operasjonssykepleiernes ansvar og fagkunnskaper ved bruk av sjekklisten trygg kirurgi

En litteraturstudie i operasjonssykepleiernes ansvar og fagkunnskaper ved bruk av sjekklisten

Lene Roti

Masteroppgave i operasjonssykepleie, Mai 2018



Forord

Denne oppgaven strakk seg over ett semester, som resulterte i ett kort og intensivt arbeid. Takk til UIT- Norges Arktiske Universitet som har ordnet ett studieforløp som gir oss muligheten til å skrive en masteroppgave innenfor operasjonssykepleie.

Jeg vil gjerne takke mine veiledere Jan-Thore Lockertsen, universitetslektor ved institutt for helse- og omsorgsfag ved UIT- Norges Arktiske Universitet og Ingunn Elstad, professor i sykepleie ved institutt for helse og omsorgsfag ved UIT- Norges Arktiske Universitet for konstruktive tilbakemeldinger og gode veiledningssamtaler. Dere hjalp meg å stake ut en kurs som gjorde at oppgaven kunne gjennomføres. Tusen takk for støtte, inspirasjon og innspill.

Videre vil jeg takke min medstudent Gurå, for gode tips, diskusjoner og brainstorminger under arbeidet med oppgaven.

Takk til min familie som har vartet opp med gode middager og mye omtanke. En spesiell takk sendes til Tonje for korrekturlesing.

Tilslutt vil jeg takke min kjære humorist Bjarte Rød. Uten deg og dine tilbakemeldinger, samt godt påfyll av humor i stressende perioder hadde ikke dette vært mulig å gjennomføre. Du er enestående.

Tromsø, mai 2018

Lene Roti

Sammendrag

Bakgrunn: Trygg kirurgi sjekkliste er en sjekkliste basert på anbefalinger av Verdens helseorganisasjon som brukes på operasjonsavdelinger i store deler av verdenen. Alle medlemmer i teamet skal delta i utførelsen av sjekklisten, slik at relevant informasjon om pasient og inngrep deles. Det innebærer at alle faggruppene bidrar med sin kunnskap som igjen bidrar til økt pasientsikkerhet.

Hensikt: Å undersøke hvilket ansvar operasjonssykepleieren har og hvilke fagkunnskaper operasjonssykepleiere anvender under gjennomføringen av trygg kirurgi sjekkliste.

Metode: I denne studien er et benyttet en litteraturstudie. Litteratursøket er gjort i databasene Cinahl, Pubmed og Svemed+. Etter litteratursøket er det gjort en vurdering av artikler med tanke på kvalitet og relevans for problemstillingen. Både kvalitative og kvantitative artikler er inkludert, samt en masteroppgave. Videre er det gjort en tematisk analyse basert på funnene i de inkluderte studiene.

Funn: Funn viser at ansvar kan være uavklart og varierer fra sted til sted. Punkter på sjekklisten kan bli utelatt og deler av sjekklisten blir ikke alltid utført. Hvilken profesjon som leder sjekklisteprosedyren varierer. Sjekklisten er sårbar for timing og situasjoner. I operasjonsavdelinger er det den koordinerende operasjonssykepleieren som dokumenterer at sjekklisten blir gjennomført. Operasjonssykepleiere bidrar med fagkunnskaper i forebygging av pasientskader under operasjonsforløpet.

Konklusjon: Operasjonssykepleier har medansvar for at sjekklisten blir gjennomført og det kan virke som ansvaret også blir noe større som følge av at operasjonssykepleier i praksis dokumenterer sjekklisten, samt operasjonssykepleierens arbeid i å forebygge komplikasjoner på operasjonsstuen. Operasjonssykepleiere bruker fagkunnskap når det kommer til å svare på punkter på sjekklisten som er innenfor deres ansvar. Den koordinerende operasjonssykepleieren kan være avgjørende for gjennomføring av sjekklisten og kan holde en oversikt andre medlemmer ikke har mulighet til. Operasjonssykepleierens erfaring kan spille inn på gjennomføringen av sjekklisten.

Søkeord: Operasjonssykepleier, fagkunnskaper, ansvar, trygg kirurgi sjekkliste.

Abstract

Background: Safe Surgery Checklist is a checklist based on recommendations from the World Health Organization that are used in operating departments in major parts of the world. All members of the team will participate in the execution of the checklist, to ensure that relevant information regarding patient and intervention is shared. This means that all professional groups contribute with their knowledge, which in turn contributes to increased patient safety.

Aim: To investigate the responsibilities of the surgery nurse and what professional knowledge operating room nurses apply during the implementation of the Safe Surgery Checklist.

Method: This study is a literature review. The databases that are used are Cinahl, Pubmed and Svemed +. An assessment of articles has been carried out with respect to quality and relevance to the research question. Both qualitative and quantitative articles are included, as well as a master's thesis. Additionally, a thematic analysis has been made based on the findings in the included studies.

Findings: It is evident that it is not always clear who is responsible for the checklist, and that this tend to vary depending on the place. Items on the checklist may be omitted and parts of the checklist are not always executed. It is also variation in which profession that are leading the checklist procedure. The checklist is vulnerable to timing and situations. In operating departments, the coordinating operating nurse is responsible for documenting that the checklist procedure is accomplished. Operating room nurses contribute with professional knowledge in preventing patient injuries during surgery

Conclusion: The responsibility for ensuring that the checklist procedure is accomplished can often be assigned to the circulating nurse. It may seem like the responsibility, to some extent, also increases due to the fact that the circulating nurse documents the checklist, as well as due to the operating room nurses work in preventing complications in the operating room. Moreover, operating room nurses use professional knowledge when it comes to responding to points on the checklist that are within their responsibility. The circulating nurse may be crucial for completing the checklist due to his/her overview of the situation, which the rest of the team are not able to. The experience of the operating room nurses can have an impact on the execution of the checklist.

Keywords: Operating room nurse, responsibility, knowledge, professional knowledge, Safe Surgery Checklist

Innholdsfortegnelse

1	Innledning: Pasientsikkerhet.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.2	Hensikt med oppgaven	3
1.3	Problemstilling	3
1.3.1	Oppbygging og fremgangsmåte	3
1.4	Avgrensing	3
2	Bakgrunslitteratur	4
2.1	Presentasjon av sjekklisten trygg kirurgi.....	4
2.2	Operasjonssykepleie.....	6
2.2.1	Historisk utvikling.....	6
2.2.2	Operasjonssykepleierens ansvar og funksjonsområde	7
2.3	Fagkunnskap.....	8
2.4	Teamarbeid.....	10
2.5	Ansvar	11
3	Metode	12
3.1	Forforståelse	12
3.2	Hermeneutikk	12
3.3	Litteraturstudie	13
3.4	Litteratursøk	14
3.4.1	Inklusjon og eksklusjonskriterier	17
3.5	Kvalitetsvurdering.....	17
4	Litteraturgjennomgang	19
4.1	Artikkel 1.....	19
4.2	Artikkel 2.....	19
4.3	Artikkel 3.....	20
4.4	Artikkel 4.....	20
4.5	Artikkel 5.....	21
4.6	Artikkel 6.....	22
4.7	Artikkel 7.....	22
4.8	Artikkel 8.....	23
4.9	Artikkel 9.....	23
4.10	Artikkel 10.....	24
4.11	Artikkel 11.....	25
4.12	Artikkel 12.....	25

4.13	Artikkel 13.....	26
4.14	Artikkel 14.....	27
4.15	Analyse.....	28
4.16	Begrensninger med undersøkelsen.....	29
5	Funn.....	30
5.1	Uklarhet og variasjon i hvem som har ansvaret for sjekklisten og hvem som tar initiativ....	30
5.2	Pasientsikkerhet og sjekklstens påvirkning på pasientsikkerhet	31
5.3	Store variasjoner i utførelse og tilstedeværelse ved gjennomgang av sjekklisten.....	31
5.4	Betydning av timing ved gjennomføring av sjekklister.....	33
5.5	Sjekklisten kan fremme teamarbeid og kommunikasjon på operasjonsstue	33
5.6	Operasjonssykepleiernes fagkunnskap	34
5.7	Operasjonssykepleieres bruk av sjekklister.....	35
5.8	Variierende holdninger til sjekklisten blant medlemmer i teamet.....	36
6	Drøfting	37
6.1	Operasjonssykepleierens ansvar som medlem av teamet	37
6.2	Operasjonssykepleierens ansvar ved trygg kirurgi sjekklste.....	40
6.3	Fagkunnskaper ved besvarelse av spørsmål på sjekklisten	42
6.4	Fagkunnskaper ved ledelse av sjekklisten.....	43
7	Konklusjon.....	49
	Referanseliste	51
	Vedlegg 1	i
	Vedlegg 2	ii
	Vedlegg 3	vii

1 Innledning: Pasientsikkerhet

Kirurgiske inngrep utgjør stor risiko for pasienter og kan resultere i alvorlige komplikasjoner som en direkte konsekvens av inngrepet (Patel m.fl., 2014). Pasienter som skal gjennomgå et kirurgisk inngrep er i en sårbar situasjon og er utsatt for skader. En pasient i narkose kan ikke kommunisere og merker ikke smerter. I tillegg blir reflekser midlertidig borte og immunforsvaret nedsettes. Pasientene leies på et operasjonsbord og kan bli liggende i opptil flere timer. Operasjonssykepleiere har et ansvar basert på etikk, kunnskap og moral i å ivareta en pasient som ikke kan snakke selv, altså være pasientens advokat (Conner, 2014; Dåvøy, 2018b).

Operasjonssykepleiere gir sykepleie til pasienter som gjennomgår kirurgiske inngrep. Dette kan være planlagte eller akutte inngrep, undersøkelser eller behandling. Pasientene som skal gjennomgå et kirurgisk inngrep kan ha varierende grad av sykdom og det kreves at pasientens aktuelle situasjon vurderes. Operasjonssykepleier kan jobbe på legevakt, kirurgiske poliklinikker og ved kirurgiske spesialiteter eller seksjoner i operasjonsavdelingen (Conner, 2014; Eide & Dåvøy, 2018). Det kan oppstå uventede, akutte situasjoner og operasjonssykepleieren må kunne løse dette på en forsvarlig måte (Eide & Dåvøy, 2018). Helsepersonell er lovpålagt å utøve faglig forsvarlighet i yrket (Helsepersonelloven, 1999).

Et hovedmål for utdanning i operasjonssykepleie er å ivareta pasientsikkerheten. Ifølge rammeplanen for videreutdanning i operasjonssykepleie skal man etter endt utdanning som operasjonssykepleier bidra til å forebygge komplikasjoner og ivareta pasientens sikkerhet, samt inneha medansvar for å ikke påføre pasienten ytterligere skade (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Operasjonssykepleieren må ha kunnskaper om operasjonspasienten og skal gi sykepleie til pasienten før, under og umiddelbart etter ett inngrep. Det krever kunnskaper om anatomi, medisinske kunnskaper om det aktuelle inngrepet, samt spesialkunnskap om hygieniske prinsipper, instrumenter og medisinteknisk utstyr under operasjonen. Operasjonssykepleiere må ha forståelse for pasientens situasjon i forbindelse med inngrepet, og kunne etablere kontakt og utøve omsorg til operasjonspasienten (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Fra luftfarten er man blitt introdusert med sjekklister som ble innført etter et flykrasj i 1934 der selskapets mest erfarne pilot omkom. Det ble da sagt at flyet var for komplisert for én manns hukommelse. Fire sjekklister ble utarbeidet for å påse at pilot og co-pilot ikke glemte noe. Fortsatt anvendes sjekklister i luftfarten for å skape sikkerhet og teambygging (Mahajan,

2011). Dette har man adaptert i helsevesenet for å bedre sikkerhet for pasienter og kvalitet på behandling av pasienter. Uønskede hendelser skjer i 10 % av utførte operasjoner på sykehus rundt om i verden. Halvparten av disse uønskede hendelsene kan unngås og sjekklister kan bidra til dette (Mahajan, 2011; Patel m.fl., 2014). Sjekklisten Surgical Safety Checklist er utarbeidet av Verdens helseorganisasjon (WHO). Den består av tre deler som skal utføres før pasienten får anestesi, rett før inngrepet og umiddelbart etter at inngrepet er ferdig (Mahajan, 2011; Murphy, 2015; World Alliance for Patient Safety, 2008). Sjekklisten ble utviklet i 2008 (Nørgaard, Johnsen & Marhaug, 2016) og blir nå brukt på sykehus i store deler av verden (Mahajan, 2011). I Norge heter denne sjekklisten trygg kirurgi. Hensikten med sjekklisten er å minske risiko for komplikasjoner og øke pasientsikkerheten under kirurgiske inngrep. Den skal sikre trygg anestesi, trygg kirurgi, god kommunikasjon og godt teamarbeid (Nørgaard m.fl., 2016). Sjekklisten inneholder punkter som de forskjellige profesjonene skal svare på og skal involvere hele teamet (Haugen & Dåvøy, 2018).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

En tidligere studie viser store variasjoner i hvordan sjekklisten blir anvendt (Patel m.fl., 2014). Jeg har hatt praksis på forskjellige operasjonsavdelinger på to sykehus i Nord-Norge. Der har jeg observert at utførelsen gjøres noe ulikt på de to plassene. På den ene operasjonsavdelingen er det for det meste anestesisykepleierne som leser listen høyt, mens operasjonssykepleierne dokumenterer utførelsen av sjekklisten trygg kirurgi. På den andre operasjonsavdelingen har jeg opplevd at det er operasjonssykepleierne som leser listen høyt og dokumenterer utførelsen av sjekklisten trygg kirurgi skriftlig. Det som er felles for disse to operasjonsavdelingene er at det er operasjonssykepleierne som dokumenterer at sjekklisten blir gjort. På bakgrunn av opplevelser i studentpraksis, er jeg blitt interessert i bruken av sjekklisten. Etter å ha lest litteratur i forbindelse med prosjektskissen undrer jeg på hvilket ansvar operasjonssykepleiere har og om deres fagkunnskaper blir anvendt i gjennomføring av sjekklisten.

1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å få en bedre forståelse for hvilket ansvar operasjonssykepleierne har ved deltakelse og for gjennomføring av trygg kirurgi sjekklister, og hvilke fagkunnskaper som blir brukt i deres deltakelse. Ved å sette fokus på ansvaret operasjonssykepleieren har, og fagkunnskapene operasjonssykepleieren anvender, kan det føre til økt bevissthet rundt anvendelse av sjekklister og kanskje bidra til å forbedre praksis.

1.3 Problemstilling

Hva er operasjonssykepleierens ansvar og fagkunnskaper ved bruk av trygg kirurgi sjekklister?

1.3.1 Oppbygging og fremgangsmåte

For å svare på dette spørsmålet har jeg valgt en å gjøre en litteraturstudie, med en hermeneutisk tilnærming til litteraturen.

Oppgavens oppbygging:

- I kapittel to vil aktuell bakgrunns litteratur bli presentert.
- Kapittel 3 beskriver den valgte metoden, hvordan litteratursøk har foregått, samt en kvalitetsvurdering. Til sammen er 14 artikler og masteroppgaver inkludert i studien.
- Kapittel fire består av en kort presentasjon av inkluderte artikler, samt hvordan analysen er utført. Der vil også begrensinger med undersøkelsen forklare.
- I kapittel fem presenteres funn fra inkluderte artikler som ble ordnet ved en tematisk analyse.
- Kapittel seks består av en drøftingsdel der funnene og bakgrunns litteratur blir drøftet opp mot problemstilling.
- I kapittel syv presenteres konklusjonen.

1.4 Avgrensning

Siden sjekklister trygg kirurgi omfatter hele teamet vil anestesisykepleiere og kirurger bli nevnt i oppgaven, men da som en del av et team sammen med operasjonssykepleieren. Jeg har ikke avgrenset med tanke på operasjonssykepleierens ulike roller, mens der det i oppgaven diskuteres om å lede gjennomføringen, er det naturlig at det blir mer fokus på operasjonssykepleieren som innehar den koordinerende rollen. I denne oppgaven vil trygg kirurgi sjekklister bli benevnt som trygg kirurgi, sjekklister, sjekklister.

2 Bakgrunns litteratur

2.1 Presentasjon av sjekklisten trygg kirurgi

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

(Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014)

Trygg kirurgi sjekklister skal være et hjelpemiddel som i kombinasjon med retningslinjer og prosedyrer kan hjelpe til å håndtere utfordringer på operasjonsavdelingen (Hollund, 2010). Et kirurgisk team består i Norge vanligvis av en-to operasjonssykepleiere, én anestesisykepleier, en-to kirurger og én anestesilege (Høiland, 1996; Oksavik, 2018). For at sjekklisten skal fungere skal alle profesjoner i det kirurgiske teamet delta (Mahajan, 2011). Sjekklisten inneholder 19 punkter. Disse er fordelt over følgende tre deler: forberedelse, time-out og avslutning. Den skal ha enkle konkrete spørsmål og være lett å forholde seg til (Patel m.fl., 2014). Forberedelsesdelen skal være gjort før innledning av anestesi og den skal gjøres med minst en anestesisykepleier og en operasjonssykepleier tilstede (Murphy, 2015; World Alliance for Patient Safety, 2008). Den omfatter kontroll av ID, hypotermiforebygging, kjent allergi og om operasjonsfelt er merket (Murphy, 2015). Operasjonssykepleieren har ansvar for

å sjekke at operasjonsfelt er merket, om hårfjerning er utført og om pasienten har metall i kroppen (Haugen & Dāvøy, 2018).

Time-out skal gjøres rett før selve operasjonen starter og hele teamet skal være tilstede (Haugen & Dāvøy, 2018; Murphy, 2015). Da skal medlemmene i teamet presentere seg for hverandre. Hensikten er at presentasjonen skal forbedre kommunikasjonen på operasjonsstuen. Medlemmer av teamet skal kjenne hverandre og føle seg velkommen til å si sin mening også under operasjonene (Haugen & Dāvøy, 2018). Under time-out skal operasjonssykepleier skal svare på om sterilitet på instrumenter og utstyr er bekreftet og om det er utfordringer knyttet til bruken av utstyret (Murphy, 2015). Operasjonssykepleieren skal i tillegg sammen med resten av teamet bekrefte pasientens ID, planlagt prosedyre og side, samt at pasienten er i rett leie (Haugen & Dāvøy, 2018).

Avslutningsdelen gjøres når operasjonen er avsluttet, før pasienten forlater operasjonsstuen. Kirurg skal være tilstede (Haugen & Dāvøy, 2018; Murphy, 2015). Avslutning av trygg kirurgi sjekklister innebærer spørsmål om hvilke inngrep som er gjennomført, om antall kompresser, duker, nåler og utstyr stemmer¹, om det er tatt prøvemateriale og om det er riktig merket. Operasjonssykepleier og kirurg skal svare på om det har vært problem med utstyr, samt at operasjonssykepleier skal bekrefte at telling er korrekt og utstyr stemmer (Haugen & Dāvøy, 2018). WHO oppfordrer til at man kan legge til eller modifisere sjekklister for å tilpasse lokal praksis (Murphy, 2015). World Alliance for Patient Safety (2008) anbefaler at det er *en* person som leder sjekklister for å sikre at alle deler og punkter blir gjort, samt at sykehusene bestemmer hvem som skal inne ha rollen som sjekklisterkoordinator og at alle helseprofesjoner kan lede sjekklister. Forskning tyder på at dødsrater og komplikasjoner under kirurgi går ned ved bruk av Safe Surgery Checklist (Fudickar, Hörle, Wilfang & Bein, 2012; Mahajan, 2011).

¹ Nåler, kompresser, duker, tuffere og brukes kontinuerlig under en operasjon for å sy, stoppe blødning og beskytte vev. En duk er laget av samme stoff som kompress, men er tynnere og større.

2.2 Operasjonssykepleie

2.2.1 Historisk utvikling

Tidlig på 1900-tallet var operasjonssykepleieren en kirurgisk sykepleier med ansvar for pasientens pre- – per- og postoperative sykepleie. Den raske utviklingen av kirurgiske metoder og kirurgenes behov for faglært assistanse førte til at operasjonssykepleierens arbeid bare ble knyttet til operasjonsstua. Pasientens behov for sykepleie omfattet både hans psykososiale behov så vel som det forebyggende arbeid for å hindre hypotermi, nerveskader, trykksår og infeksjoner (Eide & Lockertsen, 2018; Sandelowski, 2000).

I mellomkrigstiden utviklet operasjonssykepleierrollen seg til tre roller. Foruten sykepleieren som utførte steril assistanse i såret, var det en sykepleier som stod for narkosen, og en tredje som skulle bistå sykepleieren i såret og de øvrige i operasjonsteamet – den som ble kalt «gå til hånde» sykepleieren (Lockertsen, 2009). De skulle holde kontroll på at kompresser ble gjort rede for slik at de ikke ble liggende inne i pasienten. De fikk også i oppgave å påse at aseptiske prinsipper ble overholdt (Sandelowski, 2000). Selv om det var den sterile operasjonssykepleieren som hadde ansvaret for å rapportere inngrepet som var utført, om det var lagt inn dren og for at eventuelle fjernede preparater ble sendt til mikroskopisk undersøkelse, ble det i praksis gå til hånde-sykepleieren som i sin friere sirkulerende rolle, fikk dette ansvaret (Lockertsen, 2009).

I perioden etter 2. verdenskrig var operasjonssykepleieryrket under press. Elever hadde liten tid på operasjonsstuene. De spesialiserte arbeidsoppgavene og de strenge krav til hygiene gav lite innblikk i operasjonssykepleierens ansvar for operasjonspasienten.

Operasjonssykepleieren ble sett på som en assistent som «bare» avleverte instrumenter til kirurgen, og hadde en mekanisk rolle under operasjonene. For mange elever ble operasjonssykepleie ansett på som et teknisk og oppgaveorientert område som ikke var sykepleie. Sykepleiestudenter søkte seg i mindre grad til operasjonsstuene. I USA medførte dette en mangel på operasjonssykepleiere (Sandelowski, 2000). Dette ble i land som Sverige og USA forsøkt kompensert ved å benytte ikke-faglærte assistenter som fikk opplæring i kirurgiske assistanse - operasjonsteknikere (Eide & Lockertsen, 2018). I Norge skjedde ikke denne utviklingen. Begrunnelsen var at pasienten hadde behov for sykepleierens kunnskap om sykdommer og inngrep den tid pasienten hadde redusert bevissthet og vanskeligheter med å ta vare på seg selv (Eide & Lockertsen, 2018).

2.2.2 Operasjonssykepleierens ansvar og funksjonsområde

Under en operasjon er pasienten sårbar. Operasjonssykepleiere skal sørge for å gi sykepleie som møter pasientens behov, og det skal tas hensyn til kultur, språk, verdier og tro (Conner, 2014). Operasjonssykepleieren skal vite om risikofaktorer som kan oppstå på operasjonsstuen, hvordan forebygge skader på pasienten, samt ivareta pasienten velvære (Conner, 2014; Eide & Dāvøy, 2018; Steelman, 2015). Operasjonssykepleiere skal følge retningslinjer og lover for å sikre helse og sikkerheten til pasienten (Conner, 2014). Helsepersonell er lovpålagt av § 39 og 40 i Helsepersonelloven (1999) å dokumentere helsehjelpen som gis av aktuelt helsepersonell. Operasjonssykepleiere skal dokumentere det som er faglig relevant i og det som er spesifikke oppgaver i operasjonssykepleien. Helsepersonell er pliktig å dokumentere dersom de alene gir den aktuelle helsehjelpen eller har en selvstendig rolle (Christensen, 2018).

På operasjonsstuen har operasjonssykepleiere to roller. Det er den koordinerende operasjonssykepleieren og den sterile operasjonssykepleieren. Den koordinerende operasjonssykepleieren er løs i operasjonsstuen og vasker seg ikke inn sterilt (Eide & Dāvøy, 2018). Den koordinerende operasjonssykepleieren kan også kalles å ha en sirkulerende rolle i teamet på grunn av muligheten til å bevege seg rundt i operasjonsstuen. Arbeidet til den koordinerende operasjonssykepleieren går ut på ivaretagelse av pasienten og pasientens behov for sykepleie på før, under og etter ett kirurgisk inngrep, samt hindre at pasientens utsettes for skade eller ekstra belastning. Det går ut på å forebygge hypotermi, infeksjoner og leiringskader skader som kan oppstå under et kirurgisk inngrep (Eide & Dāvøy, 2018; Oksavik, 2018). I samarbeid med anestesisykepleieren tar den koordinerende operasjonssykepleieren imot pasienten på operasjonsstuen, er med på å finne frem utstyr, leirer pasienten og desinfiserer operasjonsfeltet før det legges steril dekking (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, 2011). Under selve operasjonen observerer den koordinerende operasjonssykepleieren forløpet, samtidig som hun/han påser at teamet har det de trenger av utstyr, observerer pasienten med tanke på leiringskader og merker prøver som tas under operasjonen som skal til laboratoriet. I tillegg til dette utfører hun/han telling av kompresser sammen med den sterile operasjonssykepleieren (Benner m.fl., 2011).

For den sterile operasjonssykepleieren vil det direkte arbeidet kreve kunnskap om anatomi og det kirurgiske inngrepet slik at den sterile operasjonssykepleieren kan være i forkant ved avlevering av instrumenter til kirurgen. Det bidrar til at operasjons- og anestestiden forkortes, noe som er gunstig for pasienten (Eide & Dāvøy, 2018). Det indirekte arbeidet går ut på å

velge rett operasjonsstue, rett utstyr og instrumenter for det kirurgiske inngrepet, samt klargjøre operasjonsstuen for inngrepet. Dette kan være avgjørende for at inngrepet skal være vellykket (Eide & Dåvøy, 2018). Benner m.fl. (2011) skriver at rollen den koordinerende operasjonssykepleiere har under operasjoner ikke alltid er synlig for andre fordi operasjonssykepleierne handler selv. Dette på bakgrunn av at den koordinerende operasjonssykepleieren koordinerer de mange forskjellige oppgavene som gjør at kirurgi kan foregå (Benner m.fl., 2011).

Sammen er den koordinerende og sterile funksjonen avgjørende for pasientsikkerheten, der de jobber nært og effektivt sammen under inngrepet (Steelman, 2015). Operasjonssykepleieren har en pedagogisk funksjon og ansvar. Det betyr at operasjonssykepleier skal gi informasjon og undervisning til pasienten, pårørende og kollegaer som har behov for den kunnskapen en operasjonssykepleier besitter (Conner, 2014; Dåvøy, 2018c). Operasjonssykepleiere jobber tverrfaglig og har dermed et pedagogisk ansvar for at det legges til rette for utvikling av de som er tilstede, slik at en kan oppleve mestring i ulike situasjoner (Dåvøy, 2018c).

2.3 Fagkunnskap

I denne oppgaven vil begrepet fagkunnskap bli brukt. Fagkunnskaper kan regnes som kunnskaper innenfor et fagfelt eller spesialfelt (Nasjonal digital læringsarena, u.å). Det omfatter teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap, erfaringskunnskap og skjønn som er viktige kunnskapsdeler i operasjonssykepleie.

Praksistrekanten til Lauvås og Handal (2014) viser at en handling forutsetter flere elementer. Bak den handlingen man ser bli utført i praksis ligger det teoretisk kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og etiske refleksjoner som er usynlige (Lauvås & Handal, 2014). Nederst i trekanten ligger handlingen som skal utføres. I midten av trekanten ligger de teoretiske, praktiske og erfaringsbaserte kunnskapene en begrunner handlingen med. Dette er en planlagt handling som er bestemt av omgivelser. Øverst i trekanten er det etisk rettferdiggjøring. Det kan være hva man synes er etisk rett å gjøre i en situasjon, hvilke verdier man selv har og hva man selv kan stå inne for fra et etisk og moralsk ståsted. Det som fra ens eget perspektiv er rett, viktig eller galt. Dette utgjør det personlige preget en selv har på yrkesrollen (Lauvås & Handal, 2014).

Praktisk kunnskap vises i handlinger, begrunnelser, vurderinger og skjønn. Den praktiske kunnskapen behøver ikke å kunne uttales verbalt, men kommer til syne ved handling

(Grimen, 2008). Den praktiske kunnskapen er «know how», altså vite hvordan f.eks handling skal utføres (Benner m.fl., 2011; Grimen, 2008). Benner m.fl. (2011) bruker begrepet klinisk kunnskap om den praktiske fagkunnskapen som forutsetter både teoretisk innsikt og læring gjennom erfaring. Ved hjelp av erfaring med samme type tilstander, kan man oppfatte likheter og forskjeller mellom hvordan pasienter responderer på like tilstander, behandlinger og komplikasjoner (Benner m.fl., 2011). Det krever årvakenhet og at en husker tidligere tilfeller, samt at man kan lære av feil som har skjedd tidligere. Observasjon i sykepleien regnes som en praktisk kunnskap en sykepleier må inneha. Gode observasjoner gjør at sykepleieren kan se de forskjellige pasienters særtrekk og gi sykepleie som kan styrke pasienten/redde liv (Nightingale, Skretkovicz & Mellbye, 1997). Conner (2014) skriver at operasjonssykepleieren må observere, lytte og vurdere.

Profesjoners kunnskapsgrunnlag kan være homogen eller heterogen. Ved at en profesjon er heterogen betyr det at den består av forskjellige elementer innenfor flere vitenskapelige områder. Hvis kunnskapen stammer fra samme kunnskapsfelt kalles den homogen (Grimen, 2008). Sykepleie kan sies å ha en heterogen kunnskapsbase. Den inneholder vitenskapelige deler, eksempelvis biologi, psykologi og sykepleiefag. Dessuten er erfaring med praktisk sykepleie til pasienter og familier et nødvendig kunnskapsgrunnlag for å kunne utøve god sykepleie. Erfaringen har en sosial og kulturell side, ved at helsepersonell må kommunisere med pasienten og forstå deres situasjon, for å kunne hjelpe pasienten (Grimen, 2008).

Operasjonssykepleieren må yte god og forsvarlig sykepleie til den enkelte personen. Derfor kan den vitenskapelige kunnskapen med retningslinjer og regler ikke anvendes likt på forskjellige pasienter. Sykepleieren må utøve et etisk og faglig skjønn i sin virksomhet (Elstad 2014). Det innebærer at operasjonssykepleieren må kunne se pasientens situasjon fra flere sider og på bakgrunn av det vurdere hva som må gjøres, og handle i situasjonen. For at det faglige skjønn skal utvikles må operasjonssykepleieren ha erfaring og evne til refleksjon. Faglig utvikling innebærer at en kan bruke de kunnskaper en tilegner seg i praksis (Dåvøy, 2007).

Benner (1984) har delt opp kunnskapsutviklingen hos sykepleiere i stadier. En novise har en regelstyrt atferd som er begrenset og lite fleksibel, og er for en stor del avhengig av prosedyrer (Benner, 1984; Dåvøy, 2007). Det er på grunn av at de ikke har en klinisk erfaring fra feltet som de kan bruke i situasjonene. Derfra går man til det avanserte begynnerstadiet der sykepleieren har opplevd noen situasjoner som gir mulighet til å forstå aspekter av

forskjellige situasjoner. I det tredje stadiet er sykepleieren kompetent. For å være det må vedkommende hatt samme jobb eller lignende jobb i 2-3 år. Da kan sykepleieren se sine handlinger i et langtidsperspektiv og kan vurdere om handlinger er viktige eller mindre viktige i situasjonen (Benner, 1984). Neste steg er sykepleieren som kan se helheten i situasjonen, og der utøvelsen styres av vurderinger. Den sykepleieren som kan kalles ekspert baserer ikke handlingen på retningslinjer eller regler, men har en bred bakgrunn og erfaring for å kunne gripe situasjonen og vurdere problemet. Eksperten har en dyp forståelse for den totale situasjonen, men det kan være vanskelig for eksperten å forklare alt de vet eller kan. Eksperten er fleksibel i ulike situasjoner og er ikke styrt av regler, selv om det er nødvendig at vedkommende bruker ulike verktøy i noen situasjoner (Benner, 1984). Sykepleiere snakker ofte om «å få oversikt» over situasjonen, som blant annet innebærer å kunne vurdere hva som kan skje (Elstad 2014).

2.4 Teamarbeid

Ifølge NSFLOS Operasjonssykepleie - ansvar og funksjonsbeskrivelse (2015) og Conner & Association of periOperative Registered (2014) skal man samarbeide flerfaglig og tverrfaglig innenfor det kirurgiske teamet for å sikre faglig forsvarlig pasientforløp. Kolleger skal behandles med respekt. Et team skal jobbe med hverandre for å nå et felles mål. Det betyr at forskjellige profesjoner i teamet kombinerer kunnskapen som hver profesjon besitter, fordi ingen enkeltperson i teamet har den kunnskapen alene (Lauvås & Lauvås, 2004; Oksavik, 2018). Ledelsen i teamet skifter på grunn av at det er forskjellige fagområder. Et eksempel på det er at kirurgen kan lede under selve inngrepet, mens anestesi leder der det er administrasjon av anestesimidler (Oksavik, 2018). Under sjekklistens time-out-del skal alle medlemmene i teamet presentere seg med navn og funksjon. Dette gjøres med hensikt å skape en følelse av fellesskap og kan bidra til at personer blir kjent med hverandre (Oksavik, 2018).

Kommunikasjon er en viktig del av trygg kirurgi for å øke pasientsikkerheten (Oksavik, 2018; Robertson-Smith, 2016). Et nært teamarbeid fører til en åpen kommunikasjon. Det minimerer risiko for feil, ved at personer tør uttrykke seg, og kan bidra til en fornuftig og kostnadseffektiv bruk av utstyr. (Oksavik, 2018; Steelman, 2015). Kunnskap og tydelighet i forhold til egne arbeidsoppgaver er viktig, samtidig som at det å ha kjennskap til hva som er hverandres ansvarsområder gjør det lettere å bistå andre medlemmer i teamet (Oksavik, 2018). Ved å få frem relevant informasjon og dele den skapes det en felles forståelse på operasjonsstuen (Oksavik, 2018). I et operasjonsteam har man et delt ansvar for å forhindre feil. Stabile team som kjenner hverandre kan forhindre feil ved å kjenne til kunnskapen i

teamet og kombinere denne (Oksavik, 2018; Silén-Lipponen, Tossavainen, Turunen & Smith, 2005). Oksavik (2018) skriver at den koordinerende operasjonssykepleieren er pasientens advokat under inngrepet. Det krever en tydelighet overfor medlemmer i teamet om hva som er nødvendig for kvalitet i omsorg (Oksavik, 2018). Alle i teamet har forskjellige ansvarsområder knyttet til sitt fagområde. Kirurgen er den som har et overordnet medisinsk ansvar på operasjonsstuen (Dåvøy, 2018b). Selv om kirurg har en viktig funksjon i teamet, er kirurgen også avhengig av resten av teamet for at det utføres en ansvarlig pasientbehandling (World Alliance for Patient Safety, 2008).

2.5 Ansvar

Elstad (2014) viser til filosofen Hans Jonas, som sier at det grunnleggende etiske ansvaret er ansvaret for andre mennesker. Ansvar er noe en har for det som er sårbart og skjørt og kan dø (Elstad, 2014). Teamet på operasjonsavdelingen under ledelse av kirurgen har i fellesskap det etiske ansvaret for operasjonspasienten. Dette er det viktigste motivet for det felles arbeidet med pasientsikkerhet.

Faggruppene har dessuten ansvar for forskjellige aspekt ved operasjonspasienten og for hver sine oppgaver. Det innebærer handlingsansvar, altså at man er ansvarlig for de handlinger man gjør eller er pålagt å gjøre (Elstad, 2014). Men operasjonssykepleierens ansvar går altså dypere enn bare ansvaret for egne handlinger. Man har ansvar for et annet menneske, for pasienten og de pårørende. Dette ansvaret kan ikke knyttes til kun handlingsansvar, men er et etisk ansvar for pasienten. For sykepleiere som arbeider i en kollektiv praksis, er det etiske ansvaret både personlig og kollektivt (Elstad, 2014). Det kan sies om operasjonssykepleierne i operasjonsteamet. De har både et personlig ansvar og del i det felles ansvaret. Det kan komme fram ved gjennomføringen av sjekklisten trygg kirurgi. Sykepleieansvaret innebærer krav om praktisk handling. Det er åpent, fordi sykepleieren ikke alltid vet hva som venter en. Det forløper kontinuerlig gjennom tid, fra mottaket av pasienten, gjennom hele operasjonen til pasienten er overflyttet og rapport er gitt. (Elstad, 2014) Det strekker seg også inn i pasientens fremtid, ved at en legger vekt på å forebygge komplikasjoner som kan vise seg mye senere i forløpet.

3 Metode

I denne oppgaven er det benyttet litteraturstudie som metode. I forbindelse med denne oppgaven må min forforståelse synliggjøres. I en litteraturstudie kreves det at tekster tolkes og dermed er en hermeneutisk tilnærming sentralt. Dette kapittelet inneholder fremgangsmåten i litteratursøket, inklusjon-og eksklusjonkriterer, samt et delkapittel hvor jeg forklarer kvalitetsvurderingen av artiklene. Hvordan analysen er gjort og begrensninger med undersøkelsen blir presentert i kapittel fire.

3.1 Forforståelse

En forforståelse er de tankene og oppfatningene en har om fenomenet før man undersøker det. Forforståelsen er påvirket av historie, kultur, personlig erfaring, utdanning og holdning (Binding & Tapp, 2008; Elstad, 2014). Forforståelser må belyses for å kunne unngå at de blir en mulig feilkilde (Dalland, 2017). Under tolkningen av litteraturen jeg leser i oppgaven må jeg være bevisst på egne for-meninger (Gadamer, 2003). Dette på grunn av at min forforståelse kan stå i veien for å forstå teksten som den er og hva den ønsker å fortelle. Det at jeg er uerfaren og nyutdannet kan ha både positive og negative sider. En positiv side ved at jeg er uerfaren er at jeg kan se ting med nye øyne og er ikke i like stor grad påvirket av rutiner på en bestemt seksjon. Samtidig kan jeg ved å være uerfaren ikke få med meg nyanser eller ha tilstrekkelig erfaring om flere deler av det å være operasjonssykepleier. Det kan være nyanser i bruk av sjekklisten som jeg ikke har oppfattet, når jeg er usikker på om den blir brukt rett. Ved fortolkning av datamaterialet, vil jeg utfordre min egen forforståelse om kunnskapsgrunnlaget i bruken av sjekklisten. Min forforståelse er at operasjonssykepleiere er nøye i arbeidet med å forebygge skader på pasienter under operasjon. Operasjonssykepleierne er ofte, men ikke alltid, de som tar initiativ til bruken av sjekklisten og som står for registreringen. Jeg undres over om operasjonssykepleiere er avgjørende for gjennomføringen av sjekklisten.

3.2 Hermeneutikk

I denne oppgaven er det benyttet en hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikk betyr fortolkingslære og handler om å fortolke fenomener samt forklare hvordan man kan forstå det vi studerer (Thurén, Gjerpe & Gjestland, 2009). Opprinnelig har hermeneutikk vært å fortolke tekster, men blir nå også brukt for å forstå mennesker gjennom handlinger, livsytringer og språk (Dalland, 2017). Forståelsen påvirkes av situasjonen, tolkerens vurdering og tolkerens forforståelse (Thurén m.fl., 2009). Ved å lese en tekst og ved å dykke ned i meningen i

teksten, er en med på å utvikle sin egen forståelse. Ved å forstå noe tar en det til seg og tilpasser det slik at det blir en del av en selv (Binding & Tapp, 2008). Målet for oppgaven er å utvikle en større forståelse for hvilket ansvar og fagkunnskaper i operasjonssykepleie en god bruk av trygg kirurgi forutsetter. En kan også si at det er en hermeneutisk fortolkning i selve utøvelsen av sykepleie (Elstad, 2014). I bruken av sjekklisten ligger en fortolkning av situasjonen og individuelle forhold hos pasienten. Operasjonssykepleieren som gjennomfører sjekklisten har gjort en fortolkning av trygg kirurgi sjekkliste og hvordan den skal brukes. Fortolkningen kan komme av gode fagkunnskaper i bunn og at man handler på bakgrunn av det, og den vil kunne endres og utvikles videre gjennom erfaring som operasjonssykepleier.

Den hermeneutiske sirkelen innebærer at forforståelsen endres ved at man gjør ny erfaring eller får ny kunnskap om et tema, som gjør at det man trodde tidligere kanskje må revurderes (Thurén m.fl., 2009). For å kunne utvikle større forståelse må det veksles fra helhet til deler og tilbake til helhet (Gadamer, 2003). Forståelsen blir hele tiden endret, og den har ingen ende (Elstad, 2014). Innenfor sykepleie kan man planlegge sykepleie til en pasient basert på fagkunnskaper og en forforståelse om pasienten, hans eller hennes tilstand, og hva slags behov pasienten har. I møte med pasienten kan denne forforståelsen endres ved at pasienten forteller noe sykepleieren ikke var forberedt på, dette fører til en ny forståelse som igjen kan korrigeres eller justeres i nye situasjoner eller handlinger (Elstad, 2014). I arbeidet med oppgaven har jeg ønske om å sette min forforståelse på prøve for å få større forståelse både for hvordan sjekklisten bidrar til pasientsikkerheten, samt en forståelse for hvorfor operasjonssykepleiere ofte leder sjekklisten.

3.3 Litteraturstudie

Denne oppgaven er en litteraturstudie som innebærer en gjennomgang av vitenskapelige artikler, fagartikler og masteroppgaver der tema som er relevant for mitt spørsmål blir behandlet. Litteraturstudier er nyttig innenfor helsevesenet da det er en økning i artikler som blir publisert. Ved å lese en litteraturstudie kan man få «sammendrag» eller oversikt over hva litteraturen sier om et tema. Det er nyttig for de som praktiserer i felt da det kan være lite tid til å lese flere artikler (Aveyard, 2014). I en litteraturstudie kan komme frem nye synspunkter og ny forståelse ved å sammenligne det som er skrevet, som igjen kan føre til ny innsikt (Aveyard, 2014; Støren, 2013). Jeg beveger meg fra det kjente som allerede er skrevet, til det ukjente (Aveyard, 2014). Det dreier seg da om den hermeneutiske sirkelen, der litteraturen kan øke eller endre min forståelse (Elstad, 2014; Thurén m.fl., 2009).

Aveyard (2014) skriver at ikke bare vitenskapelige artikler, men også fagartikler og masteroppgaver kan bli benyttet dersom det er lite forskning på området. Jeg har utarbeidet en søkestrategi, søkt etter relevant litteratur, og funn fra studier er samlet og systematisert. Videre er det gjort en vurdering og analyse av studiene som er inkludert (Polit & Beck, 2014).

Aveyard (2014) skiller mellom en systematisk litteraturstudie (systematic literature review), som vanligvis utføres av et forskerteam og der målet er å dekke hele feltet, og det hun kaller en «good quality (but less detailed) literature review». Det siste er det som best karakteriserer denne studien. Denne type litteraturstudier passer for studenter som skriver oppgave. En litteraturstudie av god kvalitet skal inneholde beskrivelse av hvordan vedkommende søker etter litteratur og hvordan kvaliteten på litteraturen ble vurdert (Aveyard, 2014). En litteraturstudie inneholder et introduksjonskapittel med en problemstilling, en metodedel der det skal beskrives hvordan fremgangsmåten har foregått. Det skal komme frem hvordan vedkommende søkte etter relevant litteratur, hvordan artikler ble vurdert, inkludert og analysert (Aveyard, 2014).

Litteraturgjennomgangen skal gi en presentasjon av de studiene som ble inkludert, samt at det skal være med en kritisk vurdering av litteraturen som blir presentert (Aveyard, 2014). Det er viktig at vedkommende som gjør en litteraturstudie unngår at presentasjon av artikler kun blir sitater eller abstrakter fra de artikler vedkommende har funnet. Presentasjonen må inneholde oppsummering og kritisk vurdering av det som er skrevet. Det er viktig at oppsummering av artiklene skrives med egne ord (Polit & Beck, 2014). Videre skal det være en diskusjonsdel der resultatene diskuteres og eventuelle anbefalinger for praksis (Aveyard, 2014). Dette innholdet skal være både i systematiske litteraturstudier og litteraturstudier av god kvalitet. En litteraturgjennomgang skal være en videre legitimering av oppgaven. I denne oppgaven er det etterstrebet det som Bjørk og Solhaug (2008) kaller en logisk oppbygging. Det betyr å forsøke å ha ett overordnet overblikk på de tema som oppstår, for å så videreutvikle temaene til å bli mer spesifikke. Målet er også at litteraturgjennomgangen bidrar til en konklusjon om kunnskap på temaet og hva jeg ikke vet (Bjørk & Solhaug, 2008).

3.4 Litteratursøk

I en litteraturstudie søkes det etter eksisterende fagkunnskap, teori og aktuell forskning om det tema en skal studere (Dalland, 2017; Polit & Beck, 2014; Støren, 2013). I denne oppgaven er det utført litteratursøk i flere databaser. Dette er gjort for å sikre en større bredde og unngå å ikke finne relevante artikler som kan gi verdifull informasjon, ved søk i kun en

database er det større sjans for å miste litteratur, da ikke alle databaser overlapper hverandre (Bjørk & Solhaug, 2008).

I denne oppgaven har jeg brukt databasene PubMed, CINAHL og SveMed+. PubMed er valgt fordi det er en anerkjent database innenfor medisinske artikler og dekker mange fagfelt som for eksempel sykepleie, medisin. Databasen CINAHL er valgt på bakgrunn av at de har vitenskapelige artikler innenfor sykepleieforskning og artiklene er hovedsakelig på engelsk. SveMed+ er valgt fordi jeg ønsket å få frem artikler skrevet på nordisk og nordiske forfattere for å få vite om hva som finnes av litteratur i de nordiske landene. SveMed+ er en referansebase som dekker medisinske felt, der det er linker videre til artikler i fulltekst. Det er for det meste svenske artikler men også norsk og dansk. I denne databasen er innholdet fra vitenskapelige, noen fagtidsskrifter (Kilvik & Lamøy, 2007).

For å finne aktuelle søkeord har det i denne oppgaven vært brukt et PICO-skjema som har hjulpet i arbeidet med å finne søkeord relevant for problemstillingen (se vedlegg 1). Det gjør arbeidet med å søke litteratur lettere og mer oversiktlig (Bjørk & Solhaug, 2008).

På SveMed+ er det blitt brukt norske søkeord som er operasjonssykepleier, fagkunnskap, kompetanse, kunnskap. Det er brukt engelske søkeord på de engelskspråklige databasene. Søkeord som er brukt er Theatre nurse, Perioperative nurse, Scrub nurse, Operating Room Nursing, Circulating nurse, Operating room, Knowledge, Expertise, Skills, Cognition, Competence, Responsibility, Liability, Safe Surgery Checklist, WHO checklist, Checklist, WHO surgical safety checklist, Safety checklist og World health organization safety checklist. Booleske operatorer som AND og OR er brukt i oppgaven. De brukes i den hensikt for å snevre eller øke bredde i ett litteratursøk (Bjørk & Solhaug, 2008; Polit & Beck, 2014). Jeg har søkt i fritekst og det er brukt MeSH termer. MeSH står for «medical subject headings» og brukes for å kunne ha brede eller overordnede emneord som kan gå til undertema eller mer spesifikke ord under emneordet, som kan gjøre søket mer spesifikt (Kilvik & Lamøy, 2007). I søket i CINAHL er det ikke brukt MeSH-termer, da det ifølge Kilvik og Lamøy (2007) har et eget emneordsystem. Ved bruk av kun spesifikke emneordsystem kan det hende jeg ikke fikk fanget opp litteratur som var aktuelt (Kilvik & Lamøy, 2007). Derfor er mange søk gjort i fritekst uten bruk av emneordsystem.

Det ble forsøkt trunkering, altså å søke ved å bruke forkortet søkeord å deretter avslutte med * for å få frem mulige bøyingsformer (Bjørk & Solhaug, 2008). Det hadde noe å si for søket i

databasene CINAHL og PubMed, da det ble flere treff ved å bruke * enn å skrive en bestemt bøyingsform (Kilvik & Lamøy, 2007). Det kan hende trunkeringen har gjort det uoversiktlig men samtidig synes jeg det har vært nyttig for å påse at min grammatikk ikke ødela for litteratursøk. I databasen SveMed+ er det ikke brukt trunkering. I søkeordene er det brukt «anførselstegn» for å sette ord sammen. Dette ble gjort for å sikre at artikler omfattet ordene som var aktuelle (Kilvik & Lamøy, 2007). Eksempel på dette er for eksempel at safe surgery checklist ikke oppstod sammen som et begrep uten anførselstegn. I denne oppgaven ble det forsøkt å starte bredt ut i litteratursøket. Dette har ført til søk med mange resultater. Grunnen til å starte bredt har vært for å få med flest mulig treff i begynnelsen. Ved å kombinere flere søkeord har det vært mulig å snevre inn søket etterhvert, noe som Bjørk og Solhaug (2008) skriver er nødvendig for å få relevante treff. Ved å se på litteraturlisten til en av de inkluderte studiene har det vært mulig å finne en relevant artikkel. En artikkel ble funnet ved hjelp av tips fra medstudent, samt at jeg fikk tips fra veileder om en masteroppgave som også ble inkludert i studien. I begynnelsen av litteratursøket startet jeg med få kombinasjoner av ord og det var ikke særlig strukturert. Da jeg i søkeprosessen gjorde mer strukturerte søk ble artiklene som jeg hadde fått ved enkle søk vurdert på nytt om de var gjeldende med tanke på problemstilling og søkeord. Jeg forkastet noen men beholdt tre artikler som var fortsatt var relevante for min problemstilling. Se vedlegg 2 for søkehistorikk.

I denne oppgaven har det vært vanskelig å finne stoff som går direkte på problemstillingen og artikler som både inneholder sjekklisten, operasjonssykepleiere, ansvar og fagkunnskaper. Det virker som om det er lite forsket på akkurat den fagkunnskapen operasjonssykepleieren besitter og bruker under trygg kirurgi. Det er mange artikler som omhandler sjekklister. Det finnes også artikler om operasjonssykepleiere og operasjonssykepleie. Hvis disse nevnes sammen sies det lite om operasjonssykepleierens kunnskap for å bruke sjekklisten, men operasjonssykepleieren nevnes som en i teamet. Dette er en begrensning med litteratursøket, samtidig kan det også si noe om at det er lite forskning på akkurat temaet min problemstilling omhandler. En masteroppgave er inkludert fordi den har fokus på den koordinerende operasjonssykepleieren og dens oppgaver under et operasjonsforløp. Jeg har valgt å inkludere mastergradsoppgaver fordi de har et systematisk oppsett og en metodedel som forklarer fremgangsmåten, og har vært gjennom en faglig vurdering (Aveyard, 2014).

3.4.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Jeg har i mitt litteratursøk inkludert artikler der trygg kirurgi Sjekklister blir belyst og operasjonssykepleieren blir nevnt som en del av teamet. For disse artiklene er det et kriterium at sjekklister må si noe om hvordan sjekklister utføres. Det er også inkludert artikler som omhandler operasjonssykepleierens ansvar og fagkunnskap *uten* å behandle trygg kirurgi sjekklister. Videre har jeg inkludert en masteroppgave om operasjonssykepleieren i den koordinerende rolle. For å belyse temaet fra flere vinkler er både kvalitative og kvantitative studier samt litteraturstudier inkludert. Jeg har inkludert artikler på de språkene jeg kan, det vil si svensk, norsk dansk og engelsk.

Artikler skrevet før år 2000 er ekskludert. Trygg kirurgi ble som tidligere nevnt ikke satt i verk før i 2008, følgelig er det ikke artikler om sjekklister fra før 2008. Imidlertid eksisterer det artikler om operasjonssykepleieres fagkunnskaper fra før 2008. Ekskludering med tanke på årstall ble ikke gjort i selve søket, men det ble gjort vurdering på årstall ved lesning av artikler. Det ble gjort av hensikt å få artikler som var nye, men fortsatt relevant for problemstilling. Det har resultert i at artikler som omhandler sjekklister er fra år 2013-2017. Artikler hvor det ikke foreligger etisk godkjenning eller om en vurdering på dette er ekskludert.

3.5 Kvalitetsvurdering

For å kunne analysere tekster må en først ha gjort en kritisk vurdering av de artikler som er inkludert i studien (Aveyard, 2014; Polit & Beck, 2014). Referanser på den kritiske vurderingen må skrives opp (Aveyard, 2014). I denne oppgaven er artiklene som er inkludert, forsøkt kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister fra kunnskapssenteret som ligger under folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, 2014). Dette er gjort for å kunne vurdere kvaliteten av studiene, og for å kunne si noe om samlede bevis og hull/ mangler i det som er skrevet. Jeg har forsøkt å vurdere den interne og eksterne validiteten på de valgte studiene. Den eksterne validiteten går ut på at den/de som er forsket på har likheter med det som skjer i virkeligheten slik at resultatene kan være overførbare eller gyldige i praksis. Den interne validiteten går ut på å vurdere risiko for systematiske feil (bias) som kan ha forekommet i studiene slik at resultatet kan være påvirket (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015). Ved litteraturstudier er det viktig å fokusere på hvordan metoden er beskrevet og hvordan studien er gjort (Polit & Beck, 2014). Det skal begrunnes hvorfor den valgte litteraturen er inkludert og hvordan det er gjort (Dalland, 2017). I forbindelse med denne oppgaven er det laget en

litteratormatrise for å få oversikt over funn i studiene. Litteratormatrisen har også vært til hjelp for å vurdere relevansen på de ulike artiklene for studien på nytt og på bakgrunn av dette inkludert eller ekskludert studier (Bjørk og Solhaug (2008). Arbeidet med litteratormatrisen har sammen med kunnskapssenteret sine sjekklister vært viktig for å vurdere relevansen de valgte artiklene har hatt til tema og problemstilling, se vedlegg 3. Når jeg i denne oppgaven har vurdert kilder som relevante har jeg stilt meg spørsmål om kildene sier noe om de spørsmålene jeg selv har, om de belyser problemstillingen og på hvilken måte. Jeg har også gjort vurdering på hvordan dette kan brukes i oppgaven (Dalland, 2017).

Tidsskrifter hvor de inkluderte artiklene er publisert, er søkt opp i NSD for å finne ut hvilket nivå tidsskriftet holder (Norsk senter for forskningsdata, 2018). Nivå 2 er det høyeste, mens nivå 1 er nest høyest av godkjente tidsskrift. Dette er gjort for å se om artiklene er publisert i vitenskapelige tidsskrift, som betyr at de er fagfellevurdert av en gruppe eksperter innenfor fagfeltet (Kilvik & Lamøy, 2007).

I denne oppgaven har det ikke vært nødvendig med godkjenning fra etisk komité eller lignende. Dette på bakgrunn av at det er utført en litteraturstudie som har sett på allerede eksisterende litteratur (Aveyard, 2014).

4 Litteraturgjennomgang

Her presenteres et kort sammendrag av de inkluderte artiklene, samt hvordan analysen av artiklene er utført. Begrensninger med undersøkelsen vil også bli belyst i dette kapittelet.

4.1 Artikkel 1

Tittel: Safety checklist briefings: a systematic review of the literature.

Forfattere: McDowell, D. S. & McComb, S. A.

Årstall: 2014

Tidsskrift: *AORN journal*, 99(1), 125-137.

Hensikten med studien var å se på gjennomføringen av sjekklister, utfall av gjennomføring og teammedlemmers oppfatning av sjekklisten. De ønsket i tillegg å se på hvordan disse resultatene påvirker operasjonssykepleiere.

Dette er en systematisk litteraturstudie der de inkluderte 23 artikler. Funn fra studiene inkludert tilsier at bruk av sjekklister øker pasientsikkerheten, bruk av sjekklisten blir bedre over tid, samt at kommunikasjonen mellom teammedlemmer blir bedre ved bruk av sjekkliste. De mente at operasjonssykepleiere spiller en avgjørende rolle i gjennomføring av sjekklister.

4.2 Artikkel 2

Tittel: Exploring nurses' use of the WHO safety checklist in the perioperative setting.

Forfatter: O'Brien, B., Graham, M. M. & Kelly, S. M.

Årstall: 2017

Tidsskrift: *Journal of Nursing Management* 25(6), 468-476.

Hensikten med denne studien er å utforske sykepleieres bruk av WHO's trygg kirurgi sjekkliste. I denne studie er det brukt en kvalitativ metode. Datainnsamling er gjort ved hjelp av semistrukturerte intervju av ti sykepleiere som jobber i på en operasjonsavdeling. Informantene beskriver utfordringer med sjekklisten ved implementering og hvordan sjekklisten skulle gjennomføres. Dette ble bedret over tid og de innså etter hvert viktigheten av sjekklisten for pasientsikkerheten. Ved at teamet ble kjent med sjekklisten ble den også

brukt i større grad. I dataene fra intervjuene var spørsmålet om lederskap et gjennomgående tema og hvem som var formelt ansvarlig var uklart.

4.3 Artikkel 3

Tittel: The impact of surgical safety checklists on theatre departments: a critical review of the literature.

Forfatter: Cadman, V.

Årstall: 2016

Tidsskrift: *Journal Of Perioperative Practice*, 26(4), 62-71.

Denne studien er inkludert fordi den viser sjekklistens betydning på operasjonsavdelingen samtidig som den tar opp ulike utfordringer med sjekklisten. Hensikten med denne studien var å utforske litteratur som ser på virkningen av sjekklisten på operasjonsavdelinger og hvordan utførelsen kan skje i praksis. Dette er en systematisk litteraturstudie der forfatteren har vurdert 19 artikler. Funn viser at introduksjon av sjekkliste har hatt en positiv virkning i operasjonsavdelinger. Den reduserer komplikasjoner og mortalitet, forbedrer teamarbeid, kommunikasjon, samt reduserer kostander. Samtidig hadde en del ansatte en negativ oppfatning til sjekklisten som kom av misoppfatninger og mangel på forståelse for sjekklisten, som igjen førte til dårlig utførelse. Sjekklisten fremmer teamarbeid og er nøkkelen til at kommunikasjon skal foregå. Den bedrer teamarbeidet ved at det oppstår en felles oppmerksomhet mot pasienten og behandlingen. Avslutningsdelen av sjekklisten avhenger stort av timing på grunn av at teamet har mange oppgaver i dette tidsrommet og er dermed sårbar.

4.4 Artikkel 4

Tittel: Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study.

Forfattere: Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M., Chang, H. A. & Werder, H.

Årstall: 2009

Tidsskrift: *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1019-1028.

Hensikten med denne studien var å utforske sykepleiernes oppfatning av kompetanseelementer i en operasjonsavdeling. Det er brukt en kvalitativ metode. 27 operasjonssykepleiere fordelt på feltene anestesi, kirurgi og oppvåkning deltok i studien, fordelt over tre fokusgruppeintervju. I denne studien fant de at operasjonssykepleiere må kombinere teoretisk, praktisk, situasjonell og estetisk kunnskap i sitt arbeid i det teknologiske miljøet på operasjonsstuen. Det var av stor betydning at operasjonssykepleiere evnet å kommunisere med forskjellige personer på operasjonsstuen og i ulike situasjoner. Operasjonssykepleier måtte kunne koordinere oppgaver slik at arbeidet fløt.

4.5 Artikkel 5

Tittel: Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care.

Forfattere: Kolvered, M., Öhlén, J. & Gustafsson, B. Å.

Årstall: 2012

Tidsskrift: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 449-457.

Denne studien konsentrerer seg om operasjonssykepleieres erfaring av operasjonssykepleie til pasienter, og hva de har fokus på under utøvelsen. Hensikten med denne studien var å beskrive operasjonssykepleieres erfaring med pasientrelaterte, perioperativ pleie. Forfatterne av studien har utført parintervju og enkeltintervju. 16 personer deltok. Funn fra studien er at informantene sier at operasjonssykepleie skal bevare pasientsikkerhet og velvære for pasienten. Dette gjøres ved å tilby pasient et trygt og sikket miljø ved å samarbeide med andre medlemmer i teamet. Operasjonssykepleieren forbereder til inngrepet og samarbeider med kirurgen. Operasjonssykepleieren har fokus på pasientsikkerhet ved å utøve trygg sykepleiepraksis, pasientens rett til profesjonell pleie, lede/delta i arbeidet gjennom hele operasjonen og evaluere den sykepleien som gis. Operasjonssykepleiere skal sikre et hygienisk og aseptisk miljø, desinfisere hud, hindre uhensiktsmessige fremmedlegemer å komme inn i pasienten, tenke hygiene i forbindelse med dekontaminert vev, opprettholde fuktighet i vev, samt sørge for hypotermiforebygging. Informantene sier at det er viktig å lede arbeidet ved å kommunisere med andre teammedlemmer for å sikre god pleie og et godt utfall for pasienten.

4.6 Artikkel 6

Tittel: Nursing and patient safety in the operating room.

Forfattere: Alfredsdottir, H. & Bjornsdottir, K.

Årstall: 2008

Tidsskrift: *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 29-37.

Hensikten med denne studien var å se på hva operasjonssykepleiere tror påvirker pasientsikkerhet og hvordan de ser deres egen rolle i å forbedre pasientsikkerheten. Metoden er kvalitativ hvor de har intervjuet 14 operasjonssykepleiere ved semistrukturerte intervju og fokusgruppeintervju. Operasjonssykepleierne følte seg ansvarlig for pasientens velbefinnende og sikkerhet, og forebyggende arbeid for å forhindre skade ble sett på som viktig. For å fremme pasientsikkerhet var tre faktorer sentrale. Disse var å tenke forebyggende, ha kunnskapsrike og erfarne profesjoner i et godt teamarbeid, og en felles tillit som var basert på flere år med samarbeid. Forebyggende arbeid ble regnet som ryggmargen i deres arbeid. Høyt arbeidspress, tidspress og ikke godt nok bemannede team svekker pasientsikkerheten. Informantene trodde at uvitenhet, mangel på erfaring, distraksjoner og hast førte til feil.

4.7 Artikkel 7

Tittel: Operasjonssykepleierens vurdering av egen kompetanse i forhold til arbeidskrav.

Forfattere: Wevling, A., Halstensen, T.-D. & Johansson, I. S.

Årstall: 2015

Tidsskrift: *Sykepleien Forskning* (2), 132-141.

Hensikten med denne studien var å se på hvordan operasjonssykepleierne opplevde sin egen kompetanse i forhold til arbeidskrav de møter på spesifikke kompetanseområder. Metoden er kvantitativ tversnittundersøkelse ved hjelp av spørreskjema fra 30 respondenter. Resultat fra studien tyder på at operasjonssykepleierens vurdering av egen kompetanse er høy. De scorer høyt på teknisk kompetanse, samarbeidskompetanse og medisinsk kompetanse. Informantene

angir lavest score på pårørendekompetanse. De kommer frem til at de som har lang erfaring og høy stillingsbrøk også vurderer kompetansen høy i forhold til arbeidskrav.

4.8 Artikkel 8

Tittel: Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a revised WHO checklist: a prospective interventional study.

Forfattere: Erestam, S., Haglind, E., Bock, D., Andersson, A. E. & Angenete, E.

Årstall: 2017

Tidsskrift: *Patient Safety in Surgery*, 11(1), 4.

Denne artikkelen er valgt fordi den sier noe om hvem som får ansvaret for å lede sjekklisten, samt hva deltakerne mente fremmer teamarbeid og pasientsikkerhet. Hensikten med denne studien var å evaluere sikkerhetsmiljøet på en operasjonsavdeling før og etter en intervensjon med en revidert versjon av WHO sjekkliste som hadde formål å forbedre teamarbeidet. Det var en prospektiv intervensjonsstudie. Det betyr at studien var ferdig planlagt på forhånd før de gikk inn med tiltaket. Deretter så de på utfallet av intervensjonen. I denne studien har de brukt spørreskjema, fokusgruppeintervju og observasjoner. Funn før den reviderte sjekklisten var at det var behov for forbedring i kommunikasjon og teamarbeid, noe deltakere mente var viktig for pasientsikkerhet. Flere av deltakerne mente at sjekklisten forbedrer pasientsikkerheten. Den reviderte sjekklisten førte ikke til forbedringer i teamarbeidet, og det var ingen forskjell på gjennomføring av sjekkliste før og etter intervensjonen. Det var mangel på struktur under gjennomføringen av sjekklisten.

4.9 Artikkel 9

Tittel: Measuring Variation in Use of the WHO Surgical Safety Checklist in the Operating Room: A Multicenter Prospective Cross-Sectional Study.

Forfatter: Russ, S., Rout, S., Caris, J., Mansell, J., Davies, R., Mayer, E., Sevdalis, N.

Årstall: 2015

Tidsskrift: *Journal of the American College of Surgeons*, 220(1), 1-11.

Studien er inkludert fordi den sier noe om hvordan gjennomgangen av sjekklisten foregår, samt hvem som leder gjennomgangen. Denne studien hadde til hensikt å måle variasjoner i bruk av WHOS kirurgiske sjekkliste på operasjonsstuer. Studien er en tverrsnittundersøkelse der det er utført 565 observasjoner av time-out i sjekklisten og 309 observasjoner av avslutning på sjekklisten. Observasjonene ble gjort ved fem forskjellige sykehus rundt om i England. Både på time-out og avslutningsdelen ble ikke alle punkter på sjekklisten lest opp og gjennomgått. Observasjonene viser at teamet sjeldent stopper opp under gjennomgangene, det gjelder både time-out og avslutning. Deler av teamet kunne være fraværende under gjennomgangen. Det var variasjoner i hvordan sjekklisten ble brukt på de forskjellige sykehusene men det var ikke variasjoner mellom planlagte og akutte operasjoner. Det var heller ikke variasjoner mellom de kirurgiske spesialitetene. I tilfeller der alle fokuserte og stoppet opp, viste observasjonene at flere deler ble brukt og det tok kortere tid å utføre sjekklisten. Det var større sannsynlighet for at punkter sjekklisten ble utført når en kirurg ledet sjekklisten, samt at det da var større sannsynlighet for at teamet stoppet opp og fokuserte under gjennomgangen.

4.10 Artikkel 10

Tittel: Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements.

Forfatter: Rydenfält, C., Johansson, G., Odenrick, P., Åkerman, K. & Larsson, P. A.

Årstall: 2013

Tidsskrift: *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 182-187.

Studien er inkludert på bakgrunn av at den belyser variasjoner i hvem som deltar i sjekklisten, samt at operasjonssykepleiere deltar lite. Hensikten med denne studien var å undersøke bruken av sjekklisten i praksis og finne avvikene med det formål å foreslå forbedringer. Metoden er kvantitativ der det er gjort observasjoner ved hjelp av videopptak. Det ble tatt initiativ til time-out i 23 av 24 operasjoner. Kun halvparten av punktene på sjekklisten ble gjennomgått. Punktene som oftest ble gjennomgått var pasientens ID, type inngrep og antibiotika. Kirurger og anestesisykepleiere var de som snakket mest under time-out og anestesisykepleiere var aktiv i alle observerte prosedyrene. Introduksjon av team ble kun gjort i halvparten av operasjonene. Hensikten med å presentere seg var forbedret kommunikasjon, at alle skulle

kjenne hverandre og at medlemmer i teamet skulle føle seg velkommen til å si sin mening også under operasjonene.

4.11 Artikkel 11

Tittel: Mobilising a team for the WHO Surgical Safety Checklist: a qualitative video study.

Forfattere: Korkiakangas, T.

Årstall: 2017

Tidsskrift: *BMJ Quality and Safety*, 26(3), 177-188.

Den er inkludert fordi den inneholder interessante resultater om hvordan Time-out gjennomføres, og viser at timing kan være avgjørende for at sjekklisten skal bli gjennomgått med hele teamet tilstede. Hensikten med denne studien var å se på teamets deltagelse i trygg kirurgi og hvordan man kan mobilisere hele teamet til å delta. Metoden som er brukt er en kvalitativ metode der det er gjort observasjoner av team ved hjelp av videopptak, lydopptak fra kirurger, samt en observatør på stuen. Det ble gjort totalt 20 observasjoner. Det de fant ut i denne undersøkelsen var at avgjørende faktorer for sjekklistebruk var timing og tilstedeværelse av medlemmer i teamet. Time-out burde være når alle var klar for det, men at det kunne kollidere med teammedlemmers arbeidsoppgaver. Alle medlemmer måtte få beskjed når time-out skulle gjøres slik at man kan samles. Time-out ble gjort i 19 av 20 tilfeller. Det ble observert at andre arbeidsoppgaver ble gjort samtidig som sjekklisten ble gjennomgått.

4.12 Artikkel 12

Tittel: Swedish Nurse Anesthetists' Experiences of the WHO Surgical Safety Checklist.

Forfattere: Ronnberg, L. & Nilsson, U.

Årstall: 2015

Tidsskrift: *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 30(6), 468-475.

Denne artikkelen går ikke direkte inn på operasjonssykepleiere, men den er inkludert fordi den sier noe om hvem som ifølge anestesisykepleierne har ansvaret for sjekklisten.

Hensikten med denne studien var å utforske anestesisykepleiernes erfaring med WHOS sjekkliste for trygg kirurgi. Dette er en «mixed method» tversnittstudie. De har sendt ut spørreskjema med lukkede og åpne spørsmål til anestesisykepleiere på to forskjellige sykehus i Sverige. Forberedelsesdelen blir brukt i mindre grad enn Time-out og Avslutning. Anestesisykepleierne oppga at sjekklisten var viktig for perioperativ pleie og når de administrerte anestesi. At alle medlemmene fikk presentere seg og delta på det som omhandlet deres ekspertise førte til en økt følelse av å være medlem i et team. Det er uklarerhet om hvem som er ansvarlig for sjekklisten. 34 % mente at kirurg var ansvarlig selv om dette ikke var bestemt på sykehusene der undersøkelsen foregikk.

4.13 Artikkel 13

Tittel: *Hvordan utøver erfarne operasjonssykepleiere koordineringen gjennom operasjonsforløpet? : en kvalitativ studie av erfarne operasjonssykepleieres praktiske utøvelse og erfaring i den koordinerende funksjon.*

Forfatter: Igesund, U.

Årstall: 2013

Tidsskrift: Masteroppgave, Universitetet i Tromsø

Denne masteroppgaven er inkludert fordi den konsentrerer seg om den koordinerende operasjonssykepleiers rolle i teamet og hva erfarne operasjonssykepleiere gjør for å sikre pasienten. Hensikten med denne studien var å se på hvordan erfarne operasjonssykepleiere ivaretar og gjør vurdering av den koordinerende funksjon i et operasjonsteam. Dette er en kvalitativ studie der det er gjort observasjoner, og deretter dybdeintervju med deltagere. Tre deltagere deltok i studien. I denne studien kom det frem tre hovedpunkter. Den første var å komme i forkant. Dette ble betegnet som den fasen før pasienten ankommer operasjonsstuen, og de forberedelsene som må gjøres i dette tidsrommet. Det neste punktet var samstemming, som er den tiden der pasienten ankommer stuen og frem til operasjonen starter.

Under samstemming er det møtet med pasienten, samarbeid med andre teammedlemmer og arbeidet på stuen som gjelder. I den tredje og siste fasen/punkt er flyt nevnt som en kategori. Dette er fasen fra operasjonen starter. I denne fasen fant forfatteren tre underpunkter den koordinerende operasjonssykepleieren tar sikte på. Det var å skape/holde oversikt, hjelpe andre teammedlemmer, samt lede eget fag. Under operasjonen må den koordinerende

operasjonssykepleieren ivareta pasienten samtidig som vedkommende ivaretar behovet til resten av deltakerne i teamet. Disse punktene gjøres i den hensikt å sikre pasienten.

4.14 Artikkel 14

Tittel: Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses.

Forfatter: Ingvarsdottir, E. & Halldorsdottir, S.

Årstall: 2017

Tidsskrift: *Scandinavian Journal of Caring Science*

Denne artikkelen er inkludert fordi den sier noe om hvordan operasjonssykepleiere bruker sjekklisten på operasjonsstuen der de må tilpasse etter situasjonen. Hensikten med denne studien var å identifisere hvordan pasientsikkerhet kan fremmes på operasjonsstuen basert på erfarne operasjonssykepleieres perspektiver. Metoden er kvalitativ der det ble gjort individuelle dybdeintervju med 11 deltakere.

Deltakerne i denne studien sier at det å fremme pasientsikkerhet på operasjonsstuen er en konstant innsats i å vurdere risiko og forebygge pasientskader. For å gjøre dette må de respektere pasientens sårbarhet ved å være oppmerksom på pasienten i hvert øyeblikk, ta kontakt med pasienten og gjenkjenne hvordan pasienten mister all kontroll ved å være bedøvet eller sedert. Det innebærer at de er avhengig av operasjonssykepleiere som kan lede pasienten så trygt som mulig gjennom det perioperative forløpet ved omhyggelig forberedelse, bruk av protokoller og sjekklister og tiltak for å forhindre komplikasjoner og skade. Det innebærer samtidig å bidra til en sikkerhetskultur ved å forbedre arbeidsforholdene i operasjonsavdelingen. Både ikke-tekniske og tekniske kompetanser er avgjørende for å øke pasientsikkerheten.

4.15 Analyse

I arbeidet med analyse skal funnene som de inkluderte studiene inneholder tolkes. Ved å gjøre en tematisk analyse finner man tema i resultatene til inkluderte studier. Når funn fra forskjellige studier settes sammen kan det oppstå en ny sammenheng eller en større helhet enn i individuelle studier (Aveyard, 2014). Ved å se på funn eller resultat fra studiene som er inkludert finner man tema (Aveyard, 2014). Temaene må være relevant for problemstillingen (Bjørk & Solhaug, 2008). Navn på tema skal oppsummere hovedpunktene i de resultater som er funnet. Ved hjelp av den kritiske vurderingen av artiklene som er gjort under utvelgelse og arbeidet med litteratormatrisen, vet man hvilke studier som skal vektlegges mer enn andre. Prosessen med å utvikle temaer etter resultater er dynamisk. Det kan hende at temaene endrer seg og at noen funn passer bedre i et annet tema enn det en opprinnelig trodde på grunn av at man får økt forståelse under arbeidet den tematiske analysen. Det er viktig at temaene får rett navn slik at de passer med de funn fra studiene (Aveyard, 2014). Funn som motsier hverandre må dokumenteres og belyses. metoden som er brukt i de aktuelle studiene kan være avgjørende for de sprikende resultatene eller at studiens størrelse, gruppen som er undersøkt og om det er gjort i by eller land er en mulig forklaring på sprik i funn (Aveyard, 2014; Polit & Beck, 2014). Det kan være at funn motsier hverandre uten at det finnes en forklaring. De temaer som utvikles og settes sammen kan bringe innsikt til andre tema. Det kan være komponenter i problemstillingen som det ikke finnes forskning på. Det må belyses og se om det er årsaker til at det ikke finnes forskning på området (Aveyard, 2014)

I denne oppgaven er det brukt en tematisk analyse av artiklene. For å gjøre analysen har jeg laget en litteratormatrise som inneholder sammendrag og kvalitetsvurdering av artiklene. På bakgrunn av det er litteraturgjennomgangen skrevet. I denne oppgaven har jeg valgt å diskutere mine funn og temaene som er utviklet med min medstudent, for å kvalitetssikre mine fortolkninger av artiklene bedre. Aveyard (2014) skriver at dette kan gjøres når man ikke har ett forskerteam rundt seg, og at det kan være hensiktsmessig på dette nivået for å kunne få en større innsikt og forståelse av meningen med studien.

For å kunne utvikle temaer er funnene fra studiene samlet i kategorier. Artiklene er deretter lest på nytt med den hensikt å se om det oppdages nye funn eller om det er forstått rett. Det har vært nyttig da jeg ser at nye funn eller vinklinger kommer opp når artiklene leses flere ganger. Ved første gruppering av funn i tema, ble antall tema 17. Disse er senere blitt omgruppert i nye eller slått sammen med andre temaer der det har vært mulig, til det totale

antallet på åtte forskjellige temaer basert på funnene fra inkluderte studier. Navnene på tema har blitt endret flere ganger. Funn som jeg tidligere trodde passet i ett tema har også blitt flyttet på. I arbeidet med analysen var det nødvendig å ha alle de inkluderte artiklene tilgjengelig for lesning. Artiklene ble lest flere ganger, noe som også førte til oppdagelse eller revurdering av funn som jeg tidligere trodde var irrelevant for oppgaven, men som senere viste seg å være relevant.

4.16 Begrensninger med undersøkelsen

At jeg er uerfaren har påvirket min søkning da jeg kanskje ikke har funnet de mest optimale søkeordene og det kan ha hatt innvirkning på litteraturinnsamling. Ifølge Bjørk og Solhaug (2008) kan kvalitative studier ha utilstrekkelig og ulik indekseringspraksis (måte å ordne sett med data for at det skal være mulig å gjenfinne artikler basert på søkekriterier) som kompliserer emnesøket. Dette kan ha gjort oppgaven noe mer utfordrende, og kan ha mistet kvalitative artikler på grunn av dette. Manglende erfaring i å kvalitetsvurdere artikler kan være en begrensning da jeg ikke har kunnskap til å vurdere om metoden på artiklene er hensiktsmessig og korrekt gjennomført, men jeg kan vurdere om artiklene er relevant i forhold til problemstilling. Analysen kan være påvirket av mine engelskkunnskaper og forforståelse.

5 Funn

Dette kapittelet inneholder resultater fra litteraturen som er inkludert i oppgaven. Resultatene er funnet ved hjelp av analyse og deretter delt opp i ulike temaer.

5.1 Uklarhet og variasjon i hvem som har ansvaret for sjekklisten og hvem som tar initiativ

Den inkluderte litteraturen viser at det var uklarhet om hvem som er ansvarlig for sjekklisten, ofte også innad i teamet (Cadman, 2016; Erestam, Haglind, Bock, Andersson & Angenete, 2017; O'Brien, Graham & Kelly, 2017; Ronnberg & Nilsson, 2015). Det var diskusjoner om anestesisykepleier eller koordinerende operasjonssykepleier skulle utføre listen (O'Brien m.fl., 2017). Det kan være uklart om medlemmer i operasjonsteamet var ansvarlig for kun de spørsmålene de selv besvare eller om den som leste og dokumenterte at listen var ansvarlig for hele sjekklisten (Cadman, 2016). Ronnberg og Nilsson (2015) foreslo at operasjonsavdelinger burde si hvilken profesjon som skal ta ansvar for sjekklisten. I denne studien mente en tredjedel av anestesisykepleierne at kirurgen var ansvarlig for sjekklisten, mens enkelte mente det var den som tok initiativ til sjekklisten var ansvarlig. En fjerdedel av anestesisykepleierne tok initiativ til sjekklisten, men de anså det ikke å være anestesisykepleierens ansvar. Forvirring om hvem som har ansvar for sjekklisten førte til spenninger og irritasjon blant teammedlemmer (Ronnberg & Nilsson, 2015). Studiene inkludert viser at det er forskjeller på hvilke yrkesgrupper som tar initiativ til og leder sjekklisten. Her spriker funnene i de inkluderte studiene. I studien av Korkiakangas (2017) var det som oftest kirurg eller en kirurgisk assistent/teknikker som tok initiativ til sjekklisten, mens i studien til Ronnberg og Nilsson (2015) oppgir anestesisykepleierne at kirurg aldri tok initiativ til sjekklisten. McDowell og McComb (2014) mente at operasjonssykepleiere som regel tok initiativ og ledet sjekklisten. I studien til Russ m.fl. (2015) ledet koordinerende operasjonssykepleier time-out oftest, dernest ledet kirurgen sjekklisten. Under avslutningsdelen var det en jevn fordeling av hvem som ledet; koordinerende operasjonssykepleier, kirurg, steril operasjonssykepleier eller tekniker. De oppfordret kirurg til å ta ledelse under sjekklisten fordi det økte sjekklistens viktighet (Russ m.fl., 2015)

Informantene i studien til O'Brien m.fl. (2017) påpekte viktigheten av at den som ledet sjekklisten var trygg og selvsikker, samt at en person tok ledelsen. Operasjonssykepleieren fikk ofte rollen i å dokumentere at sjekklisten er brukt (McDowell & McComb, 2014; O'Brien m.fl., 2017). I studien til Erestam m.fl. (2017) fikk hjelpepleieren, som skal inneha den

koordinerende funksjon, i oppgave å dokumentere at sjekklisten ble utført. I forundersøkelser i studien, ga hjelpepleierne uttrykk for vanskeligheter med å lede sjekklisten, på grunn av at deres rolle på operasjonsstuen var utilstrekkelig anerkjent. Avslutningsdelen av sjekklisten ble her påvirket av manglende lederskap (Erestam m.fl., 2017).

5.2 Pasientsikkerhet og sjekklstens påvirkning på pasientsikkerhet

Bruk av sjekklister økte pasientsikkerheten og forhindrede feil (Erestam m.fl., 2017; McDowell & McComb, 2014). Sjekklisten reduserte komplikasjoner og mortalitet (Cadman, 2016; McDowell & McComb, 2014), forbedret samarbeid, kommunikasjon, samt reduserte kostnader (Cadman, 2016). For å fremme pasientsikkerhet måtte operasjonssykepleieren tenke forebyggende, samarbeide med andre i ett team, og det måtte foreligge felles tillit innad i teamet (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008). Økt krav til produktivitet, underbemanning og tidspresse kunne virke negativt inn på pasientsikkerheten, da man ikke klarte å holde fokus på å forebygge feil eller se signaler på feil som kunne oppstå (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008). Det kan skapes en falsk trygghet dersom sjekklisten ikke ble utført korrekt. (Erestam m.fl., 2017; Russ m.fl., 2015; Rydenfält, Johansson, Odenrick, Åkerman & Larsson, 2013). Sjekklisten økte oppmerksomheten på pasienten, prosedyren, samt på andre teammedlemmer og deres rolle (Cadman, 2016; McDowell & McComb, 2014) O'Brien m.fl. (2017) sier at sjekklisten hadde en verdi når den ble akseptert blant teammedlemmer. Pasientsikkerheten økte når det systematisk ble utført kontroller som omhandlet pasienten og inngrepet (Ronnberg & Nilsson, 2015).

5.3 Store variasjoner i utførelse og tilstedeværelse ved gjennomgang av sjekklisten

Sjekklisten ble ofte gjort men ble sjelden komplett utført. Det kunne være hele deler som ble utelatt, som for eksempel forberedelsesdel, time-out, eller avslutningsdel (Korkiakangas, 2017; Ronnberg & Nilsson, 2015; Russ m.fl., 2015). Forberedelsesdelen av sjekklisten var den som mest sjeldent ble gjennomført. Oftest gjennomgikk anestesisykepleieren forberedelsesdelen uten deltakelse fra andre i team. Det kommer frem i studien at noen anså det som unødvendig å gjennomgå forberedelsesdelen da dette allerede var gjort før pasienten kom til operasjonsavdelingen. Noen informanter sa at de ikke regnet forberedelsen som en del av selve sjekklisten (Ronnberg & Nilsson, 2015). Her spriker studiene ettersom Erestam m.fl. (2017) sier at forberedelsesdelen var den delen som blir mest brukt etter time-out. Andre studier som tar for seg deler på sjekklisten har ikke konsentrert seg om forberedelsesdelen

(Korkiakangas, 2017; Russ m.fl., 2015; Rydenfält m.fl., 2013). Avslutningsdelen var den delen som oftest ble utelatt (Cadman, 2016; Erestam m.fl., 2017; Russ m.fl., 2015). Dette er et sprik da Ronnberg og Nilsson (2015) kommer fram til at time-out og avslutningsdelen ble brukt like ofte. Time-out virker å være den delen som oftest ble brukt og den som flest studier tar opp når det fokuseres på deler av sjekklisten (Erestam m.fl., 2017; Korkiakangas, 2017; Russ m.fl., 2015; Rydenfält m.fl., 2013).

Sjekklisten ble i mange tilfelle ikke komplett utført. Det hendte at de som skal deltok i sjekklisten ikke svarte på punkter, eller at punkter ble utelatt fra gjennomgangen (Cadman, 2016; Erestam m.fl., 2017; McDowell & McComb, 2014; Ronnberg & Nilsson, 2015; Russ m.fl., 2015; Rydenfält m.fl., 2013). Studier forteller om at noen punkter på sjekklisten blir utført oftere enn andre punkter på sjekklisten (Cadman, 2016; McDowell & McComb, 2014; Russ m.fl., 2015). Punkter som oftest ble utelatt var henholdsvis spørsmål om blodtap, antibiotikaproylakse, pasientens ID og varighet av inngrep (Russ m.fl., 2015). Dette spriker i funn fra studien til McDowell og McComb (2014), som sier at pasientens ID var et punkt som ofte blir kontrollert i sjekklisten. To studier peker på at årsaken til at punkter utelates kan være at teamet selv vurderte noen punkter som viktigere enn andre punkter på sjekklisten (Cadman, 2016; Rydenfält m.fl., 2013). Punktet om sterilitet på utstyr ble ofte utelatt (Rydenfält m.fl., 2013). Introduksjon av teamet ble sett på som en viktig del for å føle seg som en del av et team (McDowell & McComb, 2014). Hensikten med å presentere seg er at det skal forbedre kommunikasjon, alle skal kjenne hverandre og medlemmer i teamet skal føle seg velkommen til å si sin mening også under operasjonene (Ronnberg & Nilsson, 2015; Rydenfält m.fl., 2013). Likevel viser en studie at teamintroduksjon ikke alltid blir utført (Rydenfält m.fl., 2013). Studier viser at team utfører andre oppgaver samtidig som deler av sjekklisten utføres (Korkiakangas, 2017; Russ m.fl., 2015; Rydenfält m.fl., 2013). Dette forekommer ofte, i studien til Russ m.fl. (2015) skjer dette i 73 % av tilfellene. Et interessant funn i samme studie er at det var større sannsynlighet for at teamet stoppet opp dersom en kirurg leste opp sjekklisten, sammenlignet med om den koordinerende operasjonssykepleieren utførte sjekklisten. Studier viser at deler av teamet i noen tilfeller var borte under deler av sjekklisten (Korkiakangas, 2017; Russ m.fl., 2015). I studien til Rydenfält m.fl. (2013) var kirurg og anestesisykepleieren de mest aktive under sjekklisten. Operasjonssykepleieren bidro lite i gjennomgangen av sjekklisten (Rydenfält m.fl., 2013).

5.4 Betydning av timing ved gjennomføring av sjekklister

Timing synes å være avgjørende at sjekklisten skal bli brukt. Særlig var avslutningsdelen av sjekklisten sårbar for timing (Cadman, 2016). Avslutningsdelen måtte ikke tas slik at det ble konflikt med teammedlemmers arbeidsoppgaver, ettersom anesthesi og operasjonssykepleiere hadde mange arbeidsoppgaver på dette tidspunktet (Cadman, 2016; Korkiakangas, 2017). Den måtte heller ikke gjøres for sent, da medlemmer i teamet kunne ha forlatt rommet (Cadman, 2016; Korkiakangas, 2017; Russ m.fl., 2015). I studien til Korkiakangas (2017) kommer det frem at timing var avgjørende for at operasjonssykepleier kunne delta i time-out på grunn av at den som har den koordinerende funksjonen i denne studien ofte vandret mellom lager/utstysrom og operasjonsstuen.

5.5 Sjekklisten kan fremme teamarbeid og kommunikasjon på operasjonsstue

Kommunikasjon og samarbeid i teamet ble forbedret ved bruk av sjekklisten (Cadman, 2016; McDowell & McComb, 2014). Ved å bruke sjekklisten ble de ulike rollene i teamet fremhevet og hvert medlem og profesjon blir inkludert (Ronnberg & Nilsson, 2015). Den bedret teamarbeidet ved at det oppsto en felles oppmerksomhet til pasienten og behandlingen (Cadman, 2016). Dersom hvert medlem av teamet var klar over hvilke arbeidsoppgaver de øvrige i teamet hadde, kunne det være lettere å hindre feil før de utgjorde skade på pasienten (McDowell & McComb, 2014). Ved at operasjonssykepleieren gjennomførte sjekklisten var vedkommende ikke bare pasientens advokat men også advokat for resten av teamet (McDowell & McComb, 2014). Informantene nevnte teamarbeid som viktig for å opprettholde pasientsikkerheten (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017). Å bedre kommunikasjonen i teamet var sett på som viktig blant medlemmer i teamet for å øke pasientsikkerhet (Erestam m.fl., 2017; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017). Ved å jobbe i team opplevde operasjonssykepleiere å få avansert kunnskap om spesifikke operasjoner og dermed en høy prestasjon. I tillegg ble teamet bedre som følge av at hver enkelt hadde kjennskap til hvilken kunnskap de øvrige teammedlemmene var i besittelse av (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008).

Tilhørighet i team, å oppleve tillit til hverandre, samt å vite hva en kan forvente av sine kolleger syntes å være viktig for samarbeidet (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008). Dette understøtter studien til Erestam m.fl. (2017) der samarbeid, respekt og vennlighet ble nevnt som faktorer som bedret teamarbeidet. Her ble det også trukket frem at å jobbe i samme team

jevnlign var viktig for teamarbeid. Igesund (2013) sier i sin masteroppgave at informantene måtte vite hvilken måte andre i teamet jobbet på og at man da ble var for andre medlemmers sterke og svake sider. Hierarkiet på operasjonsstuen kunne bli mindre ved bruk av sjekklisten (Cadman, 2016; Erestam m.fl., 2017; O'Brien m.fl., 2017) ved at medlemmer i teamet fikk sagt sin mening uavhengig av status og profesjon (Erestam m.fl., 2017).

Dersom sjekklisten ble utført på en slik måte at den forstyrret teammedlemmers oppgaver kan det føre til spenninger (Russ m.fl., 2015). Ved å informere alle i teamet slik at de fikk med seg at det var tid for time-out, ble teamet samlet (Korkiakangas, 2017). Sjekklistebruk bidro til bedre oppmerksomhet på pasientsentrert informasjon som risiko, spesielle utfordringer og kritiske momenter (McDowell & McComb, 2014). Sjekklisten førte til at anestesisykepleierne kunne utrykke seg om bekymringer vedrørende pasienten. Dette ble sjeldent diskutert med anestesisykepleieren før implementering av sjekklisten (Ronnberg & Nilsson, 2015). Sjekklisten bidro til informasjonsdeling hvis hele teamet deltar og stopper opp under gjennomgangen av sjekklisten (Russ m.fl., 2015). I tilfeller der sjekklisten ble startet uten at det var informert, ble sjekklisten utført av få personer. Det førte til at sjekklisten kun ble avkryssing og det var svært lite kommunikasjon mellom dem som utførte listen (Korkiakangas, 2017).

5.6 Operasjonssykepleiernes fagkunnskap

Samarbeidskompetanse var sentralt for planlegging og gjennomføring av arbeidet på operasjonsstuen (Wevling, Halstensen & Johansson, 2015). Operasjonssykepleieren måtte kunne kommunisere med forskjellige personer og takle personer i ulike situasjoner. Det å kunne kommunisere med andre medlemmer og gi kritisk informasjon effektivt var essensielt for pasientsikkerheten. Dette var også en forutsetning for at andre medlemmer i teamet skulle kunne oppfylle sine roller (Gillespie, Chaboyer, Wallis, Chang & Werder, 2009). Kunnskaper om standarder og prosedyrer var viktig i arbeidet med å sikre et sikkert miljø for pasienten, men det var også avgjørende å vite hvordan disse standarder og prosedyrene kunne brukes i en utøvelse av operasjonssykepleie i praksis (Gillespie m.fl., 2009). Operasjonssykepleierne følte seg ansvarlig for pasientens velbefinnende og sikkerhet. Forebyggende arbeid var sentralt og gikk ut på å tenke fremover, vurdere mulige utfall og forhindre feil ved å bruke retningslinjer og sjekklister (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008). Både Gillespie m.fl. (2009) og Alfredsdottir og Bjornsdottir (2008) tok opp at operasjonssykepleieren er pasientens advokat. Dette sier McDowell og McComb (2014) også, men legger til at ved bruk av

sjekklister var man både pasienten og *teamets* advokat. Den koordinerende operasjonssykepleieren ivaretok både pasient og behovet til deltakere av teamet under en operasjon. For å gjøre dette holdt den koordinerende operasjonssykepleieren oversikt, var oppmerksom mot det som foregikk på stuen og i operasjonsfeltet (Igesund, 2013). Kelvered, Öhlén og Gustafsson (2012) trakk frem at operasjonssykepleieren var oppmerksom under operasjonen for å påse at kirurger eller andre teammedlemmer ikke støttet seg på pasienten, noe som kunne forårsake skade. Operasjonssykepleiere forsøkte å se fremover og tenke på mulige hendelser som kunne skje med den hensikt å forebygge komplikasjoner og skader (Igesund, 2013; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017).

Gillespie m.fl. (2009) sier at operasjonssykepleierne brukte en sammenblanding av teoretiske, praktiske, situasjon, og estetiske kunnskaper i utførelsen av operasjonssykepleie. Kelvered m.fl. (2012) nevner begrepet oppgavekunnskap som går ut på å bruke kunnskaper fra eksempel anatomi for å utøve sikker sykepleie, samt begrepet pasientkunnskap som går ut på de rutiner og prosedyrene på forskjellige områder som operasjonssykepleiere gjør under en operasjon. Bruk av sjekklister vil for eksempel gå inn under begrepet pasientkunnskap (Kelvered m.fl., 2012). Rydenfält m.fl. (2013) sier at det å stille spørsmål til operasjonssykepleieren som omhandler utstyrets sterilitet kunne være å sette spørsmål ved operasjonssykepleiernes kompetanse. Dette på grunn av at denne oppgaven ofte håndteres alene.

5.7 Operasjonssykepleieres bruk av sjekklister

Sjekklister og protokoller måtte brukes med sunn fornuft og operasjonssykepleieren måtte være i stand til å justere disse i forhold til behov. Operasjonssykepleieren kunne ikke være for streng i bruk og tolkning av sjekklister og prosedyrer. Dette krevde innsikt fra operasjonssykepleieren. Erfaring bidro til at operasjonssykepleierne ble i stand til å følge prosedyrer og retningslinjer for å opprettholde pasientsikkerhet (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017). Operasjonssykepleiere brukte sjekklister for å bedre pasientsikkerheten og forebygge komplikasjoner (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017; Kelvered m.fl., 2012).

5.8 Varierende holdninger til sjekklisten blant medlemmer i teamet

Holdninger i team angående bruk av sjekklisten kommer frem som både positive og negative holdninger. Cadman (2016) sier at negative holdninger til sjekklisten forekom på grunn av misforståelser og mangel på forståelse for hva sjekklisten hadde å si for pasientsikkerheten. Positive holdninger til sjekklisten kommer frem i studien til O'Brien m.fl. (2017) og Ingvarsdottir og Halldorsdottir (2017) der informantene var positive til sjekklisten og det eksisterte en forståelse for at sjekklisten bedret pasientsikkerheten. Negative holdninger bunnet i at team ikke ønsket forandring (O'Brien m.fl., 2017). Russ m.fl. (2015) mener at viktigheten av sjekklisten ble større ved at en kirurg leste listen, noe de også observerte i sin studie. Gjennomføringen av sjekklisten ble bedre i tilfeller der en kirurg leste den, sammenliknet med tilfeller der operasjonssykepleieren leste listen. Dette understøttes av Erestam m.fl. (2017) der hjelpepleierne ga uttrykk for vanskeligheter med å lede sjekklisten. Hierarkiet på operasjonsstuen kunne bli mindre ved bruk av sjekklisten ved at medlemmer i teamet får sagt sin mening uavhengig av status og profesjon (Erestam m.fl., 2017).

6 Drøfting

I dette kapittelet vil funnene i studiene og aktuell bakgrunns litteratur drøftes opp mot problemstilling.

6.1 Operasjonssykepleierens ansvar som medlem av teamet

Teamet på operasjonsavdelingen, under ledelse av kirurgen, har i fellesskap det etiske ansvaret for operasjonspasienten (jfr. kap. 2.5). Dette ansvaret gjøres uttrykkelig ved gjennomføringen av trygg kirurgi sjekklister, ved at de enkelte teammedlemmers oppgaver når det gjelder pasientsikkerhet blir etterspurt og lagt fram for hele teamet. Oksavik (2018) skriver at det å ha kjennskap til hver enkeltes ansvarsområder gjør det lettere å bistå andre medlemmer i teamet og bidrar til en felles forståelse på operasjonsstuen (Oksavik, 2018; Silén-Lipponen m.fl., 2005).

Alle på operasjonsstuen har et etisk ansvar for at handlinger og situasjoner er det rette og beste for pasienten (Dåvøy, 2018b). Det er nærliggende å tro at det å gjennomføre sjekklister også er en etisk handling som teamet burde føle seg forpliktet til å utføre. Teammedlemmene vil også ha et juridisk ansvar for handlinger som blir gjort, eller at handlinger ikke blir gjort, i tillegg til å føle på det etiske ansvaret de har i omsorg for pasienten. Jeg tror at tanker om hva som er det etiske rette å gjøre av hensyn til pasienten, samt ansvaret vi føler for pasienten, bidrar til at sjekklister utføres. Dette begrunner jeg med at bak en handling vil det være kunnskaper om handlingen, i tillegg til det etiske elementet om hva som er det rette å gjøre (Lauvås & Handal, 2014).

Operasjonssykepleiere har et ansvar når sjekklister gjennomføres, men funnene viser at ansvaret kan være mer eller mindre omfattende. En kan også snakke om ansvar på to nivå. For det første har alle operasjonssykepleiere ansvar for å svare på de punktene som gjelder operasjonssykepleieren. Det andre nivået er når operasjonssykepleieren får ansvar for å lede sjekklister. Operasjonssykepleieren kan ha ansvaret for å dokumentere sjekklister, eller være den som tar initiativet til sjekklister og som leder gjennomføringen. Det er et ansvar for sjekklister på mer overordnet nivå. Min opplevelse fra operasjonsstuen er at de koordinerende operasjonssykepleierne dokumenterer sjekklister, noe som også funnene viser er vanlig praksis (McDowell & McComb, 2014; O'Brien m.fl., 2017). Ettersom helsepersonell skal dokumentere den helsehjelpen som de selv utfører, kan indikere at operasjonssykepleieren burde ha ansvaret for sjekklister (Christensen, 2018; Helsepersonelloven, 1999). Ansvaret for

dokumenteringen kan kanskje bidra til at de koordinerende operasjonssykepleierne i noen tilfeller også tar initiativ til sjekklisten, i større grad enn andre medlemmer av teamet (McDowell & McComb, 2014; O'Brien m.fl., 2017; Russ m.fl., 2015). Hvem som har ansvaret for å ta initiativ til å lede sjekklisten varierer og kan være uklart (Cadman, 2016; Nørsgaard m.fl., 2016; O'Brien m.fl., 2017; Ronnberg & Nilsson, 2015). Dette kan indikere at selv om operasjonssykepleierne dokumenterer sjekklisten, behøver det ikke bety at de alltid har ansvaret.

Et viktig trekk i denne sammenhengen er koordinerende operasjonssykepleierens frie rolle i operasjonsstuen, som gjør at vedkommende kan bevege seg i rommet. Kirurg og den sterile operasjonssykepleier må være konsentrert om operasjonsfeltet, anesthesisykepleieren er plassert bak en anestesibøyle og overvåker pasienten. Den koordinerende operasjonssykepleieren har en unik rolle ved at hun eller han ikke er bundet til en plass på operasjonsstuen (Eide & Dåvøy, 2018; Igesund, 2013) og kan med dette få en oversikt over hele teamet. Dette vil jeg komme tilbake til.

Som oftest har jeg opplevd at koordinerende operasjonssykepleiere tar initiativ til og gjennomgangen av sjekklisten, likevel har jeg opplevd at kirurgen kan spørre om Time-out skal tas, altså har tatt initiativ. Deretter står den koordinerende operasjonssykepleieren for gjennomgangen. Dette i samsvar med studien til Russ m.fl. (2015), som fant at det i hovedsak er det koordinerende operasjonssykepleier og kirurg som står for gjennomgang av sjekklisten. At kirurgen har det overordnede medisinske ansvaret på operasjonsstuen, kan være årsaken til at det enkelte steder er kirurgen som har ansvaret for at sjekklisten i sin helhet blir gjennomført (Dåvøy, 2018a; Haugen & Dåvøy, 2018). På bakgrunn av dette kan man diskutere om de andre medlemmene fritas et ansvar for gjennomførelse av sjekklisten. Det blir likevel for enkelt å si at kirurgen alene har ansvaret for at sjekklisten blir gjennomført, fordi hele teamet er involvert i behandlingen av pasienten og dermed ansvarlig for sikkerheten til pasienten mens pasienten er på operasjonsstuen. Det understøtter jeg med at det å forhindre feil er et felles ansvar i team (Silén-Lipponen m.fl., 2005).

Det faktum at kirurgen ikke nødvendigvis er tilstede gjennom alle delene av sjekklisten, kan også være med på å problematisere kirurgens ansvarsforhold. Under forberedelsedelen er det operasjonssykepleierne og anesthesisykepleierne som er tilstede, eventuelt en anestesilege. Det kan være et problem for kirurgen å lede gjennomføringen fordi hun/han da ikke har sett selve gjennomgangen av forberedelsedelen. Kirurg som leder sjekklisten kan jo spørre anesthesi eller

operasjonssykepleiere om forberedelsesdelen av sjekklisten er utført, men dette er noe som anestesipersonell og operasjonssykepleiere ofte gjør uten kirurg tilstede (Haugen & Dåvøy, 2018; Murphy, 2015). På bakgrunn av det mener jeg at det kan være et problem om kirurgen skal ha det overordnede ansvaret for at sjekklisten blir utført.

Begrepet pasientens advokat har vært fokusert på under utdanningen, og det kommer også frem i litteratur (Conner, 2014; Dåvøy, 2018b; Oksavik, 2018; Steelman, 2015). Slik jeg tolker begrepet handler det om å beskytte pasienten. Dette er viktig på operasjonsstuen, fordi operasjonssykepleiere skal gi sykepleie til pasienter som skal gjennomgå kirurgiske inngrep som kan innebære at pasienten ikke har mulighet til å snakke for seg selv. Alle i teamet ønsker å beskytte pasienten fra fare, men det virker som om operasjonssykepleiere ser på seg selv som de som skal stå opp for pasienten i tilfeller der det er fare for skade på pasienten (Dåvøy, 2018b; Gillespie m.fl., 2009; Igesund, 2013; Kelvered m.fl., 2012). Det at operasjonssykepleiere står opp for pasienten som ikke har mulighet til å snakke for seg selv kan være basert på vår yrkesutøvelse og utdanning. Sykepleien som gis innebærer å ta hensyn til pasientens behov, forebygge skader og sikre en omsorgsfull pleie (Eide & Dåvøy, 2018; Igesund, 2013; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Ansvaret operasjonssykepleieren tar på seg når pasienten ikke kan snakke er naturlig på grunn av sykepleien vi er opplært til å utføre for pasienter. Samtidig er det interessant at ved å ta på seg ansvaret ved å gjennomføre sjekklisten, fungerer også den koordinerende operasjonssykepleieren som advokat for teamet, ikke bare for pasienten (McDowell & McComb, 2014; O'Brien m.fl., 2017). Det kan argumenteres for at dette er to sider av samme sak, og at den koordinerende operasjonssykepleieren der det er fare for skade på pasienten, ved å si ifra om dette, også til en viss grad beskytter teamet ved at skaden forhindres. At hun eller han holder hele oversikten over pasienten og arbeidet vil være en styrke og trygghet for både pasient og teammedlemmer, og denne oversikten kan bare den koordinerende operasjonssykepleieren ha på grunn av sin rolle. En annen grunn til at den koordinerende operasjonssykepleieren i studier ofte leder eller tar initiativ til gjennomgangen kan være at de er sterkt involvert i å forebygge skader på pasienter (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008; Conner, 2014; Eide & Dåvøy, 2018; Kelvered m.fl., 2012; Murphy, 2015; NSFLOS, 2015; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005; Wevling m.fl., 2015)

Det foreligger overveldende dokumentasjon på at trygg kirurgi sjekkliste bidrar til økt sikkerhet hos pasienter og at både mortalitet og komplikasjonsrater går ned ved bruk av sjekklisten (Cadman, 2016; Fudickar m.fl., 2012; Hollund, 2010; Mahajan, 2011; McDowell

& McComb, 2014; Nørgaard m.fl., 2016; Patel m.fl., 2014). Dette sammenholdt med at Helsepersonelloven (1999) slår fast at operasjonssykepleiere skal arbeide for pasientsikkerheten, begrunner at operasjonssykepleier har et medansvar i å bidra til gjennomføring av sjekklisten. Likevel har alle medlemmer i teamet har et ansvar for at gjennomførelsen av sjekklisten, fordi alle er ansvarlig for å delta i sjekklisten knyttet til deres arbeidsområde (Ronnberg & Nilsson, 2015; Rydenfält m.fl., 2013). Dette vil dog ikke være det samme som å ha ansvar for gjennomføring.

Det hender at forskjellige profesjoner får ansvar for å lede forskjellige deler av sjekklisten (Fudickar m.fl., 2012; Haugen & Dåvøy, 2018), noe som jeg også har erfart i praksis. Det jeg har erfart er at anestesisykepleieren har ansvar for forberedelsesdelen, operasjonssykepleier er ansvarlig for time-out, mens kirurg er ansvarlig for avslutning. Kanskje er dette for å få hele teamet involvert i sjekklisten. Det kan være både negativt og positivt at delene blir fordelt til hver profesjon. Det kan være positivt at ansvaret for at sjekklisten blir gjennomført deles. Det kan bli sett på som en styrke for teamarbeidet og skape engasjement. At flere profesjoner er involvert kan være essensielt også med tanke på at sjekklisten kan fremme teamarbeidet og kommunikasjon på stuen (Cadman, 2016; Erestam m.fl., 2017; McDowell & McComb, 2014; Nørgaard m.fl., 2016; Ronnberg & Nilsson, 2015; Russ m.fl., 2015). På den annen side kan kanskje dette også skape en forvirring i hvem som skal gjøre delene på sjekklisten. At flere forskjellige profesjoner leder ulike deler strider imot råd fra World Alliance for Patient Safety (2008) og funn i studien til O'Brien m.fl. (2017).

6.2 Operasjonssykepleierens ansvar ved trygg kirurgi sjekkliste.

Det ligger i funksjonen til sjekklisten at hver profesjon bekrefter sine fagområder og svarer på punkter som angår dem. Operasjonssykepleiere har arbeidsoppgaver som er direkte knyttet til punkter på sjekklisten, og når sjekklisten brukes skal arbeidsoppgaver bekreftes utført for resten av teamet. Noen av punktene på sjekklisten kan det hende operasjonssykepleierne utfører sammen med andre profesjoner på operasjonsstuen (Haugen & Dåvøy, 2018). Jeg mener at operasjonssykepleiere har et klart ansvar for å svare på de punkter som angår dem, og at de har del i ansvaret for å svare på de punktene som bli utført i samarbeid med andre profesjoner fordi det ligger innenfor operasjonssykepleierens ansvarsområde. Jeg har opplevd at operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere for eksempel samarbeider om hypotermiforebygging. Operasjonssykepleiere har et viktig ansvar i å svare på punkter på sjekklisten som omhandler leiring, hygiene, infeksjonsforebygging, hypotermiforebygging

fordi dette inngår i operasjonssykepleierens ansvarsområde (Eide & Dávøy, 2018; Kelvered m.fl., 2012; Utdannings-og forskningsdepartementet, 2005). Det er nærliggende å tro at operasjonssykepleiere tidligere også har sjekket de samme momentene som ligger innenfor sjekklisten, men at de har hatt sine personlige kontroller for å fange opp dette (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008; Gillespie m.fl., 2009; Mahajan, 2011).

Noen studier viser at punkter på sjekklisten som angår operasjonssykepleiere kan bli utelatt. Det gjelder punkter både den som innehar den sterile funksjonen skal svare på og punkter den koordinerende funksjonen skal svare på (Russ m.fl., 2015; Rydenfält m.fl., 2013). Rydenfält m.fl. (2013) sin studie viser at punktet om sterilitet ofte blir utelatt. De forklarer dette med at å stille spørsmål om utstyr er sterilt vil være å så tvil om operasjonssykepleierens kunnskap fordi dette er noe operasjonssykepleieren håndterer alene. Dette har jeg vanskeligheter med å forstå. På en måte er det en selvfølge at utstyret som ligger på assistansebordet, er åpnet og håndtert på en slik måte at det fortsatt er sterilt når kirurgien skal starte, siden ett av ansvarsområdene til operasjonssykepleiere er å ivareta hygien på operasjonsstuen. Det kan da virke som et unødvendig spørsmål å stille. På en annen side forekommer det at utstyr kontamineres når det pakkes opp. At utstyret kontamineres, kan ha betydning for varigheten av operasjonen, for eksempel at man kun har én brikke med dette utstyret og man må vente på resterilisering før utstyret er klart til bruk. Dette kan da gå utover både pasienten og kirurg og anestesisykepleierne, da de må vente. Det er operasjonssykepleierens ansvar å sørge for at utstyret blir resterilisert og klart til bruk. Så hvorfor skal ikke dette spørsmålet stilles, når kontaminert utstyr kan gå utover hele teamet? Det dreier seg om en stor risiko for pasienten med tanke på infeksjoner. Det at en tar ansvar overfor hele teamet for oppgaver som er knyttet til sin profesjon er viktig, på grunn av at hele teamet blir påvirket hvis oppgaver ikke er utført (Haugen & Dávøy, 2018). Samtidig er det også viktig for teamet at det er en felles forståelse for oppgavene og hvem som er ansvarlig for hvilke oppgaver (Cadman, 2016; Erestam m.fl., 2017; Haugen & Dávøy, 2018; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017; McDowell & McComb, 2014; Oksavik, 2018). Samtidig tror jeg ikke at det sår tvil ved operasjonssykepleierens kunnskap fordi spørsmålet blir stilt, hensikten er kun at operasjonssykepleieren skal bekrefte at arbeidsoppgaven er utført, og utført rett. Jeg mener også at dette spørsmålet er såpass viktig i et operasjonsforløp og derfor et punkt som ikke bør utelates. Det å minske risiko for infeksjoner hos pasienter er noe som jeg opplever operasjonssykepleiere er svært nøye på. Samtidig er forebygging av infeksjoner et område sjekklisten konsentrerer seg om (Haugen & Dávøy, 2018; Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014). At operasjonssykepleieren opprettholder

hygieniske prinsipper er noe som fra operasjonssykepleierens begynnelse har vært et viktig område (Eide & Lockertsen, 2018; Lockertsen, 2009) og det står fortsatt sterkt i operasjonssykepleie (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008; Conner, 2014; Dávøy, 2018b; Eide & Dávøy, 2018; Kolvered m.fl., 2012; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005; Wevling m.fl., 2015).

6.3 Fagkunnskaper ved besvarelse av spørsmål på sjekklisten

Hvilke fagkunnskaper som brukes for å svare på punkter på sjekklisten og om det behøves fagkunnskaper for å lede sjekklisten vil bli drøftet i dette avsnittet. Det vil også bli sett på om erfaring kan ha noe å si for operasjonssykepleierens utførelse av sjekklisten.

Operasjonssykepleieren bruker sine fagkunnskaper for å svare på punkter på sjekklisten.

Eksempelvis må operasjonssykepleiere bruke sine fagkunnskaper for å leire pasienten rett til operasjonen. Den praktiske kunnskapen vises i hvordan operasjonssykepleiere utfører leiringen av pasienten. Det forutsetter et faglig skjønn i vurderingen og tilpassingen av leiringen til den enkelte pasienten (Dávøy, 2007). For å utføre denne handlingen behøves både teoretisk og praktisk kunnskap. Operasjonssykepleieren må ha teoretisk kunnskap om anatomi og inngrep, samt kunnskap i operasjonssykepleiefaget om hvordan man kan forebygge skader. For å kunne svare på sjekklisten om utstyr er tilgjengelig og utfordringer knyttet til bruken kreves fagkunnskaper som er spesifikke for operasjonssykepleieren.

Vedkommende må ha kunnskap om inngrep og anatomi for å vite om det er rett utstyr til det aktuelle inngrepet. Operasjonssykepleieren må vite hvordan utstyret brukes for å kunne svare på spørsmål om utfordringer med utstyr. Oppsummert kreves dette kunnskaper om anatomi, inngrepet, instrumenter og teknisk utstyr (Kolvered m.fl., 2012; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005; Wevling m.fl., 2015). Det krever også den faglige evnen til å vurdere den enkelte pasients behov (Dávøy, 2007; Igesund 2013).

Når operasjonssykepleierne svarer på punkter i sjekklisten utøver de sitt pedagogiske ansvar, ved å svare på det som angår deres fagområde deles kunnskap med de andre i teamet (Dávøy, 2018c). Da bidrar operasjonssykepleieren til at det kan bli en felles forståelse i teamet, som er et mål ved sjekklisten (Benner m.fl., 2011; Cadman, 2016; Haugen & Dávøy, 2018; McDowell & McComb, 2014; Oksavik, 2018; Ronnberg & Nilsson, 2015). På denne måten vil kunnskap og roller synliggjøres overfor de andre i teamet. Det kan bidra til godt samarbeid (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008; Cadman, 2016; Igesund, 2013; McDowell & McComb, 2014; Ronnberg & Nilsson, 2015).

6.4 Fagkunnskaper ved ledelse av sjekklisten

Plasseringen i operasjonsrommet kan ha betydning for at koordinerende operasjonssykepleiere leder sjekklisten. Dette er ikke bare et praktisk hensyn. Benner m.fl. (2011) mener at det ligger fagkunnskap i hvor sykepleieren posisjonerer seg i rommet for å kunne følge med og overvåke pasienten. Informantene i studien til Igesund (2013) viser at plassering i rommet som den erfarne operasjonssykepleieren gjør ikke er tilfeldig. Plasseringen er nær feltet for å følge med i feltet, men ikke slik at utstyr kontamineres (Igesund, 2013). Det er nødvendig for å få oversikt. I selve gjennomgangen av sjekklisten må den koordinerende operasjonssykepleieren stå der hun høres av alle i rommet.

Litteraturgjennomgangen tyder på at det er ulike oppfatninger av om det kreves fagkunnskaper som operasjonssykepleier for å ta gjennomgangen av sjekklisten. Noen land, som for eksempel Sverige, har ikke operasjonssykepleiere i den koordinerende funksjonen, men hjelpepleiere. Andre steder er teknikere brukt til å oppfylle noen av operasjonssykepleierens roller. Disse yrkesgruppene har ikke de samme fagkunnskapene som operasjonssykepleiere. (Gillespie m.fl., 2009; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Spørsmålet er altså om den koordinerende operasjonssykepleieren må bruke sine fagkunnskaper når han eller hun leder sjekklisten. Jeg tenker at operasjonssykepleieren må ha innsikt i hva som er relevant informasjon om pasienten og kommunisere dette med andre teammedlemmer, for at sjekklisten skal fylle sin hensikt. Det kan diskuteres om man bruker fagkunnskap ved å bare lese opp fra listen. Jeg mener at det ikke er tilstrekkelig å kun lese opp spørsmålene for at sjekklisten skal bli gjennomført ordentlig, og derfor er en operasjonssykepleierens profesjonskunnskap en hjelp i å lede sjekklisten. Den teoretiske kunnskapen innenfor anatomi, fysiologi og biokjemi mener jeg er viktig for forståelsen for arbeidet som foregår på stuen og for å forstå hva sjekklisten handler om. I den spesialiserte fagkunnskapen i operasjonssykepleie inngår erfaring med mange operasjoner, som setter den koordinerende operasjonssykepleieren i stand til å oppfatte likheter og forskjeller mellom pasienter og hvordan de responderer, og hva som kreves (Benner m.fl., 2011). Der sjekklisten tar opp utførelse av inngrepet og kritiske momenter fra både kirurg og anestesisykepleier er det nødvendig å identifisere risikofaktorer og hva som kan hende. Det er viktig for å kunne følge med på under operasjonen. Å kunne forutse mulighet for komplikasjoner og kunne forebygge disse inngår i den spesialiserte sykepleieutøvelsen (Benner m.fl., 2011). Den som leder sjekklisten må ha forståelse for hva svarene på de enkelte spørsmålene kan innebære,

når det gjelder den enkelte pasienten som skal gjennomgå den bestemte operasjonen. Jeg mener at sjekklisten mister noe av sin verdi hvis ikke alle i teamet har forståelse for hva punktene på sjekklisten betyr, og at det da kan bli kun et ark å fylle ut. Det kan være en grunn til at sjekklisten i noen tilfeller ses på kun som ekstra belastning (O'Brien m.fl., 2017; Ronnberg & Nilsson, 2015).

Det kan tenkes at operasjonssykepleierens kunnskaper i kommunikasjon med pasienter til dels kan brukes i kommunikasjon med andre medlemmer i teamet når kritisk informasjon skal deles. I begge tilfeller er man interessert i å få frem opplysninger som kan bidra til sykepleie som forebygger komplikasjoner (Kilvered m.fl., 2012). Det er viktig at den som leder gjennomgangen kommuniserer på en måte slik at mest mulig relevant informasjon blir delt. Kommunikasjon er viktig for pasientsikkerheten og kan forbedres ved bruk av sjekklisten (Cadman, 2016; Erestam m.fl., 2017; Haugen & Dávøy, 2018; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017; McDowell & McComb, 2014; Nørgaard m.fl., 2016; Oksavik, 2018; Robertson-Smith, 2016).

I studien til Erestam m.fl. (2017) er det hjelpepleiere som står for gjennomgangen av sjekklisten. I den studien er de punktene som oftest blir utelatt forventet blodtap, kritiske eller uventede hendelser og forventet operasjonstid. Spørsmålet er om forståelsen og fagkunnskaper om inngrepet hindrer hjelpepleieren fra å spørre om disse punktene, eller om andre grunner er viktigere. Punkter utelates også når kirurger og operasjonssykepleiere leder sjekklisten (McDowell & McComb, 2014; Russ m.fl., 2015). Hierarkiet mellom kirurg og anesthesi- og operasjonssykepleiere på operasjonsstuen kan være en årsak til at det vises en høyere gjennomførelse hvis kirurgen leder sjekklisten (Russ m.fl., 2015). Det er da interessant at sjekklisten også kan bidra til å minske hierarkiet på operasjonsstuen (Cadman, 2016; Erestam m.fl., 2017; Fudickar m.fl., 2012; Hollund, 2010; O'Brien m.fl., 2017; Patel m.fl., 2014). Det gjøres ved at alle får mulighet til å delta med informasjon i teamet, som forbedrer teamarbeidet (Cadman, 2016; Erestam m.fl., 2017; Fudickar m.fl., 2012; Haugen & Dávøy, 2018; Oksavik, 2018; Patel m.fl., 2014; Ronnberg & Nilsson, 2015). Samtidig viser studier at hierarkiet som finnes på operasjonsstuen også kan være til hinder for at sjekklisten blir gjennomført, ved for eksempel motstand fra kirurger (Cadman, 2016; Mahajan, 2011). Hjelpepleierne som er informanter i studien til Erestam m.fl. (2017) mener at deres rolle ikke er tilstrekkelig anerkjent. Det kan indikere at det kan finnes grunner til at en annen profesjon bør lede sjekklisten. Om World Alliance for Patient Safety (2008) mener at hjelpepleier eller helsefagarbeidere også inngår i de profesjoner som skal kunne lede sjekklisten er uklart. Når

de kommer til teknikere, hevder Gillespie m.fl. (2009) i sin studie at de mangler den estetiske kunnskapen som operasjonssykepleiere har og som gjelder omsorg for pasienten i det tekniske miljøet. Derfor er et spørsmål om hjelpepleiere eller teknikere burde lede sjekklisten viktig. Spørsmålet om å erstatte operasjonssykepleiere med teknikere og hjelpepleiere på operasjonsstuen har vært diskutert over tid i vårt land. I Norge arbeider operasjonssykepleiere på operasjonsstuen. Dette er begrunnet med at operasjonspasienten har behov for spesialiserte sykepleiere (Eide & Lockertsen, 2018).

Koordinerende operasjonssykepleiers fagkunnskaper kan være viktige for å finne det beste tidspunktet for å gjennomføre sjekklisten. Funnene viser at sjekklisten er sårbar for timing (Cadman, 2016; Korakiakangas, 2017). Jeg mener at operasjonssykepleiere kan være de rette til å lede gjennomgangen av sjekklisten, på grunn av den koordinerende operasjonssykepleierens mulighet til å holde oversikt på operasjonsstuen. De andre medlemmene av teamet kan ikke ha denne oversikten på grunn av at de må være konsentrert om sine oppgaver. Den koordinerende operasjonssykepleieren har derimot mulighet til å skaffe seg en oversikt over arbeidet på stuen og operasjonsforløpet. Operasjonssykepleiere som evner å tenke fremover kan identifisere uventede hendelser og se små endringer som kan være viktig for å planlegge videre (Benner m.fl., 2011; Igesund, 2013). Oversikten en kan skaffe seg over operasjonsstuen, og muligheten til å tenke fremover og planlegge, mener jeg kan gjøre det lettere kan se når det passer å gjennomgå sjekklisten og bedre sjekklistens utfordring med timing.

Her kan det være aktuelt å gå tilbake til Benner (1984) sin teori om hvordan sykepleieren stegvis utvikler den praktiske fagkunnskapen gjennom erfaring. De mer erfarne sykepleierne kan se helheten i situasjonen, og utøvelsen styres av vurderinger. Den sykepleieren som kan kalles ekspert har en dyp forståelse for den totale situasjonen. Eksperten er fleksibel i ulike situasjoner og er ikke styrt av regler, selv om det er nødvendig at vedkommende bruker ulike verktøy i noen situasjoner (Benner, 1984). Sjekklisten er et slikt verktøy. Å observere pasienten er noe som den koordinerende operasjonssykepleier har lært under sykepleierutdanningen i Norge (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Observasjon er regnet som en viktig kunnskap som sykepleiere må kunne for å se forandringer i pasientens tilstand (Elstad, 2014). Operasjonssykepleiere har et våkent øye under operasjonen for å hindre skade på pasienten (Kilvered m.fl., 2012). Jeg mener at i operasjonssykepleie henger observasjonen av pasienten sammen med observasjon av teamet som står i arbeidet med pasienten. Et eksempel her kan være at stemning i team forandres ved kritiske deler av

inngrep, eller ved blødning (Igesund, 2013). Å observere de andres bevegelser, både når det er rolig og hektisk kan være viktig for å forstå og planlegge neste steg, samt kunne finne frem utstyr hvis nødvendig. Litteraturen viser at den koordinerende operasjonssykepleieren observerer teamet (Igesund, 2013; Kolvered m.fl., 2012). Operasjonssykepleiere er observant og leser situasjonen på stuen for å ivareta pasientens sikkerhet (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017). Som jeg har erfart fra praksis, observerer den koordinerende operasjonssykepleieren pasientens leiring under hele operasjonen, med tanke på å forebygge leiringskomplikasjoner. Det indikerer at operasjonssykepleieren må ha fagkunnskaper for å observere pasient, samt fagkunnskaper for å kunne observere teamet.

Nyutdannede operasjonssykepleiere kan ha vanskeligheter med å lede sjekklisten (Haugen & Dávøy, 2018). Det å ha opplevd tidligere situasjoner og erfaringer basert på dette kan gjøre operasjonssykepleieren i stand til å vurdere situasjonen (Benner m.fl., 2011; Gillespie m.fl., 2009). På bakgrunn av det kan det tenkes at en nyutdannet operasjonssykepleiers manglende erfaring kan gjøre gjennomføring utfordrende. Disse utfordringene i sjekklisten kjenner jeg meg igjen i som student i praksis. Jeg var usikker på når det var rett tidspunkt å gjennomføre sjekklisten, og jeg var svært konsentrert om ordene som sto på listen. Jeg merket at erfarne operasjonssykepleiere introduserte sjekklisten på en måte som ga en samtale i teamet som omhandlet pasienten. Benner (1984) skriver at nyutdannede sykepleiere kan være regelstyrt og lite fleksibel. Dette tror jeg også gjelder nyutdannede operasjonssykepleiere. At eksperten kan bruke retningslinjer men være friere kan tenkes å bedre gjennomføringen av trygg kirurgi og se hva som kan gjennomgås når, samt å innlede kommunikasjonen om pasienten. Det er nærliggende å tro at den koordinerende operasjonssykepleieren som kan regnes som en ekspert kan bruke sin dype forståelse i situasjonen til å introdusere sjekklisten til rett tid og på en god måte. Et eksempel på hva som kan være en god måte er å høyt og tydelig informere medlemmer når det er tid for sjekklisten (Korkiakangas, 2017).

Funn i den inkluderte litteraturen viser at sjekklisten ofte ikke blir komplett utført, deler eller punkter kan bli utelatt (Cadman, 2016; Erestam m.fl., 2017; Korkiakangas, 2017; Ronnberg & Nilsson, 2015; Russ m.fl., 2015; Rydenfält m.fl., 2013). Det kan være at det finnes grunner for at punkter utelates. En mulig årsak kan være at man ikke ser på alle punktene på sjekklisten som like viktige eller relevant for inngrepet (Cadman, 2016; Rydenfält m.fl., 2013). En annen årsak kan være hastegrad på inngrep, da det kan ha innvirkning på gjennomførelsen av sjekklisten (Nørgaard m.fl., 2016). Forutenom nevnte årsaker blir det ikke beskrevet andre mulige årsaker til at punkter på sjekklisten utelates. Men ut ifra det jeg

har erfart kan det også være av hensyn til pasienten. En erfaren operasjonssykepleier i praksis sa til meg at det å ta opp spørsmål om blodtap i tilfeller der pasienten er våken er et etisk spørsmål, fordi det kan være ubehagelig for pasienten å høre. Kolvered m.fl. (2012) mener operasjonssykepleiere er var for pasientens frykt. Det kan tenkes at spørsmålet om blodtap blir utelatt for å ikke øke pasientens frykt. Dette mener jeg sier noe om vurderinger som operasjonssykepleieren gjør i forbindelse med ivaretagelse av pasienten med tanke på sjekklisten. Dette krever erfaring basert på opplevelser av flere situasjoner (Dåvøy, 2007) og innsikt fra operasjonssykepleieren (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017). Jeg mener at det kan være et uttrykk for den koordinerende operasjonssykepleierens faglige skjønn. I et slikt tilfelle kan det etiske hensynet for pasientens beste være overordnet det en har for å gjennomgå punkter på sjekklisten. At erfarne operasjonssykepleiere mener at sunn fornuft må til ved bruk av retningslinjer og sjekkliste, kan være en årsak til at enkelte punkter utelates. Dette si noe om de erfarne operasjonssykepleieres vurderinger kontra min vurdering som nyutdannet og muligens for bundet til regler og prosedyrer, mens de erfarne tilpasser prosedyrene.

Samtidig mener jeg at det er viktig at man i tilfellet med sjekklisten er forsiktig med å gjøre vurderinger på hvilke punkter som utelates fra sjekklisten. Ved at punkter utelates fører det til en falsk følelse av trygghet (Mahajan, 2011; Russ m.fl., 2015; Rydenfält m.fl., 2013). Erfarne gir uttrykk for at det å følge retningslinjer er viktig fordi det standardiserer og kvalitetssikrer operasjonssykepleierfaget (Dåvøy, 2007). Dette samsvarer med at erfarne operasjonssykepleiere mente prosedyrer og protokoller er viktig, og sjekklisten ses på som viktig for pasientsikkerhet (Gillespie m.fl., 2009; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017; O'Brien m.fl., 2017).

Jeg tror likevel ikke at hver gang punkter på sjekklisten utelates, er på grunn av hensyn til pasienten. Det finnes negative holdninger til sjekklisten, som det er nærliggende å tenke at kan være en årsak for at punkter utelates, (Cadman, 2016; Hollund, 2010; O'Brien m.fl., 2017; Ronnberg & Nilsson, 2015) og det kan tenkes at de også forekommer hos erfarne operasjonssykepleiere. Det er påpekt at den som leder sjekklisten må være trygg og selvsikker. Det kan tenkes at erfarne operasjonssykepleiere i større grad enn nyutdannede operasjonssykepleiere kan stå imot negative holdninger. Samtidig har medlemmer i team behov for støttende miljø (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008; Dåvøy, 2007; Haugen &

Dåvøy, 2018; Igesund, 2013; O'Brien m.fl., 2017; Oksavik, 2018; Silén - Lipponen m.fl., 2005).

Benner m.fl. (2011) og McDowell og McComb (2014) mener at den koordinerende operasjonssykepleieren er den som har hovedkontroll og har en avgjørende rolle for at kirurgien skal foregå på en sikker måte. Av det jeg har opplevd i praksis mener jeg at den koordinerende operasjonssykepleier har mange viktige oppgaver, samtidig kan de være mindre konkrete og mer varierte enn de andre i teamets oppgaver. Det har gjort at jeg som operasjonssykepleierstudent i praksis syntes de oppgavene koordinerende operasjonssykepleier har var utfordrende å få tak på og holde oversikt over. At den sirkulerende rollen ofte ikke merkes dersom det ikke skjer feil på operasjonsstuen, kan være en årsak til at vedkommende er lite synlig (Benner m.fl., 2011) .

7 Konklusjon

Operasjonssykepleieren skal gi sykepleie til pasienten som sikrer pasientsikkerheten. Dette er avgjørende fordi pasientene er ute av stand til å ivareta seg selv under en operasjon. Funn i denne studien viser at det er indikasjoner på at hvem som har ansvar for sjekklisten varierer og at ansvaret kan være uavklart. Det er variasjoner i utførelsen av sjekklisten, og punkter og deler på sjekklisten blir ikke alltid gjennomført. Sjekklisten er sårbar for timing i ulike situasjoner. Operasjonssykepleiere bruker fagkunnskap for å sørge for pasientsikkerhet på operasjonsstuen og forebygge komplikasjoner. De dokumenterer utførelsen av sjekklisten. Basert på dette, bakgrunns litteratur og egne erfaringer kan man konkludere med følgende: Operasjonssykepleiere har ansvar ved gjennomføring av sjekklisten og de bruker flere fagkunnskaper når det kommer til å svare på punkter på sjekklisten og ved ledelse av sjekklisten.

Sjekklisten uttrykker det felles ansvaret teamet og operasjonssykepleieren har for pasientsikkerheten. Den fremhever oppgavene til operasjonssykepleierne og andre medlemmer i teamet. Operasjonssykepleierne burde ha et ansvar for gjennomføring på grunn av at de jobber for en sikkerhetskultur på operasjonsavdelingen. Koordinerende operasjonssykepleier burde ha ansvaret for sjekklisten grunnet vedkommende sin frie rolle. Rollen medfører mulighet til å holde oversikt på operasjonsstuen og den koordinerende operasjonssykepleieren kan dermed se når det passer best å gjennomføre sjekklisten. En annen grunn for at den koordinerende operasjonssykepleieren burde ha ansvaret, er at vedkommende er tilstede på alle delene og følger pasienten gjennom hele operasjonsforløpet.

Operasjonssykepleiere har kunnskap og forståelse om pasient og inngrep som gjør at vedkommende kan forstå hva spørsmålene som tas opp på listen handler om. Den koordinerende operasjonssykepleieren har hatt ett historisk ansvar for å ivareta pasienten og dokumentere operasjonssykepleien på operasjonsstuen, og har det fortsatt.

Operasjonssykepleierens erfaring kan ha noe å si for gjennomføring av sjekklisten ved at vedkommende har en større forståelse for situasjon, tidspunkt og hvordan sjekklisten introduseres enn nyutdannede operasjonssykepleiere kan ha forutsetning for.

Trygg kirurgi kan bidra til å synliggjøre operasjonssykepleierens fagkunnskap, ved at punkter som blir tatt opp på sjekklisten kommuniseres ut og deles med andre medlemmer i teamet. Faglig skjønn i forhold til punkter på sjekklisten kan gjøres hvis det er med tanke på pasientens beste. Samtidig skal en vise forsiktighet med å utelukke punkter på sjekklisten.

Jeg mener at det absolutt skal unngås hvis ikke det er med hensyn til pasienten, da det kan gi en falsk følelse av trygghet.

Videre hadde det vært interessant å forske videre på operasjonssykepleieres egne opplevelser av fagkunnskaper de bruker ved gjennomføring av sjekklisten. Anbefalinger til praksis er at hvem som er ansvarlig for sjekklisten må avklares. Det gjelder også hvem som har det totale ansvaret for sjekklisten.

Referanseliste

- Alfredsdottir, H. & Bjornsdottir, K. (2008). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 29-37. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x>
- Aveyard, H. (2014). *Doing A Literature Review In Health And Social Care : A Practical Guide* (3 utg.). Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert : excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, Calif: Addison-Wesley.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care : a thinking-in-action approach* (2 utg.). New York: Springer Publ.
- Binding, L. L. & Tapp, D. M. (2008). Human understanding in dialogue: Gadamer's recovery of the genuine: Original article. *Nursing Philosophy*, 9(2), 121-130. <http://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2007.00338.x>
- Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i sykepleie: en ressursbok* (1 utg.). Oslo: Akribe AS.
- 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. Hentet fra <https://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=10&sid=a19952b6-f57b-46c6-ab7e-76e0d704e13a%40sessionmgr4006&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=114721808&db=rzh>
- Christensen, B. R. (2018). Dokumentasjon av operasjonssykepleie. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 62-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Conner, R. (2014). *Perioperative standards and recommended practices* (2014 utg.). Denver, Colo: Association of periOperative Registered Nurses AORN.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dåvøy, G. M. (2007). Stå ikke med hendene i lomma! Faglighet er personavhengig. I H. Alvsvåg, O. Førland & B. Abrahamsen (Red.), *Engasjement og læring : fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s. 233-249). Oslo: Akribe.
- Dåvøy, G.M. (2018a). Faglig skjønn. I G. Dåvøy, H. P. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleieren* (s. 147-163). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Dåvøy, G. (2018b). Kirurgisk samvittighet. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 199-202). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dåvøy, G.M. (2018c). Operasjonssykepleierens pedagogiske funksjon. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 34-44). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, P. H. & Dåvøy, G. (2018). Funksjons- og ansvarsområde. I P. H. Eide, G. Dåvøy & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 28-44). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, P. H. & Lockertsen, J.-T. (2018). Operasjonssøstrene og operasjonsstuen. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 18-25). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Elstad, I. (2014). *Sjukepleietenking* (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Erestam, S., Haglind, E., Bock, D., Andersson, A. E. & Angenete, E. (2017). Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a revised WHO checklist: a prospective interventional study. *Patient Safety in Surgery*, 11(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s13037-017-0120-6>
- Folkehelseinstituttet. (2014, 04.10.). Sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Hentet 10.02.18 fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Fudickar, A., Hörle, K., Wiltfang, J. & Bein, B. (2012). The Effect of the WHO Surgical Safety Checklist on Complication Rate and Communication. *Deutsches Arzteblatt International*, 109(42), 695-701. <http://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0695>
- Gadamer, H.-G. (2003). *Forståelsens filosofi : utvalgte hermeneutiske skrifter* (45). Oslo: Cappelen.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M., Chang, H. A. & Werder, H. (2009). Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1019-1028. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04955.x>
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71- 85). Oslo: Universitetsforlaget.
- Haugen, A. S. & Dåvøy, G. M. (2018). Pasientsikkerhet og trygg kirurgi. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 178-198). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov 02.juli 1998 nr. 64 om helsepersonell*
- Hollund, J. G. (2010). *Sjekklister - papir eller teaminnsats? : En observasjonsstudie av sikker jobbpraksis i operasjonsteam*. (Masteroppgave), Universitetet i Stavanger, Stavanger. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/184650>

- Høiland, M. (1996). *Krav til operasjonssykepleier* (Operasjonssykepleie i over 40 år). Oslo: Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av operasjonssykepleiere.
- Igesund, U. (2013). *Hvordan utøver erfarne operasjonssykepleiere koordineringen gjennom operasjonsforløpet? : en kvalitativ studie av erfarne operasjonssykepleieres praktiske utøvelse og erfaring i den koordinerende funksjon.* (Masteroppgave), UIT Norges arktiske universitet, Tromsø. Hentet fra <https://munin.uit.no/handle/10037/5336>
- Ingvarsdottir, E. & Halldorsdottir, S. (2017). Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. <http://doi.org/10.1111/scs.12532>
- Kelvered, M., Öhlén, J. & Gustafsson, B. Å. (2012). Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 449-457. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00947.x>
- Kilvik, A. & Lamøy, L. I. (2007). *Litteratursøking i medisin og helsefag : en håndbok* (2. utg.). Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Korkiakangas, T. (2017). Mobilising a team for the WHO Surgical Safety Checklist: a qualitative video study. *BMJ Quality and Safety*, 26(3), 177-188. <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004887>
- Lauvås, P. & Handal, G. (2014). *Veiledning og praktisk yrkesteori* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid : perspektiv og strategi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lockertsen, J.-T. (2009). *Operasjonssykepleie ved Troms og Tromsø sykehus 1895-1974.* (Masteroppgave), UiT Norges arktiske universitet, Tromsø.
- Mahajan, R. P. (2011). The WHO surgical checklist. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 25(2), 161-168. <http://doi.org/10.1016/j.bpa.2011.02.002>
- McDowell, D. S. & McComb, S. A. (2014). Safety checklist briefings: a systematic review of the literature. *AORN journal*, 99(1), 125-137. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.11.015>
- Murphy, E. K. (2015). Patient Safety and Risk Management. I J. C. Rothrock (Red.), *Alexander`s Care of the Patient in Surgery* (s. 16-46). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Nasjonal digital læringsarena. (u.å). Fagkunnskap. Hentet 29.mars 2018 fra <https://ndla.no/nn/node/48040>
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2015). Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet 10.februar 2018 fra

<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/slik-oppsummerer-vi-forskning/>

- Nightingale, F., Skretkowicz, V. & Mellbye, S. (1997). *Notater om sykepleie* (Revidert med tillegg, samlede utgaver utg. Notes on nursing). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk senter for forskningsdata. (2018). Register over vitenskapelige publiseringskanaler
Hentet 28. mars 2018 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- NSFLOS, N. s. f. o. (2015). Operasjonssykepleie - ansvar og funksjonsbeskrivelse. Hentet 10. januar 2018 fra <http://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvar-og-funksjonsbeskrivelse/>
- Nørsgaard, A., Johnsen, R. & Marhaug, G. (2016). Bruk av WHO's sjekklister for trygg kirurgi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136(9), 815-820.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.1079>
- O'Brien, B., Graham, M. M. & Kelly, S. M. (2017). Exploring nurses' use of the WHO safety checklist in the perioperative setting. *Journal of Nursing Management*, 25(6), 468-476. <http://doi.org/10.1111/jonm.12428>
- Oksavik, W. S. (2018). Samarbeid i team. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 203-2015). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2014). I trygge hender 24-7. Hentet 17. januar 2018 fra <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/trygg-kirurgi>
- Patel, J., Ahmed, K., Guru, K. A., Khan, F., Marsh, H., Shamim Khan, M. & Dasgupta, P. (2014). An overview of the use and implementation of checklists in surgical specialities - A systematic review. *International Journal of Surgery*, 12(12), 1317-1323. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2014.10.031>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (8 utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- 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. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=119367749&site=ehost-live>

- Ronnberg, L. & Nilsson, U. (2015). Swedish Nurse Anesthetists' Experiences of the WHO Surgical Safety Checklist. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 30(6), 468-475.
<http://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.01.011>
- Russ, S., Rout, S., Caris, J., Mansell, J., Davies, R., Mayer, E., . . . Sevdalis, N. (2015). Measuring Variation in Use of the WHO Surgical Safety Checklist in the Operating Room: A Multicenter Prospective Cross-Sectional Study. *Journal of the American College of Surgeons*, 220(1), 1-11.e14.
<http://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.09.021>
- Rydenfält, C., Johansson, G., Odenrick, P., Åkerman, K. & Larsson, P. A. (2013). Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 182-187.
<http://doi.org/10.1093/intqhc/mzt004>
- Sandelowski, M. (2000). *Devices & desires : gender, technology, and American nursing*. Chapel Hill, N.C.: University of North Carolina Press.
- Silén-Lipponen, M., Tossavainen, K., Turunen, H. & Smith, A. (2005). Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 11(1), 21-32.
<http://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2005.00494.x>
- Steelman, V. M. (2015). Concepts Basic to Perioperative Nursing. I J. C. Rothrock (Red.), *Alexander`s Care of the Patient in Surgery* (s. 1-15). St. Louis, Mo: Elsevier Mosby.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! : praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Thurén, T., Gjerpe, K. & Gjestland, D. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). Rammeplan for utdanning i sykepleie. Hentet fra
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie. Hentet fra
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393-rammeplan_for_videreutdanning_i_operasjonssykepleie_05.pdf

Wevling, A., Halstensen, T.-D. & Johansson, I. S. (2015). Operasjonssykepleierens vurdering av egen kompetanse i forhold til arbeidskrav. *Sykepleien Forskning*(2), 132-141.

<http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleief.2015.54300>

World Alliance for Patient Safety. (2008). WHO surgical safety checklist and implementation manual. Hentet 14. januar 2018 fra

http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/

Vedlegg 1

Problemstilling formuleres som et presist spørsmål: <i>Hva er operasjonssykepleiernes ansvar og fagkunnskaper ved bruk av trygg kirurgi sjekklister?</i>			
P Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet: Operasjonssykepleieren	I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for): Sjekklisten trygg kirurgi	C Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå: Ansvar og Fagkunnskaper
P	I	C	O
Scrub nurse Theatre nurse Perioperative nurse Operating Room Nursing Circulating nurse Operating room	Safe Surgery Checklist WHO checklist Checklist WHO surgical safety - checklist Safety checklist World health organization safety checklist		Knowledge Expertise Skills Cognition Professional competence Competence Responsibility Liability

Vedlegg 2

Søkehistorikk

Artikkel 1: McDowell, D. S. & McComb, S. A. (2014). Safety checklist briefings: a systematic review of the literature. *AORN journal*, 99(1), 125-137.

<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.11.015>

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	“safety checklist*”	09.01.18	Pubmed	274	0	0	0
2	Checklist*	09.01.18	Pubmed	31602	0	0	0
3	1 OR 2	09.01.18	Pubmed	31602	1	1	1
4	“Perioperative nurs*”	09.01.18	Pubmed	15326	0	0	0
5	“Circulating nurs*”	09.01.18	Pubmed	64	5	0	0
6	4 OR 5	09.01.18	Pubmed	15351	0	0	0
7	3 AND 6	09.01.18	Pubmed	151	15	4	1

Artikkel 2: O'Brien, B., Graham, M. M. & Kelly, S. M. (2017). Exploring nurses' use of the WHO safety checklist in the perioperative setting. *J Nurs Manag*, 25(6), 468-476.

<http://doi.org/10.1111/jonm.12428>

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	“Perioperative nursing”	09.01.18	Pubmed	6846	0	0	0
2	“World Health Organization safety checklist”	09.01.18	Pubmed	2	0	0	0
3	1 AND 2	09.01.18	Pubmed	1	1	1	1

Artikkel 3 : 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. Hentet fra <https://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=10&sid=a19952b6-f57b-46c6-ab7e-76e0d704e13a%40sessionmgr4006&bdata=JnNpdGU9ZWZwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=114721808&db=rzh>

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	“surgical safety checklist*”	11.01.18	Pubmed	220	0	0	0
2	“Operating room”	11.01.18	Pubmed	9011	0	0	0
3	1 AND 2	11.01.18	Pubmed	55	9	3	1

Artikkel 4: Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M., Chang, H. A. & Werder, H. (2009). Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04955.x>

Artikkel 5 : Kelvered, M., Öhlén, J. & Gustafsson, B. Å. (2012). Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 449-457. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00947.x>

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	“Operating room nursing”	31.01.18	Cinahl	126	5	3	0
2	“perioperative nurs*”	31.01.18	Cinahl	15326	0	0	0
3	“scrub nurs*”	31.01.18	Cinahl	100	0	0	0
4	“Theatre nurs*”	31.01.18	Cinahl	493	0	0	0
5	1 OR 2 OR 3 OR 4	31.01.18	Cinahl	15493	0	0	0
6	Competence	31.01.18	Cinahl	67203	0	0	0
7	Knowledge	31.01.18	Cinahl	169082	0	0	0
8	Expertise	31.01.18	Cinahl	13195	0	0	0
9	Skill*	31.01.18	Cinahl	109522	0	0	0
10	Cognition	31.01.18	Cinahl	67556	0	0	0
11	6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10	31.01.18	Cinahl	373207	0	0	0
12	5 AND 11	31.01.18	Cinahl	1181	0	0	0
13	5 AND 7	31.01.18	Cinahl	519	0	0	0
14	1 OR 3 OR 4	31.01.18	Cinahl	714	0	0	0
15	7 AND 14	31.01.18	Cinahl	30	6	4	2

Artikkel 6: Denne artikkelen ble funnet ved å se i referanselisten til Kelvered et. al. (2012): Alfredsdottir, H. & Bjornsdottir, K. (2008). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 29-37. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x>

Artikkel 7: Wevling, A., Halstensen, T. D., & Johansson, I. S. (2015).

Operasjonssykepleierens vurdering av egen kompetanse i forhold til arbeidskrav. *Sykepleien Forskning*, 10(2), 132-41. <http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.54300>

#	Søkeord	Dato	Databas e	Antal l treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Operasjonssykepleier	05.02.18	Svemed+	228	0	0	0
,2	Kunnskap	05.02.18	Svemed+	411	0	0	0
3	Kompetanse	05.02.18	Svemed+	4038	0	0	0
4	Fagkunnskap	05.02.18	Svemed+	4	0	0	0
5	2 OR 3 OR 4	05.02.18	Svemed+	4384	0	0	0
6	1 AND 5	05.02.18	Svemed+	51	5	3	1

Artikkel 8: Erestam, S., Haglind, E., Bock, D., Andersson, A. E. & Angenete, E. (2017).

Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a revised WHO checklist: a prospective interventional study. *Patient Safety in Surgery*, 11(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s13037-017-0120-6>

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	"Operating Room Nursing"[Mesh]	08.02.18	Pubmed	6001	0	0	0
2	"scrub nurs*"	08.02.18	Pubmed	416	0	0	0
3	"Perioperative nurse"	08.02.18	Pubmed	269	0	0	0
4	"Theatre nurse"	08.02.18	Pubmed	98	0	0	0
5	1 OR 2 OR 3 OR 4	08.02.18	Pubmed	6547	0	0	0
6	"Professional Competence"[Mesh]	08.02.18	Pubmed	103931	0	0	0
7	"Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh]	08.02.18	Pubmed	94713	0	0	0
8	Knowledge	08.02.18	Pubmed	638901	0	0	0
9	Expertise	08.02.18	Pubmed	38716	0	0	0
10	Skill*	08.02.18	Pubmed	203964	0	0	0
11	Cognition	08.02.18	Pubmed	243425	0	0	0
12	6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11	08.02.18	Pubmed	1114609	0	0	0
13	Checklist*	08.02.18	Pubmed	31980	0	0	0

14	“Safe surgery checklist”	08.02.18	Pubmed	40	4	1	0
15	“WHO checklist*”	08.02.18	Pubmed	76	0	0	0
16	“WHO surgical safety checklist”	08.02.18	Pubmed	101	0	0	0
17	13 OR 14 OR 15 OR 16	08.02.18	Pubmed	31980	0	0	0
18	5 AND 12 AND 17	08.02.18	Pubmed	10	4	1	1
19	Responsibility	08.02.18	Pubmed	60381	0	0	0
20	Liability	08.02.18	Pubmed	33309	0	0	0
	19 OR 20	08.02.18	Pubmed	92174	0	0	0
21	5 AND 12 AND 17 AND 19	08.02.18	Pubmed	0	0	0	0

Artikkel 9

Russ, S., Rout, S., Caris, J., Mansell, J., Davies, R., Mayer, E., . . . Sevdalis, N. (2015). Measuring Variation in Use of the WHO Surgical Safety Checklist in the Operating Room: A Multicenter Prospective Cross-Sectional Study. *Journal of the American College of Surgeons*, 220(1), <http://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.09.021>

Artikkel 10

Rydenfält, C., Johansson, G., Odenrick, P., Åkerman, K. & Larsson, P. A. (2013). Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 182-187. <http://doi.org/10.1093/intqhc/mzt004>

Artikkel 11

Korkiakangas, T. (2017). Mobilising a team for the WHO Surgical Safety Checklist: a qualitative video study. *BMJ Quality & Safety*, 26(3), 177-188. <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004887>

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	"operating room nursing"	08.02.18	Cinahl	126	0	0	0
2	“perioperative nurs*”	08.02.18	Cinahl	15326	0	0	0
3	"scrub nurs*"	08.02.18	Cinahl	100	0	0	0
4	“theatre nurs*”	08.02.18	Cinahl	493	0	0	0
5	1 OR 2 OR 3 OR 4	08.02.18	Cinahl	15493	0	0	0
6	Competence	08.02.18	Cinahl	67203	0	0	0
7	Knowledge	08.02.18	Cinahl	169082	0	0	0
8	Expertise	08.02.18	Cinahl	13195	0	0	0
9	Skill*	08.02.18	Cinahl	109522	0	0	0
10	Cognition	08.02.18	Cinahl	67556	0	0	0

11	6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10	08.02.18	Cinahl	373207	0	0	0
12	Checklist*	08.02.18	Cinahl	31602	0	0	0
13	“surgical safety checklist”	08.02.18	Cinahl	178	0	0	0
14	“WHO checklist*”	08.02.18	Cinahl	35	8	3	0
15	“WHO surgical safety checklist*”	08.02.18	Cinahl	57	10	5	3
16	12 OR 13 OR 14 OR 15	08.02.18	Cinahl	31602	0	0	0
17	Responsibility	08.02.18	Cinahl	32443	0	0	0
18	Liability	08.02.18	Cinahl	18756	0	0	0
19	17 OR 18	08.02.18	Cinahl	50603	0	0	0
20	5 AND 11 AND 16 AND 19	08.02.18	Cinahl	1	0	0	0

Artikkel 12: Ronnberg, L. & Nilsson, U. (2015). Swedish Nurse Anesthetists' Experiences of the WHO Surgical Safety Checklist. *J Perianesth Nurs*, 30(6), 468-475.

<http://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.01.011>

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	“WHO surgical safety checklist”	14.03.18	Pubmed	101	0	0	0
2	Responsibility	14.03.18	Pubmed	60381	0	0	0
3	1 AND 2	14.03.18	Pubmed	1	1	1	1

Artikkel 13: Igesund, U. (2013). *Hvordan utøver erfarne operasjonssykepleiere koordineringen gjennom operasjonsforløpet? : en kvalitativ studie av erfarne operasjonssykepleieres praktiske utøvelse og erfaring i den koordinerende funksjon f.* Universitetet i Tromsø Det helsevitenskapelige (Red.). Hentet fra

<https://munin.uit.no/handle/10037/5336>

Dette er en masteroppgave som jeg fikk tips av veileder.

Artikkel 14: Ingvarsdottir, E. & Halldorsdottir, S. (2017). Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scand J Caring Sci*. <http://doi.org/10.1111/scs.12532>

Denne artikkelen ble inkludert ved at en medstudent ga meg tips om denne artikkelen.

Vedlegg 3

Litteraturmatriser

Artikkel 1

Tittel	Safety checklist briefings: a systematic review of the literature.
Forfatter	McDowell, D. S. & McComb, S. A.
År	2014
Land	USA
Tidsskrift	AORN Journal, 99(1), 125-137
Niva på tidsskrift	Niva 1
Formål	Formålet med studien var å evaluere forskning om de tre gradene i sjekklisterbriefing; overholdelse i gjennomføring, utfall av gjennomføring og kirurgiske teammedlemmers oppfatning av prosessen. De så i tillegg på hvordan resultater påvirker operasjonssykepleiere og hvordan operasjonssykepleiere kan bidra til forskning.
Metode	Systematisk litteraturstudie. Litteraturstudie der de fant 125 artikler. Etter gjennomlesing ble mange valgt bort på grunn av inklusjonskriteriene og de satt tilbake med 23 artikler som de analyserte. Artikkelen var publisert mellom 2006 og 2012, der mesteparten er fra 2011.
Hovedfunn	Funntilbud fra studiene var økt pasientsikkerhet, bedret bruk over tid og økt kommunikasjon mellom teammedlemmer ved bruk av sjekklisten. Operasjonssykepleiere kan bidra til forskning på sjekklisten.
Funntilbud relevant for problemstilling	Det var en forbedring i gjennomføring og bruk av sjekklister, men den var ikke på 100 % i noen av studiene. Noen punkter ble tatt opp hyppigere enn andre. Det var pasient ID, hvilken prosedyre som skulle gjennomføres, hvilken kroppsdel. Der det var gjort studier over tid, ble det en forbedring i gjennomføring av sjekklisten og det ble bedring på enkelte punkter (eks: profylakse for venetrombose). Det ble rapportert mindre komplikasjoner, og at sjekklisten var

	<p>avgjørende for å forebygge operasjon på feil side, prosedyre, feil pasient. Det var studier som også mente at sjekklisten fanget opp feil som ufullstendig laboratorieprøver eller ikke forberedt utstyr, og telling av kompresser før feltet ble lukket. Bruk av sjekklister førte ikke til forsinkelser i oppstart av operasjon, noe som man har vært redd for tidligere.</p> <p>Det ble fokusert på introduksjon av medlemmer i teamet og at dette var svært viktig for å føle seg som en del av et team og at dette var positivt. Ved bruk av sjekklisten opplevde medlemmer i teamet at kommunikasjonen ble bedre. Sjekklister bidro til bedre oppmerksomhet på pasientsentrert informasjon som risiko, spesielle utfordringer. Det var også positive tilbakemeldinger på oppmerksomhet på prosedyren og på situasjonen. Og det ble vist signifikant forskjell på sjekklister med tanke på å øke pasientsikkerhet og forhindre feil. Medlemmer i et operasjonsteam forstår relevansen til sjekklister og særlig for å få en oppmerksomhet/årvåkenhet på pasienten, prosedyren på andre teammedlemmer og deres rolle. I praksis er operasjonssykepleiere i den beste posisjon til å gjøre introduksjoner og veiledning for positive interaksjoner. Når operasjonssykepleiere legger til rette for er de både pasientens advokat men også for medlemmene i teamet.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>Vurdering er gjort på bakgrunn av sjekklister fra kunnskapssenteret og Håndboka «slik oppsummerer vi forskning» fra kunnskapssenteret. De beskriver hvilke databaser de har brukt. Det er kun søkt etter engelske artikler. De har redegjort for inklusjon og eksklusjonskriterier. Søkeord er lagt ved, samt en litteraturliste. De beskriver metoden nøye, kvaliteten på de de har gjort virker å være bra. Den eksterne validiteten virker å være grei da de har sett på studier som har bakgrunn fra praksis, og det virker som om det kan være overførbart til praksis. I denne artikkelen sier forfatterne at de kun har valgt å fokusere på pre og perioperative sjekklister og at de dermed ikke har sett på avslutningsdeler på sjekklister. De skriver dette som en begrensning da de sier at denne delen er viktig for pasientsikkerheten. Jeg mener at det er underlig da studier som er inkludert er WHO`s sjekklister og den nederlandske sjekklister SURPASS. Begge sjekklister har avslutningsdeler, der spesielt SURPASS har en betydelig postoperativ komponent. Forfatterne</p>

	begrunner denne avgjørelsen med at det ikke passet inn i deres omfang av litteraturstudiet.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------

Artikkel 2

Tittel	Exploring nurses' use of the WHO safety checklist in the perioperative setting
Forfatter	O'Brien, B., Graham, M. M. & Kelly, S. M. (2017)
År	2017
Land	Irland
Tidsskrift	Journal of Nursing Management 25(6) 468-476
Nivå tidsskrift	1
Formål	Å utforske perioperative sykepleieres bruk av WHO sjekkliste i en perioperativ setting
Metode	I denne studien er det brukt en kvalitativ metode. Datainnsamling er gjort ved hjelp av semistrukturerte intervjuer der de har intervjuet ti sykepleiere som jobber i en perioperativ setting. I denne artikkelen kommer det ikke frem om det er anestesisykepleiere eller operasjonssykepleiere som er intervjuet, muligens er begge yrkesgruppene intervjuet.
Hovedfunn	Deltakere var dedikert i å arbeide for pasientsikkerhet men møtte på utfordringer ved å introdusere, overholde og akseptere verdien av WHO's kirurgiske sjekkliste i samsvar med best praksis. Deltakere så det ført kun på som en oppgave å utføre, men etter hvert så de på sjekklisten som et effektivt verktøy for å sikre trygg kirurgi. Det var utfordringer rundt ansvar i forbindelse med gjennomføringen av sjekklisten. Studien tar for seg tre hovedtemaer: utfordringer med sjekklisten, etterkomme sjekklisten og samsvaret sjekklisten har med best praksis.
Funn relevant for problemstillingen	Informantene beskriver utfordringer med sjekklisten. Teamene fikk ikke delta arbeidet med innføring av sjekklisten og dette opplevdes som urettferdig. En informant ga uttrykk for at hvis de hadde blitt

	<p>involvert fra begynnelsen i arbeidet med sjekklisten ville de vært mer engasjert. Det var frustrasjon over å bruke den på grunn av høyt arbeidspress, motstand fra andre medlemmer i team. Sykepleieren var ansvarlig for gjennomføring og ledelse av sjekklisten. Den ble sett på som mer arbeid, enda en oppgave for sykepleierne fordi de fikk i oppgave å lede sjekklisten, samt dokumentere at den ble gjort. Det var ikke alle som så på dette som et ekstra arbeid. En deltaker mente at sjekklisten sikrer at det sykepleierne gjør blir dokumentert. Sykepleierne som skulle lede sjekklisten møtte motstand fra andre i teamet, en informant beskriver at ved gjennomgang ble vedkommende møtt av en vegg av stillhet. Det var vanskeligheter å innføre sjekklisten fordi medlemmer i team ville ikke ha forandringer i måten det ble gjort. De opplyser at etterhvert gikk det bedre å bruke sjekklisten og at dette forekom mest under tidlige stadier av implementering. Ved at teamet ble kjent med sjekklisten ble den også brukt i større grad. Noen kollegaer var positiv da de tidligere hadde hatt erfaring med sjekklister på andre sykehus og noen kirurger var ivrig på å innføre sjekklisten. I dataene fra intervjuene var spørsmålet om lederskap et gjennomgående tema og den som var formelt ansvarlig var uklart. Deltakere mente sjekklisten hadde en verdi når den ble akseptert i daglig praksis, en deltaker uttrykker at den både beskytter teamet og pasienten. En annen deltaker uttrykker at det udiskutabelt om hvor verdifull listen er for å redusere risiko i en perioperativ setting.. Det var diskusjoner om anestesi eller koordinerende operasjonssykepleier skulle utføre listen. Det var viktig at den som tok ledelsen måtte være trygg og selvsikker ved utførelse av sjekklisten. Alle 10 deltakere ga uttrykk for viktigheten av at en person tok ledelsen og var ansvarlig for å gjennomføre sjekklisten, flere av informantene ga uttrykk for at sjekklisten vil bidra til et teamarbeid slik at hierarkiet på operasjonsstuen reduseres.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>For å gjøre en vurdering av artikkelen er det brukt «sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning», samt Håndboka «slik oppsummerer vi forskning» fra Kunnskapssenteret. Formålet med studien er klart definert. Gjennomførelsen virker å være grundig og begrunnet.. Kvalitativ metode er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen, da de ønsker å få frem erfaringer ved bruk av sjekklisten. Den redegjør for etiske vurderinger som er gjort og den ble godkjent av etisk komite. Deltakere måtte ta kontakt og gi samtykke. Det er ikke redegjort for kjønn, men det er sannsynligvis ikke nødvendig for forskningsspørsmålet. Det er gjort en målrettet</p>

	<p>utvelgelse i form av at det er sendt til de som jobber i en perioperativ setting, men det er ikke gjort noen ekskludering med tanke på erfaring. Intervjuguiden er beskrevet, samt at de har skrevet tidsrammen for intervjuene (ca. 1 time). Måten å analysere data er gjort rede for og de forteller i analysen at de ønsket en nærhet til data. Dataene er tatt vare på i form av lydopptak så der er det sikret at informantenes sitater skrives slik de uttrykker seg. Sitater fra informantene er tatt med. Ut ifra opplysninger fra informantene har de funnet temaer og gruppert disse sammen. Det er forståelig hvordan de har gruppert tema basert på de sitater de har fått. Hovedforfatteren jobber i avd. for sykepleie ved universitet i Irland, er blant annet operasjonssykepleier og har dermed kjennskap til det hun studerer. Forfatteren har forsøkt å trekke inn andre kilder for å underbygge det informantene forteller. De sier at studien er liten og at den ikke er overførbar. Samtidig sier studien noe om hvordan sjekklisten brukes i en perioperativ setting som kan være overførbart for andre operasjonsavdelinger. Det kan være risiko for bias ved å intervjuer fordi personer kan si at de gjør noe, uten at de faktisk gjør det.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Artikkel 3

Tittel	The impact of surgical safety checklists on theatre departments: a critical review of the literature
Forfatter	V. Cadman
År	2016
Land	England
Tidsskrift	Journal of Perioperative Practice, 26(4), 62-71
Nivå tidsskrift	Ikke funnet.
Formål	Hensikten med denne studien var å utforske litteratur som ser på virkningen av sjekklisten på operasjonsavdelinger og hvordan det kan skje i praksis.
Metode	Dette er en systematisk litteraturstudie der forfatteren har gjort ett litteratursøk som fikk 888 treff, og satt tilslutt igjen med 19 artikler som ble analysert.

Hovedfunn	Litteraturen som er vurdert viser at introduksjon av trygg kirurgi sjekkliste har hatt mange påvirkninger på operasjonsavdelinger. Den reduserer komplikasjoner og dødelighet, forbedre teamarbeid og kommunikasjon, reduserer operasjonstid og kostander. Ansatte er ikke klar over virkningen av sjekklisten og har negative holdninger rundt sjekklisten som kommer av misforståelser. Det kan føre til dårlig utførelse av sjekklisten. Det må gjøres innsats for å øke utvikling av bruk av sjekklisten og forbedre bruken ved å se på de negative holdningene ansatte besitter.
Funn relevant for problemstillingen	Sjekklisten forbedrer kommunikasjon og teamarbeid og den reduserer komplikasjoner og dødelighet. Den bedrer teamarbeidet ved at det oppstår en felles oppmerksomhet til pasienten og behandlingen. Ingen av de inkluderte sjekklisten viser at sjekklisten blir brukt 100 %. Det finnes negative holdninger til sjekklisten, noe som i hovedsak kommer fra kirurger. Samtidig har ansatte en negativ oppfatning til sjekklisten som kommer av misoppfatninger og mangel på forståelse for sjekklisten. Dette fører til dårlig utførelse. Avslutningsdelen er den delen av sjekklisten som er bekymringsfull og avhenger stort av timing. Avslutningen er sårbar på grunn av at anestesipersonell og koordinerende medlemmer i teamet har mange arbeidsoppgaver i dette tidsrommet/fasen. Det er vanskelig å stoppe opp for å gjennomgå sjekklisten. Store deler av teamet kan være borte hvis den gjøres for seint. Forfatteren anbefaler at avslutning tas før kirurgen forlater rommet. Det er forvirring innad i teamet om hver som er ansvarlig for elementer på sjekklisten, den som er ansvarlig for å besvare spørsmålet eller den som dokumenterer at sjekklisten er utført. Det kan lede til misforståelser, særlig hvis det er skepsis og motstand i team mot å bruke sjekklisten, i majoriteten av studiene virker motstanden å være forårsaket av kirurger.
Kvalitetsvurdering	Til å vurdere denne artikkelen er det brukt sjekklister for å vurdere forskning, og håndboka «slik oppsummerer vi forskning» fra Kunnskapssenteret. Formålet er klart formulert og forfatter beskriver fremgangsmåten nøye. Det er kun engelske artikler som er vurdert Forfatter beskriver søkehistorikk og søkeord, og valgte databaser, samt om kritisk vurdering av artikler. Det er lagt ved en litteratormatrise. Forfatter beskriver valgt metode for å analysere

	artiklene nøye, som er en tematisk analyse. Disse resultatene virker å være overførbare til praksis.
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------

Artikkel 4

Tittel	Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study
Forfatter	Brigid M. Gillespie, Wendy Chaboyer, Marianne Wallis, Hsiao-yun Annie Chang & Helen Werder
År	2009
Land	Australia
Tidsskrift	<i>Journal of Advanced Nursing</i> , 65(5), 1019-1028.
Nivå tidsskrift	Nivå 2
Formål	Å utforske sykepleiernes oppfatning av komponenter på kompetanse i en operasjonsavdeling.
Metode	Kvalitativ metode der det er utført tre fokusgruppeintervju. 27 operasjonssykepleiere deltok i studien.
Hovedfunn	<p>Det ble funnet tre hovedfunn i denne studien:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sammensetning mellom teoretisk, praktisk, situasjonell og estetisk kunnskap innenfor teknologisk miljø. -Det var av stor betydning at operasjonssykepleiere evnet å kommunisere med forskjellige personer/personligheter på operasjonsstuen og i ulike situasjoner -Koordinere oppgaver slik at arbeidet fløt, samt administrere lister.
Funn relevant for problemstillingen	Teknisk og prosedyrerettet kunnskap kjennetegnes som et element operasjonssykepleieren må ha på grunn av høye krav til teknisk utførelse. Det er et krav å være oppdatert blant utstyr, oppdatert på nye operasjonsteknikker, og prosedyrer for å opprettholde kompetanse der det stadig skjer endringer. Kunnskaper om standard og prosedyrer var viktig for pasientsikkerheten. Samtidig var det viktig å vite hvordan de eksisterende prosedyrer og standarder

	<p>skulle bruke i utøvelsen av operasjonssykepleie i klinisk praksis. Teoretisk kunnskap er relatert til prosedyrer innenfor spesialiteter, kunnskap om anatomi og fysiologi. Informantene påpekte at kunnskap kom av klinisk erfaring og det å bli eksponert/deltagende i underspesialiteter. For noviser var det avgjørende for å lære seg prosedyrer og standarder. Situasjonkunnskap kom av erfaring eller lærdom fra lignende situasjoner og kjennetegnes som operasjonssykepleierens kunnskap til å identifisere behov i spesifikke situasjoner. Estetisk kunnskap er operasjonssykepleierens evne til å vise empati med pasienten, samt være pasientens advokat og en forbindelse mellom den tekniske rollen av operasjonssykepleie. Informantene mente at teknikere ikke hadde denne kunnskapen. Kommunikasjon var viktig da det kunne føre til at nødvendig informasjon ble delt slik at andre medlemmer av teamet kunne oppfylle sine roller. Kommunikasjonen måtte tilpasses personligheter og aktuell situasjon. Det var ventet at både uerfarne og erfarne operasjonssykepleiere kunne formidle viktige kliniske opplysninger effektivt til andre medlemmer i teamet. Deltakere mente at pasientsikkerheten var truet når medlemmer av teamet ikke gjorde dette effektivt. For uerfarne operasjonssykepleiere var det viktig å oppleve en støtte fra andre medlemmer. Dette ble gjort ved at de fikk opplæring under en prosedyre og fikk lære ved hjelp av erfarne operasjonssykepleiere. Et tema som også kom frem var evnen til å prioritere personer og oppgaver for å få dette til å flyte. Dette gjaldt særlig når sykepleieren hadde ansvar for å koordinere og akutte operasjoner, koordinere ressurser på operasjonsavdelingen.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>For å gjøre vurdering av denne artikkelen er det brukt sjekklister for å vurdere forskning fra kunnskapssenteret, samt håndboka «slik oppsummerer vi forskning» fra kunnskapssenteret. Studien er godkjent av etisk komite og alle som deltar har gitt frivillig samtykke. Det er gjort rede for hvem som ble valgt ut. Det var basert på erfaring, alder, kjønn og rolle. Gruppesammensetning er beskrevet, der det ble gjort tiltak for å få en homogen gruppe for å øke deltakelse under intervju.. Det kan tenkes at utvalget er representativt for flere operasjonsavdelinger. I tillegg har studien foregått på tre forskjellige sykehus, som kan tyde på at de har fått den rette variasjonen for at det kan gjøre seg gjeldende andre plasser. Metoden og analysen er beskrevet, videopptak, deretter transkribering. Det er brukt en tematisk analyse og det er en klar</p>

	mellom de innsamlede data og de kategorier som forskerne har kommet frem til i tematiske analysen.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------

Artikkel 5

Tittel	Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care
Forfatter	Kelvered. M, Ohlsen.J, Gustafsson. B-J
År	2012
Land	Sverige
Tidsskrift	<i>Scandinavian Journal of Caring Science</i> , 26(3), 449-457
Nivå tidsskrift	Nivå 1
Metode	Kvalitativ metode. Det ble gjort enkeltintervju og parintervju på grunn av at det var vanskelig å ta ut flere operasjonssykepleiere av avdelingen samtidig. 16 operasjonssykepleiere deltok i studien.
Formål	Hensikten med denne studien var å beskrive operasjonssykepleieres erfaring med pasientrelatert operasjonssykepleie.
Hovedfunn	Funn fra studien er at informantene sier at operasjonssykepleie skal skape et forhold til pasienten som fører til velvære for pasienten. Dette gjøres ved å tilby pasient et trygt og sikkert miljø, fokusere på pasientsikkerhet, se pasientens rett til profesjonell pleie, lede/delta i arbeidet gjennom hele operasjonen og evaluere den sykepleien som gis. Operasjonssykepleiere har et våkent blick på pasienten under operasjonen. Operasjonssykepleiere skal sikre et hygienisk og aseptisk miljø for pasienten.

<p>Funn relevant for problemstillingen</p>	<p>Denne studien viser hva erfarne operasjonssykepleiere mener er god pasientrelatert operasjonssykepleie. Operasjonssykepleiere fokuserer på å gi pasienten selvtillit, dele tanker med pasienten og oppfordre pasienten til å være en individuell person, samt å skape en selvsikker atmosfære rundt pasienten. Operasjonssykepleieren forbereder til inngrepet og samarbeider med kirurgen og fokuserer på pasientsikkerhet ved å utøve trygg sykepleiepraksis. Operasjonssykepleiere garanterer hygienisk og aseptisk miljø, desinfisere hud, hindre uhensiktsmessige fremmedlegemer å komme inn i pasienten, tenke hygiene i forbindelse med dekontaminert vev, opprettholde fuktighet i vev, samt sørge for hypotermiforebygging. Operasjonssykepleieren er observant og sjekker at de som står i feltet ikke lener seg på pasienten eller gjør noe som kan true pasientens sikkerhet. Ved å kommunisere, samarbeide og lede teamarbeidet skapes det et sikkert miljø for pasienten og det kan føre til bedre utfall for pasienten. Operasjonssykepleiere bruker forskjellige kunnskaper for å sikre et sikkert miljø for pasienten: Oppgavekunnskap, pasientkunnskap og personlig kunnskap. Oppgavekunnskap går ut på å bruke kunnskap som for eksempel biomedisin i sin utøvelse av sykepleie for å skape trygt, hygienisk, aseptisk og sikkert miljø for pasienten. Pasientkunnskap går ut på å operasjonssykepleierens rutiner og prosedyrer på forskjellige områder som for eksempel sjekklister gjennom operasjonen og for eksempel telling av instrumenter i henhold til WHO sjekklister. Personlig kunnskap går ut på at operasjonssykepleieren bruker sine sosiale evner ved å se på pasienten som en person, for å gi en god sykepleie etter pasientens behov.</p>
<p>Kvalitetsvurdering</p>	<p>For å gjøre vurdering av denne artikkelen er det brukt sjekklister for å vurdere forskning fra kunnskapssenteret, samt håndboka «slik oppsummerer vi forskning» fra kunnskapssenteret. Ethiske forhold er undersøkt og deltakere har samtykket. Det er gjort rede for rekruttering, har fått hjelp av avdelingsledere til å rekruttere og få adgang til feltet. Metoden er hensiktsmessig. Utvalget er beskrevet: 16 operasjonssykepleiere, en mann, resten kvinner (minimum ett års erfaring, gjennomsnittserfaring 20) Måten å samle data er beskrevet og analysere er beskrevet og begrunnet. Analysen og trinnene er nøye beskrevet, intervju ble tatt opp via lyd, transkribert og tatt vare på for kvalitetssikring. Det er gjort koding og tema er forsøkt kategorisert. Disse resultatene er overførbare på sin måte, det vil si at operasjonssykepleiere kan kjenne seg igjen og at miljøet det er</p>

	undersøkt i er beskrevet som en vanlig operasjonsstue. Kvaliteten på metoden virker å være god og de har redegjort for hvorfor de hadde både par-intervju og enkeltintervju.
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Artikkel 6

Tittel	Nursing and patient safety in the operating room.
Forfatter	Alfredsdottir, H. & Bjornsdottir, K.
År	2008
Land	Island
Tidsskrift	Journal of Advanced Nursing, 61(1), 29-37
Nivå tidsskrift	Nivå 2
Formål	Hensikten med denne studien er å identifisere hva operasjonssykepleiere mener påvirker pasientsikkerheten og hvordan de ser sin rolle i å forbedre pasientsikkerheten.
Metode	Kvalitativ studie der det er gjort semistrukturerte intervju og fokusgruppeintervju. 14 operasjonssykepleiere deltok i studien.
Hovedfunn	Hovedelementer i operasjonssykepleie er å skape et sikkert miljø for pasienten og forhindre feil. For å fremme pasientsikkerhet var tre faktorer viktige. Disse var å tenke forebyggende, ha kunnskapsrike og erfarne profesjoner i et godt samarbeid, og en felles tillit som var basert på flere år med samarbeid. Forebyggende arbeid ble regnet som ryggmargen i deres arbeid. Spesialiserte team var essensielt. Høyt arbeidspress, tidspres, ikke godt nok bemannede team svekker pasientsikkerheten
Funn relevant for problemstillingen	Informantene var en stabil arbeidsmasse og var erfarne. Det var ett støttende miljø. Operasjonssykepleierne følte seg ansvarlig for pasientens velbefinnende og sikkerhet, og forebyggende arbeid for å forhindre skade var viktig. Operasjonssykepleierne tok sikte på å skape et trygt miljø for pasienten og ønsket en vennlig, stille og avslappet atmosfære for pasienten. For å fremme pasientsikkerhet var tre faktorer viktige. Disse var å tenke forebyggende, ha kunnskapsrike og erfarne profesjoner i et godt samarbeid, og en

	<p>felles tillit som var basert på flere år med samarbeid. Forebyggende arbeid ble regnet som ryggmargen i deres arbeid. Dette gikk ut på å tenke fremover, mulig utfall og forhindre feil ved å bruke retningslinjer og sjekklister. For å minske risiko for pasienten under operasjonen var det viktig å ha kunnskap om pasienten.</p> <p>Informantene nevnte teamarbeid som viktig for å opprettholde pasientsikkerheten. Ved å jobbe i team opplevde operasjonssykepleiere å få avansert kunnskap om spesifikke operasjoner og dermed en høy prestasjon, og ved å vite om kunnskapen til de andre ble teamet bedre. De hadde utviklet en gjensidig tillit til hverandre og samarbeidet. Det var ett støttende miljø. De følte en tilhørighet til sitt team, samt at de visste hva de kunne forvente fra kollegaer og hadde lært seg å takle forskjellige personligheter. Høyt arbeidspress, tidspress, ikke godt nok bemannede team svekker pasientsikkerheten. Informantene trodde at uvitenhet, mangel på erfaring og distraksjoner også førte til feil.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>For å gjøre vurdering av denne artikkelen er det brukt sjekklister for å vurdere forskning fra kunnskapssenteret, samt håndboka «slik oppsummerer vi forskning» fra kunnskapssenteret. Undersøkelsene er godkjent av etisk komite og deltakerne samtykket til å delta i studien. Det ble gjort en forundersøkelse med spørreskjema med åpne spørsmål. Basert på disse funnene ble intervjuene utført.</p> <p>Metoden er kvalitativ der de har gjort semistrukturerte intervju og fokusgruppeintervju. De har spurt operasjonssykepleiere med erfaring med hensikt å få frem kunnskap og dele erfaringer som kan være hensiktsmessig for spørsmålet de ønsker å få svar på.</p> <p>Forfatterne beskriver datainnsamling og analyse nøye. Det er en klar sammenheng mellom sitater i studien og de temaene som er utviklet. Studien er liten og foregår kun på ett sykehus, så det er ikke sikkert at resultatene er overførbare til andre land.</p>

Artikkel 7

Tittel	Operasjonssykepleierens vurdering av egen kompetanse i forhold til arbeidskrav
Forfatter	A. Wevling, T-D. Halstensen, I S. Johansson

År	2015
Land	Norge
Tidsskrift	Sykepleien Forskning, (2), 132-141.
Nivå tidsskrift	Nivå 1
Formål	Å undersøke operasjonssykepleierens opplevde kompetanse i forhold til arbeidskrav de møter sett i forhold til spesifikke kompetanseområder.
Metode	Kvantitativ tverrsnittsundersøkelse ved hjelp av spørreskjema fra 30 respondenter.
Hovedfunn	Operasjonssykepleierne vurderer av egen kompetanse er høy. De scorer høyt på teknisk kompetanse, samarbeidskompetanse og medisinsk kompetanse. Det er stor spredning der de angir lavest kompetanse, som er pårørendekompetanse. De kommer frem til at de som har høy erfaring og høy stillingsbrøk også vurderer kompetansen høy i forhold til arbeidskrav.
Funn relevant for problemstilling	Resultat fra studien tyder på at operasjonssykepleierne vurderer av egen kompetanse er høy. De scorer høyt på teknisk kompetanse, samarbeidskompetanse og medisinsk kompetanse. Noen underkategorier har middelvei på over 9, eksempel evne til å bruke infeksjonsforebyggende kunnskap. En forklaring på at teknisk kompetanse er høy er at det er mye fokus på tekniske ferdigheter da det er mye teknisk utstyr på en operasjonsavdeling og at mangler i kunnskap på det området er svært synlig for andre. Studien tyder på at operasjonssykepleieren er nøye med infeksjonsforebygging og vurderer deres kompetanse som høy på dette området. Samarbeidskompetansen ble vurdert som høy og der inngikk å samarbeide med egne og andre yrkesgrupper. Samarbeid er viktig for planlegging og gjennomføring av arbeidet. Det var betydningsfullt for i sikkerhet og kvalitet i arbeidet. Ved samtale med pasienten kunne operasjonssykepleieren få kunnskap om pasienten som var viktig for å forebygge komplikasjoner, og øke sikkerhet. Konkludert opplever operasjonssykepleierne i studien i stor grad opplever å inneha en tilfredsstillende kompetanse. De kommer frem til at de som har lang erfaring og høy stillingsbrøk også vurderer kompetansen høy i forhold til arbeidskrav.

Kvalitetsvurdering	<p>For å vurdere artikkelen er det brukt sjekklister fra folkehelseinstituttet. Problemstillingen er klart formulert. De spør etter sykepleierens opplevde kompetanse, her kunne det kanskje vært aktuelt med kvalitativ studie-semistrukturerte intervju? Samtidig for å kunne bruke kartleggingsverktøy kan det være nyanser som de har fått med seg som kanskje ikke ville blitt fanget opp i intervju. Utvalget er klart definert de har angitt hvor mange kvinner og menn som ble inkludert, gjennomsnittsalder, antall år med erfaring, de har lagt kriterier for utvelgelsen. De har rekruttert deltakere som har minimum 2,5 års erfaring, der de har jobbet i mer enn 50 % stillinger. Svarprosenten er på 59 %, som er noe lavt. For å utforme spørreskjemaet har de brukt et måleinstrument og gjort noen endringer på et spørreskjema for å tilpasse til operasjonssykepleiere. Det er utført en pilotundersøkelse i forkant av studien. Likert skala er brukt for å sikre en standardisering av datainnsamlingen. De beskriver analyse av data. Studien er godkjent av NSD. Utvalget kan representativt for andre operasjonsavdelinger i Norge og andre land.</p>
--------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Artikkel 8

Tittel	Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a revised WHO checklist: a prospective interventional study
Forfatter	Erestam, S., Haglind, E., Bock, D., Andersson, A. E. & Angenete, E.
År	2017
Land	Sverige
Tidsskrift	Patient Safety in Surgery, 11(1)
Nivå tidsskrift	Nivå 1

Formål	Målet med denne studien var å evaluere sikkerhetsklimaet i en svensk operasjonsavdeling før og etter en revidert versjon av WHO-sjekklisten for å forbedre samarbeidet.
Metode	<p>Dette er en prospektiv intervensjonsstudie. Det betyr at studien var ferdig planlagt på forhånd før de gikk inn med tiltaket som var en revidert versjon av WHO`s sjekkliste. I forkant av intervensjon ble det gitt ut informasjon om sjekklisten og utdanning i sjekklisten, ikke-tekniske ferdigheter og pasientsikkerhet. Deretter så de på utfallet av intervensjonen. Det var til sammen 150 personer som deltok i studien Deltakere var operasjonssykepleiere, kirurger, anestesileger, anesthesisykepleiere og hjelpepleiere. Lengden på studien var 7 måneder. Det ble gjennomført spørreskjema ved starten av prosjektet, samt spørreskjema etter innføring av den reviderte sjekklisten. Fokusgruppeintervju ble brukt for å forme den reviderte sjekklisten. Observasjoner av hvordan sjekklisten ble brukt ble gjort i for og etterkant av intervensjonen og fokusgruppeintervju ble gjort i forkant av intervensjonen for å få meninger fra teamet slik at sjekklisten kunne tilpasses.</p>
Hovedfunn	<p>Før intervensjonen ble det oppdaget et behov for å forbedre kommunikasjon og teamarbeid. Deltakerne mente at teamarbeid var viktig for pasientsikkerheten, men det var forskjellige oppfatninger blant profesjonene på hva som var godt teamarbeid. Den reviderte versjonen av WHO-sjekklisten påvirket ikke teamarbeidet. Gjennomføring av revisjonen av sjekklisten var utilstrekkelig og dominert av mangel på struktur.</p>
Funn relevant for problemstillingen	<p>Under forarbeidet kom det frem at det tidligere var usikkert hvem som skulle ledesjekklisten og koordinerende sykepleiere hadde vansker for å ta initiativ til time-out da deres rolle var utilstrekkelig anerkjent. I den reviderte listen fikk koordinerende sykepleier rollen som sjekklistekoordinator. Etter at den reviderte sjekklisten ble innført ble det registrert at i 21 % ble sjekklisten komplett fylt ut med ingen utelatelser. Time-out ble ofte tatt, men det ble observert at punkter under time-out ikke ble gjort. Punkter som oftest ble utelatt var kritiske deler av inngrepet, forventet blodtap, samt varighet av inngrep. Forberedelsesdelen ble oftest utført ved at hjelpepleieren ga skjemaet til anesthesisykepleieren for ferdigstilling uten at andre i teamet ble involvert. Dette kunne skje etter time-Out. Hjelpepleieren kunne bli oversett, leste ikke hele listen, samt at ikke svarte på alle punktene. Under avslutningsdelen var teamet ukonsentrert og manglet lederskap. Teamene mener at sjekklisten</p>

	<p>øker pasientsikkerhet. Det er viktig med støtte i teamet, vise respekt, stoppe og holde fokus under gjennomførelsen av sjekklisen. Viktig å bruke sjekklisen, da den fører til mindre hierarki der alle kan få sagt sin mening. Flere av deltakerne mente at sjekklisen forbedrer pasientsikkerheten. Studien konkluderer med at det ikke var endring i samarbeid ved hjelp av den nye sjekklisen.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>Til å vurdere denne artikkelen er det brukt sjekklister fra kunnskapssenteret, samt håndboka «slik oppsummerer vi forskning» fra kunnskapssenteret. Utvalget beskriver og er profesjoner som jobber i et operasjonsteam. De har brukt spørreskjema og fokusgruppeintervju for å få frem deltakeres mening før og etter intervensjonen. Hva de har gjort forklares og hvordan de har analysert dataene de samlet inn beskrives. Forfatterne sier at en svakhet er at de ikke klarte å se noen endringer som kunne komme av at de ikke klarte å implementere og informere godt nok om den reviderte sjekklisen. Det var ingen kontrollgruppe, samt at anestesileger valgte å ikke delta på fokusgruppeintervju og var i tillegg de som hadde lavest svarprosent på spørreskjemaene, kanskje kan dette ha noe å si for resultatet. Funnene de har kan være overførbare til andre sykehus. Studien har fått etisk godkjenning, samt at deltakere samtykket til studien ved spørreskjemaene.</p>

Artikkel 9

Tittel	Measuring Variation in Use of the WHO Surgical Safety Checklist in the Operating Room: A Multicenter Prospective Cross-Sectional Study
Forfatter	Russ, S., Rout, S., Caris, J., Mansell, J., Davies, R., Mayer, E., Sevdalis, N.
År	2015
Land	England
Tidsskrift	Journal of the American college of Surgeons, 220(1)1-11
Nivå tidsskrift	Niva 1

Formål	Formålet var å se på variasjoner i bruk av sjekklisten på forskjellige sykehus
Metode	Denne studien var en del av et nasjonalt prosjekt i England som evaluerte implementeringen av WHO`s sjekkliste for trygg kirurgi. Det ble gjort 565 observasjoner av Time-out i sjekklisten og 309 observasjoner av avslutning på sjekklisten. Observasjonene ble gjort ved fem forskjellige sykehus rundt om i England. Kirurgiske spesialiteter som generell kirurgi, urologi, ortopedi deltok/var tatt med i studien. Både elektive og akutte operasjoner ble observert.
Hovedfunn	I gjennomsnitt ble to-tredjedeler av punktene på sjekklisten ble sjekket. I 40% av tilfellene var deler av temaet borte under gjennomgang av time-out og i 70 % hadde ikke teammedlemmene fokus eller stoppet opp under gjennomgangen. Informasjonsdeling kan forbedres mellom alle operasjonsteamene. Avslutningsdelen ble i 39% av tilfeller ble ikke utført, noe som i hovedsak kom av usikkerhet på når den skulle utføres. Det var variasjoner i hvordan sjekklisten ble brukt på de forskjellige sykehusene men det var ikke variasjoner mellom planlagte og akutte operasjoner. Det var heller ikke variasjoner mellom de kirurgiske spesialitetene. Det var større sjanse for at sjekklisten ble gjennomført når kirurg ledet og når alle medlemmer var tilstede og fokuserte.
Funn relevant for problemstilling.	Det var forskjeller på sykehus om hvem som ledet time-out og avslutning. Sjekklisten ble som oftest ledet av koordinerende sykepleier (koordinerende operasjonssykepleier) i 54 % deretter kirurg i 24 % av tilfellene. Time-out ble som regel utført men sjeldent komplett utført. Avslutningsdelen av trygg kirurgi var ufullstendig. Det var vanskelig å utføre den slik at hele listen kunne bli gjort og at hele teamet var tilstede. Det var forvirring om når avslutningsdelen skulle gjøres. Både på Time-Out og avslutningsdelen ble ikke alle punkter på sjekklisten lest opp og gjennomgått. Punkter som ble utelatt er de som ikke ble regnet som aktuell for situasjonen, samt at i flere tilfeller ble ikke viktige punkter som forventet blodtap, antibiotikaprofylakse, pasient ID og type inngrep sjekket. Observasjonene viser at teamet sjeldent stopper opp under gjennomgangene, det gjelder både Time-Out og avslutning. Hvis sjekklisten gjøres slik at den forstyrrer medlemmer av teamets i deres arbeidsoppgaver kan det føre til spenninger. Ved at den ikke gjøres rett kan det skape en falsk følelse av trygghet. Sjekklisten bidrar til mye deling av informasjon blant medlemmer hvis man stopper opp under gjennomgangene. Hvis alle fokuserte og

	<p>stoppet opp viste observasjonene at flere deler ble brukt og det tok kortere tid å utføre sjekklisten. ønsker at de skal bli mer delaktig i sjekklisten. Når kirurg ledet time-out, var det større sannsynlighet for at teamet stoppet opp enn hvis et annet medlem av teamet ledet sjekklisten Forfatterne mener at viktigheten av sjekklisten blir større hvis kirurg leser enn operasjonssykepleier. Årsaken til store variasjoner i bruk av sjekklisten kan ifølge forfatterne være at ikke alle har fått informasjon om hvordan teamet skal bruke sjekklisten. Da blir det opp til operasjonsteamet å finne ut hvordan den skal brukes.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>For å vurdere denne artikkelen er det brukt sjekklister fra kunnskapssenteret, samt håndboka «slik oppsummerer vi forskning» fra kunnskapssenteret. For å kunne gjøre det ble det utformet et observasjonsskjema med hensikt å få tak på presise karakteristika relatert til utførelse av trygg kirurgi sjekklister. De beskriver måten studien er utført på og analysen er gjort ved statistikkprogrammet SPSS. Forfatterne av studien tar opp begrensinger med studien. De sier også at de valgte å ikke ta med første del av sjekklisten fordi det var etiske begrensinger ved dette Deltakerne kan være påvirket av de vet at de blir observert og dermed handle annerledes, samtidig kan dette ha i noen grad ha påvirket resultat og være en risiko for at studien inneholder bias. Likevel er resultatene av bruk av sjekklisten variable, men kanskje er tallene enda svakere til vanlig? Den eksterne validiteten virker å være oppfylt, resultater kan være overførbare på grunn av at flere sykehus er involvert, forskjellige spesialiteter, samt størrelse på studien. Deltakere ga sitt samtykke og prosjektet ble vurdert som er kvalitetsforbedringsprosjekt.</p>

Artikkel 10

Tittel	Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements.
Forfatter	Rydenfält, C., Johansson, G., Odenrick, P., Åkerman, K. & Larsson, P. A.
År	2013
Land	Sverige

Tidsskrift	International Journal for Quality in Health Care, 25(2), 182-187
Nivå tidsskrift	Nivå 1
Formål	Formålet med studien var å undersøke den faktiske bruken av sjekklisten i praksis og finne avvikene med formål å foreslå forbedringer.
Metode	Observasjon ved hjelp av videopptak. 24 operasjoner ble undersøkt. Metoden er virker å være en mikset metode der de har gjort observasjoner og ved hjelp av et observasjonsskjema kvantitativt vurdert bruken og kvalitativ metode er brukt for å beskrive grunnene for manglende bruk.
Hovedfunn	Sjekklistene blir ikke alltid brukt som den er ment. I Det ble tatt initiativ til time -out i 23 av 24 operasjoner. Punkter som oftest ble gjennomgått var pasientID, type inngrep og antibiotika. Punkter på sjekklisten som oftest ble utelatt var rett side, operasjonssykepleieres vurderinger og bildeinformasjon. Teamintroduksjon foregikk i halvparten av de observerte tilfellene. Kirurger og anestesisykepleiere var de som var mest aktiv under time- out.
Funn relevant for problemstillingen	Kun 130 av 240 punkter på sjekklisten ble gjennomgått. At noen punkter blir tatt opp hyppigere enn andre kan ifølge forfatterne være at teamet anser de punktene som mer viktige enn andre punkter. Presentasjon av teamet blir ikke alltid gjort fullstendig, noen ganger blir kun deler av teamet presentert Forfatterne mener at det er avgjørende å ha introduksjonen først. Hensikten med å presentere seg er at det skal forbedre kommunikasjon, alle skal kjenne hverandre og medlemmer i teamet skal føle seg velkommen til å si sin mening også under operasjonene. Samtidig kan det fremme kommunikasjonen slik at teammedlemmer sier sin mening angående felles mål og måter man kan jobbe på. Det ble observert at medlemmer i team utførte andre oppgaver samtidig som gjennomgangen foregikk. De oppgavene var irrelevant for gjennomgangen og det var ingen i teamet som reagerte på dette. Operasjonssykepleiere var de som var minst aktive under time-out og de hadde bare et spørsmål å svare på, som ofte ble utelatt. Dette var om steriliteten på instrumenter var ivaretatt. Forfatterne sier at det å stille spørsmål om sterilitet kunne være å sette spørsmål ved operasjonssykepleierens kompetanse. forslag for å få

	operasjonssykepleieren mer involvert er å få inn punkter som er direkte ment til operasjonssykepleieren som også er av interesse til resten av teamet.
Kvalitetsvurdering	For vurdering av denne artikkelen er det brukt sjekklister fra kunnskapssenteret, samt håndboka «slik oppsummerer vi forskning» fra kunnskapssenteret. Studien fikk godkjenning av etisk komité og alle deltakere ga skriftlig samtykke til deltakelse i studien. Pasientene ble oppsøkt i forkant og ga sitt samtykke. Deltakere beskrives i form av hvilke profesjoner som er involvert på en operasjonsstue. Forfatterne redegjør for datainnsamling og analyse. I tillegg til videopptak var det også en observatør som holdt seg i bakgrunn for å ikke påvirke resultat, og skrev ned det som var vanskelig å se på opptak. Det at deltakere vet at de har vært observert, kan ha påvirket resultatet til det bedre. Kun et sykehus er inkludert, kan hende at det er for lite til å si at resultatene er overførbare.

Artikkel 11

Tittel	Mobilising a team for the WHO surgical safety checklist: a qualitative video study
Forfatter	Terhi Korhonen
År	2015
Land	England
Tidsskrift	BMJ Quality and Safety, 26(3) 177-188
Nivå tidsskrift	Nivå 2
Formål	Hensikten med denne studien var å se på teamets deltagelse i trygg kirurgi og hvordan man kan mobilisere hele teamet til å delta.
Metode	Kvalitativ studie der det er gjort observasjoner av team ved hjelp av videopptak, lydopptak fra kirurger, samt en observatør på stuen. Det ble gjort totalt 20 observasjoner.
Hovedfunn	Det som var avgjørende for sjekklisterbruk var timing, tilstedeværelse av medlemmer i teamet, samt hvordan sjekklisten

	<p>ble initiert. Dette bidro til at flere deltok i sjekklisten under time-out og avslutningsdelen. God timing for gjennomgang virket å være når flest teammedlemmer var tilstede i operasjonsstuen. Ved dårlig timing var deler av teamet ikke tilstede. Alle medlemmer må få beskjed når Time -Out skal gjøres slik at man kan samles. Time-out burde være når alle er klar for det, men at det kan kollidere med arbeidsoppgaver til medlemmer i teamet. Hvis det ikke ble gitt beskjed om gjennomgang av sjekklisten ble medlemmer hindret fra å delta.</p>
<p>Funn relevant for problemstillingen</p>	<p>Time-out ble gjort i 19 av 20 observerte operasjoner. Avslutningsdelen ble gjort i 17 av 20 operasjoner. Det ble observert at andre arbeidsoppgaver ble gjort samtidig som sjekklisten ble gjennomgått. Hvis sjekklisten ble startet uten at det var informert, var det ofte mellom noen få personer. Det førte til at sjekklisten kun ble avkryssing og det er svært lite kommunikasjon mellom dem som utførte listen. Timing var også avgjørende for at operasjonssykepleieren kunne delta under Time-Out. Den koordinerende operasjonssykepleieren (koordinerende sykepleier) var i denne studien i bevegelse mellom operasjonsstuen og ulike lager eller forberedelsesrom. Operasjonssykepleieren som var ansvarlig for de sterile instrumentene var i denne studien i rommet ved siden av operasjonsstuen for å klargjøre utstyret. I noen observasjoner fikk operasjonssykepleieren i rommet ved siden ropt spørsmålene som angikk vedkommende til seg. Da fikk ikke operasjonssykepleieren med seg resten av informasjonen som ble delt under Time-Out. Ved å informere alle i teamet slik at de hørte at det var tid for time-out, ble teamet samlet. I denne studien kom det frem at operasjonssykepleiere tok sjelden initiativ til time-out. Det var enten kirurg eller teknikere. Under avslutning var timing avgjørende og det var uklart om når det var best å ta avslutningen; under lukking av hud eller etter lukking av hud. Problemet med å ta det etter hudlukking var at deler av teamet var borte. Det virket som om det var best å ta det under hudlukking men ikke så tidlig at det forstyrret operasjonssykepleierens telling av instrumenter. Det kommer frem at den operasjonssykepleieren er viktig for at avslutning skal bli utført, på grunn av deres oppgave med å telle instrumenter. I 15 av 17 tilfeller krasjet gjennomgang av avslutning med operasjonssykepleierens telling, noe som kan endres ved forbedret kommunikasjon mellom operasjonssykepleier og kirurg. Eksempel på dette kan være at operasjonssykepleier verbalt</p>

	uttrykker til kirurg at telling av kompresser, duker og nåler er utført. Eventuelt kan den som leser sjekklisten initiere til operasjonssykepleiere at telling må skje før man går videre med sjekklisten.
Kvalitetsvurdering	For å vurdere artikkelen er det brukt sjekklister fra kunnskapssenteret, samt håndboka «slik oppsummerer vi forskning» fra kunnskapssenteret. Forfatteren beskriver hvilke profesjoner som er involvert og har begrunnet utvalget med at det er medlemmer i team som jobber på en operasjonsavdeling. Den eksterne validiteten kan diskuteres, da dette foregår på et sentralsykehus i London og er ikke sikkert at det er gjeldende for andre sykehus. Utvalget virker å være representativt for operasjonsavdelinger, bortsett fra at det ikke er sikkert at teknikere eksisterer i alle operasjonsteam. Studien er godkjent av en etisk komite. Ansatte ga sitt samtykke på morgenen observasjonene skulle foregå. Måten de samlet inn data er beskrevet. Det er gjort en induktiv analyse der det ble utviklet tema på bakgrunn av funnene. Det virker å være en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategorier som forskeren kommer frem til. Faren for systematiske feil som påvirker den interne validiteten i dette tilfellet kan være om det er noe som kameraene ikke fanger opp. Et eksempel på dette er at kun kirurger fikk mikrofoner for å høres bedre, dette kan kanskje ha påvirket andre i teamets stemmer og dermed ikke blitt fokusert på deres meninger.

Artikkel 12

Tittel	Swedish Nurse Anesthetists' Experiences of the WHO Surgical Safety Checklist
Forfatter	Ronnberg, L. & Nilsson, U.
År	2015
Land	Sverige
Tidsskrift	Journal of PeriAnesthesia Nursing, 30 (6), 468-475
Nivå tidsskrift	Nivå 1

Formål	Formålet var å utforske anestesisykepleieres erfaring med WHO sjekkliste for trygg kirurgi.
Metode	Svensk tversnittstudie der det ble brukt en mikset metode ved hjelp av spørreskjema med lukkede og åpne spørsmål.
Hovedfunn	Forberedelsesdelen ble utført klart mindre enn de andre delene på sjekklisten. Anestesisykepleierne oppga at sjekklisten var viktig for perioperativ pleie og når de administrerte anestesi. Det var positivt når alle medlemmene fikk presentere seg og delta på det som omhandlet deres fagfelt førte til en økt følelse av å være medlem i et team. Blant de som deltok i studien mente 34 % at kirurgen var ansvarlig for sjekklisten, men det var ikke realiteten i praksis. 23 % av informantene tok initiativ til sjekklisten men mente ikke at det var anestesisykepleierens ansvar, kun en anestesisykepleier mente at dette var deres ansvar. 43 % oppga at de hadde fått trening i sjekklisten og dens bruk.
Funn relevant for problemstillingen	81% mente at ved bruk av sjekklisten fikk alle medlemmene av teamet samme muligheten til å bekrefte sitt eget ansvarsområde, men at kirurgen ikke alltid hørte på hva andre medlemmer hadde å si, eller at kirurgen mente at sjekklisten var ferdig utført når de hadde fullført sin del. Ved introduksjon ble medlemmer i teamets klar over de andres yrkesgruppernes rolle og ga en økt teamfølelse. Pasientsikkerheten hadde økt ved at man ved sjekklisten systematisk kontrollerte ID, type inngrep og om feltet er merket/rett side. Blant de som deltok i studien mente 34 % at kirurgen var ansvarlig for sjekklisten, men dette var ikke tilfelle. Alle informantene rapporterte samtidig at kirurg aldri tok initiativ til sjekklisten. 23 % av informantene tok initiativ til sjekklisten men mente ikke at det var anestesisykepleierens ansvar. Noen mente at ansvaret for sjekklisten var avhengig av hvem som tok initiativ. 9 % av de spurte sa at hjelpepleieren tok initiativ til sjekklisten. Uklarheten i hvem som hadde ansvaret for sjekklisten var ifølge informantene en negativ ting med sjekklisten. Denne uklarheten ledet til spenninger og irritasjon blant medlemmer i teamet. Noen mente også at det var tidkrevende og at ekstraarbeid ikke hjalp på pasientsikkerheten. Forberedelsesdelen av sjekklisten var den som sjeldent ble gjennomført og særlig med andre medlemmer i teamet tilstede. Som regel var det anestesisykepleieren og anestesilegen som gjorde forberedelsesdelen uten å involvere andre

	<p>teammedlemmer. Noen mente det ikke var nødvendig å gå igjennom forberedelsesdelen da de allerede hadde gjort det før pasienten kom til operasjonsavdelingen. Noen informanter sa at de ikke regnet forberedelsen som en del av selve sjekklisten. Sjekklisten fører til at anestesisykepleierne kan utrykke seg om bekymringer hos pasienten samt at de kan få vite kritiske momenter. Dette ble sjeldent diskutert med anestesisykepleieren før implementering av sjekklisten. Forfatterne foreslår at operasjonsavdelinger burde si hvilken profesjon som skal ta ansvar for ledelse av sjekklisten.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>For å vurdere artikkelen er det brukt sjekklister fra kunnskapssenteret, samt håndboka «slik oppsummerer vi forskning» fra kunnskapssenteret. Studien er godkjent av etisk komite i Sverige. Deltakerne ble informert om studien og at deltakelse var frivillig. De gjør rede for utvalget, anestesisykepleiere med nesten lik andel kvinner og menn. Svarprosent på spørreskjema var 69%. Litt lavt men akseptabelt. Studien er gjennomført på to ulike sykehus i Sverige, som muligens kan gjøre det overførbart, samt at resultatene virker å være overførbare til praksis. De gjør rede for hvordan datainnsamling og analyse har foregått, og har standardisert datainnsamling. Ved de åpne spørsmålene er gjort kvalitativt.</p>

Artikkel 13

Tittel	<i>Hvordan utøver erfarne operasjonssykepleiere koordineringen gjennom operasjonsforløpet? : en kvalitativ studie av erfarne operasjonssykepleieres praktiske utøvelse og erfaring i den koordinerende funksjon</i>
Forfatter	Unni Igesund
År	2013
Land	Norge
Formål	Hensikten med denne studien var å se på hvordan erfarne operasjonssykepleiere varetar og gjør vurdering av den koordinerende funksjon i et operasjonsteam.

Metode	Kvalitativ metode der det er gjort observasjoner på operasjonsstue og 3 dybdeintervjuer med 3 erfarne operasjonssykepleiere.
Hovedfunn	<p>Det var tre hovedfaser i den koordinerende rollen i ett operasjonsforløp: Den første fasen var å komme i forkant. Dette ble betegnet som den fasen før pasienten ankommer operasjonsstuen, og de forberedelsene som må gjøres i dette tidsrommet.. Det neste punktet var samstemming, som er den tiden der pasienten ankommer stuen og frem til operasjonen starter. Denne bygger videre på første punkt, og de forberedelsene som ble gjort i den første perioden. Under samstemming er det møtet med pasienten, samarbeid med andre teammedlemmer og arbeidet på stuen som gjelder. I den tredje og siste fasen/punkt er flyt nevnt som en kategori. Dette er fasen fra operasjonen starter. I denne fasen fant forfatteren tre underpunkter den koordinerende operasjonssykepleieren tar sikte på. Det er å skape/holde oversikt, hjelpe andre teammedlemmer, samt lede eget fag</p>
Funn relevant for oppgaven	<p>Den første var å komme i forkant. Dette ble betegnet som den fasen før pasienten ankommer operasjonsstuen, og de forberedelsene som må gjøres i dette tidsrommet. Her inngår å lese pasientens journal, finne frem rett utstyr til inngrepet. På bakgrunn av informasjonen som samles er kan operasjonssykepleieren forberede seg på uventede hendelser og forberede seg på det som skjer videre i forløpet. Den koordinerende operasjonssykepleieren samarbeider med anestesisykepleieren og den sterile operasjonssykepleieren med de ulike forberedelsene for å være klar til pasienten ankommer. Neste punkt var samstemming, som er den tiden der pasienten ankommer stuen og frem til operasjonen starter. Denne bygger videre på første punkt, og de forberedelsene som ble gjort i den første perioden. Under samstemming er det møtet med pasienten, samarbeid med andre teammedlemmer og arbeidet på stuen som gjelder. I den tredje og siste fasen/punkt er flyt nevnt som en kategori. Dette er fasen fra operasjonen starter. I denne fasen fant forfatteren tre underpunkter den koordinerende operasjonssykepleieren tar sikte på. Det er å skape/holde oversikt, hjelpe andre teammedlemmer, samt lede eget fag. Under operasjonen må den koordinerende operasjonssykepleieren ivareta pasienten samtidig som vedkommende ivaretar behovet til resten av deltakerne i teamet. Da må den koordinerende operasjonssykepleieren ha oversikt, være oppmerksom mot det som foregår i operasjonsfeltet, samtidig som vedkommende må være oppmerksom på teammedlemmene. Her må den koordinerende</p>

	operasjonssykepleieren ha kunnskap om operasjonen for at hun skal kunne følge med i feltet på hva som foregår og hvor langt kirurgen er kommet i operasjonsforløpet. Det å lese stemning på stuen kan være viktig for å forutse og planlegge for uventede hendelser. Den erfarne operasjonssykepleieren kan gå utover eget fag hvis det er til det beste for pasienten.
Kvalitetsvurdering	For å gjøre vurdering av denne artikkelen er det brukt sjekklister for å vurdere forskning fra kunnskapssenteret, samt håndboka «slik oppsummerer vi forskning» fra kunnskapssenteret. Masteroppgave. Studien er godkjent av NSD og det ble gitt tillatelse fra Rek til at forskeren kunne observere på operasjonsstuen med pasienter tilstede. Deltakerne ble informert og samtykket til studien. Dette var et strategisk utvalg basert på erfaring. Deltakere måtte ha minst 5 års erfaring som operasjonssykepleiere. De som deltok i studiene hadde minst 10 års erfaring. Interessant at det er gjennomført observasjon og intervju, som kan minske risiko for bias. Utvalget, datainnsamling og analyse er nøye beskrevet, det er klare sammenhenger mellom sitatene forskeren har skrevet og til de teamene som kommer frem i funndel og som diskuteres. Studien er for liten til at funn kan være overførbart, men jeg synes den sier noe viktig om hvordan den erfarne operasjonssykepleieren utføre den koordinerende rolle på operasjonsstuen.

Artikkel 14

Tittel	Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses
Forfatter	Ingvarsdottir og Haldisdottir
År	2017
Land	Island
Tidsskrift	<i>Scandinavian Journal of Caring Science</i>
Nivå tidsskrift	<i>Nivå 1</i>
Formål	Hensikten med denne studien var å identifisere hvordan pasientsikkerhet kan fremmes på operasjonsstuen basert på erfarne operasjonssykepleieres perspektiver.

Metode	Kvalitativ der det er gjort 14 individuelle dybdeintervju med elleve deltakere.
Hovedfunn	Deltakeren i denne studien sier at det å fremme pasientsikkerhet på operasjonsstuen er en konstant innsats i å vurdere risiko og forebygge pasientskader. For å gjøre dette må de respektere pasientens sårbarhet ved å være oppmerksom på pasienten ved hvert øyeblikk, ta kontakt med pasienten og gjenkjenne hvordan pasienten mister all kontroll ved å være bedøvet eller sedert. Det innebærer at pasienten er avhengig av operasjonssykepleiere som kan lede pasienten så trygt som mulig gjennom det perioperative forløpet ved omhyggelig forberedelse, bruk av protokoller og sjekklister og tiltak for å forhindre komplikasjoner og skade. Det innebærer samtidig å bidra til en sikkerhetskultur ved å forbedre arbeidsforholdene i operasjonsavdelingen. Både ikke-tekniske og tekniske kompetanser er avgjørende for å øke pasientsikkerheten.
Relevant for problemstillingen	Operasjonssykepleiere håndterer risiko og forebygger skade på pasienten konstant den tiden pasienten er på operasjonsstuen. De ser på seg selv som veileder og som overvåker situasjonen for å forhindre komplikasjoner. De tar hensyn til pasientens sårbarhet og forsøker å skape kontakt med pasienten for at pasienten skal føle trygghet og velvære. Operasjonssykepleiere tar sikte på å følge pasienten gjennom hele operasjonsforløpet og vektlegger viktighet av kommunikasjon og samarbeid for å fremme pasientsikkerhet. Operasjonssykepleier bruker sjekklister for å øke sikkerheten for pasienten men de bruker dem med sunn fornuft og tilpasser dem til situasjonen. Det krevde en profesjonell innsikt på bakgrunn av trening og erfaring slik at sjekklister og protokoller kunne tilpasses og brukes uten at de ble irrelevante. Informantene bidro til ett effektivt og flerfaglig team som var viktig for pasientsikkerheten. For at teamet skulle fungere måtte kjenne og respektere deres egen rolle i teamet og jobbe sammen mot et fellesmål med pasienten i sentrum. Dette krevde kompetanse ved å kunne organisere, holde fokus, ha intuisjon, være fleksibel og ha personlige ferdigheter, samt være observant og lese situasjonen.
Kvalitetsvurdering	Studien beskriver utvalget og hvordan studien er analysert. Det er gjort en etisk vurdering og informantene samtykket til studien. Utvalget er strategisk da de har ønsket erfarne operasjonssykepleiere. Gjennomsnittserfaring var 16 år. De har brukt en hermeneutisk fenomenologisk metode som er svært nøye

	<p>beskrevet. Fremgangsmåten er delt opp i steg og virker svært gjennomtenkt og nøye. Hvordan datainnsamling og analyse har foregått er beskrevet og det er klare sammenheng mellom de sitater fra deltakerne som forekommer i teksten og hvilke tema som kommer frem. Studien er ikke ment til å være overførbar men som et bidrag til teamet om hvordan forebygge risiko og skade på pasienter.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------