

MASTEROPPGAVE

Emnekode: SYK360H

Navn: Inger Elise Henningsen

Kandidatnummer: 4

Trygg kirurgi

En kvalitativ studie med operasjonssykepleiere, som undersøker om bruk av whiteboard kvalitetssikrer gjennomføringen av sjekklister trygg kirurgi.

Dato: 15.05.2022

Antall ord: 15752

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på min master i sykepleie i spesialisering operasjonssykepleie. Prosjektet har engasjert meg i lang tid og har bidratt til videre interesse i faget.

Jeg vil få takke førsteamanuensis ved Nord Universitet i Bodø, Jan Thore Lockertsen som har vært min trofaste veileder gjennom dette prosjektet og som allerede tidlig i studiet klarte å vekke min nysgjerrighet i viktigheten av å reflektere over hvorfor vi gjør som vi gjør, og har også lært meg historiske perspektiv av hvorfor det er så viktig å synliggjøre faget operasjonssykepleie. Tusen takk for god veiledning, og at du har «boostet» motivasjonen min på dager det har vært litt tøft. Du har hele tiden vist at du har hatt troen på meg og mitt prosjekt – noe jeg setter veldig stor pris på.

Jeg vil også rette en stor takk til lederne mine Sissel Juliussen og Nina Ellen Johansen ved operasjonssenheten ved Nordlandssykehuset, Lofoten, som har vært positive til mitt ønske om å skrive masteroppgave fra dag en. Jeg har vært heldig som har fått støtte og skrive tid fra arbeidsgiver for å kunne jobbe med masteroppgaven. Det har vært til enorm stor hjelp og at jeg har kunnet fullføre til normert tid. Takk for denne muligheten. Jeg er glad for at dere ser viktigheten av at flere får mastergrad i sykepleierket.

Det siste halve året har for min del stort sett handlet om masteroppgaven og jeg vil få takke min tålmodige mann, Dag Sture Strøm for ivaretagelse av barn og hjem i ei hektisk tid. Takk for at du alltid har hatt troen på meg.

Til jentene mine; Helene, Elise, Selma og Maria: TAKK! For at mammaen deres har fått tilbrakt lange dager med oppgave skriving. Takk også til mine foreldre og svigerforeldre for hjelp og støtte underveis.

Sist, men ikke minst, takk til informantene for at dere tok dere tid til å delta i denne studien, uten dere hadde det ikke vært mulig å gjennomføre.

Inger Elise Henningsen

Leknes, mai 2022

Innholdsfortegnelse

INNHold

Forord	i
Innholdsfortegnelse	1
Sammendrag	3
Abstract	4
1.0 Introduksjon	1
1.1 Oppgavens oppbygning	2
1.2 Bakgrunn for valg av tema	2
1.3 Hensikt med studien	3
1.4 Presentasjon av forskningsspørsmål	4
2.0 Teoretisk rammeverk	4
2.1 Operasjonssykepleierens ansvar- og funksjonsbeskrivelse knyttet til trygg kirurgi	4
2.2 WHO'S sjekklister for trygg kirurgi	5
2.3 Teamarbeid og kommunikasjon	7
2.4 Tidligere forskning	8
2.4.1 Søkestrategi	8
2.4.2 Søkeprosessen	9
3.0 Metode og forskningsdesign	14
3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted	14
3.1.1 Fenomenologi	15
3.1.2 Hermeneutikk	15
3.2 Intervju som kvalitativ forsknings metode	16
3.3 Rekruttering og utvalg av informanter	17
3.4 Gjennomføring av datainnsamling	18
3.4.1 Transkribering	20
3.5 Analysemetode	20
3.5.1 Trinn 1: Helhetsinntrykk	21
3.5.2 Trinn to: Identifisere meningsbærende enheter	22
3.5.3 Trinn 3: fra kode til mening	23
3.5.4 Trinn 4: sammenfatning	24
3.5.5 Forskningsetiske refleksjoner	25
3.5.6 Metodekritikk	26
3.5.7 Egen forskerrolle	27
3.5.8 Gyldighet	28
3.5.9 Pålitelighet	28
4.0 Resultat	29
4.1 Hovedkategori 1: Hvordan praktiseres gjennomføringen av sjekklisten etter whiteboard ble tatt i bruk?.....	29
4.1.1 Tydeligere ansvarsfordeling	29

4.1.2 Viktig informasjon dokumenteres i whiteboard.....	30
4.2 Hoved kategori 2: Hvilken betydning har bruk av whiteboard for gjennomføringen av sjekklisten og hvordan?	32
4.2.1 En opplevelse av et synlig og tydelig system.....	32
4.2.2 Pasientsikkerhet.....	34
4.3 Hovedkategori 3: Hvilke eventuelle utfordringer er det med bruken av whiteboard?...	35
4.3.1 Tidspress påvirker engasjement til å gjennomføre sjekklisten.....	35
5.0 Diskusjon.....	36
5.1 Styrker og begrensninger ved studien	41
6.0 Konklusjon.....	42
7.0 Litteraturliste.....	1
Vedlegg	5
Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD	5
Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	7
Vedlegg 3: Intervjueguide	11
Vedlegg 4: Pico skjema og søkeprosess.....	14
Vedlegg 5: WHO's sjekklister for trygg kirurgi i whiteboard format.....	17

Sammendrag

Bakgrunn: WHO utarbeidet i 2009 en sjekkliste *trygg kirurgi* for å bedre sikkerheten til operasjonspasienter. Tidligere forskning viser at selv om sjekklisten er innført, innehar den en mangelfull tydelig ansvarfordeling og har ikke en entydig standard i hvordan den gjennomføres. Sjekklisten i seg selv er med på å forebygge uheldige hendelser når den brukes som tiltenkt. Enkelte sykehus har blant annet innført whiteboard som hjelpemiddel. Dermed vil jeg i dette prosjektet se på hvordan operasjonssykepleiere benytter whiteboard i den daglige jobben med sjekklisten.

Hensikten: Hensikten med prosjektet er å få innsikt og kunnskaper om hvordan operasjonssykepleiere utfører og opplever å bruke whiteboard under gjennomføringen av sjekklisten trygg kirurgi.

Metode: Det er brukt kvalitativ metode i studien. 4 semistrukturerte individuelle intervju av operasjonssykepleiere ved to ulike sykehus i Norge er gjennomført. De transkriberte intervjuene ble analysert ved systematisk tekstkondensering (Malterud, 2021).

Funn: Studiens resultater viser at operasjonssykepleiere opplever bruk av whiteboard som et tydelig og synlig system for hele operasjonsteamet, som resulterer i en bedre ansvarsfordeling av sjekklisten blant teamets medlemmer. Den hjelper med å strukturere kommunikasjonen mellom teammedlemmene og sikrer at viktig informasjon blir dokumentert. Det fører til mindre slurv og sjeldnere en mangelfull gjennomføring. Svakheterne er at tidspress fører til lite engasjement hos enkelte i teamet. Til slutt, at den som dokumenterer i whiteboard kommer langt unna pasienten og mister den nære dialogen.

Konklusjon: Operasjonssykepleierne i studien opplevde bruken av whiteboard som svært verdifullt under gjennomføringen av sjekklisten. Teamet får et samlet fokus på sjekklisten og blir påminnet ansvaret som følger med den. Jeg vil konkludere med at bruken av whiteboard fører til en mer systematisk og strukturert gjennomføring som styrker fokuset på pasientsikkerheten.

Nøkkelord: Operasjonssykepleier, sjekklisten trygg kirurgi, forbedring, pasientsikkerhet og whiteboard.

Abstract

Background: In 2009, WHO prepared a safety checklist, to improve the safety of surgical patients. Previous research shows that, although the checklist has been introduced, it lacks a clear division of responsibility among the surgical team and does not have a clear standard in how it is implemented. The checklist itself helps prevent adverse events when its used as intended. Some operations departments have introduced whiteboards as an aid to implementation. Consequently, in this project, I, will look at how surgical nurses use whiteboards in their daily work with the checklist.

Purpose: The purpose of this project is to gain insight and knowledge in how surgical nurses perform and experience using whiteboard during the performance of the safe surgery checklist.

Method: Qualitative methods have been used in this study. Four semi-structured individual interviews of surgical nurses at two different hospitals in Norway have been conducted. The transcribed interviews were analyzed by systematic text condensation, (Malterud, 2021).

Outcome: The outcome of this study shows that surgical nurses experience the use of whiteboards as a clear and visible system for the entire surgical team, resulting in a clearer distribution of the checklist among team members. It helps to structure the communications among team members and ensures that important information gets documented. The weaknesses are that time pressure leads to little commitment on the part of some in the team. Finally, the person who documents in the whiteboard gets far away from the patient himself and loses the close dialogue during the implementation.

Conclusion: The surgical nurses in the study found the use of whiteboards to be very valuable when carrying out the checklist. The team gets a unified focus on the checklist and is reminded of the responsibility that comes with it. I would conclude that the use of whiteboard leads to a more systematic and structured implementation that strengthens the focus on patient safety.

Keywords: scrubnurse, safety checklist, improve, patientsafety and whiteboard.

1.0 Introduksjon

Det har vært en økende oppmerksomhet på pasientsikkerhet i helsevesenet gjennom de siste ti årene (Haugen & Dávøy, s. 181). Operasjonssykepleiere har et særskilt ansvar for hygiene og infeksjonsforebyggende arbeid noe som går under begrepet pasientsikkerhet (RETHOS, 2021, § 8-b). At operasjonssykepleiere er den eneste videreutdanningen som har dette nedfelt i sin rammeplan gjør at man daglig har et ekstra fokus på dette. Videre at vi skal ha inngående kunnskap om systematisk kvalitetsarbeid og pasientsikkerhetskultur for å forbedre og kontrollere operasjonssykepleien (RETHOS, 2021, § 16-a).

Jeg har basert masteroppgaven min på temaet jeg brukte i 3. semesteroppgaven som var en litteraturoversikt som handlet om «hvordan opplever operasjonssykepleiere gjennomføringen av sjekklisten trygg kirurgi». Kort oppsummert viste resultatene fra oppgaven at selv om sjekklisten var etablert i avdelingene var det store forskjeller på hvordan dette ble utført, og hvem som tok ansvar. Den blir ofte gjennomført ved at en av teammedlemmene leser opp fra en plansje spørsmålene til pasienten og de andre teammedlemmene. Til slutt, dokumenteres det elektronisk i journalen til pasienten at trygg kirurgi er gjennomført. I journalen er det ingen detaljer omkring hva de ulike spørsmålene på sjekklisten inneholder, kun om de ulike delene av sjekklisten er utført eller ikke. Det kom fram at det var en mangelfull tydelig ansvarfordeling uten en entydig standard, men at den fungerer på ulike måter. Noen steder er det et godt temaarbeid der operasjonssykepleier er delaktig i gjennomføringen, andre steder er det stor uenighet om hvem som har ansvar for hva, og operasjonssykepleier er lite delaktig når trygg kirurgi gjennomføres. Totalt sett fremstår det som at sjekklisten er med på å redusere uheldige hendelser når den brukes. Siden det ikke kommer tydelig frem hvordan operasjonssykepleieren faktisk bruker sjekklisten og nytten av en standardisert prosedyre med tydelige ansvarsfordelinger, vil jeg i dette masterprosjektet se på hvilke erfaringer operasjonssykepleiere har med bruk av whiteboard under gjennomføringen av sjekklisten, og om dette kan bidra til å kvalitetssikre gjennomføringen. En whiteboard kan enten være elektronisk som forklart i studien til Mainthia et al. (2011) eller som en lavteknologisk vanlig tavle som vi kjenner fra skolegangen, og hvor det noteres på med svart tusj (Goodman, 2015). Jeg vil i dette prosjektet intervju informanter som benytter en vanlig tavle. Gjennom oppgaven brukes benevnelsen tavla og whiteboard.

Temaet for dette forskningsprosjektet er «*om bruk av whiteboard kvalitetssikrer gjennomføringen av trygg kirurgi*».

1.1 Oppgavens oppbygning

I kapittel en gjøres det rede for bakgrunnen for valg av tema, med en kort presentasjon av hva sjekklisten for trygg kirurgi er. Hensikten med studien og forskningsspørsmålet med underspørsmål presenteres. I kapittel to redegjøres det for det teoretiske rammeverket i oppgaven, og tidligere forskning blir presentert, samt søkestrategi og søkeprosess. I kapittel tre beskriver jeg metodisk tilnærming med vitenskapsteoretisk ståsted, analysemetode der jeg redegjør for systematisk tekstkondensering og metodekritikk. I kapittel fire er en presentasjon av mine funn. I kapittel fem drøfter jeg mine funn med bakgrunn i tidligere forskning og teoretiske perspektiv og i kapittel seks vil jeg gi en konklusjon på oppgaven, og tanker videre om tema.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Verdens helseorganisasjon (WHO) lanserte i 2009 en kampanje for trygg kirurgi som blant annet innebar en *trygg kirurgi sjekkliste*. Denne var inspirert av luftfarten sine sjekklister (Haugen & Dāvøy, s.180). Ifølge WHO er det anslått at det er 234 millioner kirurgiske operasjoner i året i verden og at 50% av de kirurgiske komplikasjoner kan unngås (Murphy, 2019, s. 19). Samarbeid og kommunikasjon i operasjonsteamet er identifisert som viktig for å oppnå gode resultater, og innføringen av kirurgiske sjekklister har vist å bedre både kommunikasjon og samarbeid (Haugen & Dāvøy, 2019, s.181). En studie utført av Haynes (2009), kunne vise til en reduksjon av død og alvorlige komplikasjoner etter innføringen av WHO's sjekkliste. Listen ble laget for å redusere komplikasjoner, forbedre kommunikasjon og teamarbeid. Sjekklisten (se vedlegg 5) har tre deler som gjennomgås av operasjonsteamet ved tre kritiske punkter i operasjonsforløpet, hvor den første delen skal tas før innledning av anestesi, andre del rett før knivstart, og siste del ved avslutningen av operasjonen (Haugen & Dāvøy, 2019, s. 188).

Ifølge stortingsmelding 10 (2012-2013) går pasientsikkerhet og trygg kirurgi under begrepet kvalitet i helse – og omsorgstjenesten og hensikten ifølge helsepersonelloven er blant annet og bidra til sikkerhet for pasienter.

Loven gir også føringer for forhold som kan medføre fare for pasienter;

«Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet» (Helsepersonelloven, 2017, § 17).

Jeg har opplevd en rekke situasjoner i praksis hvor sjekklisten bare blir utført stykkevis, det er lite klarlagt hvem som har ansvaret for utførelsen, og enkelte ganger blir den ikke utført i det hele tatt. Det kan virke som det avhenger mye av hvilket engasjement de ulike i personale har for sjekklisten og dermed blir det stykkevis og delt, og ikke som opprinnelig bestemt utført av ledelsen. Når sjekklisten ikke utføres i sin helhet, kan dette gi negative konsekvenser for pasientene. RanaBlad (2021) og VG (2012) skrev om to pasienter som ble operert i feil fot. Det står skrevet at det blant annet var dårlige rutiner på gjennomføringen av sjekklisten (Kampevoll, 2018) og (Alfsvåg, 2021). Jeg reflekterte mye over hvordan gjennomføringen av sjekklisten ble utført gjennom studiet da jeg observerte hvor tilfeldig den ble utført enkelte ganger, og hvor lett det kunne få alvorlige konsekvenser. En tankeprosess settes i gang rundt temaet, hvorfor det er slik, når sjekklisten er innført som fast rutine. Trygg kirurgi sjekklisten viser seg å være en svært aktuell problemstilling i spesialsykepleiefeltet operasjonssykepleie. I denne oppgaven vil jeg legge vekt på min spesialitet, operasjonssykepleier.

1.3 Hensikt med studien

Hensikten med dette prosjektet er å få mer kunnskap om hvilke erfaringer operasjonssykepleiere har med å bruke whiteboard når sjekklisten gjennomføres og om den kan bidra å kvalitetssikre at sjekklisten gjennomføres i samsvar med hvordan verdens helseorganisasjon har tenkt at den skal brukes. Alle spørsmål på sjekklisten skal gjennomgås med hele teamet til stede (WHO, 2009).

Jeg ønsker å bidra til en bedring i gjennomføringsraten av sjekklisten, slik at det unngås uheldige hendelser hvor mennesker i verste fall kan få livet ødelagt. Ved hjelp av å synliggjøre bruken av whiteboard som i dag benyttes hos enkelte sykehus, kan man med dette prosjektet få mer kunnskaper og forståelse om hvordan operasjonssykepleiere faktisk bruker dette i det daglige og se hvilke fordeler og ulemper det er med det. Dette kan igjen være med å forbedre kvaliteten på pasientsikkerheten.

1.4 Presentasjon av forskningsspørsmål

Mitt forskningsspørsmål er:

Hvordan utføres og oppleves bruk av whiteboard som verktøy under gjennomføring av trygg kirurgi sjekklisten blant operasjonssykepleiere?

Underspørsmål til forskningsspørsmålet er som følger:

1. Hvordan praktiseres gjennomføringen av sjekklisten etter whiteboard ble innført?
2. Hvilken betydning har bruken av whiteboard tavle for gjennomføringen av trygg kirurgi og hvordan?
3. Hvilke eventuelle svakheter er det med bruk av whiteboard som verktøy under gjennomføring av sjekklisten?

2.0 Teoretisk rammeverk

Jeg vil i denne delen redegjøre for det teoretiske rammeverket jeg bygger oppgaven rundt. Jeg starter med å presentere operasjonssykepleierens ansvars og funksjonsbeskrivelse. Deretter definere begreper som pasientsikkerhet, WHO's sjekkliste trygg kirurgi, kommunikasjon og samarbeid. Jeg avslutter kapittelet med å presentere tidligere forskning på området.

2.1 Operasjonssykepleierens ansvar- og funksjonsbeskrivelse knyttet til trygg kirurgi

Sanitet og hygiene gjorde sitt gjennomslag på 1800 - tallet med Florence Nightingale i spissen og på samme tid viste Ignaz Phillip Semmelweis ved hjelp av systematiske studier at desinfeksjon av hendene med klorkalk kunnen redusere forekomsten av barsel feber på hospitalene. Det vitenskapelige gjennombruddet for desinfeksjon kom med den skotske kirurgen Joseph Lister (Eide & Lockertsen, 2019, s.19).

Det hele startet med den «aseptiske samvittighet». Et bærende element i forståelsen av hva som var og er kjernen i operasjonssykepleierens spesialkunnskap (Eide & Lockertsen, 2019, s, 21). Dette igjen, bærer grunnlaget for der vi er kommet i dag med sjekklisten trygg kirurgi som blant annet sjekker steriliteten på våre instrumenter.

Operasjonssykepleie er en egen spesialitet innenfor faget sykepleie og det kreves master eller videreutdanninger for å kunne jobbe som operasjonssykepleier i Norge.

Operasjonssykepleierens ansvar – og funksjonsområde er beskrevet i faghefte til Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere. Der er det nedfelt at operasjonssykepleiere skal ivareta kvalitet og pasientsikkerhet gjennom å blant annet bidra til at sjekklisten trygg kirurgi blir gjennomført (RETHOS, 2021, §17-b).

Operasjonssykepleiere skal utøve profesjonell og individuell sykepleie som skal bygge på en kunnskapsbasert praksis som ivaretar kvalitet og pasientsikkerhet. Vi skal bidra til faglig forsvarlig pasientsikkerhet og pasientbehandling ved å forebygge skader, infeksjoner og andre komplikasjoner (Dåvøy & Eide, 2019). Det er mange oppgaver en operasjonssykepleier skal sikre er på plass både før, under og etter en operasjon. Her kommer sjekklisten til stor hjelp. Som for eksempel: Forsvarlig leiring, utøvelse av infeksjonsforebyggende tiltak i forhold til personell, pasient og utstyr, forebygge hypotermi, forsvarlig og korrekt telling av kompresser og medisinsk teknisk utstyr (Dåvøy & Eide, 2019). Operasjonssykepleiere som jobber på operasjonsavdelingen innehar to funksjoner, den koordinerende, med ansvar for mottak og ivaretagelse av pasienten, håndtering av teknisk og medisinsk utstyr, koordinering av arbeidet inne og utenfor operasjonsstuen og dokumentasjon (Dåvøy & Eide, s.31-32). Den andre funksjonen er sterilt utøvende, som har ansvar for det sterile miljøet, jobber med kirurgen i det sterile feltet og tar ansvar for de kirurgiske instrumentene. Operasjonssykepleier skal samarbeide tverrfaglig og flerfaglig i pasientbehandlingen og innen det kirurgiske teamet for å sikre et faglig forsvarlig pasientløp. Dokumentasjon skal sikre kontinuitet i sykepleien til pasienten og inneholde alle nødvendige tiltak (RETHOS, 2021, §8-h).

2.2 WHO'S sjekkliste for trygg kirurgi

Verdens helseorganisasjon (WHO) lanserte i 2009 kampanjen «Safe surgery save lives». Dette på bakgrunn av en økt interesse i hele verden for pasientsikkerhet. Målet med denne kampanjen var å redusere uønskede hendelser i forbindelse med operasjon og WHO laget i denne prosessen sjekklisten «Safe Surgery Checklist» (WHO, 2009). Målet med sjekklisten var at kommunikasjonen innad i det kirurgiske teamet skulle bedres og med det skulle også teamarbeidet bli bedre. I tillegg skulle all nødvendig informasjon om inngrepet og om pasienten komme tydeligere fram. Det var et tverrfaglig samarbeid med eksperter fra flere fagfelt som utviklet sjekklisten. Alle medlemslandene i WHO var representert i arbeidet (WHO, 2009). Sjekklisten er tatt i bruk i 122 land verden over (Cadman, 2016).

I 2009 ble sjekklisten oversatt til Norsk i et samarbeid mellom forskningsgruppen for trygg kirurgi sjekklisten i Bergen, Førde og Kunnskapssenteret (Haugen, 2014, s. 8-14). I den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i 2011 ble sjekklisten og fokus på postoperative sårinfeksjoner det første innsatsområdet deres og det ble pilotert ved kvinneklinikken ved Haukeland universitetssykehus. Deretter ble tiltakspakken implementert i norske sykehus som obligatorisk å bruke (Haugen et al, 2020).

Sjekklisten er inndelt i tre deler som skal gjennomføres i ulike faser av det per-operative forløpet. Første delen som er *forberedelsen*, gjennomføres før innledning av anestesi. Den andre delen som er *time-out*, gjennomføres før kirurgistart og den tredje delen, som er *avslutning* gjennomføres etter avsluttet operasjon og før hoved operatør forlater operasjonsstuen. Fokuset for første del er å sjekke og få bekreftet pasientens identitet, hvilket inngrep som skal gjøres, rett operasjonsfelt og om det er spesielle hensyn med tanke på leiring og anestesi. Under den andre delen skal det kirurgiske teamet presentere seg for hverandre. Det kirurgiske team består av anestesisykepleier, anestesilege, to operasjonssykepleiere- en steril og en koordinerende, en hoved operatør og assistent kirurger en eller to stykker. Her skal det skapes en åpenhet i kommunikasjonen slik at vi skal tørre å stille spørsmål eller å si fra dersom vi senere i forløpet ser feil eller mangler (Haugen & Dåvøy, 2019, s. 190). Kirurg skal presentere pasientens navn, inngrepet, operasjonsfelt og side, samt godkjenne leiringen av pasienten. Det skal spørres om behov for ekstra instrumenter eller annet utstyr, og om det er risikofaktorer som teamet bør kjenne til. Infeksjonsforebyggende og hypotermi tiltak og om pasienten har behov for tromboseprofylakse eller antibiotika gjennomgås også (Gwande & Weiser, 2009). Den tredje delen av sjekklisten innebærer at hoved kirurg gjentar hvilket inngrep som er gjort, postoperative beskjeder for pasienten, og behovet for antibiotika eller tromboseprofylakse. Operasjonssykepleier svarer for om kompresser og utstyr stemmer, og om det er tatt prøver blir preparat dobbeltsjekk med navn og antall av disse (Gwande & Weiser, 2009).

WHO har laget anbefalinger på hvem som bør ha hovedansvaret for at sjekklisten blir gjennomført. De har også laget you-tube filmer for å vise hvordan den bør utføres og hvordan den ikke bør utføres. Koordinerende operasjonssykepleier eller anestesisykepleier bør

gjennomføre del 1. Koordinerende operasjonssykepleier skal videre ha ansvar for del 2 og del 3 (Gwande og Weiser, 2009).

2.3 Teamarbeid og kommunikasjon

Det kirurgiske operasjons teamet er helt avhengig av en god og tydelig kommunikasjon for å unngå misforståelser. Det er vanlig at det er en del støy inne på operasjonsstuen, og det i tillegg at det brukes munnbind kan gjøre kommunikasjonen utfordrende. Når sjekklister gjennomgås er det viktig med oppmerksomhet fra alle i teamet, og at kommunikasjonen må være presis, tydelig og høy nok til at alle kan høre informasjonen som blir delt (Haynes et al., 2009).

Sjekklister har fått en stor betydning i en operasjonssal, fordi det hjelper å ha en standard for hvordan de ulike oppgavene blir utført. Sikkerheten for at alt er på plass før anestesi, før knivstart og før vi man avslutter en operasjon skal være til stede for alle pasienter (Haugen & Dåvøy, 2019, s. 192). Studier viser at bruk av sjekklister forbedrer kvaliteten på teamkommunikasjon og teamarbeid og reduserer feil som kommer av mangelfullt teamarbeid (Russ et al., 2013). Årsaken kan være at starten på sjekklister oppmuntrer til å dele kritisk informasjon knyttet til prosedyre eller pasient og at åpen kommunikasjon bedrer lagfølelsen. Er det tilfeller av manglende interesse for bruken av sjekklister, og motstand mot å samarbeide om sjekklister, kan det igjen påvirke kommunikasjonen i teamet negativt (Russ et al., 2013).

God kommunikasjon på tvers av profesjoner i en operasjonsstue er ikke alltid en selvfølge, og en ineffektiv kommunikasjon er ofte årsak til at det gjøres feil og at det oppstår uønskede hendelser. WHO's mål om effektiv kommunikasjon og utveksling av kritisk informasjon om pasienten og inngrepet var essensielt da sjekklister ble innført. «Close-loop-kommunikasjon» er en metode som brukes systematisk i operasjonsteamet. Det innebærer at avsender gir en beskjed, mottaker bekrefter at beskjeden er mottatt og avsender avslutter med å bekrefte at riktig informasjon er oppfattet (Haugen & Dåvøy, s. 187).

I operasjonssykepleierens ansvar og funksjonsbeskrivelse påpekes det at en skal samarbeide tverrfaglig i pasientbehandling for å sikre et faglig og forsvarlig pasientforløp. Hele teamet er

avhengige av hverandre for å nå et felles mål. Hensikten med å ta i bruk WHO's sjekkliste for trygg kirurgi er å forsterke allerede akseptert sikkerhetspraksis og fremme bedre samarbeid og kommunikasjon mellom de ulike profesjonene i teamet (Gwande & Weiser, 2009). Sjekklisten har vist seg å være en god metode for å få operasjonspersonellet til å kommunisere systematisk til ulike kirurgiske inngrep og prosedyrer. Cadman (2016) viser også til at teamarbeid og kommunikasjon ble forbedret ved bruk av sjekklisten. Det blir et felles økt fokus på operasjonen, pasienten og kritisk informasjon som er viktig for alle i teamet å kjenne til (Cadman, 2016).

2.4 Tidligere forskning

Jeg startet først med et kort innledende informasjonssøk fra ulike informasjonskilder for å ramme inn og avgrense tema. Et innledende databasesøk i Pubmed med MESH-termene «safety checklist» AND «Scrub-nurse or surgical nurse» ga flere treff som omhandlet temaet. Blant annet har McDowell & McComb (2016) gjort en studie på hvilke oppfatninger operasjonssykepleiere og andre team medlemmer har rundt sjekklisten trygg kirurgi og hvor mye de ulike personene er involvert, og om de oppfatter at det trengs forbedringer på området. Selv om sjekklisten er satt i et system kan det synes at det er aspekter rundt den som fremdeles gjør den utfordrende å få fullt gjennomført.

(McDowell & McComb, 2016, s. 138).

Videre i søkeprosessen finner jeg mest litteratur på hvordan operasjonsteamet erfarer gjennomføringen av sjekklisten, og mindre om selve sjekklisten knyttet opp til whiteboard, men denne litteraturen belyser viktige områder rundt hva som påvirker gjennomføringen og blir derfor tatt med i oppgaven.

2.4.1 Søkestrategi

Polit & Beck (2020, s. 87) sier at søk er en interaktiv prosess der man finner nye treff eller spor på grunnlag av informasjon man har tilegnet seg. I et forskningsarbeid er det viktig å holde god oversikt over søkeprosessen. For å systematisere søkeprosessen har jeg satt opp et PICO- skjema (se vedlegg 4). Litteratursøket gjøres i ulike databaser, jeg benytter Pubmed, Cinahl, SveMed+ og søkemotoren Google Scholar for å få en grov oversikt over hvilke artikler som er mest sitert.

Jeg vil forsøke å avgrense artiklenes alder til nyere enn 10 år. Jeg vil likevel ikke ha dette som et eksklusjonskriterium da det kan være relevant litteratur som er eldre enn dette.

Etter de innledende søkene fikk jeg treff der litteraturen var vinklet fra operatørens eller anestesisykepleierens ståsted. Slike funn vil jeg ikke inkludere.

De vitenskapelige artiklene jeg har funnet til denne oppgaven er kritisk vurdert ved bruk av kunnskapscenterets sjekklister og oppfyller gjeldene krav. Formålet med studiene er tydelig formulert, etiske forhold er vurdert, problemstillinger besvares og resultatene viser seg presise med hovedfunn (Helsebiblioteket, 2016).

Jeg ønsker primært å benytte meg av vitenskapelige fagfellevurderte artikler. Dette innebærer at det er utført en kontroll og kvalitetssikring før de sendes til publisering i anerkjente tidsskrifter (Utdanningsforskning, 2016).

2.4.2 Søkeprosessen

I vedlegg 4 har jeg dokumentert hvordan jeg har funnet fram til noen artikler, disse søkene ble utført høsten 2021. Her er det angitt hvilken database jeg har søkt i, søkeord, avgrensning og antall funn.

Jeg har ikke satt opp samtlige søk jeg har gjort uten å komme fram til en artikkel jeg har valgt, da det blir mye prøving og feiling med de ulike søkeordene.

McDowell & McComb (2014) ville utforske hvordan sjekklister ble gjennomført og hvordan operasjonssykepleier og teamet jobbet sammen rundt sjekklisten. De ønsket å se på prosessen rundt den og om formålet som er pasientsikkerhet ble fulgt opp. 43% av alle kirurgiske hendelser skyldes dårlig kommunikasjon og samarbeid innad i teamet. Noen spurte ikke alle spørsmål på sjekklisten. Det som oftest ble unnlatt å spørre om var blodtap, mens det som oftest ble spurt om var pasientens ID, og introduksjon av team medlemmer. Operasjonssykepleieren som utførte sjekklisten fikk dermed en advokatrolle, ikke bare for pasienten, men for hele teamet. Alle fikk et ekstra søkelys på informasjon om risiko, kritiske momenter og spesielle utfordringer ved hjelp av sjekklisten. Samarbeid ble løftet opp til nye høyder og teammedlemmene følte seg mer verdsatt i gruppen. (McDowell & McComb, 2014, s. 138-143). Artikkelen er relevant for problemstillingen min ved å vise til at ikke alle i teamet følger opp sjekklisten og spørsmål forblir ubesvart.

Målet med studien til O'Brien et al (2017) var å utforske operasjonssykepleierens bruk av sjekklisten trygg kirurgi. En deskriptiv kvalitativ metode ble brukt. 10 operasjonssykepleiere deltok i individuelle semistrukturerte intervju. Det som kom fram var at de var alle engasjerte i å fremme den nye sjekklisten, selv om de så utfordringer knyttet til å introdusere et nytt verktøy. Utfordringene gikk på blant annet dette med tid. De hadde jo mye å gjøre fra før og nå skulle de plutselig utføre og dokumentere en helt ny sjekkliste. De skjønnte tidlig at verdien av sjekklisten var høy, så alle ville innrette seg på best mulig måte. Deltakerne gikk fra å fullføre oppgaven de hadde fått tildelt til å faktisk omfavne sjekklisten som et effektivt verktøy i jobben mot å fremme pasientsikkerhet. Utfordringer gikk også her på å få klarlagt hvem som har ansvar for de ulike delene i gjennomføringen, og hvem som skulle se over at den var fullstendig gjennomført. Artikkelen er relevant for problemstillingen min da den direkte intervjuer operasjonssykepleierne og kun deres oppfatninger og roller i jobben med å gjennomføre sjekklisten. Den er med på å utdype viktige momenter som vi tar med oss i vårt videre arbeid i å finne ut hvordan en bedre gjennomføring av sjekklisten kan være med på å forbedre pasientsikkerheten (O'Brien et al., 2017).

Studien til Rydenfalt (2012) viser variasjoner på hvem som deltar i sjekklisten og at operasjonssykepleier bruker den lite. Man ville finne avvikene med det formål å foreslå forbedringer. Det er anestesisykepleier og kirurger som er mest aktiv under sjekklisten. Kun halvparten av punktene på sjekklisten blir gjennomgått, og det som oftest ble tatt med var ID, antibiotika og type inngrep. Enkelte team medlemmer gjorde helt andre ting under sjekklisten, hvorpå ingen andre i teamet reagerte å sa ifra om at dette ikke er greit. Mangelfull sjekkliste og at personalet gjør andre ting mens viktige spørsmål tas opp er med på å skape en falsk trygghet, både for personalet og ikke minst for pasienten (Rydenfalt et al., 2012 s. 182-187). Denne artikkelen svarer på problemstillingen ved å vise til at det er flest anestesipersonell og kirurger som er aktiv under sjekklistene, men at operasjonssykepleierne gjorde andre ting under gjennomføringen, noe som igjen kan gå ut over pasientsikkerheten.

Raman (2016) gjør en studie som omfattet 380 av totalt 529 pasienter som gjennomførte kompleks hjertekirurgi i en 24 måneders periode. Sjekklisten trygg kirurgi er kommet for å forbedre pasientsikkerheten, men resultater av den viser ikke bare positivt. Hvorfor er det slik? Målet med denne studien er å forstå hvorfor man ikke klarer å forebygge uheldige kirurgiske

hendelser til tross for at sjekklisten er implementert og å identifisere hvilke tiltak som må på plass for å redusere at uheldige hendelser som for eksempel mangel på instrumenter, feil medikament administrasjon eller uventet klinisk resultat. 30 uheldige hendelser ble oppdaget. Det var viktige begrensninger i bruken av sjekklisten som den eneste måleenhet på pasientsikkerhet inne på ei operasjonsstue. Hovedkategorier inkluderte misforståelser innad i teamet, feilmedisinering, instrumenter som manglet, implantater som manglet og feil bruk av instrumenter og medisinsk teknisk utstyr. Resultatet av studien er viktig for min problemstilling ved at den belyser områder hvor man kan forbedre bruken av sjekklisten og at den alene ikke er god nok for pasientsikkerheten, men at det kanskje trengs ekstra verktøy i utbedringen av gjennomføringen (Raman et al, 2016).

Studien til Harris et al. (2020) viser at pasientens med deltakelse med sjekklisten kan være med å forebygge reinnleggelser og postoperative komplikasjoner. Dette ved å systematisk gjennomgå for eksempel magestatus, tannstatus og kartlegge hvilke forutsetninger pasienten har for god egenomsorg etter det kirurgiske inngrepet. WHO støtter pasientinvolvering for sikkerhetsforebygging. Pasientene selv er villige til å delta, men dette avhenger i stor grad av at helsepersonell er med å fremme dette. Studien sier flere ulike verktøy allerede er utprøvd, men at dette har feilet. Et av forslagene som dras frem er viktigheten av å optimalisere egen helse før kirurgi. Imidlertid er det viktig at dette settes i gang til rett tid og med de riktige verktøyene for å være effektive. Helsepersonell mente at en sjekkliste innenfor dette temaet kunne bidra og oppmuntre pasienten til å gi all viktig informasjon og da forhindre post operative komplikasjoner eller kansellering av operasjonen. Denne studien undersøker ikke primært den kjente sjekklisten til WHO (trygg kirurgi), men ønsker å standardisere spørsmål for det som er nevnt ovenfor (Harris et al, 2020). Jeg velger å inkludere denne artikkelen da jeg synes det var interessant med en pasientsjekkliste og den viser muligheter til at pasientene selv kan bli mer delaktig i sjekklisten og dermed sin egen sikkerhet.

Kisacik & Cigerci (2019) gjennomfører en studie som inneholder synspunkter og meninger til operasjonspersonalet om sjekklisten trygg kirurgi. Det er ansett som en viktig del av sikkerheten i den kirurgiske praksis og den undersøker bruken av den på operasjonsstuen. Selv om hovedmålet er å redde liv og forbedre livskvaliteten er praksis som ignorerer pasientsikkerhet i løpet av den kirurgiske prosessen og medisinske feil, hovedårsaken til alvorlige komplikasjoner på grunn av kirurgi. Studien sier at halvparten av uønskede hendelser i sykehus er assosiert med kirurgisk behandling og halvparten av disse igjen er feil som kunne

vært forebygget. Funnene viser at det til tross for god praksis innenfor bruk av sjekklisten ikke alltid er mulig å gjennomføre den slik det er ønsket. Studien trekker også frem at det kan være vanskelig å gjennomføre listen som operasjonssykepleier når man har mange andre oppgaver som også skal gjøres. Funnene viser at alle operasjonssykepleierne i denne studien er godt kjent med trygg kirurgi listen og de er positive til bruken av den og ser nødvendigheten av trygg kirurgi. Imidlertid uttalte de fleste at listen ikke ble brukt nok effektivt på operasjonssalene. Konklusjonen ble at det trengs en holdningsendring innen pasientsikkerhet og en forbedring av samarbeidet innen operasjonsteamet for at listen skal anvendes riktig og konsekvent. Studien sier også at den vanligste feilen globalt er at pasienten ikke er stedsmerket av kirurgen på forhånd og at det blir operert på feil sted til tross for at dette lett kunne vært unngått om standardprosedyrene til sjekklisten ble fulgt. Mangel på kommunikasjon i temaet ble trukket frem som en hovedårsak til dette. Det hevdes at operasjonssykepleieren kan være med å bidra til å skape nødvendig bevissthet i teamet ved å fungere som teamleder i bruken av sjekklisten (Kisacik & Cigerci, 2019). Denne er relevant for min studie da den konkluderer med at det trengs en forbedring i gjennomføringen av sjekklisten.

En rapport fra Statens helsetilsyn (2015) viser at det meldes inn feil i forbindelse med kirurgisk behandling. I 2015 var det 587 varsler fra spesialisthelsetjenesten og hele 73 av dem i forbindelse med kirurgisk behandling. Helsetilsynet beskriver også en tilsynssak der en pasient ble operert på feil side grunnet manglende rutiner og svikt i kontakt med pasienten før operasjonen. Trygg kirurgi blir nevnt i saken som en viktig bidragsyter for å unngå at slike ting skjer (Helsetilsynet, 2016). Dette understreker viktigheten av at vi som jobber på operasjonsstuen må ha som fokus å få iverksatt gode verktøy for å fremme pasientsikkerheten inne på operasjonsstuen, og en av disse momentene man kan starte med er å ta tak i gode nok rutiner på gjennomføringen av sjekklisten trygg kirurgi.

Det er flere viktige aspekter med sjekklisten (Murphy, 2019, s. 22). Hovedbudskapet er at skal man skal få en godt gjennomført sjekkliste må man ha på plass god kommunikasjon innad i temaet, med lik forpliktelse og engasjement til teamarbeid, samt å vise tillit og respekt for hverandre (Murphy, 2019, s.22).

Et forskningsprosjekt mellom Haukeland universitetssykehus og Førde sentralsykehus der effekten av å innføre sjekklisten ble målt etter en stegvis innføringsmodell. Studien undersøkte om sjekklisten kunne redusere alvorlige komplikasjoner, liggetid og dødelighet. Alle disse nevnte punkter viste seg å bli betydelig bedret med en samlet reduksjon på komplikasjoner fra 19,9% til 11,4% når sjekklisten ble brukt (Haugen & Dåvøy, 2019, s. 188). Derimot viste en stor kanadisk undersøkelse som skulle sammenligne en rekke prosedyrer over 3 måneder fra før og etter den ble tatt i bruk. Her fant forskerne ingen signifikant endring av komplikasjoner eller dødelighet, men også liten beskrivelse av hvordan den ble gjennomført (Haugen & Dåvøy, 2019, s. 188-189). Disse studiene har hovedfokus på bruken av selve sjekklisten og resultatet viser på den ene siden at den har effekt i å redusere komplikasjoner, mens på den andre siden ikke. Murphy (2019, s. 22) nevner dette med god kommunikasjon innad i operasjonsteamet. Det er vanskelig å finne forskning som går spesifikt på bare operasjonssykepleieren sin funksjon knyttet til sjekklisten, og det ville vært interessant å finne ut hvordan operasjonssykepleieren faktisk bruker sjekklisten.

Goodman (2015) finner at whiteboards øker pasientsikkerheten på operasjonsstuen. Studien består av en gruppe på 59 medlemmer av det kirurgiske team. De blir delt opp i to grupper der en gruppe kun mottar muntlig informasjon fra sjekklisten, mens den andre gruppen mottar muntlig informasjon lest opp fra whiteboard på veggen inne på operasjonsstuen. I etterkant svarer de på spørreskjema over hva de husker fra operasjonen. Gruppen som hadde whiteboard hadde 23,6 % høyere antall rett svarte spørsmål enn gruppen uten whiteboard. En av få studier som går direkte på whiteboard knyttet opp til sjekklisten og blir dermed svært relevant i min studie.

Mainthia et al (2012) sin observasjonsstudie resulterte i signifikant økning på gjennomføring av trygg kirurgi etter at teamets medlemmer startet med elektronisk whiteboard dokumentasjon under gjennomføringen. Kommunikasjonen innad i teamt ble bedret og informasjonen som ble delt inneholdt de viktige momentene fra sjekklisten. Dette resulterte i et viktig og nødvendig tiltak for å forbedre utfallet til pasientene og i å redusere komplikasjoner under operasjonsforløpet. Selv om dette omhandler elektronisk whiteboard finner jeg den relevant for min studie da det omhandler de samme tiltakene i å forbedre gjennomføringen.

En masteroppgave fra NTNU (2021), som jeg velger å ha med fordi den er nylig skrevet og en av suksesskriteriene de fant for gjennomføringen av sjekklisten var dette med bruk av whiteboard under trygg kirurgi (Ofstad og Ertsås, 2021).

3.0 Metode og forskningsdesign

Hensikten med studien min er å få kunnskap om operasjonssykepleiers erfaringer med bruk av whiteboard under gjennomføringen av sjekklisten trygg kirurgi. Jeg må velge meg en forskningsmetode som egner seg for mitt for mine forskningsspørsmål og viser vei gjennom prosessen. Det finnes ulike typer vitenskapsteorier og metoder å velge mellom (Malterud, 2021). Metoder er ulike framgangsmåter som skal gi svar på problemstillingen samt å sikre kunnskapen vi oppnår (Malterud, 2021). Jeg har valgt å bruke en kvalitativ metode basert på individuelle intervjuer og å bruke en fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapsteoretisk forankring av studien. Ved denne studien forsøker man å utforske og beskrive menneskers erfaring og forståelse av et fenomen. Dette kan komme til uttrykk gjennom handling eller ytringer og må sees i den sammenheng det kommer til uttrykk i. Man ønsker å få menneskets subjektive oppfattelse av sin livsverden, sannheten i deres levde liv (Polit & Beck, 2020). Jeg kommer i dette kapitlet til å belyse metoden jeg har valgt for å få svar på problemstillingen min. Først starter jeg med mitt vitenskapsteoretisk ståsted, så går jeg nærmere inn på den kvalitative metode. Etter dette vil jeg komme inn på den videre prosessen med rekruttering av informanter og datainnsamlingen.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Grunnen til at mitt vitenskapsteoretiske ståsted er satt sammen til fenomenologisk-hermeneutisk er fordi jeg studerer et fenomen, og da er jeg ute etter å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer med, og forståelse av noe (Christoffersen et al, 2015). I tillegg har jeg gjennom fortolkning av intervjuene dannet meg en forforståelse av fenomenet «bruk av whiteboard». Videre utdyper jeg mitt valg ved å inkludere litt mer om fenomenologi og hermeneutikk hver for seg.

3.1.1 Fenomenologi

«I fenomenologien rettes oppmerksomheten mot verden slik den erfarer for subjektet; ikke mot verden i seg selv uavhengig av personen som erfarer den. Fenomenologien analyserer og klarlegger hvordan verden konstitueres av vår bevissthet, og kalles ofte bevissthetsfilosofi eller konstitusjonsfilosofi» (Thornquist, 2019, s. 22).

Grunnleggeren av fenomenologien, Edmund Husserl, var opptatt av å forstå kunnskap, kunnskapens natur og vilkår. Hans hovedinteresse var å undersøke bevissthets og han konsentrerte seg om den måten fenomener er gitt for vår bevissthet på. Menneskets bevissthet er intensjonal i den forstand at den aldri er tom, den er alltid rettet mot noe, og den er alltid en bevissthet om noe (Ibid, 2019, s. 102).

Videre at et og samme fenomen kan oppleves individuelt ut ifra hver persons bakgrunn, interesse og forståelse. Den utforsker den subjektive opplevelsen av perspektivet i ulike situasjoner (Thornquist, 2019). To pasienter kan ha samme diagnose, men vil oppleve tilstanden forskjellig. Metoden skal gi økt forståelse og innsikt i andres livsverden. Vi må forstå mennesket (Christoffersen, et al., 2015).

For å analysere fortellingen i et fenomenologisk perspektiv, og finne forhold som er interessante og viktige må jeg finne ut av hva jeg har til hensikt å finne ut av. Historien forteller meg at det viktige i denne situasjonen er pasientens subjektive opplevelse. Er det min individuelle erfaring eller er det et fenomens struktur innenfor den bestemte konteksten som det er viktig å forstå (Halås & Kymre, 2017)?

3.1.2 Hermeneutikk

Grunnen til at jeg har valgt Hermeneutikken, eller fortolkningslære, er at den er veldig sentral i kvalitative metoder. Jeg fortolker teksten jeg har fått ut fra de intervjuene jeg gjennomførte. Jeg gjorde også fortolkninger underveis i selve intervjuene mens jeg gjennomførte de, over hva det var informantene mente. Som sykepleier og operasjonssykepleier har jeg laget meg en formening om hva trygg kirurgi innebærer og hvordan operasjonssykepleierne utøver den. Vi har alltid en forforståelse av noe, og tar med oss vår bakgrunn i forståelsesprosessen. Forskeren kan stille spørsmål etter betydning og mening av adferd og hendelser for å oppnå økt forståelse for hvorfor mennesker handler slik de gjør (Christoffersen et al., 2015, s. 53-55). Forforståelsen min i min kliniske problemstilling har jeg tilegnet meg gjennom yrkeserfaring som operasjonssykepleierstudent og operasjonssykepleier. Jeg må være bevisst min egen forforståelse slik at når data skal analyseres skal det være uten påvirkning av egne

synspunkter og følelser. Samtidig kan ikke vår egen forforståelse legges bort da man alltid vil ha egne synspunkt på ting, men da må vi forsøke å møte fenomenet vi skal undersøke så betingelsesløst som mulig (Christoffersen et al., 2015, s. 53-55).

Hermeneutikken er sentral i spørsmål som handler om fortolkning og forståelse. Den hjelper oss med å forstå hvordan vi forstår og hvordan vi kan gi verden mening. Et viktig begrep er forståelseshorisont. Det omfatter våre samlede oppfatninger, forventninger og erfaringer. «Teorien sier at vi kommer til sakene, teksten, handlingene, omgivelsene, situasjonene med en tankemessig og erfaringsmessig «bagasje» som er med og bestemmer det vi forstår – og det vi fortolker. Vi har alltid allerede en forutforståelse» (Gadamer, 2010 s. 314-322). Gadamer er et kjent navn i hermeneutikken og forståelsen av ordet fordom kom først og fremst fram fra hans filosofiske hermeneutikk. I hans tankeverden var dette et begrep som var nøytralt og viser til at noe går foran og forut: for-dom (Gadamer, 2010 s. 314-322). Gadamer skriver at den sikreste veien til å finne ut om det man forstår er riktig, er å lytte til den tradisjonen en selv står i. Det betyr at man må motstå en naiv tro på at virksomheten eller at en selv besitter sannheten. Han poengterer videre at humanvitenskapelig erkjennelse alltid har et element av selverkjennelse i seg. «Det er ikke tilstrekkelig å spørre seg selv om det som er erfart er riktig eller forstått. Man kan bedra seg selv til å tro at man har forstått rett uten at så er tilfelle» (Halås & Kymre, 2015, s. 95).

3.2 Intervju som kvalitativ forsknings metode

Kvalitative forskningsmetoder skal beskrive, fortolke og analysere karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved fenomenet som studeres. Forståelse søkes snarere enn forklaring ved denne metoden (Polit&Beck, 2020, s. 463-466). En og samme virkelighet kan sees ut ifra ulike perspektiver, og med dette vil mitt perspektiv og posisjon ha stor betydning for hva slags kunnskap som kommer frem. Jeg som forsker blir ansett som en aktiv deltaker innenfor den kvalitative forskningstradisjonen og en stor forskjell mellom kvantitativ data og kvalitativ er at i kvantitativ metode har forskeren spesifisert en undersøkelsesmetode før de begynner å samle inn data. Mens i kvalitative metode utvikler metoden seg mens den pågår. Det skal være tid til refleksjon underveis i studien (Polit & Beck, 2020, s. 463). Intervju er en egnet metode innen kvalitativ forskning. Det egner seg godt når man ønsker å studere holdninger, meninger og erfaringer. Samtalen gir innblikk i verden sett fra informantenes synspunkt (Christoffersen et al., 2015, s. 71). Min strategi for å innhente data var gjennom semistrukturerte intervju. Det baseres på at jeg har laget en intervjuguide på forhånd med

ulike kategorier og underspørsmål til disse. Dette var et godt verktøy for meg som ny forsker å ha noe håndfast til å rettlede meg under intervjuene. Metoden er godt egnet når man ønsker å sette nytt fokus på problemstillinger hvor en på forhånd ikke har oversikt over svaralternativene eller om man vil sette nye spørsmål på dagsorden (Malterud, 2021).

3.3 Rekruttering og utvalg av informanter

I en kvalitativ studie er det ønskelig med fyldige beskrivelser fra informanter som er rike på informasjon rundt den problemstillingen jeg ønsker svar på. Jeg utførte dermed et strategisk utvalg i min rekruttering av informanter (Malterud, 2021). Dette innebærer at jeg må velge informanter med de egenskaper og kvalifikasjoner som er strategiske når det gjelder å svare på problemstillingen (Christoffersen et al., 2015, s.85).

Det var vesentlig i dette prosjektet at informantene hadde erfaring med bruk av whiteboard. Jeg ønsket derfor at informantene hadde minimum 1/2 års erfaring med bruken av whiteboard. I tillegg ønsket jeg at informantene skulle ha jobbet minst 1 år som operasjonssykepleiere. Jeg vet av erfaring at det tar tid å sette seg inn i alt som finnes av rutiner, utstyr og prosedyrer i en operasjonsavdeling. De måtte også jobbe mer enn 50% stilling slik at grunnlaget for å svare på problemstillingen ble bedre. Selv om man søker informanter som har en målrettet erfaring på problemstilling, ønsker man å utforske et mangfold av individuelle erfaringer, samtidig som man ser etter deltakere som er ulike på annet vis, men som deler lignende erfaringer når det kommer til problemstillingen i studien (Polit & Beck, 2020, s.499). Et ekskluderende kriterium var operasjonssykepleiere som var kollegaer av meg.

Jeg startet med å finne ut hvilke sykehus som hadde tatt i bruk whiteboard ved deres operasjonsavdelinger. På Facebook er jeg medlem i en gruppe som kalles «operasjonssykepleiere» (Tjønndal og Fylling, 2021). I den fortalte jeg at jeg var masterstudent og om tema for oppgaven, og at jeg etter hvert kom til å trenge informanter til mitt masterprosjekt. Der fikk jeg mange tilbakemeldinger på hvordan de ulike sykehusene utfører sjekklisten. Noen hadde whiteboard, mens andre gjorde kun muntlig gjennomføring. Jeg ønsket å finne informanter fra ulike sykehus, og sendte informasjon til tre ulike sykehus. Jeg fikk raskt svar fra det ene at de hadde to informanter til meg. De siste to sykehusene brukte noe tid på å svare meg, men etter hvert fikk jeg beskjed fra sykehus nummer to at de hadde tre informanter. Av disse tre var det kun to som til slutt hadde mulighet å gjennomføre intervjuet.

Ifølge Polit & Beck (2020) blir det fremhevet at metningen av data avgjør om man har tilstrekkelig informanter. Kvale og Brinkmann (2015) sier at det skal intervjues så mange personer som det trengs for å finne ut av det man forsker på. Videre sier de at antall intervju avhenger av forskningsspørsmålet og at man skal gjennomføre intervju til et metningspunkt er nådd (Kvale & Brinkmann, 2015). Det vil si at om jeg intervjuer flere personer vil det ikke komme fram noen ny informasjon som er av særskilt betydning for å besvare min problemstilling. Etter samråd med veileder endte det med at jeg kunne avslutte intervju runden etter 4 individuelle intervju, da det viste seg etter disse fire at et metningspunkt var nådd (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg hadde fått nok data til å gjennomføre studien. Jeg gjennomførte til slutt 4 individuelle intervjuer og fikk informert samtykke av disse. En av informantene hadde jobbet i 6 år, en i 10 år og de to siste i over 20 år.

Jeg gjennomførte et pilotintervju i forkant av selve hoved intervjuene. Dette var til god hjelp for å finne ut om metoden fungerte slik jeg tenkte, og at intervjuguiden var satt opp på en slik måte at jeg fikk besvart de spørsmål som omhandlet problemstillingen min. En operasjonssykepleier jeg studerte sammen med meldte seg frivillig til å delta. Dette var til god hjelp og jeg justerte på noen av spørsmålene og jeg fjernet noen som omhandlet mye av de samme tingene slik at det ikke skulle bli mye gjentakelser under selve intervjuene. Jeg laget meg også noen flere oppfølgingsspørsmål som jeg kunne stille dersom informantene ikke kom på mer å si. Gjennomføringen var nyttig og jeg følte meg tryggere i situasjonen, og på hvordan jeg skulle vinkle intervjuet inn på de temaene jeg ønsket å belyse. I tillegg fikk jeg en bedre oversikt over hvor lang tid intervjuet kom til å ta, det gikk faktisk mye kortere tid enn jeg ville forutsett uten et pilotintervju. Dette kunne jeg deretter informere informantene om i informasjonsskrivet. Vedlagt intervjuguide (se vedlegg nummer 3) er utarbeidet med utgangspunkt i problemstilling, teori, forskning og erfaring fra operasjonssykepleiere.

3.4 Gjennomføring av datainnsamling

Før jeg kunne ta kontakt med sykehusene og før søknaden kunne sendes til NSD, måtte jeg utarbeide en intervjuguide. Jeg måtte finne ut hvordan jeg ønsket å gjennomføre intervjuene. Å utføre kvalitative intervjuer er en fleksibel måte å samle inn data på, og også den mest brukte (Christoffersen et al., 2015, s. 71). Det finnes ulike typer intervju, jeg velger å bruke semistrukturerte individuelle intervjuer. Denne typen intervju har en overordnet intervjuguide, som utgangspunkt, mens spørsmål, rekkefølge og temaer kan variere. Jeg som intervjuer kan

bevege meg fram og tilbake underveis (Christoffersen et al., 2015, s. 74). I forkant av intervjuene må jeg utarbeide intervjuguiden som inneholder relevante temaer som for eksempel pasientsikkerhet og sjekklisten trygg kirurgi, samt oppfølgings spørsmål som er med på å styre samtalen.

Denne typen intervju vil gi et godt innblikk i operasjonssykepleierens opplevelser, erfaringer og refleksjoner. Ifølge Malterud (2021) vil semistrukturerte individuelle intervju bidra til trygghet og en rolig atmosfære. Jeg ønsker med denne typen datainnsamling å få i gang «den gode samtalen». Polit og Beck (2020) beskriver at spørsmålene jeg stiller i intervjuet skal lede informantene til å gi detaljrik informasjon om fenomenet som skal studeres. Jeg som forsker sørger for at spesifikke emner er dekket i intervjuet mitt ved hjelp av intervjuguiden, som følger en logisk rekkefølge, gjerne kronologisk, for å sikre at vesentlig informasjon blir inkludert. Jeg vet hva jeg skal spørre om, men kan ikke forutsi hva svarene blir. Denne teknikken gjør at all nødvendig informasjon blir sikret samt at informantene får frihet til å snakke fritt om temaet (Polit & Beck, 2020).

Jeg vurderte også fokusgruppeintervjuer. Det positive med den metoden er at den bringer fram felles samspill og assosiasjoner man ikke får i individuelle intervjuer. Covid-situasjonen kan gjøre det vanskelig på nåværende tidspunkt å få gjennomført et gruppeintervju. En annen ulempe er at verdifull informasjon kan gå tapt hvis gruppedynamikken ikke er optimal, eller at informantene ikke ønsker å dele sensitiv informasjon (Malterud, 2021).

Jeg gjennomførte intervjuene i Februar-mars 2021. Grunnet lang reisevei til de ulike sykehusene og da dette er en lavrisiko prosjekt som ikke involverer sensitive data, fikk jeg gjennomført intervjuene på den digitale plattformen zoom (Tjønndal og Fylling, 2021, s. 121-122). Dette fungerte over all forventning, jeg hadde gode samtaler med alle informantene og det var et ekstra pluss at vi fikk sett hverandre til tross for at vi befant oss på ulike steder i landet. Jeg informerte informantene kort om deres rettigheter og sikret meg at de hadde lest informasjonsskrivet og skrevet under på samtykkeskjema. Det hadde alle gjort, og jeg fikk de tilsendt som pdf.fil på e-post i forkant av intervjuene. Jeg informerte de om at jeg kom til å ta litt notater underveis i tillegg til båndopptakeren. Intervjuene hadde en varighet fra 15-25 minutter. Jeg merket at det var ulikt tempo på de ulike informantene slik at noen svarte veldig kort og presist på det jeg spurte om, mens andre utbroderte litt mer og gav mer detaljrik informasjon.

Under selve intervjuene brukte jeg intervjuguiden aktivt. Jeg fikk tilbakemelding fra en av informantene at det var positivt at jeg hadde spørsmålene under ulike hoved kategorier som «kommunikasjon» og «pasientsikkerhet», på den måten klarte hun automatisk å peile seg inn på de ulike tankegangene før spørsmålene kom. Jeg merket på meg selv at jeg var mye mer stille på de første intervjuene, mens på de siste spurte jeg mer oppfølgingsspørsmål på områder jeg ikke hadde fått mer utdypende svar. Det overasket meg hvor konsentrert man må være i selve intervjusituasjonen.

3.4.1 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp på håndholdt lydbåndopptaker og transkribert i etterkant. Jeg transkriberte intervjuene så snart som mulig etter selve intervjuene slik at det meste av informasjon var ganske ferskt og jeg kunne med det begynne å planlegge analysen av intervjuene. Transkripsjon kan være lurt å utføre selv ettersom man selv husker detaljer og momenter som kan oppklare uklarheter (Malterud, 2021). I prosessen med transkriberingen ble det foretatt konsentrert skrivning og lytting flere ganger, slik at jeg forsikret meg om at alle ord ble transkribert ordrett for å unngå feiltolkninger og for å få et helhetsinntrykk av materialet. Ordrett omskriving fra opptakene er veldig viktig for å få en best mulig forberedelse for dataanalyse, og forskere trenger å forsikre leseren om at transkripsjonen gjenspeiler intervjuopplevelsen og er nøyaktig utført (Polit & Beck, 2020). Den transkriberte teksten er et resultat av de fire enkelt intervjuene som ble gjennomført. Etter transkriberingen av intervjuene satt jeg igjen med om lag 9500 ord. Jeg sorterte intervjuene i tema for å lettere kunne se funn og hva som hørte sammen opp mot hverandre. Deretter trakk jeg ut sitater fra de ulike intervjuene og fargekodet disse under sine tilhørte tema. Jeg valgte videre å bruke *systematisk tekstkondensering* når jeg skulle analysere materialet jeg hadde (Malterud, 2021, s. 97).

3.5 Analysemetode

Hensikten med dataanalyse er å organisere, strukturere og fremkalle mening fra innsamlet data. Den kvalitative analyseringen krever detaljert bearbeidelse ved nøye gjennomlesning flere ganger på jakt etter forståelse og mening (Polit & Beck, 2020, s.530-531). Ved å analysere intervjuene deler forskeren opp de data han har fått og skaper nye mønstre som består av tematisering, systematisering og kategorisering av materialet (Nielsen et al., 2021, s. 180).

Det finnes ulike tilnæringer til kvalitative analysemetoder. En av de er «Grounded Theory», som er å bygge teori fra data. Den ble utviklet på 1960 tallet av Glaser og Strauss (Christoffersen et al., s. 133). Metoden gir en systematisk tilnærming til organisering, struktur og analysearbeidet skjer gjennom flere nivåer med koding av data (Christoffersen et. al, s. 147). I tillegg har du fenomenologisk analyse inspirert av Giorgi (1985) som har til formål å utvikle kunnskap om deltakernes livsverden innenfor et bestemt felt. Denne studien har tatt for seg en analyseprosess som er inspirert av trinnene i Malteruds systematiske tekstkondensering. Analysemetoden er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og senere modifisert av Malterud (Malterud, 2021). Denne analysemetoden omfatter en spesifikk framgangsmåte for kondensering og abstrahering av data, og gir nybegynnere en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte.

Malteruds systematiske analysemodell gjennomføres i fire trinn:

1. Få et helhetsinntrykk
2. Identifisere meningsbærende enheter
3. Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold
4. Sammenfatte det jeg har funnet

3.5.1 Trinn 1: Helhetsinntrykk

I trinn en måtte jeg gjøre meg kjent med materialet. Jeg leser gjennom den transkriberte teksten flere ganger for å få et helhetsbilde, og for å vurdere mulige temaer på hvordan operasjonssykepleierne opplever bruken av whiteboard under gjennomføring av trygg kirurgi. Allerede her i trinn en ser jeg deler av teksten som ikke er relevant for min problemstilling og som jeg må kvitte meg med. Jeg må arbeide aktivt for å sette forforståelse og teoretisk referanseramme til side. Jeg må stille meg åpen til de inntrykkene som materialet formidler (Malterud, 2021, s. 99). Foreløpig er det fugleperspektivet som gjelder. Det er viktig at ikke datamaterialet er for omfattende på dette stadiet i prosessen. I følge Malterud (2021) kan man allerede på dette trinnet i analysen finne frem til en plass mellom fire til åtte temaer som er med på å vekke vår oppmerksomhet (Malterud, 2021, s. 99). Jeg satt med mine transkriberte intervjuer og noterte ned temaer jeg fortløpende fant interessant, og etter de første gjennomlesninger hadde jeg alt for mange temaer, hele 17 stykker. Etter ytterligere gjennomlesninger fant jeg at mange gikk i hverandre og landet dermed på 8 temaer. Mine

foreløpige temaer på dette trinnet er: Sjekklisen er synlig for alle, ansvarsfordeling, samarbeid, tydelig system, pasientsikkerhet, kommunikasjon, dokumentasjon og personavhengig.

3.5.2 Trinn to: Identifisere meningsbærende enheter

I andre trinn i analysen måtte jeg igjen se på de temaene jeg hadde skrevet og finne en måte å sortere de ulike hovedgruppene på. Det handler om at en skal finne meningsbærende enheter og deretter systematisere dem (Malterud 2021). Her nevner Malterud det er en stor fordel å gjennomføre analysen sammen med en annen forsker (Malterud, 2021, s. 100). Samtidig nevnes det at det ikke er gitt at resultatet blir bedre jo flere som deltar. Det som er relevant tekst, skilles fra irrelevant tekst. Malterud (2021) sier at for å finne meningsbærende enheter, velger jeg ut tekst som på en eller annen måte bærer med seg kunnskap om ett eller flere av temaene fra første trinn. Det er ikke noe fasit på om de må være lange eller korte (Malterud, 2021). Jeg må her prøve å samle meg om tre til fem foreløpige temaer som danner grunnlag for kodegrupper. Jeg må konsentrere meg om tekst som kan belyse min problemstilling. All tekst skal gjennomgås systematisk og grundig, slik at jeg ikke bare tar med det som ved første blick virker mest passende (Malterud, 2021, s. 101). For å få best mulig oversikt i denne prosessen, benytter jeg meg av markeringstusjer i ulike farger for å markere de meningsbærende enhetene, deretter blir de plassert i den kodegruppen de tilhører (Malterud 2021). Denne delen omtaler Malterud (2021) som dekontekstualisering, noe som defineres som koding. Ved å gjøre det slik vil de meningsbærende enhetene bli mer systematiserte. For meg som forsker kan dette bidra til en mer effektiv måte å kunne kartlegge og bearbeide tekst som vil være relevant for problemstillingen og temaet i oppgaven. Underveis i prosessen kan kodingen av de meningsbærende enhetene forandre seg (Malterud 2021). Jeg merket underveis at temaene fra trinn en endret seg noe, enten gikk de sammen til en ny felles kode eller så oppdaget jeg nye data som ga mer svar til forskningsspørsmålene mine.

De meningsbærende enhetene ble i denne fasen kodet som:

Koder i trinn to	Meningsbærende enheter
1. Et felles fokus	«... du ser veldig tydelig, hele teamet ser hvilke punkter som er gått igjennom ...»
2. Ansvarsfordeling	«vi har måttet justert oss litt etter hvilken stue vi er på alt etter som hvem som tar lista og hvor lista er plassert i rommet.» «det har blitt et samla fokus, det

	<i>har blitt alle sitt ansvar, før var det operasjonssykepleier som gikk med den i handa»</i>
3. Tydelig system	<i>«man har spart seg for misforståelser og det ene og det andre fordi rutinene blir satt i system og da blir det som er viktig og følges opp videre det blir tatt og avgjort der og da»</i>
4. Strukturert kommunikasjon	<i>«Det ser ut som hele teamet ser verdien av å ha en sånn time-out med tavla tre ganger å bare puste litt, og tenke seg om, har vi gjort alt vi skal? Kirurger og alt slipper callinger og mas i etterkant, når vi har klart å få gjennomgått og fått gitt de beskjeder som skal gis da før de forlater, man har fått strukturert kommunikasjonen sin»</i>
5. Oversiktlig	<i>«Det er mye bedre å ha lista på veggen, der alle får sett lista og hva som står der og ingen treng som før å fer å leite etter den»</i>
6. Dokumentasjon	<i>«vi e opptatt av at vi må skriv ordentlig ned i den tavla, hva vi har bestemt, hvilke verdier, hva vi skal operere, så slipper du å begynne å lure på hva de sa om det.»</i>
7. Personavhengig	<i>«altså operasjonssykepleier føler nok mer litt sånn spesielt ansvar for det i og med at det er vi som er definert at skal ta den tavla, jeg opplever ikke kirurgen er like opptatt av det, men det er også veldig personavhengig»</i>

Valg av koding kan vitne om forskers forståelse av datamaterialet eller hvordan man kan få belyst problemstillingen ved hjelp av bevisste veivalg (Christoffersen et al., 2015). Ved gjennomlesning av materialet med de meningsbærende enhetene, oppdager jeg at kode 3) tydelig system, 4) strukturert kommunikasjon og 5) oversiktlig kan gå sammen i koden, 1) et felles fokus. Malterud (2021) sier også at det kan lønne seg å gå noen skritt tilbake og vurdere om noen av kodegruppene kan slås sammen eller reformuleres (Malterud, 2021, s. 104). Ved avslutning på dette trinnet sitter jeg igjen med kodene: Et felles fokus, ansvarsfordeling, dokumentasjon og personavhengig.

3.5.3 Trinn 3: fra kode til mening

Det tredje trinnet tar for seg kondensering av innholdet i de meningsbærende enhetene. Dette gjøres ved å abstrahere kunnskapen som ble dannet i det andre trinnet av analysen. Her må de

meningsbærende enhetene identifiseres og kodes (Malterud, 2021). I denne fasen oppdaget jeg det kunne være kodegrupper med få meningsbærende enheter eller som ikke kunne ansees å være meningsbærende enheter. Det er nødvendig med en større grad av fleksibilitet for å gradvis kunne omforme de opprinnelige inndelingene fra tema til koder etter hvert som jeg ble mer kjent med materialet mitt (Malterud, 2021). Jeg har med meg et kritisk blikk mot hva som kommer frem og som kan relateres til problemstillingen. Det relevante datamaterialet ble sortert i kodegrupper, mens irrelevant tekst uten meningsbærende enheter ble foreløpig lagt til side. Jeg så etter spesielle nøkkelord og særtrekk som kunne representere deltakernes likheter og ulikheter. Subkategoriene kan bidra til å belyse fellestrekk og nyanser ved fenomenet som studeres (Malterud, 2021).

Jeg hadde nå fire kodegrupper og 14 subgrupper

Kodegrupper	Alle kan følge med på tavla når gjennomføringen av sjekklisten pågår	Ulik ansvarsfordeling	Viktigheten av dokumentasjon i white board	Ulikt engasjement til tavlebruk
subgrupper	Synlighet	Plassering av white board styrer	Pasientsikkerhet	Personavhengig
	Standardisert	Strukturert kommunikasjon	Kunnskap	Mye som skjer
	Alle skal stoppe med det de holder på med	Et Tydelig system	Effektivitet	Tidspress
		Man må ha en tydelig stemme i teamet	Ulike inngrep-ulik dokumentasjon i whiteboard	

Jeg utarbeidet et kunstig sitat til subgruppene som Malterud (2021) omtaler som kondensater. De ble utformet i «jeg-form» og det skal være tydelige spor av informantene sine ord og begreper. Dette gjøres for å sikre at analysen formidler det som informantene har fortalt (Malterud, 2021, s. 107). Til sist velger man ut et «gullisitat» som best mulig kan illustrere det som er sammenfattet (Malterud, 2021, s. 108).

3.5.4 Trinn 4: sammenfatning

I denne delen skal jeg sammenfatte det jeg har funnet. Etter dekontekstualiseringen, som er beskrevet tidligere, vil delene her rekontekstualiseres. Med bakgrunn i subgruppenes kondensater og gullisitat, ble det utformet analytiske tekster som ble

operasjonssykepleierens stemmer, og utgjorde samtidig resultatene (Malterud, 2021). Målet med analysen er å utvikle nye beskrivelser. Ivaretagelsen av informantens stemmer er viktig, og vil gi leseren innsikt og tillit (Malterud, 2021). Ved slutten av sammenfatningen og analysen endte jeg opp med fem ulike hovedtemaer:

1. Tydeligere ansvarsfordeling
2. Viktig informasjon dokumenteres i whiteboard
3. En opplevelse av et synlig og tydelig system
4. Pasientsikkerhet
5. Tidspres kan påvirke engasjement til å gjennomføre sjekklisten

3.5.5 Forskningsetiske refleksjoner

Jeg som forsker må ivareta forskningsetiske prinsipper, som særlig dreier seg om informantens rett til autonomi og selvbestemmelse. Jeg har plikt til å respektere informantens privatliv og ansvar for å unngå skade (Christoffersen et al., 2015, s. 51).

Når mennesker brukes som deltakere i studier må hensyn tas for å forsikre at deres rettigheter ivaretas (Polit&Beck, 2020, s. 137). Denne studien har fulgt etiske regler for sykepleieforskning, som er regulert på et overordnet nivå gjennom Helsinkideklarasjonen. Den inneholder veiledende regler for helsepersonell som arbeider med studier som omfatter mennesker (Christoffersen et al., 2015). Det som står sentralt her er det informerte samtykke fra informantene slik at de blir beskyttet mot farer som følge av forskningen. Jeg må tenke nøye gjennom etiske krav og hensyn gjennom hele studiens faser, i planleggingen og i gjennomføringen, og spørre meg selv kontinuerlig om regler for å beskytte deltakerne er tilstrekkelig gjennomført (Polit & Beck, 2020, s. 157). Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helse har utarbeidet retningslinjer og veiledere. Disse retningslinjene er relevante for meg, og kan sammenfattes i tre typer hensyn som jeg som forsker må tenke gjennom (Christoffersen et al., 2015, s. 45).

1. Informantens rett til selvbestemmelse.

Vedkommende skal bli uttrykkelig informert og frivillig samtykke til å delta, og kan på hvilket som helst tidspunkt trekke seg fra studien.

2. Forskerens plikt til å respektere informantens privatliv.

Deltakerne skal ha rett til å bestemme «hvem de slipper inn» i livet sitt og «hva som slippes» ut av informasjon. Den enkelte skal ha rett til å nekte forskere adgang til private opplysninger. Informanter må være sikre på at informasjon de gir ut til undersøkelsen ikke kan identifiseres.

2. Forskerens ansvar for å unngå skade.

Man må vurdere ved innsamling av data ved intervjuer for eksempel kan berøre følsomme og sårbare områder som gjør at informanten får vanskeligheter med å bearbeide det i ettertid.

Dette er særlig relatert til medisinsk forskning (Christoffersen et al., 2015, s. 45).

Prosjektet innehar personopplysninger og er dermed meldepliktig til NSD. Informasjonsskriv med samtykkeskjema, datamaterialet og intervjuguiden ble sendt NSD som er et personvernombud for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Jeg fikk tillatelse til å samle inn data ved å gjennomføre intervju (se vedlegg nr. 1).

Avdelingslederne ved de ulike sykehusene gav deretter tillatelse til å intervju informanter hos respektive arbeidsteder.

Videre fikk alle informantene delt ut et informasjonsskriv i forkant av intervjuene (se vedlegg nummer 2). Der fikk de informasjon om at det var frivillig å delta i studien. Samt informasjon om taushetsplikt og retten til å trekke seg både før, under og etter deltakelse. De fikk fyldig informasjon om at den informasjonen som blir samlet inn skal kun brukes til det formålet dataene er samlet inn for, og skal ikke benyttes i andre sammenhenger (Christoffersen et al., 2015, s. 50). De fikk informasjon om at all datainnsamling blir tatt godt vare på og at ingenting kommer på avveie (Malterud, 2021). Samtykkeskjema fikk jeg signert i retur hos alle informantene i forkant av intervjuene. Jeg informerte om at all data ville bli slettet etter at prosjektet er avsluttet.

3.5.6 Metodekritikk

I enhver forskning vil man kunne finne svakheter, perspektiver, områder eller faktorer som ikke er inkludert, eller faktorer som påvirker studiet og slik påvirke både gyldighet og pålitelighet (Christoffersen, et al., 2015). Da jeg startet dette prosjektet, vurderte jeg å utføre fokusgruppe intervjuer istedenfor individuelle intervju. Ved å utføre det som fokusgrupper, kunne jeg fått tilgang til et større antall erfaringer, meninger og opplevelser som gjelder det fenomenet jeg vil undersøke. På den annen side vil gruppesamtaler gi en annen type kunnskap enn individuelle samtaler fordi situasjonen er forskjellig (Malterud, 2021, s. 140). Siden jeg var ny i forskerrollen, så jeg det som hensiktsmessig med individuelle samtaler, også fordi det kan være lettere for informanter å åpne seg opp om et tema uten forstyrrelser fra andre (Polit

& Beck, 2015). Jeg ser i etterkant at dette var en god metode for meg, ettersom fokusgruppeintervjuer kan kreve mer erfaring for å gjennomføre. Gruppeintervjuer kan føre til at jeg som forsker lettere kan miste kontroll over intervjusituasjonen. Jeg må være mye mer strukturert slik at alle informantene som er til stede får snakket, men samtidig at de holder seg innenfor temaet (Kvale & Brinkmann, 2015). Min begrensede erfaring med å være forsker kan være et hinder for å fremskaffe viktig informasjon som kan ha betydning for oppgaven. Det kan være at en operasjonssykepleier med lenger erfaring enn meg hadde hatt helt andre spørsmål til informantene, men like fullt er saken et fenomen som har berørt meg sterkt i den korte tiden min i faget. Jeg har laget spørsmålene i intervjuguiden så åpne som mulig for å skape mest mulig rom for informanten, slik at det ikke skal utvikle seg til en asymmetrisk relasjon mellom forsker og informant (Kvale & Brinkmann, 2015). At ikke informanten svarer det han tror jeg vil at han skal svare. Intervjuene ble gjennomført via zoom (Tjønndal og Fylling, 2021). ¹Både jeg og informantene var veldig fornøyde med løsningen og opplevde ingen hinder som gjelder vanskelig innlogging eller dårlig lyd kvalitet. Ulempen med å gjøre det på denne måten, er at vi ikke fikk møtt hverandre personlig og heller ikke på deres arbeidssted. Ved å møttes personlig kunne det oppstått andre temaer man ønsket å fokusere på videre inn i intervjuet, og som kanskje hadde gitt flere aspekter til fenomenet. I tillegg kunne jeg fått omvisning og kanskje sett hvordan deres tavlebruk utartet i praksis. Nå har jeg kun informanter som er operasjonssykepleiere, men hadde informantene vært en blanding av teamets medlemmer, kunne jeg fått ulike syn på whiteboard som verktøy ut ifra hva den enkelte jobber med.

Når det gjelder Malteruds systematiske tekstanalyse var den ganske ukjent for meg i starten, så jeg brukte jeg mye tid å lese meg opp på de ulike trinnene i analyseprosessen. Fordelen med den var at jeg fikk god kjennskap til dataene mine, da dette var en tidkrevende prosess. Til slutt kom jeg fram til ulike kategorier i datamaterialet som jeg mener presenterer funnene mine på en god måte.

3.5.7 Egen forskerrolle

Malterud (2021) hevder at som forsker må jeg være innstilt på muligheten av at jeg må forkaste konklusjoner og resultater som jeg trodde jeg hadde. Jeg skal heller ikke ta tingenes

¹ Se side 19 i denne masteroppgaven.

tilstand for gitt eller vente på overraskelser, men heller lete etter konfrontasjoner med egne posisjoner og forestillinger. Som forsker skal jeg være refleksiv å vise vilje og evne til å stille spørsmål ved egne fremgangsmåter på ting i form av ettertanke og tvil (Malterud, 2021, s. 19). Prosessen med å arbeide med denne oppgaven har variert mye. En oppgave jeg har hatt svært lyst til å gjennomføre – jeg har gledet meg til å intervju- å finne ut av noe nytt, men samtidig har det vært skremmende på mange områder, fordi det nettopp er noe nytt og ukjent jeg går inn i. Det har vært lærerikt å få innblikk i andres erfaringer på noe jeg selv har kjent på som svært viktig å finne ut av. Ikke minst kjenner jeg på hvor viktig det er å belyse denne tematikken for å bidra til et økt fokus på pasientsikkerheten. For pasienter som legger seg under kniven på operasjonsavdelingene våre, skal det være trygt.

3.5.8 Gyldighet

I denne studien drøftes resultatene opp mot teori og eksisterende data på området. Denne måten å analysere data materialet er med på å skape en analytisk generalisering (Polit & Beck, 2020). For å øke gyldigheten bør det være informanter med relevant erfaring, velge egnet datainnsamlingsmetode, samt innhente riktig mengde data (Polit & Beck, 2020). I min studie har jeg gjort rede for ulike valg jeg har tatt underveis. Valg som gjelder for utvalg av informanter, problemstilling, fremgangsmåter, datainnsamling og analyseprosess. Resultatene i denne studien kan forstås fra sentral teori på området, og vil dermed kunne tillegges gyldighet ut over de fire informantene i denne oppgaven. Jeg var bevisst min egen forforståelse under intervjuene og prøvde ikke å lede samtalen i min favør eller inneha personlige meninger. Gyldigheten på studien ble styrket ved at jeg transkriberte alt material selv og leste gjennom det flere ganger og tok nye notater av det underveis.

3.5.9 Pålitelighet

Pålitelighet knytter seg til nøyaktigheten av dataene i undersøkelsen; hvilke data som brukes, hvilken måte den samles inn på og hvordan de bearbeides (Christoffersen et al., 2015, s. 23). Min måte å fremstille blant annet utvalg av informanter og analyseprosessen mener jeg kan sees på som et bidrag til studiens pålitelighet. Jeg har presentert direkte sitater fra studien i analyseringen for å vise for leseren hvordan prosessen har foregått. Jeg har hatt god dialog og åpenhet om studien med veileder som har lang erfaring innen forskning, samt hatt fremlegg

for andre master studenter og veiledere innen forskning i starten av prosjektet. Der fikk jeg belyst studien fra flere innfallsvinkler.

4.0 Resultat

Jeg vil nå presentere funnene mine etterfulgt av en diskusjon av disse. Jeg har kategorisert funnene etter underproblemstillingene som er presentert under punkt 1.4. i *presentasjon av forskningsspørsmål*. Dette har jeg gjort for å belyse forskningsspørsmålet som er: ***Hvordan utføres og oppleves bruk av whiteboard som verktøy under gjennomføring av trygg kirurgi blant operasjonssykepleiere?*** Hver av disse underproblemstillingene deles inn i underkategorier som jeg redegjorde for i metodekapittelet under punkt 3.5.4 *sammenfatning*. Så er disse et resultat av den systematiske tekstkondenseringen jeg foretok under analysen av datamaterialet. Dette gjorde jeg for å få en bedre oversikt over forskningsspørsmålene mine og for å belyse problemstillingen min på en best mulig måte. Jeg vil legge frem sitater fra informantene som er med å belyse funnene mine.

4.1 Hovedkategori 1: Hvordan praktiseres gjennomføringen av sjekklisten etter whiteboard ble tatt i bruk?

Alle informantene i prosjektet hadde erfaring med hvordan det ble praktisert tidligere med kun en muntlig gjennomgang av sjekklisten. De hadde dermed et sammenligningsgrunnlag for dagens måte de gjennomfører det på. Grunnen til at de hadde begynt med dette var at det var ansatte hos de som hadde hospitert på plasser der de brukte whiteboard, og sett at dette kunne være et nyttig verktøy i gjennomføringen.

4.1.1 Tydeligere ansvarsfordeling

Det var en tydelig felles oppfatning hos alle informantene om at etter de tok i bruk whiteboard var det blitt en tydeligere ansvarsfordeling i teamet når det kom til hvem som skulle stille spørsmål og hvem som skulle skrive på tavla. Før kunne det være mer uavklart hvem som tok sjekklisten. Sykehusene hadde fordelt ansvaret ulikt mellom de ulike teammedlemmene og det gikk også på ulikt engasjement hos team medlemmene. Her kommer sitater som sier en del om hvordan de nå praktiserer gjennomføringen;

«Det kommer litt an på hvordan stua er forma og hvor tavla er henne for vi har på noen stue er det anesthesi sykepleier som stiller spørsmålene som står i hodeenden på pasienten, og så er det operasjonssykepleier som merker av på tavla. Og på noen stuer har vi tavla like ved hodeenden til pasienten så da er det både anesthesisykepleier som stiller spørsmål og krysser av på tavla.»

På det andre sykehuset var det mest praktisk at operasjonssykepleierne gjorde begge delene, men også der kunne tavla være plassert litt langt unna pasienten på noen stuer slik at de måtte få hjelp hos anesthesisykepleierne å stille spørsmålene.»

Som en av informantene sa:

«Og så er det da den koordinerende operasjonssykepleier som leser opp alle punktene krysser av og skriver korte notater hvis det er noe spesielt som vi skal huske på.»

I sammenheng med dette sa en annen:

«Det hender man føler at man står litt unna ja sånn at når man begynner å krysse så er det jo gjerne at anesthesi må kanskje gjenta spørsmålet til pasienten fordi jeg kommer så langt unna at det er vanskelig å få den øyekontakten da.»

Det nevnes at man må ha disiplin nok til å tørre å si fra hvis noen starter på lista uten å se om alle i teamet er klare, da det skal foregå uten at man gjør andre ting.

«Alle skal stopp med det de gjør og skal ikke ta den bare for å fylle tiden med noe, og da må vi jo prøve å være litt sånn flink og gjøre det for ikke så lett når kirurgene kommer inn og er klar for å ta lista, bare noen må si tydelig fra at vi må bare gjøre oss ferdige med det vi skal gjøre først, for da skal jo og alle være stille og ikke holde på med noe anna.»

Angående engasjement til tavle bruk ble det blant annet sagt dette:

«Operasjonssykepleier tror jeg føler litt sånn spesielt ansvar for det i og med at det er vi som på en måte er definert, som skal dokumentere det, og det er vi som er definert at skal ta den tavla - jeg opplever nok ikke at kirurgen er like opptatt av det, det er også veldig personavhengig.»

4.1.2 Viktig informasjon dokumenteres i whiteboard

I whiteboard krysses ikke bare punktene av, men informantene forklarer en av fordelene med bruken er det også skrives ned viktig informasjon som gjelder pasienten og inngrepet;

«Vi har snakka om det at det er ikke bare å hake av på tavla, men at du kanskje skriv initialene til pasienten, pasienten sitt navn, skriv for eksempel hvilket kne det er, hvilken side, skriv høyre kne, venstre hofte for at man skal få en sikkerhet, at det skal bli enda mindre sjanse for å gjøre feil»

Det nevnes flere fordeler med å ha informasjonen skrevet ned;

«Så kan man kikke opp og se altså hvor var det vedkommende hadde metall, hvilke allergier, når vi har temperaturkontroll så skriver vi temperaturen på tavla, vi skriver også hvilken side, venstre hofte, høyre underarm altså hvor det er på kroppen. Med tanke på risikofaktorer i del to for eksempel hvis det er noe spesielt der vi skal huske på så skrives det inn i tavla, så er det jo veldig synlig»

Det nevnes også at det noteres ned i forhold til risikofaktorer til pasienten og hvilken antibiotika pasienten skal stå på under forløpet. Dette går igjen hos alle informantene. Hvor mye de dokumenterer i whiteboard har mye å si for den totale sikkerhetspakken til pasienten. Selv om tavla nå brukes krysses det fortsatt av i operasjonssykepleie dokumentet elektronisk at trygg kirurgi er gjennomført. Forskjellen nå er at det ikke bare skrives at det er utført, men man får dokumentert viktige detaljer under hver enkelt operasjon, som senere kan fylles inn elektronisk der det behøves. Som for eksempel postoperative beskjeder.

«Vi må skrive ordentlig ned vi må skrive på den tavla hva vi har bestemt og hva som er verdiene og det som vi har det skal skrives ned, og det skal skrives ned hvor lang operasjonstid sant, og hva skal vi operere og det med antibiotika og sånn som man kanskje noen gang plutselig begynner å lure på hva sa dem om det i forhold til den sjekklista vi skal fylle inn på dips, så slipper du å spørre så mange ganger før da kikker man opp på den der og så ser man det der. det er ikke bestandig man er inne hele tida kanskje får man ikke med seg en del man e kanskje er ute en tur så det der å ha det skreven hele tiden en plass har vi sett er utrolig viktig for sikkerheten under hele forløpet».

Jeg får inntrykk at etter de har tatt whiteboard i bruk er det svært sjeldent at de ikke bruker det. På det ene sykehuset brukes det konsekvent på alle operasjonsstuer og på alle operasjoner. I tilfeller der spørsmålene ikke blir relevante for ulike typer inngrep, det kan være inngrep gjort i lokalbedøvelse for eksempel. Bli det heller poengtert ; « Ikke relevant» innad i temaet, men som den ene informanten sa; «vi opplever jo mange ganger at operasjonen kan ta lenger tid de er nødt til å innlede en narkose underveis kanskje ikke spinalen tar så godt som først planlagt så sånn som vurdering av luftveier og den typen ting

den delen gås gjennom uansett opplever jeg at anestesiens også er opptatt av det at de har gjort seg opp en formening om at hva gjør vi hvis lokalen ikke fungerer hvis blokaden ikke er optimal». Et annet område de kanskje ikke bruker whiteboard er visst det er akutte inngrep og tiden ikke strekker til, men da følges rutiner på innsyn i journalnotat og tett dialog med pasient og øvrige team medlemmer.

Vi snakket også om dette med om egne sjekklister kunne vært aktuelt på mindre inngrep gjort i lokalbedøvelse og om hvordan informantene tenkte om den løsningen;

«Nei jeg er redd for at det skal bli så rotete og uklart da, nå har vi ei lista å forhold oss til og den går vi igjennom. At det ikke skal bli sånn her personavhengig av om vi skal gå gjennom lista eller hvilken liste vi skal gå gjennom. Nå er det spikra at det er dette vi skal gå igjennom så da forhold vi oss til den. Jeg ser jo selvfølgelig til tider at den kan vær «overkill». Men det er sånn det er».

«Altså på en måte så er det jo kanskje det fint samtidig så hvis det blir for mange lister. å forholde seg til også så blir det også litt sånn jeg vet ikke jeg er kanskje litt for å ha en standard og så får man heller hvis man ser at noe ikke er aktuelt så får man heller hoppe over det da».

4.2 Hoved kategori 2: Hvilken betydning har bruk av whiteboard for gjennomføringen av sjekklisten og hvordan?

Det som fremheves fra alle informantene er at de nå får tatt i bruk en sjekklister som er synlig for alle i teamet.

4.2.1 En opplevelse av et synlig og tydelig system

Det var blitt et mer samla fokus i temaet og alle sitt ansvar. Alle kan følge med på sjekklisten underveis i gjennomføringen. Informantene uttalte det slik:

«Jeg synes det er en veldig sånn her fin måte å at alle samler seg om akkurat det vi skal gjøre da, før va det jo kanskje og mer noen spurte litt fra sjekklista når vi tok imot pasienten ute, eller utenfor stua, litt på dagkirurgen og så er det noen som ikke ha fått det med seg, «ja jeg har spurt», også ville de spør litt mer, så var det kanskje litt dobbelt opp av det da, men det at alle som er involvert står der nå og hører det samme det synes jeg er veldig bra».

«Jeg tror at vi fikk et ekstra fokus på den og når at vi fikk den opp på veggen for at ellers har det liksom vært operasjonssykepleier sitt ansvar sant som gikk med den sjekklista i handa og

eller liggende ved siden av seg, men nå når den er kommet opp på veggen så er d liksom blitt alle sitt ansvar, alle ser den».

Om samme tema sa en annen:

«Da ser du veldig tydelig, hele teamet ser hvilke punkter som er gått igjennom og haket av for, og det skrives jo også opp korte notater på den tavlen sånn at hvis det er noe man ikke husker fra den muntlige gjennomgangen, det jo veldig synlig, det blir litt mer sånn fokus på det når du har det på veggen og alle ser på det, det krysses av også gås gjennom istedenfor at du bare leser opp fra en plansje».

Videre uttrykte neste informant ryddigheten med det:

«Det er veldig ryddig å ha det på veggen i stedet for å drive å lete etter den håndholdte lista hele tiden og så er det jo det at hele teamet ser spørsmålene, ser svaret ser hva som er gjennomgått så det blir veldig sånn ryddig og oversiktlig da det synes jeg».

I samtalene kommer det tydelig frem de momenter som er med på å få teamet til å gjennomføre sjekklisten som tiltenkt. Informantene beskriver det slik:

«Jeg synes det setter trygg kirurgi fokus på en annen måte enn det gjør med den lille lappen som man går rundt med. Det er veldig synlig hvis man ikke har gjort det, hvis den tavla er tom så er det her et dårlig tegn altså, jeg tror kanskje det er lettere å få gjennomført det når man har tavla enn når man ikke har det».

«Det er veldig mye bedre å ha den på veggen vi hadde den jo for litt sånn forstørret a5 ark som va foliert så vi for og bar på. den forsvant jo og» hvor er nå den den lista, og hvem er d nå som har den.»

«Jeg tror at man holder mer tråden når man kommer inn på stua og veit litt mer når den henger på veggen ja du vet, alle vet mer hva som må gjøres».

Kommunikasjon var blitt mer strukturert innad i teamet og det hadde hjulpet å få satt rutinene med sjekklisten i et system etter innføring av tavla, og på alle stedene var det operasjonssykepleierne som var pådriverne for å få det innført, og tavla hjalp å få de andre teammedlemmene mer med i prosessen. De hadde en felles oppfatning på at det ikke var en tids besparende ny rutine de hadde startet med, men at det hadde blitt ekstra fokus innad i teamet på trygg kirurgi og at alle hadde ved hjelp av tavla full oversikt når sjekklisten ble gjennomgått.

«Nei jeg tror kanskje ikke vi sparer tid, men jeg synes det har blitt ekstra fokus fordi det er ikke noe vi operasjonssykepleiere bare svinser med i handa. Nå har vi oversikten hele tida og alle ser på den under gjennomføringa».

«Så var jo dette litt sånn uvant for alle jeg vet ikke om operasjonssykepleier er ekstra glad i lister eller hva det er men i hvert fall vi var kanskje litt sånn pådriver på å få det i gang da og det tok jo litt tid før man fikk med seg kirurgene på alt det her og men jeg synes etter hvert som ting har gått så er jo det blitt en ganske sånn godt innarbeid der rutine og det ser jo ut som om hele teamet ser verdien av å ha en liten sånn timeout 3 ganger og bare puste litt, og tenke seg om, har vi gjort alt vi skal, har vi sjekket alt vi skal, er ting på stell, jeg tenker kirurger og alt, de slipper callinger, de slipper mas i etterkant når vi har klart å få gjennomgått og fått gitt de beskjedene som skal gis da før de forlater stua jeg synes jo sånn sett at det er på en måte hva skal man si man har strukturert kommunikasjon litt da og kanskje sånn sett spart seg både tid og energi og krefter på målinger og telefoner og misforståelser og det ene og det andre fordi rutinene blir satt i system og det blir det som er viktig og følges opp videre det blir tatt og avgjort der og da».

4.2.2 Pasientsikkerhet

Informantene hadde delte meninger om bruk av whiteboard førte til en bedre pasientsikkerhet. Samtidig uttrykte de at bruk av whiteboard gjorde gjennomføring av sjekklisten trygg kirurgi mer tydelig og systematisk. Den ene operasjonssykepleieren sier:

«Fordelen er jo at den tavlen henger jo på veggen det er synlig for alle det er lett å kikke opp der hvis det er noe du ikke husker fra gjennomgangen, det er fordelen tenker jeg at den er veldig synlig, og hvis den brukes og dokumenteres kort og konsist sånn som det skal så er det et veldig fint verktøy å ha under hele operasjonen. sånn totalt sett for pasientsikkerheten synes jeg er vanskelig å vurdere altså, men lista i seg selv er hvert fall veldig viktig det er ikke noe tvil om».

Neste fortsetter med:

«Du bare ser på veggen, og får alle litt mer med, kan ha litt med det å gjøre. Hovedsaken er at man tar den lista, jeg vet ikke om jeg kan si at det blir nå bedre, hvis man gjør det ordentlig uansett hvis man har ei foliert lista eller ei lista på veggen, men jeg tror at alle i teamet, holder mer tråden når man kommer inn på stua og vet litt mer når den henger på veggen ja du vet. Men det viktigste uansett er at man tar den».

I sammenheng med dette sier en annen:

«Jeg tror at pasientsikkerheten den bedres. Trygg kirurgi har jo vært veldig viktig fra dag en som sagt, men whiteboard i forhold til den plansjen som vi gikk med så synes jeg absolutt at vi har et bedre fokus nå alle sammen, og det er mer et felles ansvar. Jeg tror folk føler et større felles ansvar nå ja».

Under et av intervjuene trakk den ene informant fram et eksempel som hun mente satt viktigheten av whiteboard i et større lys. Man har operasjoner som tar lengre tid, der man plutselig bytter personale pga vaktskifte. Da er det veldig bra å kunne titte opp på den tavla for å dobbeltsjekke den informasjonen man hadde fått muntlig, slik som operasjonsfelt, side og risikofaktorer for eksempel.

Økt fokus med whitboard fører til mindre slurv tilføyet hun:

«Sånn som vi har det nå så er jeg fornøyd, jeg var ikke fornøyd, jeg synes det ble en del slurv med det når vi hadde bare den plansjen i handa, men det er mer fokus, mer sikkert, mer et felles ansvar føler jeg nå med whiteboarden».

Siste informant sier videre:

«Jeg synes trygg kirurgi er veldig viktig og et veldig enkelt skjema som øker sikkerheten, veldig mye altså, for å unngå å gjør feil».

4.3 Hovedkategori 3: Hvilke eventuelle utfordringer er det med bruken av whiteboard?

Alle informantene er veldig enige på at de liker den nye ordningen med å ha whiteboard som hjelpemiddel under gjennomføring av sjekklisen. Likevel kommer det frem ting i intervjuene som kan sees på som svakheter for den nye rutinen.

4.3.1 Tidspress påvirker engasjement til å gjennomføre sjekklisen

Ting skal ofte gå veldig fort i svingene iblant, og man skal gjøre mange ting samtidig, og da kunne whiteboard gjennomføringen ikke alltid bli prioritert hos enkelte, her er noen kommentarer blant informantene som går på dette med å gjennomføre det man har bestemt;

«Jeg tror at det kan gå litt på person, ja det er personavhengig sant, også har vi jo gjennomført dette så mange år så da kan det gå litt fort i svingene noen ganger, men jeg tror at vi fikk et ekstra fokus på den og når at vi fikk den opp på veggen».

På samme tema sa en annen;

«Nei det går nok mer på oss fordi at det er veldig lett å begynne å koble på pasienten i full fart når man kommer inn og det er veldig vanskelig å stå der helt i ro alle sammen og det ser vi mange ganger det er jo for oss og, det er så lett å bare legge den puta under beina, eller bare begynne å pakke opp litt fordi at da kommer den sterile å skal begynne så det er kjempevanskelig, men det her må vi jo bare prøve å arbeide med alle sammen ja».

Neste tilføyet;

«Noen vil ikke ta i lista i det hele tatt. så er det nok at de tenk at ekstra ting er blitt bestemt som de må gjøre, ja for det kommer litt oppå sant, man har mange oppgaver på en gang, men samtidig så er det liksom ja og finne balansen å skjære igjennom å ta den lista før vi gjør for mye anna. Det er jo litt viktig å få det gjort før vi begynner med nå så for å være sikker på at alt er i orden og».

En annen utfordring var ved del tre av listen så skjer det så mye så det var ikke alltid informantene rekker å stå konkret med whiteboarden å føre inn svarene, da det er så mange ting som skal foregå samtidig, slik at det kunne oppleves som en svakhet med systemet da det er viktige momenter å få med seg på slutten som for eksempel alle postoperative beskjeder; *«Men det er jo ikke alltid at man står ved tavlen ved siste del, det er den delen av trygg kirurgi som jeg kanskje opplever at tavla blir minst brukt da, det er nok litt fordi da er liksom folk så i sving men det er kanskje litt sånn svakhet men».* De går til tavla og fører inn beskjedene så snart de får muligheten.

Travelheten blant teammedlemmer påvirker også gjennomføringen; *«men det hender jo noen ganger spesielt på slutten da hvis de har stått lenge og det er går litt fort på slutten at de bare rett å slett forsvinner nesten ut døren før du har fått stilt alle spørsmålene.»*

5.0 Diskusjon

Jeg skal i denne delen av oppgaven drøfte funnene fra intervjuene jeg gjennomførte med operasjonssykepleierne i dette prosjektet. Hensikten med denne studien var å få mer kunnskaper **om hvordan det utføres og oppleves med bruk av whiteboard ved gjennomføring av sjekklisten trygg kirurgi**, og å sette søkelyset på hvordan vi på best mulig måte kan sikre oss at sjekklisten blir gjennomført fullstendig og ikke stykkevis og delt som nevnt

innledningsvis. Informantene sa at de startet med whiteboard nettopp for å oppnå et bedre system på gjennomføringen.

Hovedfunnene er at det oppleves som et tydelig og synlig system for hele teamet. Alle blir automatisk mer delaktig i gjennomføringen siden de nå ha store tavler som det dokumenteres på underveis i gjennomføringen. Det oppleves verdifullt å ha viktig informasjon som gjelder inngrepet og pasienten nedskrevet under hele operasjonen.

Eliassen (2006) beskriver i sin masteroppgave viktigheten av dobbeltkontroll av alt utstyr. Utstyr skal telles og kontrolleres av begge operasjonssykepleierne sammen, og det skal dokumenteres. Dette er relevant for min studie da det er dette whiteboard kan hjelpe med og som er hele målet med å ha en slik tavle. Jobben vi gjør, og informasjonen vi får dokumenteres fortløpende på hver ting. Slik får vi et sikrere forløp i operasjonene og ingenting blir avglemt.

WHO laget veileder på implementeringen allerede i 2007. Den ble utarbeidet med det formål å skape en sikkerhetskultur med fokus på struktur i tillegg til personlig ansvar (Lauvrak, et al, 2010). Kunnskapssenteret (2010) laget også en forkortet versjon av veilederen i samarbeid med Helse Vest. Hvordan kan det ha seg etter så mange år, at gjennomføringen ikke gjøres i samsvar med det som WHO hadde tenkt? Informantene har ingen problemer med selve sjekklister som sådan, men det må tiltak til for å opprettholde en fullstendig implementering. Dette stemmer overens med annen tidligere forskning. Fra artiklene jeg har funnet, virker det ikke som at selve sjekklister for trygg kirurgi er utfordringen, men heller mangelen på gjennomføring av denne – helt eller delvis. Dette stemmer også godt med mine egne opplevelser. Flere av artiklene trekker fram at sjekklister er godt kjent. O'Brien et al (2017) har trukket fram mangelen på tid som et argument for at man bare går gjennom noen av punktene eller dropper hele sjekklister. Kisacik & Cigerci (2019) nevner at antallet oppgaver gjør at gjennomgang av sjekklister ikke alltid er gjennomførbart på grunn av antall oppgaver som skal utføres like før eller underveis i operasjonen. Det er altså flere som har poengtert at sjekklister ikke alltid følges eller fylles ut. Min egen erfaring, samt informantene sier at det er mye som skal skje på en gang. Noen ganger gjør de som henter pasienten en del eller hele første del av sjekklister på forberedelsesrommet før pasienten har kommet på operasjonsstuen og at det da av ulike grunner ikke blir gjennomgått av hele teamet sammen. Dette kan være

uoversiktlig for de andre og viktige punkter på sjekklisten glipper da man ikke har oversikt. Raman et al (2019) nevner blant annet misforståelser innad i teamet.

Rydenfält et al (2013) trekker fram manglende fokus eller konsentrasjon fra de andre deltakerne i teamet under gjennomgangen av sjekklisten. Samlet sett virker det som er en bred oppfatning av at sjekklisten er et godt verktøy for å ivareta pasientsikkerhet, men at den kan forbedres, både i form og innhold, samt måten den gjennomføres på. Raman et al (2016) trekker fram ulike uønskede hendelser som kan oppstå på en operasjonsstue eller i etterkant av operasjonen. Dette kan også være interessant å undersøke om sjekklisten er tilpasset lokale forhold eller til spesielle operasjoner. Informanter vektla hvor viktig det er å ha samme sjekklister til alle inngrep da det kan bli mye rot i rutiner og personavhengig i forhold til hvilke sjekklister man skal velge til ulike inngrep.

McDowell & McComb (2014) er inne på at sjekklisten bare delvis gjennomføres og at en av grunnene var at det ikke følt relevant. I den originale sjekklisten fra WHO står det at sjekklisten ikke er uttømmende, og at det oppfordres til lokale tilpasninger og modifikasjoner. I likhet med funnene i McDowell & McComb (2014) gir informantene i denne studien inntrykk av at deres sjekklister er lokaltilpasset til deres operasjonsavdelinger.

Kanskje kunne en utvidet sjekklister for et pasientforløp være interessant, den kunne vært en del av flere ledd som starter før pasienten ble innlagt hvor pasienten selv bidrar til deler av denne slik Harris et al (2020) er inne på. Slik sjekklisten er nå, er den på «lukket avdeling» der de færreste som jobber utenfor operasjonssentralen vet om den. Hadde den blitt brukt mer utvidet og vært mer kjent blant helsepersonell ellers hadde man kanskje ikke like lett slurvet eller hoppet over den.

Mine informanter informerte om hvor viktig det var med en synlig sjekklister som gjorde at hele teamet fikk en felles ansvarsfølelse for gjennomføringen og at viktig informasjon ble dokumentert i whiteboard. Dette samsvarer med resultatene fra studien til Goodman (2015). Den viste at bruken av whiteboard kan hjelpe stort på hukommelsen til operasjons teamet, og dermed forhindre uheldige hendelser. Studien ble gjort med 59 medlemmer som ble delt opp der en gruppe medlemmer benyttet whiteboard og en annen gruppe benyttet kun muntlig informasjon. Studien konkluderte med at de som brukte whiteboard oppnådde, 23,6% høyere

forbedring i å huske informasjon etter operasjonen. Dette kan gjøre seg gjeldene ved alle operasjoner, men særlig der man har store forsinkelser under en operasjon eller en situasjon det kan være bytte av personale; noen er der i starten av en operasjon og får informasjon, mens i slutten av operasjonen kan det være helt andre teammedlemmer til stede. Man kan også oppleve at en og samme pasient kan opereres for to ulike inngrep. Slike ting gjør at vi må forsikre oss om at operasjonsteamet beholder den samme informasjonen om inngrepet under hele forløpet. Sett i sammenheng med dette, vil det ofte være slik at den sterilt utøvende operasjonssykepleier for eksempel ikke alltid er inne på stuen ved sjekkliste del en, og kan da komme inn og det blir som en ekstra sjekk for operasjonssykepleieren ved å se på informasjonen som er skrevet på tavla.

Pasienter opereres på feil side, feil fot og for feile inngrep – innimellom er det dessverre oppslag i media om mennesker som har fått livene sine ødelagt på grunn av at vi ikke klarer å sjekke at alt går riktig for seg (Kampevoll, 2018) og (Alfsvåg, 2021). Informantene sier at de nå opplever tydeligere ansvarsfordelinger i teamet vedrørende hvem som tar sjekklisten, men kanskje det burde blitt enda tydeligere nedskrevet fra lederne på de ulike avdelinger for eksempel øvelser på hvordan vi gjennomfører med bruk av whiteboard på lik linje med at man har traumeøvelser, så trener vi på hvordan forbedre pasientsikkerheten i den daglige drift? Tilbakemeldingene jeg fikk via Facebook i starten på denne oppgaven, viste at de fleste sykehus bruker kun muntlig gjennomføring (Tjønndal og Fylling, 2021).

Det var delte meninger blant informantene om bruk av whitboard økte pasientsikkerheten. Samtidig uttrykte de at den var et viktig hjelpemiddel for en tryggere og systematisk utførelsen av sjekklisten, og det i seg selv indikerer en økt oppmerksomhet rundt pasientsikkerheten. En studie av Goodman (2015) viser på lignende vis mange positive aspekter ved dette som totalt sett bedrer pasientsikkerheten. Ved å få et visuelt bilde av sjekklisten på toppen av de verbale delene med det forbedret hukommelsen av informasjon betraktelig for hele teamet. Dette i motsetning til en muntlig gjennomføring der kun en av teamets medlemmer ser spørsmålene som blir besvart.

I likhet med funnene i Kisacik & Cigerci (2019), gir informantene i denne studien informasjon om at tidspress og mange oppgaver som skal gjøres samtidig fører til at man ikke alltid i alle situasjoner klarer å gjennomføre sjekklisten slik man har tenkt. Det er interessant å se dette i lys av studien til oush (2018) som sammenligner det med pilotene som alltid

gjennomfører alle sjekklister til punkt og prikke uansett hvilket oppdrag de er ute for, det er ikke noe tema å ikke skulle gjøre det engang. En innarbeidet felles forståelse om at sikkerhet stiller høyest, alltid. Øyvind Skraastad, klinikkleder for akuttklinikken ser åpenbare likhetstrekk med sikkerhetsarbeid i luftfarten og hvordan sjekklister er ment å brukes for trygg kirurgi.

«De fleste steder vi er avhengige av høy sikkerhet i samfunnet brukes sjekklister» (Oush,2018, s.2).

Han påpeker at til sammenligning med luftfarten er det fortsatt en vei å gå for å oppnå 100% gjennomførelse ved et av landets største sykehus. Hvis vi slurver med sikkerheten vil det si at vi har en viss prosentandel som er utrygg kirurgi? Hvordan kan vi med sikkerhet si at vi ikke slurver med pasientene når forskning og statistikk kontroll viser at sjekklister ikke alltid blir gjennomført? Det er viktig at sjekklister bør være lokalt tilpasset og at fagfolkene som jobber med sjekklister bør være med å utarbeide og redigere de. Man skal også reagere på uforutsette hendelser, og han tilføyer at med gode og dokumenterte forberedelser er det lettere å reagere riktig og i tide. Sjeldne ganger må man kanskje skyve bort sjekklister, men det er ikke det som skal være standarden. Sjekklister er et godt verktøy for bedre teamarbeid og for å få i gang tverrfaglige team. En domino effekt av godt teamarbeid, er at alle får et skjerpet sikkerhetsfokus (Oush, 2018).

Vi må jobbe mer slik pilotene jobber, uansett hvor sikkert de flyr, og uansett hvor mange ganger de har fløyet, går de gjennom sine sjekklister like nøye. Et kirurgisk team driver også med presisjonsarbeid, det kreves en stor nøyaktighet og vi må underkaste oss kravet til standardisering av dette.

Hvordan kan vi, operasjonssykepleiere og resten av det kirurgiske teamet, som jobber i et høyspesialisert miljø med ansvar for mye komplisert teknisk utstyr, tillate oss å ikke gå gjennom sjekklister våre før, under, og etter et inngrep, som er der for å hjelpe oss å sikre at alt går rett for seg?

En pilot sa noe som var veldig illustrerende:

«Kanskje jeg skal spørre helsepersonellet neste gang de skal være med om de ønsker at jeg skal droppe sjekklister eller gjennomføre den før takeoff? Tipper svaret er ganske klart (Oush, 2018, s. 3)».

5.1 Styrker og begrensninger ved studien

Kvalitative studier har den utfordringen at for det første kan det føre til at kunnskapen blir for smal, og for det andre kan det hende at funnene mine ikke uten videre kan overføres til andre grupper (Malterud, 2021). Men som det fremkommer tidligere i oppgaven kan denne oppgaven overføres til andre grupper som jobber med sikkerhet i samfunnet. Alle som bruker sjekklister, kan ha nytte av dette. Det går både på kommunikasjon i team og hvordan vi forvalter verktøyet vårt på best mulig måte. Jeg valgte individuelle intervju som kvalitativ forskningsmetode. Dette beskriver også Malterud (2021) som en god metode for en ny og uerfaren forsker. Fokusgruppeintervju kunne også vært en passende metode. Da hadde jeg fått svar fra flere og dermed en større bredde på svarene mine. Da kunne jeg inkludert informanter fra hele det kirurgiske teamet. Dette kan være noe å anbefale til videre studier, slik at alle perspektiver rundt bruk av whiteboard i gjennomføringen av sjekklisten blir ivare tatt. En annen svakhet ved studien kan være at jeg er alene om å skrive oppgaven. Med flere øyne som både ser funnene, bidrar i analysearbeidet og å diskutere de tolkningene som foreligger kunne det kommet fram flere nyanser til resultatene. Styrken ved studien er at jeg har benyttet ulike helseforetak ved utvalg av informantene. Dette fører til at ulikhetene kommer tydeligere frem både i hvordan de utøver bruken av whiteboard men også hvordan de ulike whiteboardene er utformet. Dette gir oss flere innfallsvinkler i hvordan vi kan bruke whiteboard mer aktivt i fremtiden.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne masteroppgaven var å belyse og få innsikt i hvordan operasjonssykepleiere opplever og utøver bruk av whiteboard under gjennomføringen av trygg kirurgi sjekklister. Som metode benyttet jeg kvalitativ metode med semistrukturerte intervju med fire operasjonssykepleiere fra to ulike sykehus. Gjennom masterprosjektet kom det fram at operasjonssykepleierne opplevde whiteboard som svært verdifullt under gjennomføringen. Studiens resultater tyder på at en viktig faktor ved bruken av whiteboard er at det er et synlig og tydelig system som hele teamet tar ansvar for, det blir et samlet fokus og viktig informasjon blir dokumentert direkte mens gjennomføringen pågår. På den måten blir informasjonen fanget opp på en sikker måte og operasjonssykepleierne får bedre oversikt og kontroll gjennom operasjonsforløpet. I tillegg sparer man tid på alle beskjeder som skal gis, de blir mer strukturerte og teamet slipper å lure på hva som ble sagt.

Operasjonssykepleierne i min studie vektla hvor viktig det var at informasjon måtte skrives ned på tavla, det var ikke nok å bare krysse av på punktene. Samtidig kom det fram i studien at tidspress ofte kunne ødelegge for bruken av whiteboard, og da var det viktig at noen var tydelige på at dette må gjøres. Noe som ikke alltid var like lett da det gikk på vaner på hvordan man er vant til å jobbe – det skal gå litt fort i svingene og alt skal skje samtidig. At pasientsikkerheten skal bedres avhenger av at whiteboarden blir brukt som avtalt, og at alle må engasjere seg i bruken av det.

Denne studien er med på å sette fokus på operasjonssykepleierens opplevelser av nytten med å bruke whiteboard for å oppnå en sikrere gjennomføring av sjekklister. Jeg vil konkludere med at det fører til en mer systematisk bruk som styrker fokuset på pasientsikkerheten, derfor vil jeg anbefale dette. Det vil være nødvendig med oppfølgende studier for å få et klart bilde av utviklingen, om pasientsikkerheten ved bruk av whiteboard øker over tid

7.0 Litteraturliste

- Alfsvåg, T.S. (2021, 14. desember) Helegelandssykehuset Mo i Rana: -Operasjon ble startet på feil kne. Det ble satt inn skop og en kanyle før feilen ble oppdaget og rett kne operert. *RanaBlad*. <https://www.ranablad.no/helgelandssykehuset-mo-i-rana-operasjon-ble-startet-pa-feil-kne-det-ble-satt-inn-skop-og-en-kanyle-for-feilen-ble-oppdaget-og-rett-kne-operert/s/5-42-922497>
- Bjørk, I.T. & Solhaug, M. (2012). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm Forlag.
- Cadman, V. (2016). The impact of surgical safety checklists on theatre departments: a critical review of the literature. *Journal of perioperative practise*, 26(4):62-71. <https://doi.org/10.1177%2F175045891602600402>
- Christofferesen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A & Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleieutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dåvøy, G.M., Eide, P.H., Hansen, I. (2019). *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, P.H., & Dåvøy, G. (2019). Funksjons- og ansvarsområde. I.G Dåvøy, P. Eide, & I. Hansen, *Operasjonssykepleie* (2.utgave) (s. 28-33). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, P.H., & Lockertsen, J.T. (2019) Operasjonssøstrene & operasjonsstuene. I.G Dåvøy, P. Eide & I. Hansen, *Operasjonssykepleie* (2.utgave) (s. 18-25). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eliassen, E. (2006) *Mastergradsoppgave i praktisk kunnskap* (Masteroppgave) Senter for praktisk kunnskap, profesjonshøgskolen Bodø.
- Gadamer, H.G. (2010) *Sannhet og metode*. (2.utgave). Pax forlag.
- Gawande, A. & Weiser, T. (2009). WHO Guidelines for safe surgery 2009: Safe surgery save lives. World Health organization. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery>
- Goodman, A. (2015). Whiteboard in the OR adds a layer of safety. *Chest Physician* <https://www.mdedge.com/chestphysician/article/102545/general-surgery/white-board-or-adds-layer-safety>
- Halås, C.T & Kymre, I.G (2017) *Humanistiske forskningstilnærminger til profesjonspraksis*. Oslo: Gyldendal akademiske.

- Harris, K., Søfteland, E., Moi, A. L., Harthug, S., Storesund, A., Jesuthasan, S., Sevdalis, N., & Haugen, A. S. (2020). Patients' and healthcare workers' recommendations for a surgical patient safety checklist - a qualitative study. *BMC health services research*, 20(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4888-1>
- Haugen, A.S. & Dåvøy, G. (2019). Pasientsikkerhet og trygg kirurgi. I.G. Dåvøy, P. Eide & I. Hansen, *Operasjonssykepleie* (2. utgave) (s. 178-195). Gyldendal Akademisk.
- Haugen, A.S., Wæhle, H., V., Almeland, S.K., Hartug, S., Sevdalis, N., Eide, G. E., Nortvedt, M. W., Smith, I & Søfteland, E. (2017). Casual Analysis of World Health Organization's Surgical Safety Checklist Implementation Quality and Impact on Care Processes and Patient Outcomes- Secondary analysis from a large, stepped wedge cluster randomized controlled trial in Norway. *Annals of surgery*, 269(2). <https://dx.doi.org/10.1097%2FSLA.0000000000002584>
- Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.R., Lipsitz, S.R., Breizat, A.H., Dellinger, E.P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P.L., Lapitan, M.C.M., Merry, A.F., Moorthy, K., Reznik, R.K., Taylor, B., Gwande, A.A. (2009) a surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *Nengl J Med* 360;5 :491-499 <https://org/doi/10.1056/NEJMsa0810119>
- Helsebiblioteket (2016, 3. Juni). Sjekklistor: Oversikt: k <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsepersonelloven (2017) Lov om helsepersonell m.v (LOV1999-07-02-64) hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet (2015) Årsrapport 2015 fra Statens helsetilsyn. <https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/aarsrapporter/aarsrapport2015.pdf>
- Helsetilsynet (2016) Pasient operert på feil side – mangelfulle rutiner og svikt ved kontakt med pasienten dagen før. *Avgjørelser i tilsynssaker og rapporter etter alvorlige hendelser* <https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/avgjoerelser-i-tilsynssaker-og-rapporter-etter-alvorlige-hendelser/2016/pasient-operert-pa-feil-side-mangelfulle-rutiner-og-svikt-ved-kontakt-med-pasienten-for-operasjon/#toc-header-5>
- Kampevoll, F. (2018, 15. desember). Operert i feil fot-det er totalt uforsvarlig. VG. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/9mJBed/operert-i-feil-fot-det-er-totalt-uforsvarlig>

- Kisacik, O. G., & Cigerci, Y. (2019). Use of the surgical safety checklist in the operating room: Operating room nurses' perspectives. *Pakistan journal of medical sciences*, 35(3), 614–619. <https://doi.org/10.12669/pjms.35.3.29>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademiske forlag.
- Lauvrak, V., Jeppesen E. & Krogstad U. *WHO sjekkliste for trygg kirurgi*. Metodevarsel nr 1 - 2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. ISBN 978-82-8121-321-0
- Lerdahl, A. & Rustøen, T. (2021). *Klinisk forskning innen helsefag: hvordan utvikle god forskning – sentrale elementer*. Fagbokforlaget.
- Malterud, K. (2021) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (4.utg). Universitetsforlaget.
- Mainthia, R., Lockney, T., Zotov, A., France, D.J., Bennet, M., Jacques, P.J.S., Furman, W., Randa, S., Feistritzer, N., Eavey, R., Leming-Lee, S & Anders, S. (2012) Novel use of electronic whiteboard in the operating room increases surgical team compliance with pre-incision safety practises. *Surgery Journal* 151(5), 660-666. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2011.12.005>
- McDowell, D. S., & McComb, S. (2016). Surgical safety checklists briefings: Perceived efficacy and team member involvement. *Journal of perioperative practice*, 26(6), 138–144. <https://doi.org/10.1177%2F175045891602600603>
- Murphy, E. (2019). Patient safety and risk management. I Rothrock, J. & McEwen, D. R. (Red). *Alexander's care of the patient in surgery* (16th ed.). (s. 15-36). Elsevier.
- Nielsen, D.A., Hjørnholm, T.Q., & Jørgensen, P.S. (2021) *Oppgaveskriving og Metode i Helse – og Sosialfag*. Fagbokforlaget.
- 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. <https://doi.org/10.1111/jonm.12428>
- Ofstad, E. & S.M.C. (2021) *Sjekklisten for trygg kirurgi – suksesskriterier for god gjennomføring*. (Masteroppgave). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Oslo universitetssykehus (2018, 24. Oktober). Kan vi akseptere utrygg kirurgi? *Oslo Universitetssykehus* <https://oushf.wordpress.com/2018/10/24/kan-vi-akseptere-utrygg-kirurgi/>
- Polit, & Beck, C. T. (2020). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (11. utg.) Wolters Kluwer

- Raman, J., Leveson, N., Samost, A.L., Oldham, M., Dekker, S., Finkelstein, S. (2016). When a checklist is not enough: How to improve them and what else is needed. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, 152(2), 585–592.
<https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2016.01.022>
- RETHOS (2021). Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning (FOR-2005-12-01-1385). Lovdata.<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2021-10-26-3095>
- 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: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 25(2), 182–187.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt004>
- Russ, S., Rout, S., Sevdalis, N., Moorthy, K. & Vincent, C. (2013) Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. 258(6):856-71. <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.000000000000206>
- Meld.St.10(2012-2013) God kvalitet-trygge tjenester 2012. Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Thornquist, E. (2019) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Tjønndal, A. & Fylling, I. (2021) *Digitale forskningsmetoder*. Cappelen Damm.
- Utdanningsforskning (2016, 15. April). Hva er en fagfelleverdert artikkel?: Oversikt. <https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/hva-er-fagfelleverdert-artikkel/>
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005) *Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie*. Regjeringen.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393-rammeplan_for_videreutdanning_i_operasjonssykepleie_05.pdf
<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery>
- World Health organisation. (2009). *Who guidelines for safe surgery 2009: safe surgery save lives*. www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/9789241598552/en/

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Vurdering

Skriv ut

Referansenummer

396285

Prosjekttittel

Bruk av white board for å kvalitetssikre gjennomføringen av sjekklister trygg kirurgi

Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Fakultet for sykepleie og helsevitenskap / Sykepleie

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Jan Thore Lockertsen, jan-thore.f.lockertsen@nord.no, tlf: 75517320

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Inger Henningsen, Ingerhenningsen@hotmail.com, tlf: 90633933

Prosjektperiode

01.03.2022 - 20.12.2022

Vurdering (1)

09.03.2022 - Vurdert

OM VURDERINGEN Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg. DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av

personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

TAUSHETSPLIKT

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvordan whiteboard oppleves og utføres under gjennomføring av sjekklisten trygg kirurgi blant operasjonssykepleiere»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se om bruken av white board kan bidra til å kvalitetssikre gjennomføringen av sjekklisten trygg kirurgi. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg er masterstudent ved Nord universitet, og dette prosjektet er den avsluttende oppgaven i min mastergradstudiet i operasjonssykepleie. Formålet med denne studien er å finne ut mer om hvilke erfaringer operasjonssykepleiere har med bruk av white board under gjennomføring av sjekklisten trygg kirurgi, og om dette kan bidra til å bedre pasientsikkerheten. Jeg ønsker å finne ut av fordeler og ulemper med bruken og om det kan bidra til en tydelig ansvarsfordeling under gjennomføringen samt om alle i teamet opplever et felles ansvar for at alle spørsmål blir gjennomgått.

Problemstillingen er: «Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med bruk a whiteboard under gjennomføringen av sjekklisten trygg kirurgi?».

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Nord universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å intervju operasjonssykepleiere som har jobbet minimum 1 år som operasjonssykepleier. Det er også viktig for studien at informantene har erfaring med sjekklisten og bruk av whiteboard under gjennomføringen av den.

Hva innebærer det for deg å delta?

For å få svar på problemstillingen ønsker jeg å intervjuere operasjonssykepleiere, i et semistrukturert intervju. Jeg tenker å inkludere to ulike operasjonsavdelinger. Spørsmålene i selve intervjuet er klart i en intervjuguide og vil spinne rundt erfaringene operasjonssykepleierne har med bruk av whiteboard under gjennomføring av sjekklisten. Hvert intervju vil vare ca 1 time, og det vil bli tatt opp på lydopptaker/diktafon i tillegg til at jeg kommer til å ta notater underveis. Intervjuet vil foregå via zoom eller teams. Datamaterialet vil bli behandlet konfidensielt og lagret etter gjeldene retningslinjer. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven, og alt datamaterialet vil slettes når prosjektet er ferdig. Godkjenning fra NSD – Norsk senter for forskningsdata vil foreligge før intervjuene gjennomføres. Jeg håper på å få gjennomført intervjuene i slutten av mars måned 2022.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er kun jeg og min veileder som har tilgang til dine opplysninger. Intervjuopptaket vil oppbevares innelåst i analyseperioden

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil avsluttes innen 15. November 2022. Intervjuopptaket vil bli slettet ved prosjektets slutt. Datamaterialet vil bli anonymisert, og dette slettes også når prosjektet avsluttes. Resultatene kan bli publisert i en vitenskapelig artikkel, men du vil som informant ikke kunne bli gjenkjent i en eventuell publikasjon.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Nord universitet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Nord universitet ved førsteamanuensis Jan Thore Lockertsen. Jan-thore.f.lockertsen@nord.no Tlf. 75517320.
- Vårt personvernombud: Nord universitet ved Torill Irene Kringen. Tlf. 74022750

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Masterstudent: Inger Elise Henningsen. Ingerhenningsen@hotmail.com Tlf. 90633933

Veileder førsteamanuensis Jan Thore Lockertsen. Jan-thore.f.lockertsen@nord.no Tlf. 75517320

Samtykkeerklæring

Operasjonssykepleieres erfaringer med bruk av white board under gjennomføring av sjekklisten trygg kirurgi.

Jeg har jobbet som operasjonssykepleier i ____ år

Jeg har lest informasjonen om studien og er informert om at det er frivillig å delta, og at jeg kan trekke meg når som helst uten å oppgi noen grunn. Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til at prosjektet er avsluttet, og jeg gir tillatelse til at jeg kan bli kontaktet i etterkant av intervjuet dersom det er behov for tilleggsspørsmål ved å fylle ut kontaktinformasjon nedenfor.

Signatur/dato: _____

Telefonnummer jeg kan nås på: _____

Mailadresse: _____

Vedlegg 3: Intervjueguide

Introduksjon

Jeg starter intervjuet med å presentere meg selv, hvor jeg jobber og takker så mye for at informanten kunne stille til intervju. Spør om informanten har noen spørsmål til informasjonsskrivet han/hun fikk i forkant av intervjuet og om samtykkeskjema er underskrevet. Forteller at intervjuet vil vare omtrent en times tid. Jeg forklarer om taushetsplikt og at alt blir holdt konfidensielt, og makulert når prosjektet er ferdig og innlevert. For å ivareta personvern til informantene skal jeg ikke omtale dem ved navn. Jeg informerer om retten til å trekke seg. På nåværende tidspunkt vil jeg undersøke om vi kan få til å utføre telefonintervju med lydopptak grunnet lang reisevei til informantene. Jeg vil avklare at jeg kommer til å ta litt notater underveis, det vil være et supplement til lydopptaket. Intervjuguiden er oppsatt med hensikt å gjennomføre semistrukturerte intervjuer. Jeg setter opp noen hovedspørsmål samlet under ulike tema, men rekkefølgen kan variere ut fra situasjonen i hvert enkelt intervju.

Åpningsspørsmål

- Hvor lang arbeidserfaring har du som operasjonssykepleier?
- Hvor stor stillingsprosent har du?
- Hvor lenge har dere brukt whiteboard som dokumentasjonsverktøy? Og hva var det som gjorde at dere startet med dette?

Spørsmål om hvordan du opplever at sjekklisten blir brukt i hverdagen på operasjonsenheten

- Hvordan praktiserer dere bruken av whiteboard?
 - Time out forberedelse/kirurgistart/avslutning
 - Fordeler/ulemper med bruk av white board
 - Selv om dere har white board er det også tilfeller dere kun benytter muntlig gjennomgang av sjekklisten?
 - Benyttes både elektronisk dokumentasjon og dokumentasjon i whiteboard?
 - Forklar hvor mye du dokumenterer i white board og hvorfor?

Spørsmål om hvilke tanker du har om hva som påvirker bruken av white board under gjennomføringen

- Har dere en tydelig ansvarsfordeling i teamet på hvem som utfører hvilke deler av listen? -si litt om hvordan dere organiserer dette
- Er det noen som tar mer ansvar enn andre og er mer engasjerte?
- Sparer dere tid på gjennomføringen nå etter den er satt i et mer tydelig system enn før? Eller er det mye likt som før?

Spørsmål om kommunikasjon i forhold til White Board dokumentasjon

- Har dere whiteboard plassert slik at alle i temaet følger med underveis?
- Hvordan stilles spørsmålene og stiller alle de likt?
- Hva gjøres i forhold til barn som operasjonspasienter og ved akutte inngrep?
- Er kommunikasjon innad i teamet blitt bedre etter white board ble tatt i bruk? Eller stilles det likt som tidligere?

Spørsmål om pasientsikkerhet med tanke på å benytte white board under gjennomføringen

- Hvilke rutiner har dere om det er spørsmål som ikke er relevant i noen operasjoner? Eksempel på operasjoner gjort i lokalbedøvelse?
- Kunne det vært aktuelt med egne sjekklister for slike inngrep?
- Bedres pasientsikkerheten ved bruk av white board? Om ja, hvorfor? Eller hvorfor ikke?
- Har dere white board dokumentasjon på alle stuer eller kun noen?

Avslutning

- Er du fornøyd med måten det gjennomføres nå eller er det noe ved gjennomføringen du kunne tenke deg å gjøre annerledes?
- På hvilke måter er gjennomføringen forskjellig fra hvordan dere utførte den tidligere?
- Har du noe mer du vil tilføye rundt dette vi har snakket om?

Vedlegg 4: Pico skjema og søkeprosess

Pico Skjema

Population	Intervention	Comparison	Outcome
Hvilke pasienter det dreier seg om eller hva som er problemet	Tiltak eller hva de utsettes for	Sammenligning med en annet tiltak	Utfall vi vil oppnå eller unngå
P	I	C	O
Operating room nurse Scrub nurse Surgical nurse Theatre nurse Operating room	Safe Surgery Safe surgery checklist WHO checklist Safety checklist Whiteboard	Ikke aktuelt	Patient safety Improvement

Søkehistorikk utført høsten 2021

Søk #1

Database	Søkeord	Avgrensinger	Antall treff	Antall som fremstår relevante	Resultat:
PubMed	Surgical safety AND Checklist AND scrubnurse	10 år	9	2	(Mcdowell & Mcomb, 2014)

Søk #2

Database	Søkeord	Avgrensinger	Antall treff	Antall som fremstår relevante	Resultat
PubMed	operating nurs* and safety checklist and patient safety and who	5 år	28	3	(O'Brien et al, 2017)

Søk #3

Database	Søkeord	Avgrensinger	Antall treff	Antall som fremstår relevante	Resultat
Cinahl	Improvement AND Surgical safety checklist	10 år Full text i International Journal for Quality in Health Care	79	6	(Rydenfält et al, 2012)

Søk #4

Database	Søkeord	Avgrensinger	Antall treff	Antall som fremstår relevante	Resultat
Pubmed	Patient safety AND Checklist*AND operating room	5 år Free full text	52	8	(Raman et al, 2016)

Søk #5

Database	Søkeord	Avgrensinger	Antall treff	Antall som fremstår relevante	Resultat
PubMed	Operating nurs* and safety checklist	5 år	83	3	(Harris et al, 2020)

Søk #6

Database	Søkeord	Avgrensinger	Antall treff	Antall som fremstår relevante	Resultat
PubMed	"Operating room nurses" "surgical safety checklist"	5 år	4	1	(Kisacik & Cigerici, 2019)

Vedlegg 5: WHO's sjekklister for trygg kirurgi i whiteboard format

Eksempel 1

Trygg kirurgi		
Forberedelse <small>Før innledning av anestesi</small>	Time-out <small>Før operasjonsstart</small>	Avslutning <small>Før hovedoperatør forlater operasjonsfeltet</small>
<p>Har pasienten bekreftet? Identitet Operasjonsfelt Type inngrep Faste</p> <p>Er operasjonsfeltet merket? Ja Ikke aktuelt</p> <p>Er anestesijekk utført og medikamenter kontrollert? Ja</p> <p>Har pasienten: Kjent allergi? Ja Nei</p> <p>Vanskelig luftvei / risiko for aspirasjon? Ja, og utstyr / assistanse er tilgjengelig Nei</p> <p>Er temperatur målt? Ja Nei</p> <p>Risiko for hypotermi? Ja, og tiltak er planlagt eller iverksatt Nei</p> <p>Annen risiko? Spesiell risiko for blødning? Har pasienten metall- eller annet implantat? Har pasienten spesielle rygg- eller hofteplager?</p> <p>Er nødvendig bildeinformasjon tilgjengelig? Ja Ikke aktuelt</p>	<p>Er alle i teamet kjent med hverandre? Ja</p> <p>Kirurg bekrefter muntlig: Hva er pasientens navn? Hva er planlagt prosedyre, operasjonsfelt og -side? Er pasienten i rett leie?</p> <p>Gjennomgang av potensielt risikofylte hendelser</p> <p>Kirurg: Hva er forventet blodtap? Er det noen risikofaktorer teamet bør kjenne til? Er det behov for spesielt utstyr eller ekstra undersøkelser? Hva er forventet varighet av operasjonen?</p> <p>Anestesilege og anestesisykepleier: Hva er pasientens ASA-klassifisering? Er det særlige risikofaktorer ved anestesen som teamet bør kjenne til?</p> <p>Operasjonssykepleier: Er steriliteten på instrumentene bekreftet (inkludert indikatorer)? Er det utfordringer knyttet til bruken av utstyret?</p> <p>Spesielle infeksjonsforebyggende tiltak Er det aktuelt med andre forebyggende tiltak? For pasienter med diabetes: Er blodsukkeret innenfor normalområdet?</p> <p>Er antibiotikaproylaks gitt i henhold til prosedyrer for operasjonen som skal gjennomføres, og mht tidspunkt? Ja Nei Ikke aktuelt</p> <p>Er temperatur målt? Ja Nei</p> <p>Er tromboseprofylaks gitt? Ikke aktuelt Ja Nei: Hvorfor?</p>	<p>Teamet gjennomgår muntlig: Hvilke inngrep er gjennomført?</p> <p>Stemmer antall: • instrumenter • kompresser/ duker • nåler • utstyr for øvrig</p> <p>Er prøvematerialet: • riktig merket (inklusive pasientens identitet) • lagt på riktig medium?</p> <p>Er temperatur målt? Ja Nei</p> <p>Har det vært problemer med utstyret som det skal varsles om?</p> <p>Hva er viktig for postoperativ behandling av denne pasienten?</p>

Eksempel 2

Sjekkliste for Trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner		
1: Forberedelse før innledning av anestesi	2: Time-out før operasjonsstart	3: Avslutning før hovedoperatør forlater operasjonsfeltet
Har pasienten bekreftet? <input type="checkbox"/> Identitet <input type="checkbox"/> Operasjonsfelt <input checked="" type="checkbox"/> Type inngrep	Er alle i teamet kjent og presentert for hverandre? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Teamet gjennomgår muntlig: <input type="checkbox"/> Hvilke inngrep er gjennomført?
Er operasjonsfeltet merket? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt	Kirurg bekrefter muntlig: <input type="checkbox"/> Pasientens navn <input type="checkbox"/> Planlagt prosedyre, operasjonsfelt og -side <input type="checkbox"/> Pasienten i rett leie	<input type="checkbox"/> Stemmer antall instrumenter, kompresser/duker, nåler og utstyr forøvrig?
Er anestesisjekk utført og medikamenter kontrollert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Potensielt risikofylte hendelser Kirurg: Risiko for >500 ml blodtap?(>7 ml/kg hos barn) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Er det andre risikofaktorer teamet bør kjenne til? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Er det behov for spesielt utstyr eller ekstra undersøkelser? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hva er forventet varighet av operasjonen.....min	<input type="checkbox"/> Er prøvematerialet riktig merket og lagt på riktig medium?
Har pasienten kjent allergi? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Anestesilege og anestesisykepleier: ASA-klassifikasjon..... Spesielle utfordringer knyttet til anestesen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Har det vært problemer med utstyret som det skal varsles om?
Er luftveiene vurdert? <input type="checkbox"/> Ja, og utstyr / assistanse er tilgjengelig	Operasjonssykepleier: <input type="checkbox"/> Steriliteten på instrumentene er bekreftet <input type="checkbox"/> Er det utfordringer/kommentarer knyttet til bruken av utstyret/låneutstyret?	<input type="checkbox"/> Er det spesielle postoperative hensyn?
Er temperatur målt? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Spesielle infeksjonsforebyggende tiltak Riktig antibiotika til riktig tid? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Tromboseprofylakse avklart og signert for på hovedkurve?
Tiltak i forhold til hypotermi? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	For pasienter med diabetes: Er blodsukkeret mellom 5 og 12? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Videre antibiotika ja/nei? Eventuelt signert for på hovedkurve
Har pasienten metall i kroppen? (skruer, plater, piercinger) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Temperatur Preop..... Peropr..... Peropr..... Avslutning.....
Er nødvendig billedinformasjon tilgjengelig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		Leiring Leiring klargjort kl..... Leiringsending kl..... Leiringsending kl.....