

Mastergradsoppgave

Tilpasset teaminvolvering. Anestesi- og operasjonssykepleieres utfordringer i kirurgiske team.

Tittel (norsk)

Adjusting team involvement. Nurse anaesthetists- and OR nurses` challenges in surgical teams.

Tittel (engelsk)

Hilde Valen Wæhle

Forfatter (student)

Veileder: Esther Hjälmhult
Ragnhild Øye Bjarkøy

Innleveringsdato: 16.5.2011

Antall sider: 92

“Quality is not an act,
it is a habit”

Aristoteles
384-322

FORORD

WHO's "Sjekkliste for Trygg Kirurgi" ble innført som et konkret kvalitetsforbedringstiltak ved operasjonsavdelinger på Haukeland Universitetssykehus i 2009. Hensikten med dette kvalitetsforbedringsprosjektet har vært å øke kunnskapen om hvilke faktorer og kontekstuelle forhold som påvirker bruken av sjekklisten, for å identifisere betingelser som muliggjør eller hindrer den intensjonelle, tverrfaglige bruken på operasjonsstuen. Den empiriske studien om spesialsykepleiernes utfordringer knyttet til bruken av sjekklisten, ble utført i samarbeid med Nevrokirurgisk avdeling og Hode/Hals-seksjon ved Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland Universitetssykehus. Hovedveileder for masteroppgaven har vært førsteamanuensis Esther Hjälmhult, Institutt for videreutdanning, og Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen. Biveileder har vært høgskolelektor og stipendiat Ragnhild Øye Bjarkøy, Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen.

Arbeidet med masteroppgaven har gitt meg verdifull kunnskap om prosjektarbeid som omhandler kvalitetsforbedring i helsevesenet, samt hvor viktig det er å gå systematisk til verks og jobbe kunnskapsbasert. Jeg vil rette en varm takk til både Esther og Ragnhild for konstruktive og oppmuntrende tilbakemelding gjennom hele prosessen. En spesiell takk til Esther for den positive, rause og inspirerende måten du har videreformidlet din kunnskap om Grounded theory, det har vært helt avgjørende for at jeg kom i mål med prosjektet!

Som deltaker i prosjektgruppen for Trygg Kirurgi ved HUS, har jeg høstet godt av å ha gode samarbeidspartnere i klinikken. En hjertelig takk til mine kolleger Arvid Haugen, MSc og stipendiat- og dr. med Eirik Søfteland for verdifulle og konstruktive innspill underveis! En takk også til ledelsen ved Kirurgisk serviceklinikk som har gitt meg gradert permisjon gjennom hele mastergradsstudiet.

De 14 anestes- og operasjonssykepleierne som velvillig deltok, og som raust delte av sin erfaring fortjener også en stor takk!

Sist, men ikke minst tusen hjertelig takk til familie og gode venner som har vist stor forståelse, og akseptert mine prioriteringer av studiene. Maria og Anna, dere har vist en fantastisk tålmodighet, men nå skal dere få mamma tilbake!

Og Trond, du har vært klippen, *as always*...

Bergen, mai 2011

Hilde Valen Wæhle

SAMMENDRAG

WHO's "Sjekkliste for Trygg Kirurgi" ble innført som kvalitetsforbedringstiltak ved Haukeland Universitetssykehus i 2009. Selv om bruk av perioperative sjekklister har vist å forbedre tverrfaglig informasjonsutveksling, samt å redusere postoperativ mortalitet og morbiditet, kan varierende holdninger til sjekklister påvirke bruken. I denne studien ble anesthesi- og operasjonssykepleieres utfordringer knyttet til bruken av WHO's "Sjekkliste for Trygg Kirurgi", utforsket. Grounded theory ble brukt ved innsamling og analyse av data gjennom observasjon av sjekklisten i bruk, samt fra individuelt- og fokusgruppeintervju. Sykepleiernes hovedutfordring ble identifisert til "hvordan oppnå sosial og faglig anerkjennelse i operasjonsteamet". Den genererte grounded theory om "Tilpasset teaminvolvering" involverer tre handlingsmønstre, som syntes å forklare hvordan sykepleierne løste sin utfordring. Hvert handlingsmønster hadde tilhørende forhold og konsekvenser som påvirket lojaliteten til bruken generelt, og hvordan sjekklisten ble utført spesielt. Selv om sykepleierne tilsynelatende hadde en lojal holdning til å bruke "Sjekkliste for Trygg Kirurgi" når det gjaldt å delta i teamet gjennom faglig, relaterte arbeidsoppgaver, så tilpasset de sin videre involvering i teamet i forhold til praktiske, sosiale og faglige forhold i arbeidsmiljøet. Dette vil ikke bare kunne påvirke hvordan sjekklisten blir brukt, men også kunne føre til en begrenset bruk. For at WHO's "Sjekkliste for Trygg Kirurgi" videre skal kunne fungere som et kvalitetsforbedringstiltak, der hele det kirurgiske teamet involverer seg i utførelsen, må identifiserte barrierer i arbeidsmiljøet adresseres, og kulturen forbedres gjennom et ledelsesstyrt, tverrfaglig engasjement.

Nøkkelord:

Grounded theory, sykepleiere, WHO's Sjekkliste for Trygg Kirurgi, team involvering, tverrfaglig samarbeid

SUMMARY

WHO's "Safe Surgical Checklist" was implemented at Haukeland University Hospital in 2009. Even though the use of perioperative checklists have resulted in significant reduction in postoperative mortality and morbidity, as well as information improvements, attitude towards the use of checklists seem to vary and are likely to influence compliance. In this study the challenges of using the WHO's Safe Surgical Checklist as experienced by the nurses involved in the surgical team, was explored. Grounded theory was used in gathering- and analysing data from single- and focus group interviews, and observation of the checklist in use in the operating room. The nurses' main concern was identified as "how to obtain professional- and social acceptance within the team". The grounded theory of "adjusting team involvement" consisting of three strategies, seems to explain how they resolved their challenge. Each strategy had corresponding conditions and consequences, which determined checklist compliance, and how the checklist was used. Even though nurses seem to have a loyal attitude towards the WHO's checklist considering their task work, they adjusted their team involvement according to practical, social and professional conditions in their work environment. This might result in incomplete use of the checklist, and low compliance. To ensure that WHO's "Safe Surgical Checklist" will improve team performance over time, including involvement of all members of the surgical team, identified barriers to checklist use need to be addressed. Building expectations of performance standards into work processes, by management controlled, multidisciplinary commitment, might improve the environmental culture in the operating room.

Key words:

Grounded theory, nursing professionals, WHO's Safe Surgical Checklist, team involvement, teamwork

Innholdsfortegnelse

| Innhold | Sidetall |
|---|----------|
| 1.0 INNLEDNING | 8 |
| 1.1 WHO's "Sjekkliste for Trygg Kirurgi" | 9 |
| 1.2 Hensikt og problemstilling | 11 |
| 1.3 Forskningsspørsmål | 12 |
| 1.4 Begrepsavklaring og definisjoner | 12 |
| 2.0 TEORETISK FORANKRING OG TIDLIGERE FORSKNING | 13 |
| 2.1 Pasientsikkerhet og sikkerhetskultur i operasjonsavdelingen | 13 |
| 2.2 Kunnskapsbasert praksis og kvalitetsforbedring | 14 |
| 2.3 Kvalitetsforbedring, nasjonale og regionale føringer | 15 |
| 3.0 METODOLOGI OG DESIGN | 16 |
| 3.1 Grounded theory metodologi | 17 |
| 3.2 Datainnsamling | 19 |
| 3.2.1 Deltakere | 19 |
| 3.2.2 Observasjon i feltet | 20 |
| 3.2.3 Fokusgruppe intervju | 21 |
| 3.3 Analyse av data | 22 |
| 3.3.1 Koding av data | 23 |
| 3.4 Litteratursøk | 26 |
| 3.5 Kriterier for kvalitet og pålitelighet i grounded theory | 26 |
| 3.6 Kritikk av grounded theory | 27 |
| 3.7 Ethiske overveielser | 28 |
| 4.0 RESULTAT | 29 |
| 4.1 Behov for faglig og sosial anerkjennelse | 29 |
| 4.2 Tilpasset teaminvolvering | 29 |
| 4.3 Distansering av teaminvolvering | 30 |
| 4.3.1 Forhold | 30 |
| 4.3.2 Strategier | 32 |

| Innhold | Sidetall |
|--|----------|
| 4.4 Moderering av teaminvolvering | 33 |
| 4.4.1 Forhold | 33 |
| 4.4.2 Strategier | 35 |
| 4.5 Engasjering av team involvering | 36 |
| 4.5.1 Forhold | 36 |
| 4.5.2 Strategier | 37 |
| 4.6 Oppsummering av Tilpasset teaminvolvering | 38 |
| | |
| 5.0 DISKUSJON | 40 |
| 5.1 Tilpasset teaminvolvering | 41 |
| 5.2 Deltakelse og involvering i operasjonsteamet | 41 |
| 5.3 Forhold som påvirker teamarbeidet | 43 |
| 5.3.1 Tilpasning av sjekklisten til lokale forhold | 43 |
| 5.3.2 Motstand i arbeidsmiljøet | 44 |
| 5.3.3 Opplevelse av pasientsikkerhetskultur | 45 |
| 5.4 Sjekklister som kvalitetsforbedring | 45 |
| 5.5 Oppsummering | 46 |
| 5.6 Konsekvenser i praksis | 46 |
| | |
| 6.0 KONKLUSJON | 47 |
| | |
| REFERANSELISTE | |
| | |
| ARTIKKEL | |
| | |
| VEDLEGG | |

1.0 INNLEDNING

Selv om pasientsikkerhet alltid har vært et implisitt mål for medisinsk og helsefaglig arbeid, er det relativt nytt som eget begrep og arbeidsområde. Pasientsikkerhet som arbeidsfelt har søkelys på risikable trekk ved behandling, pleie eller system som kan skade pasienten i møte med helsetjenesten (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011).

Studier av avvik og uheldige hendelser innen helsevesenet og andre bedrifter, har imidlertid ført til en dypere forståelse av årsakssammenheng, med mindre fokus på individuelle personer som gjør feil, og mer fokus på systemer og faktorer innen organisasjonen (Long, Neale, Vincent, 2009). Selv om årsakene til uheldige hendelser ofte er sammensatte, peker dette imidlertid på at helsetjenestene ikke alltid virker etter hensikten, eller at de er dårlig samordnet, og derfor ikke er så trygge og sikre som de bør og kan være. En kontinuerlig utvikling og forbedring av helsetjenestene er derfor nedfelt som satsingsområde i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten 2005-2015. For å nå målet om sosial- og helsetjenester av god kvalitet, er fem innsatsområder definert i strategiplanen. Et av innsatsområdene innebærer evaluering av helsetjenestene, der *”målet er å få informasjon som aktivt kan brukes til å forbedre tjenestene, justere kursen underveis, og vurdere om endring faktisk fører til forbedring”* (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s 39).

Som anestesisykepleier i en operasjonsavdeling som rommer både elektiv- og øyeblikkelig hjelp kirurgi, har jeg erfart at en operasjonsavdeling kan by på utfordringer av både faglig og samarbeidsmessig karakter. Operasjonsteamet, som består av kirurger, anestesileger og sykepleiere med spesialutdanning, må samarbeide gjennom utførelsen av det kirurgiske inngrepet. Et velfungerende teamarbeid blir sett på som en forutsetning for sikker virksomhet (Kohn, Corrigan et Donaldson, 1999). Kvaliteten på samarbeidet avhenger imidlertid av teamets arbeidskultur, dets kommunikasjon så vel som praktiske ferdigheter (Bosk et al., 2009).

Som et ledd i kvalitetssatsingen i Helse Vest, ble WHO's ”Safe Surgical Checklist” innført ved operasjonsavdelinger på Haukeland Universitetssykehus i 2009, med mål om å forbedre kvaliteten på kirurgisk pasientbehandling. I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring understrekes det at ved all form for forbedringsarbeid forutsetter at

man har mulighet til å følge opp effekten av det iverksatte tiltaket. En evaluering skal gi informasjon, råd og anbefalinger som kan brukes som verktøy for å styre arbeidet videre, samt vurdere om tiltaket bidrar til god kvalitet. Evaluering innebærer også å vurdere, og følge opp kvaliteten av tjenesten over tid, for å gjøre utøverne selv i stand til å vurdere status og effekt av tiltak innenfor sine respektive områder (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). For således å få kunnskap om sjekklisten fungerte etter intensjonen, var det behov for evaluering av dette konkrete kvalitetsforbedringstiltaket.

Denne masteroppgaven i kunnskapsbasert praksis har derfor som fokus å evaluere WHO's "Sjekkliste for Trygg Kirurgi", som et konkret kvalitetsforbedringsprosjekt. Masteroppgaven bygger på artikkelen: *WHO's "Safe Surgical Checklist", a tool to improve both task work and teamwork? A grounded theory study of nurses' challenges*. Artikkelen vil bli søkt for publisering i BMC Health Services Research, og følger derfor oppsatt mal for publisering der. I kappen vil Grounded theory som metodologi bli ytterligere vektlagt, og resultatene bli mer utfyllende beskrevet enn i artikkelen.

1.1 WHO's "Sjekkliste for Trygg Kirurgi"

På bakgrunn av et økt internasjonalt fokus på pasientsikkerhet, nedfelt i World Health Assembly's resolusjon 55.18, ble World Alliance for Patient Safety opprettet av Verdens Helseorganisasjon (WHO) i 2004. Kjernevirksomhet til alliansen består av å adressere globale utfordringer vedrørende pasientsikkerhet, og kampanjen Safe Surgery Saves Lives, ble lansert i 2008 (WHO, 2009). For å redusere uønskede hendelser i forbindelse med kirurgi, ble det utarbeidet en sjekkliste gjennom et internasjonalt, tverrfaglig samarbeid med eksperter fra ulike fagfelt, der alle WHO regioner var representert. Sjekklisten ble utformet for å fremme mål gitt i WHO's veileder for trygg kirurgi. De ulike elementene i sjekklisten WHO's "Safe Surgical Checklist", er forankret i evidens ut fra tiltak som forbedrer pasientsikkerheten, og inneholder spørsmål som skal sikre at viktige elementer for sikkerhet er innlemmet i rutineforberedelsene på operasjonsstuen. Sjekklisten kan således betraktes som et redskap for effektiv kommunikasjon og utveksling av kritisk pasientinformasjon før, under og etter et kirurgisk inngrep.

Sjekklisten ble oversatt til norsk ved Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten, og Helse Vest RHF til "Sjekkliste for Trygg Kirurgi" (vedlegg I). Sjekklisten ble videre

implementert på operasjonsavdelinger ved Haukeland Universitetssykehus (HUS) i 2009, med intensjon om å forbedre kommunikasjon og teamarbeid, samt å sikre at viktige elementer for pasientsikkerhet ble innlemmet i rutineforberedelser på operasjonsstuen. Målet med innføringen av WHO's "Sjekkliste for Trygg Kirurgi" var, og er således å redusere postoperativ dødelighet og komplikasjoner hos kirurgiske pasienter.

WHO's sjekkliste ble innført på HUS som et kvalitetsforbedringsprosjekt, på bakgrunn av den regionale kvalitetssatsingen i Helse-Vest RHF. Sjekklisten har tre faser: *Forberedelse* (før anestesistart), *Time Out* (før kirurgistart) og *Avslutning* (før operatør forlater operasjonsstuen). I tråd med WHO's anbefalinger, ble ansvaret for gjennomgangen av de ulike fasene i sjekklisten forankret hos en sjekklisterkoordinator. Anestesisykepleier ble pålagt funksjonen i den første delen, og operasjonssykepleieren som gikk til hånde fikk denne funksjonen i de to resterende fasene. Selv om dette innebærer at ansvaret for gjennomgangen av samtlige punkter i sjekklisten organisatorisk ble forankret i sykepleierprofesjonen, må hele operasjonsteamet stoppe opp og delta i sikkerhetssjekken før, under og etter det kirurgiske inngrepet. Dette krever en involvering av alle aktørene i operasjonsteamet, og sjekklisten innebærer således en endring i deres vanlige arbeidsmønster.

I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring understrekes det at en evaluering etter et innført forbedringstiltak er viktig for å få informasjon, råd og anbefalinger som kan brukes som verktøy for å styre arbeidet videre, samt vurdere om tiltaket bidrar til god kvalitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Ettersom bruk av sjekklisten også innebærer en endring i arbeidsmønsteret for de involverte, og for å videre få forståelse av hva endringen innebærer, var det nødvendig å studere prosessen fra de involvertes perspektiv. Kunnskap om hvordan de involverte opplevde å bruke WHO's sjekkliste, og hvordan den faktisk ble anvendt i praksis, var betydningsfullt av flere grunner:

1. For det første var det viktig for å se om sjekklisten fungerte som et kvalitetsforbedringstiltak etter intensjonen.
2. For det andre er kunnskap om forbedringsarbeid viktig for å være i stand til å forbedre det systemet man selv er den del av. Prosjektgruppen for "Trygg

Kirurgi” ved HUS hadde derfor etterspurt konkret kunnskap om hvilke faktorer som fremmet og hemmet bruk av sjekklisten i den daglige driften på operasjonsstuene. En evaluering som innebar undersøkelse av hvordan de involverte opplevde å bruke sjekklisten, ville kunne bidra med verdifull innsikt her.

3. For det tredje inngår evaluering av praksis som et av trinnene i kunnskapsbasert praksis. Dette innebærer blant annet å måle konkrete forbedringstiltak på et eller flere spesifikke områder, for å undersøke om kunnskapsgrunnlaget, eller arbeidsmetodene er på basert på oppdatert, kvalitetsvurdert forskning (Nordtvedt et al., 2007). Denne masteroppgavens relevans til kunnskapsbasert praksis innebærer således en evaluering av WHO’s ”Sjekkliste for Trygg Kirurgi”, ved å se på hvordan de involverte opplever å bruke den. I tillegg er et av innsatsområdene i den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring, en styrking av forbedringskunnskapens plass i utdanningen gjennom studenters deltakelse i gjennomføring av forbedringsprosjekter (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Da denne mastergradsoppgaven har som fokus å evaluere et WHO’s ”Sjekkliste for Trygg Kirurgi”, vil jeg gjennom dette prosjektet kunne bidra med forbedringskunnskap relatert til dette konkrete kvalitetsforbedringstiltaket.

For å få innsikt i hvordan de involverte opplevde bruken av sjekklisten, samt å få kunnskap om faktorer som fremmer og hemmer bruken av sjekklisten i praksis, var det nødvendig å utforske dette ut fra de involvertes perspektiv. Dette ble gjort ved å innhente fylldige data fra de involverte selv, hvilket innebar en kvalitativ tilnærming (Halvorsen, 2008).

1.2 Hensikt og problemstilling

Dette kvalitetsforbedringsprosjektet har som hensikt å øke kunnskapen om hvilke faktorer og kontekstuelle forhold som påvirker bruken av WHO’s ”Sjekkliste for Trygg Kirurgi”.

Da ansvaret for gjennomgangen av de ulike fasene av sjekklisten var forankret hos anesthesi- og operasjonssykepleierne, var disse profesjonsgruppene fokus for den videre undersøkelsen. Ved å undersøke hva som var hovedutfordringen til anesthesi- og

operasjonssykepleiere ved bruken av sjekklisten, var målet gjennom bruk av grounded theory metodologi, å utvikle begrep og teori som kan forklare hvordan de handlet for å møte denne utfordringen. Funnene kan bidra til å identifisere betingelser som muliggjør eller hindrer godt tverrfaglig samarbeid på operasjonsstuen. Grounded theory som metode søker å utvikle begrep og teorier som redegjør for hvordan mennesker fornuftsmessig forstår sin situasjon, og handler ut fra dette (Glaser, 1978). På bakgrunn av dette vil prosjektet ha en åpen problemstilling.

1.3 Forskningsspørsmål

Hva opplever anesthesi- og operasjonssykepleiere som den viktigste utfordringen ved bruk av "Sjekkliste for trygg kirurgi"?

1.4 Begrepsavklaring og definisjoner

I tråd med definisjonen til Verdens helseorganisasjon, og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, blir følgende definisjon på pasientsikkerhet benyttet i denne oppgaven: *"Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser"* (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011).

Med kvalitet i helsevesenet, forstås *"i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi som øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer"* (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011).

2.0 TEORETISK FORANKRING OG TIDLIGERE FORSKNING

Interessen rundt pasientsikkerhet og sikkerhetskultur har økt kraftig de siste 10-15 år, internasjonalt og i Norge. Publikasjonen som satte temaet på dagsorden, ”To err is human” (Kohn, Corrigan, Donaldson, 1999), anslår at uheldige hendelser på sykehus forårsaker mellom 44.000 og 98.000 dødsfall årlig blant pasienter på Amerikanske sykehus. En annen studie viser at uønskede hendelser er rapportert at forekommer i 2,9-16, 6% av tilfellene av alle pasientinnleggelser i sykehus, der trolig 37-51% kunne vært unngått (Brennan et al., 2004, 1991, Wilson et al., 1995, Thomas et al., 2000, Vincent et al., 2001). Selv om det i Norge ikke finnes konkret oversikt på hvor mange som blir skadet, vil tall fra Amerikanske sykehus overført til Norske forhold gi et estimat på 2000 dødsfall og 15.000 skader i året, forårsaket av uheldige hendelser. Mer enn halvparten av disse kunne vært unngått, ifølge helsepersonell selv (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Tall fra Norsk pasientskade erstatning viser også en klar økning både i antall mottatte saker og omkostninger for pasientskader (NPE, 2011).

2.1 Pasientsikkerhet og sikkerhetskultur i operasjonsavdelingen

På verdensbasis, blir det årlig foretatt rundt 234 millioner operasjoner (Weiser et al., 2008). Studier viser at 51-62% av uønskede hendelser i sykehus er relatert til kirurgiske prosedyrer (Baker et al., 2004, Mills, 1978, de Vries et al., 2008). Selv om kirurgiske inngrep kan forhindre tap av liv, har det også vist å være forbundet med risiko for komplikasjoner og dødelighet. I sykehusmiljø, er operasjonsavdelinger derfor blitt karakterisert som et ”kaotisk arbeidsmiljø, der risikoen for sikkerhets kompromitterende hendelser, er stor” (Catalano, 2008).

Operasjonsavdelinger har imidlertid ikke bare vist seg å være arenaer med høy avviksrate, men i tillegg til intensivmedisinske avdelinger, også arenaer hvor konsekvensene av avvik er alvorlige (Fragata, 2009). Dette kan skyldes at et kirurgisk inngrep innebærer mange komplekse hendelser, der hver prosedyre i seg selv har potensial for feil. Mens effektivt, tverrfaglig teamarbeid er karakterisert som en viktig faktor for pasientsikkerhet, er imidlertid mangel på tverrfaglig samarbeid vist å kunne påvirke utfallet av helsetjenester og pasientbehandling i negativ retning (Lingard et al., 2004, Sevdalis et al., 2009). Kvaliteten på samarbeidet avhenger av teamets arbeidskultur, dets kommunikasjon så vel som praktiske ferdigheter (Bosk et al., 2009).

Pasientsikkerhetskultur er et resultat av verdier, holdninger, kompetanse og atferdsmønstre til individer og grupper av individer i helsetjenesten, som får betydning for hvordan sikkerheten prioriteres og gjennomføres i pasientbehandlingen (Nasjonalt kunnskapssenter for Helsetjenesten, 2011). Kulturen i seg selv kan være vanskelig å definere og måle, men kulturelle uttrykk kan la seg måle gjennom grad og form av samarbeid og kommunikasjon (Flåtten, 2009).

I en operasjonsavdeling har bruk av sjekklister som kvalitetsforbedrende verktøy, vist å være en gjennomførbar metode for å få operasjonspersonell til å kommunisere systematisk i forhold til ulike prosedyrer knyttet direkte til det kirurgiske inngrepet (Lingard et al., 2005). Kjernen i pasientsikkerhetsarbeid, består imidlertid av en forståelse av de situasjoner som kan påvirke til risikofull praksis. Sjekkliste i seg selv, har derfor liten innvirkning på sikkerhetskulturen dersom de ikke blir koblet sammen med holdnings- og atferdsendring (Bosk et al., 2009). Implementering av "Sjekkliste for Trygg Kirurgi" i ulike operasjonsavdelinger, kan derfor ikke sees på som et mål i seg selv, men må kobles sammen med endring av holdninger og atferd på operasjonsstuen.

2.2 Kunnskapsbasert praksis og kvalitetsforbedring

Begrepet kunnskapsbasert praksis har fått bred oppmerksomhet i faglige og forskningspolitiske debatter de senere år, spesielt innen helse- og sosialsektoren. Kunnskapsbasert praksis (KBP) innebærer å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon (Nortvedt et al., 2007, Kunnskapssenteret, 2011). Formålet med KBP er å styrke beslutningsgrunnlaget til de som arbeider i helsesektoren, slik at de baserer sin praksis på best tilgjengelig kunnskap. På den måten vil også kvaliteten på de helsetjenester som tilbys forbedres.

Kunnskapsbasert praksis kan i seg selv sees på som et kvalitetsforbedringsverktøy. Ved hjelp av kunnskapsbaserte metoder og verktøy kan også grunnlaget for annet kvalitetsforbedringsarbeid bedres. Ved å identifisere viktige spørsmål blant brukere av helsetjenesten og blant helsepersonell kommer det fram behov for forskningsbasert kunnskap. Ved hjelp av metoder for systematisk innhenting og bruk av forskningsbasert

kunnskap kan vi bidra til at det i kvalitetsforbedringsarbeidet tas velinformerte beslutninger.

Nasjonale kunnskapssenter for helsetjenesten har oppsummert det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget for klinisk effekt av å innføre WHO's sjekklisten for trygg kirurgi. Kun en studie, Haynes et al., 2009, møtte inklusjonskriteriene, og selv om denne studien konkluderte med at sjekklisten for trygg kirurgi reddet liv, og gav færre komplikasjoner, var ikke studien egnet til å gi sikre effekt estimat. Det var usikkerhet om mekanismen bak effekten var økt fokus på sikkerhet, bruk av sjekklisten, eller en kombinasjon av dette. Selv om kunnskapsgrunnlaget for effekt av sjekklisten i seg selv er begrenset og usikkert, tilsier imidlertid erfaringer fra luftfart og militæret at denne typen sjekklister fremmer god sikkerhetskultur (Nasjonale kunnskapssenter for helsetjenesten, 2011).

2.3 Kvalitetsforbedring, nasjonale og regionale føringer

I Helsedirektoratets rundskriv av 15.1.2011 "Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2011", er kvalitet og pasientsikkerhet nedfelt som et av de prioriterte områdene for de regionale helseforetakene. Rundskrivet er basert på satsninger i St.prp. nr.1 (2010-2011) og departementets og direktoratets planer for helse- og omsorgsfeltet for 2011. Helseforetakene skal gjøre seg kjent med tiltak for økt pasientsikkerhet, der et av satsingsområdene er den Nasjonale pasientsikkerhetskampanjen 2011-2014. Et av innsatsområdene i kampanjen, er bruk av WHO's "Sjekkliste for Trygg Kirurgi". Målet med bruk av sjekklisten, er reduksjon i komplikasjoner i tilknytning til kirurgi, med hovedfokus på postoperative sårinfeksjoner.

Kvalitetssatsingen i Helse Vest er et langsiktig arbeid som er forankret i Helse 2020, og bygger på Nasjonal helseplan og målene i den nasjonale kvalitetsstrategien. Satsingen er en videreføring av kvalitetssatsingen i Helse Vest 2009-2013, og har fokus på kvalitet i kjernevirksomheten. Innføring av "Sjekkliste for Trygg Kirurgi" er et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt, der det er bestemt av alle helseforetakene skal ta i bruk sjekklisten rutinemessig i alle operative enheter, og rapportere på bruken i felles opplegg når dette er ferdigstilt. Hovedprinsippet er at kvalitetsarbeidet er lokalt forankret med helseforetakene som ansvarlige, og sentralt koordinert på noen områder med behov for felles regionalt arbeid (Helse Vest, 2011).

3.0 METODOLOGI OG DESIGN

Innen vitenskapelig virksomhet er metoden beskrevet som læren om de verktøy en kan benytte, for å samle inn informasjon (Halvorsen, 2008). Metode kan videre defineres som ”en fremgangsmåte til at produsere udsagn, der kan begrundes og derfor kan gælde som vitenskabelig viden” (Bjerg i Vallgård et Koch, 2007, s.46). Metoden rommer således to aspekter, både som fremgangsmåte, og som begrunnelse. Som fremgangsmåte gir metoden anvisninger på innsamling og analyse av data til produksjon av kunnskap. For å videre kunne begrunne sine funn, må man også kunne vise til at man har benyttet seg av en rett vitenskapelig metode for å oppnå disse funnene. Metodens to aspekter skal derfor ikke forstås som adskilte, men derimot som uløselig forbundet (Bjerg i Vallgård et Koch, 2007).

Innen vitenskapelig forskning skiller en mellom kvantitativ og kvalitativ undersøkelsesmetode. Valg av metodisk tilnærming gjør en ut fra problemstilling og type data en har tilgang til. Hovedskillet mellom kvantitativ og kvalitativ metode går hovedsakelig på om informasjonen, eller innsamlet data, kan uttrykkes i henholdsvis tall eller tekst (Halvorsen, 2008).

Hensikten med dette kvalitetsforbedringsprosjektet var å få innsikt i hva anesthesi- og operasjonssykepleiere opplevde som sin hovedutfordring ved bruken av WHO`s ”Sjekkliste for Trygg Kirurgi”. Det var derfor nødvendig å innhente fylldige data fra sykepleierne selv; deres opplevelser og erfaringer knyttet til sjekklisten. Dette innebar å utføre en empirisk undersøkelse, med innhenting av kvalitative data. Fremgangsmåten må da foregå ved en induktiv tilnærming (Halvorsen, 2008). Dette innebærer at man som forsker forsøker å nærme seg en virkelighet man ikke kjenner til, uten klare hypoteser. Formålet er ikke å belyse holdbarheten av teorier gjennom hypotesetesting, men å utvikle begreper om et fenomen og å få en størst mulig helhetsforståelse av alle aspekter ved fenomenet (Eneroth, 1984, i Halvorsen, 2008). Kvalitative forskningsmetoder er de metoder som egner seg best for beskrivelse og analyse av karaktertrekk, egenskaper, eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres, der målet er forståelse heller enn forklaring. En kvalitativ tilnærming er også velegnet til utforsking av dynamiske prosesser som samhandling og utvikling (Malterud, 2003), og nødvendighet for å forstå den konteksten som deltakerne i en undersøkelse befinner seg i (Cresswell, 2007, Glaser, 1978).

Innføring av WHO's "Sjekkliste for Trygg Kirurgi" innebar en endring i det sosiale arbeidsmønsteret for deltakerne i operasjonsteamet. Spesielt gjaldt dette for sykepleierne som utførte og koordinerte de ulike fasene av sjekklisten. Denne endringsprosessen må forstås fra deres utgangspunkt, som vil være deres roller i det tverrfaglige teamet på operasjonsstuen. I tillegg til å bidra med forståelse for de kontekstuelle forholdene som kan påvirke utførelsen av sjekklisten, må metoden derfor også ha fokus på de sosiale og mellommenneskelige prosessene som finner sted ved bruken av sjekklisten.

Prinsipielle tenkemåter som ligger til grunn for utviklingen og bruken av ulike metoder og forskningsopplegg, beskrives som metodologi, og kan sees på som refleksjon over- og vurdering av de metoder som brukes for å oppnå kunnskap om virkeligheten (Cresswell, 2007). Grounded theory metodologi (GT) med opprinnelse i sosiologien, søker å beskrive og forstå kjernen i de psykologiske og strukturelle prosessene som forekommer i sosiale situasjoner. Det er ikke personene, men de mellommenneskelige hendelsene, det vil si de sosiale prosessene, som er gjenstand for analyse (Glaser et Strauss, 1967, Glaser, 1978, Glaser, 1992). GT har fokus på mellommenneskelige prosesser i det studerte feltet. I tillegg innebærer metodologien analyse av symbolske meninger mellom personer og grupper. Dette gjør Grounded theory metodologi velegnet til å forklare og forstå de prosesser som finner sted hos anesthesi- og operasjonssykepleierne i et tverrfaglig operasjonsteam, som følge av innføring av "Sjekkliste for Trygg Kirurgi". GT ble derfor brukt som metodologi i den empiriske studien.

3.1 Grounded theory metodologi

Grounded theory ble utviklet i 1960-årene av to amerikanske sosiologer; Barney G. Glaser (1930) og Anselm Strauss (1916-1996), og har således sitt opphav i sosiologisk forskning. På bakgrunn av deres forskningsprosjekt; Awareness of dying, som ble publisert i 1965, ble det utviklet, og utgitt en metodebok: The discovery of grounded theory, i 1967 (Glaser et Strauss, 1967, Glaser, 1978, Glaser, 1992). Den underliggende analytiske metodologien, som sees på som det fundamentale med GT, stammer hovedsakelig fra prosedyrer, og analytisk metodologi ved induktiv, kvantitativ analyse (Glaser, 1992). Formålet med grounded theory er å generere en teori som belyser

atferdsmønstre som blir relevant for de som er involvert, ut fra et problemområde. Målet med GT er ikke å beskrive eller verifisere, men å forklare hvordan de involverte opplever sitt problem og hvordan de handler for å løse dette problemet. Teorien genereres ut fra en kjernekategori (Glaser et Strauss, 1967, Glaser, 1978, Glaser, 1992).

Grounded theory er først og fremst en induktiv metode, ettersom teorien man søker å generere, trer frem etter at datainnsamlingen er påbegynt. Metoden har imidlertid også innslag av deduktive elementer. Den deduktive prosessen i GT tar utgangspunkt i innsamlet, analysert datamateriale, som ut fra en påbegynt koding, skal lede forskeren videre i prosessen med data innsamling (Glaser et Strauss, 1967, Glaser, 1978, Glaser, 1992).

Grounded theory er blitt utviklet i ulike retninger; klassisk Glaseriansk grounded theory, Strauss i samarbeid med sykepleieren Juliet Corbin, og en tredje retning ved Charmaz (Lomborg, 2005, Hjälmhult, 2007). I denne oppgaven beskrives og benyttes den klassiske, Glaserianske, grounded theory metodologi. De ulike stadiene i denne opprinnelige, klassiske versjonen av GT, er generelt preget av sekvenser som ofte blir utført samtidig idet forskningsprosessen begynner, hvilket denne spesifikke metodologien krever. Et annet sentralt aspekt ved den klassiske versjonen, er begrepet *emerge*. Dette innebærer at teorien som genereres, ”trer gradvis frem” fra datamaterialet, og blir gradvis tydelig for forskeren.

Hovedtrekket ved grounded theory er oppdagelsen av en kjernekategori, som er sentral i forklaringen på hva det er som skjer i en spesiell sosial sammenheng. Forklaringen på de handlinger som finner sted, tar utgangspunkt i de involvertes ståsted, og går utover tid, sted og person. Forståelsen av de involvertes handlinger, dreier seg om deres hovedproblem, deres *main concern*. I følge Glaser (1978) vil de involvertes atferd fokusere på å løse hovedproblemet. Hvordan de videre utfører dette, blir av Glaser (1978) betegnet som kjernekategorien. Ved å bruke GT, kan man derfor generere omfattende forklaringer på fenomener som er forankret i virkeligheten (Polit et Beck, 2008).

I grounded theory blir det vektlagt at forskeren ikke må være teoristyrte i sitt arbeid med å generere teori (Glaser, et Strauss, 1967, Glaser, 1978, Glaser, 1992). Dette innebærer

at en som forsker bør være mest mulig åpen og reflektert, og videre vente med teoretisk fordyping i det aktuelle området. Det skal foreligge et generelt tema for forskningen, men det skal ikke ha et eksplisitt, forhåndsbestemt forskningsproblem. Glaser uttrykker imidlertid viktigheten av at forskeren er teori-sensitiv (Glaser, 1978). Dette innebærer at forskeren er sensitiv nok i bevisstgjøringen på å begrepsliggjøre og formulere teorien, ettersom den trer frem gjennom analysen av data.

3.2 Datainnsamling

I grounded theory har datainnsamlingen som hensikt å finne kategorier, egenskaper og relasjoner mellom kategoriene (Glaser, 1978). Metodologien åpner opp for at alle typer data kan brukes, inkludert kvantitative data. Selv om mange kaller grounded theory for en kvalitativ metode, er ikke dette tilfelle ifølge Glaser (1978). Det er en generell metode. GT gir ingen konkret anvisning om hvordan man rent praktisk samler data gjennom for eksempel intervju, eller deltakende observasjon (Lomborg, 2005). Det er heller ingen sterke føringer på utvalget i undersøkelsens første fase (Glaser, 1978).

Utgangspunktet for den første datainnsamling, hviler ikke på et forutfattet teoretisk rammeverk, men baseres ene og alene på sosiologiske perspektiv innen problemområde som skal utforskes (Glaser, 1978). Den videre prosessen med å samle inn data styres videre av et teoretisk utvalg, *theoretical sampling*. Dette innebærer at føringer for videre datainnsamling, kommer fra de fremvoksende teorien. Med utgangspunkt i innsamlet, analysert datamateriale, ut fra en påbegynt koding, vil forskeren få ideer om hva som skal undersøkes videre, og ledes således videre i prosessen med data innsamling (Glaser, 1978). Datainnsamling og analyse av data er således to prosesser, som hele tiden foregår parallelt, og som påvirker hverandre gjensidig. I grounded theory er individuelle intervju, kombinert med deltakende observasjon de mest brukte metodene for innsamling av data (Polit et Beck, 2008). Nøkkelelementet i kvalitativ forskning er imidlertid å få frem mest mulig informasjon om aktuelt tema fra de respondenter som deltar (Polit et Beck, 2008).

3.2.1 Deltakere

I dette studiet ble det rekruttert deltakere blant anestesi- og operasjonssykepleierne fra en seksjon ved operasjonsavdelingen på Haukeland Universitetssykehus. Sentrale egenskaper blant sykepleierne som ble valgt ut, var villighet og evne til å muntlig dele

sine erfaringer i en setting med kolleger. Det var derfor viktig å finne frem til personer som var rik på informasjon, og hadde erfaring med å bruke sjekklisten. Jeg valgte fortrinnsvis blant sykepleiere med tilnærmet full stilling, da disse nødvendigvis hadde deltatt ved flere sjekklistegjennomganger enn sykepleiere med deltidsstillinger. Totalt deltok 14 spesialsykepleiere, syv anesthesi- og syv operasjonssykepleiere. To menn deltok. Deres erfaringer som spesialsykepleiere, varierte fra 1-29 år.

3.2.2 Observasjon i feltet

Når fenomener og prosesser skal studeres i sine naturlige sammenhenger, vil observasjoner være en nærliggende metode (Halvorsen, 2008). For å få innsikt i hvordan sjekklisten ble brukt i praksis, valgte jeg å først observere dette ved den aktuelle seksjonen, gjennom en åpen, ikke deltakende observasjon inne på operasjonsstuen. Selv om jeg ikke inngikk som medlem av det sosiale feltet jeg skulle observere, ble imidlertid min rolle på operasjonsstuen opplyst for resten av teamet ved gjennomgangen av sjekklisten. Min tilstedeværelse påvirket derfor muligens de resterende delene av sjekklistens gjennomgang. Et alternativ kunne vært å observere bruken av sjekklisten via overvåkningskameraene som er på operasjonsstuene. Skjermbildet er imidlertid i sort/hvitt, og uten lyd. Ved denne form for observasjon, ville det bli vanskelig å fange opp nyansene i det sosiale samspillet som fant sted under gjennomgang av sjekklisten. Det ville også være betenkelig rent etisk å kun observere via et kamera, selv om informert samtykke var innhentet.

Observasjonen tjente to formål. For det første sa observasjonen noe om handling og samhandling mellom de involverte, noe som kan avvike fra hva de faktisk sier at de gjør, eller har gjort. For det andre, gav observasjonen verdifull innsikt i hva det egentlig var som foregikk i feltet. Denne kunnskapen dannet grunnlaget for den semistrukturerte intervjuguiden som ble brukt ved fokusgruppeintervjuene (vedlegg II, III).

Den observerte handlingen var ikke nødvendigvis selvforklarende, og som forsker er det viktig å danne seg en mening om hva det er som er blitt observert. Den videre datainnsamlingen foregikk derfor ved fokusgruppeintervju, samt et enkelt intervju. På denne måten ville jeg kunne få bekreftet, eller avkreftet funn fra observasjonen. I tillegg fikk jeg mulighet til å finne ut hvilken mening folk la til handlingene sine.

3.2.3 Fokusgruppe intervju

Grounded theory forskning involverer ofte 20-30 informanter, der datainnsamling primært foretas ved individuelle intervju (Polit et Beck, 2008). På grunn av dette prosjektets tidsmessige, begrensede omfang, ble det derfor foretatt fokusgruppe intervju, fremfor kun individuelle intervju. Fokusgrupper har flere fordeler, og er ofte benyttet i kvalitetsforbedringsarbeid både for å involvere de ansatte i endringsprosesser, men også for å evaluere implementerte forbedringstiltak (NICE, 2007). Informanter som samarbeider, og har lik bakgrunn, kan på bakgrunn av interaksjon seg imellom, generere bedre informasjon enn ved individuelle intervju (Polit et Beck, 2008).

Fokusgruppeintervjuer er også en mer rasjonell form for datainnsamling når forskningsprosjektet er tidsavgrenset (Malterud, 2003).

Fokusgrupper består vanligvis av seks til ti informanter, og er ledet av en moderator (Kvale et Brinkman, 2009). For at gruppene ikke skulle bli så store at informantene følte det ubehagelig å snakke fritt, i tillegg til at det skulle være rom for at samtlige personer ble inkludert i samtalen, var målet å jobbe med grupper på fire til seks personer. Imidlertid var det en utfordring å få frigjort nok sykepleiere fra den daglige driften, til å delta i fokusgruppene. Dette resulterte i mindre grupper enn opprinnelig planlagt.

Homogenitet i gruppen ansees som viktig for å skape en god gruppedynamikk (Polit et Beck, 2008). Derfor ble respondentene satt inn i to ulike fokusgrupper i de to første to intervjuene. Den ene gruppen bestod av tre anestesisykepleiere, og den andre bestod av tre operasjonssykepleiere. De to siste intervjuene foregikk i blandete grupper, med to representanter fra hver av sykepleierprofesjonene i hver av gruppene. En av sykepleierne ble intervjuet individuelt, og en av sykepleierne deltok i to grupper. Dette var på grunn av praktiske årsaker. Samtlige av anestesi- og operasjonssykepleierne fikk skriftlig informasjon om prosjektet både på mail, og ved oppslag i avdelingen (vedlegg IV, V). De fleste fikk i tillegg muntlig informasjon på et møte i avdelingen. Deltakerne ble strategisk valgt ut, og tidspunkt for intervju avtalt. Alle deltakerne samtykket, og ingen trakk seg underveis.

Målet med å samle inn data gjennom å bruke fokusgrupper er ikke å oppnå enighet, eller en felles løsning på et tema som blir diskutert, men å få frem ulike synspunkt på det

aktuelle temaet. Selv om fokusgrupper er virkningsfulle metoder for å evaluere praksis, kreves det både planlegging og tilrettelegging for å gjennomføre intervjuene på en hensiktsmessig måte. Ettersom flere personer er involvert, kan det bli kaotisk når de snakker, og intervjuet kan bli vanskelig å transkribere i etterkant. Å klare å skape en tillatende atmosfære, slik at personlige og konfliktfylte synspunkt rundt emnet som diskuteres, kan få komme til uttrykk, er også viktig (Cresswell, 2007, Kvale et Brinkman, 2009). Det er derfor gunstig å involvere en moderator, som kan hjelpe forskeren med å lede intervjuet og se til at alle deltakerne får snakke etter tur. I to av intervjuene deltok derfor en sykepleier som var godt kjent i avdelingen, og hadde erfaring med fokusgruppeintervju. I tillegg til lang erfaring som spesialsykepleier i klinikken, hadde vedkommende også pedagogisk- og veileder kompetanse. Selve fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i spesialsykepleiernes arbeidstid, på tidspunkt det vanligvis var møtevirksomhet i avdelingen. Dette bidro vesentlig til å klare å frigjøre sykepleierne fra drift. Et egnet møterom ble også valgt ut for å unngå forstyrrelser. Da intervjuene ble tatt opp på bånd, var det viktig at lokalitetene også hadde gode akustiske forhold.

3.3 Analyse av data

For å videre kunne analysere det innsamlede datamaterialet, ble observasjonen av sjekklisten i bruk på operasjonsstuen skrevet ned, og lydfilene med intervjuene transkribert. Å transkribere intervju fra muntlig til skriftlig form, noe som kan sees på som en analyse i seg selv, strukturerer intervjusamtalen til en mer håndterbar versjon for videre analyse (Kvale et Brinkmann, 2009). Jeg transkriberte ordrett alle intervjuene selv. Selv om det var en tidkrevende prosess, ble jeg godt kjent med datamaterialet gjennom å lytte til egne intervju.

Ved bruk av grounded theory skapes det teoretiske rammeverket ut av innsamlet data. Den første analysen av data tar til så snart den første datainnsamlingen er foretatt. Gjennom å sammenligne data etter hvert som det blir samlet inn, skaper forskeren flere abstrakte nivå av teoretiske koblinger. Fra progredierende stadier med analysert datamateriale, blir teorien således induktivt, gradvis bygget opp (Glaser et Strauss, 1967, Glaser, 1978, Glaser, 1992). Observasjonen av sjekklisten i bruk, dannet derfor grunnlaget for den semistrukturerte intervjuguiden som ble brukt under de to første

fokusgruppe intervjuene. Tema for de videre intervjuene, baserte seg igjen på den umiddelbare analysen av data fra de første intervjuene, samt fra observasjonen.



Figur 1: Kode, kategori og begrep ¹ Den konstante sammenlignende metode

3.3.1 Koding av data

I grounded theory metodologi er den konseptuelle kodingen helt essensielt i relasjonen mellom data og teori. Denne kodingen innebærer å danne begreper ved hjelp av indikatorer i de underliggende mønstre, fra innsamlet, empirisk data. Ved å utvikle hypotetiske relasjoner mellom de ulike begrepene, oppdages således en grounded theory, en teori generert fra grunnen av.

Koding av data er kjerneprosessen i klassisk grounded theory metodologi. Det er gjennom koding at den konseptuelle abstraksjonen av data samt reintegrering av data finner sted. Det er to typer koding i en klassisk grounded theory studie: *substantiv koding*, som inkluderer både prosessen med åpen og selektiv koding, og *teoretisk koding* (Glaser et Strauss, 1967, Glaser, 1978, Glaser, 1992). I den substantive kodingen, jobbes det med data direkte. Innsamlet data deles opp og analyseres først gjennom en åpen koding for at en kjernekategori og dens relaterte begrep skal vokse frem.

¹ Kirsten Lomborg, 2007

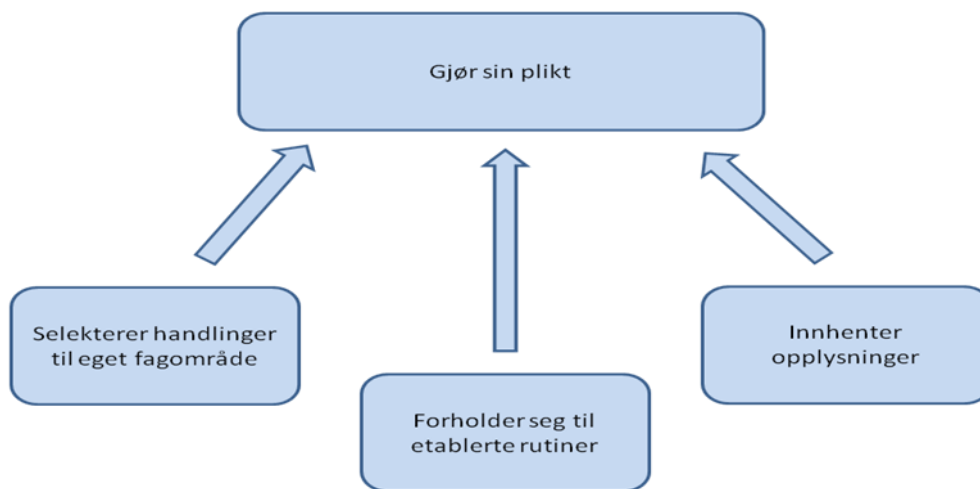
Analysearbeidet mitt startet derfor med en åpen kodingsprosess, der intervjuene ble gjennomgått setning for setning, og ble merket med koder relatert til innholdet. Kodene ble sammenlignet i en kontinuerlig prosess, i forhold til den konstante sammenlignende metoden (Fig.1). Ettersom datainnsamlingen skred frem, ble kodene samlet i større, foreløpige kategorier. Et eksempel på åpen, substantiv koding, hentet fra fokusgruppeintervju i datamaterialet vises i Tabell 1.

Tabell 1: Eksempel på åpen koding hentet fra intervju i datamaterialet

| Indikatorer i data | Hendelser i data | Egenskaper til kategorien | Kategori som substantiv kode |
|---|--|---|--|
| <p>”Kirurgene, noen kirurger er kanskje litt lite motiverte til å gjøre sjekklisten?.. og at de synes dette er noe-litt sånn... tull, å bruke tid på det? Vi brukte jo sikker lenger tid på dette i begynnelsen!”</p> <p>”Det er akkurat det som er problemet synes jeg! Kirurgene er rett og slett respektløse! Veldig ofte, synes jeg! Når operasjonssykepleierne står og prøver å gjennomføre det, så står de med ryggen til og mumler i munnbindet, og tar det egentlig ikke så seriøst?”</p> <p>”Veldig mange synes jeg gjør det, og det synes jeg helt klart er en svakhhet ved det.. ”</p> | <p>Oppfatter andres manglende motivasjon</p> <p>Opplever utfordring</p> <p>Prøver å utføre sjekklisten</p> <p>Observerer non-verbal motstand</p> <p>Etterlyser kirurgenes deltakelse</p> <p>Etterlyser seriøsitet</p> <p>Påpeker svakheter ved gjennomføringen</p> | <p>Savner felles forpliktelse</p> <p>Sjekklisten oppleves ikke som integrert rutine</p> <p>Erkjenner motstand til sjekklisten i miljøet</p> | <p>Etterlyser rammer for bruk</p> <p>Etterspør overordnet press/ initiativ</p> |

Kategorier blir sett på som benevninger på et høyere nivå enn egenskaper, og fanger opp underleggende mønster i data, mens egenskaper er benevninger til kategoriene (Hjälmhult, 2007). Prosessen med åpen koding pågikk til dess mønstre i data begynte å tre frem, og kjernekategoriene kunne skimtes. Den videre kodingsprosessen foregikk da mer selektivt, for å videreutvikle både den potensielle kjernekategoriene, og dens

relaterte forhold, og begrep. For å utvikle en kode, ble begrepsindikatormodellen brukt som en nyttig veiledning (Glaser, 1978, s.62). Figur 2 viser et eksempel på et begrep (kode) der tre indikatorer er tatt med for å danne koden ”gjør sin plikt”.



Figur 2: Eksempel på begrepsindikatormodellen

Denne kontinuerlige sammenligningen av hendelser fortsatte til dess prosessen nådde *interchangeability of indicators*, noe som innebærer at det ikke vil fremkomme nye egenskaper eller dimensjoner ved kategoriene, ved å fortsette koding og sammenligning (Glaser, 1978). Begrepene oppnådde således en teoretisk metning, og den videre analysen foregikk ved å utforske potensielle teoretiske koder. Denne prosessen muliggjør begrepmessig integrering av den potensielle kjernekategori og relaterte forhold, for videre å kunne skape hypoteser som står for relasjoner mellom begrepene. Hypotesene bidrar således til å forklare de latente mønster av sosial handling, som danner basisen i den fremvoksende teorien (Glaser et Strauss, 1967, Glaser, 1978, Glaser, 1992).

Mens koding av data gir informasjon om hva som foregår *i data*, vil en gjennom noteskriving, eller *conceptual memoing*, nedtegne tanker og ideer *om data*; om koder og kategorier, samt deres relasjon til hverandre. Noteskriving ble derfor benyttet gjennom prosessen med dataanalysen. I følge Glaser bør noteskriving oppstå samtidig i prosessen som den substantive kodingen, og følge kodingsprosessen videre (Glaser et Strauss, 1967, Glaser, 1978, Glaser, 1992).

Analysen frem mot bestemmelsen av kjernekategori, går via identifisering av deltakernes hovedutfordring, eller *main concern*. Hovedutfordringen til anestesio- og operasjonssykepleierne syntes til å begynne med å være relatert til ”hvordan optimalisere bruken av sjekklisten”. Etter hvert ble det tydelig at utfordringen lå på et mer overordnet plan, og ble til slutt identifisert til ”hvordan oppnå faglig og sosial anerkjennelse i operasjonsteamet”. Handlingene som sykepleierne utførte for å prøve å løse denne utfordringen, genererte den substantive grounded theory om ”tilpasset team involvering”.

3.4 Litteratursøk

I følge grounded theory metodologi, trekkes relevant forskningslitteratur inn på slutten av studien, med formål om å belyse, og- eller skape kontrast til de oppnådde funn (Glaser et Strauss, 1967, Glaser, 1978, Glaser, 1992). For å berike den genererte teorien om tilpasset teaminvolvering, ble det derfor foretatt litteratursøk i aktuelle databaser i samarbeid med forskningsbibliotekar ved UIB. Søkestrategien som ble benyttet inneholdt nøkkelord relatert til operasjonsstuen, samarbeid i tverrfaglige team, og bruk av sjekklister (vedlegg VI, VII).

3.5 Kriterier for kvalitet og pålitelighet i grounded theory

Det finnes kriterier for kvalitet og pålitelighet ved grounded theory metodologi. *Journal of Advanced Nursing* (2005) har definert bestemte kriterier som må oppfylles for at en undersøkelse skal kunne gå under betegnelsen grounded theory:

- Datainnsamling og analyse skal foregå fortløpende.
- Det skal genereres en kjernekategori generert fra data. Undersøkelsen behøver ikke introdusere en fullt ut utviklet forklarende teori, den kan eventuelt bare være deskriptiv, og eksplorativt informerende.
- Analysen skal delvis foretas på grunnlag av teoretisk utvelgelse.
- Det skal gjennomføres både en første, umiddelbar koding av data og en teoretisk styrt koding.
- Analyseprosessen skal foregå til det er oppnådd teoretisk metning.
(*Journal of Advanced Nursing*, 2005)

Det som reflekterer kvaliteten på en grounded theory, er de fire kriteriene *fit*, *work*, *relevance*, og *modifiability* (Glaser et Strauss, 1967, Glaser, 1978, Glaser, 1992). Kvalitet og pålitelighet ved en generert teori, blir i henhold til GT vurdert ut fra hvordan de fire kriteriene er blitt imøtekommet og ivaretatt gjennom forskningsprosessen (Hjälmhult, 2007). Dette innebærer at teorien skal stemme overens med det den omhandler (*fit*), den skal kunne fungere i praksis (*work*) den skal være relevant (*relevance*) og den skal fortløpende kunne modifiseres. Det viktigste kriteriet er *fit*, eller overensstemmelse, da dette kriteriet svarer til hvor tett begreper samsvarer med de hendelsene begrepene faktisk representerer. Dette vil igjen være relatert til hvor grundig den kontinuerlige, komparative analysen av hendelser er utført. Dersom metoden er fulgt, skal teorien stemme overens med det feltet som den i kraft av sin datainnsamling, og sitt teoretiske utvalg, faktisk dekker. Således oppfylles kriteriet *fit* (Glaser et Strauss, 1967, Glaser, 1978, Lomborg, 2005, Hjälmhult, 2007). Dette vil innebære at de tre øvrige kriteriene trolig vil støtte opp om teoriens egnethet. Kriteriet om relevans, innebærer at den genererte teorien skal være relevant i forhold til det aktuelle problemet for de involverte. En følge av at den genererte teorien stemmer overens med data, og er relevant, er at den fungerer, *work*, for dem som er involvert, eller "the people in the know" som Glaser (1978) beskriver. Dette innebærer at for det aktuelle, substantive området, vil teorien kunne forklare hva som skjer, og forutsi hva som kan skje, fordi den forklarer hvordan de involverte sitt hovedproblem, *main concern*, stadig blir løst. På denne måten vil den aktuelle teorien ifølge Glaser (1978), stemmer overens med, og være tilstrekkelig allmenngyldig og forståelig for det området den er utgått fra. Dersom det skjer en endring i den empiriske virkelighet, eller det utvikles nye kategorier på bakgrunn av forskning, må disse data kunne innlemmes i den tidligere teorien. Dette innebærer det siste kriteriet, modifiserbarhet, som innebærer at den genererte, generelle teorien ikke er statisk, men kan endres og tilpasses nye forhold. Grounded theory kan således ha lang levetid.

3.6 Kritikk av grounded theory

Kritikken mot grounded theory ligger i at det er en komplisert og ressurskrevende metode. Litteraturen om grounded theory er i tillegg så omfattende, og kompleksiteten i metodediskusjonene så stor, at mange forskere nøyer seg med å kun henvise til at de er inspirert av grounded theory, og at de dermed ikke følger metodologiens kriterier (Lomborg, 2005). Dersom metoden er så omfattende at det velges å gjennomføre studier

med design som kun er *inspirert* av grounded theory, i stedet for å bruke metoden fullt ut, vil forskningsproduksjon med slikt design, bidra til spredning av kvasi-metodologisk grounded theory. I tillegg er det å utvikle en grounded theory blitt beskrevet av Glaser (1978) som en svært tidkrevende prosess. Disse elementene gjør det ikke lett for nybegynnere å velge grounded theory.

3.7 Etiske overveielser

Forskningsetikk omfatter etiske aspekter både ved *forskerrollen*, gjennom redelighet, habilitet og uavhengighet, og ved *forskningsprosessen*, gjennom definering av mål og metode, ved involvering av forsøkspersoner, ved bruk av persondata (Halvorsen, 2008). Utgangspunktet for prosjektet var innføring av WHO's "Sjekkliste for Trygg Kirurgi" i operasjonsavdelingen ved Haukeland Universitets Sykehus. De personer som var gjenstand for undersøkelse, var anesthesi- og operasjonssykepleiere. Det var således ingen pasienter direkte involvert i studien. Under min observasjon av sjekklisten i bruk i praksis, var det imidlertid en pasient på operasjonsstuen, i tillegg til det kirurgiske teamet. I forhold til pasienten, ble det informert om min tilstedeværelse på operasjonsstuen dagen før inngrepet, og muntlig informert samtykke ble innhentet fra denne pasienten. Det ble presisert at det ikke var pasienter som var gjenstand for undersøkelse, og at det ikke ville bli foretatt bilde eller lydopptak inne på operasjonsstuen. I forhold til det kirurgiske teamet, var det hentet inn nødvendig tillatelse fra klinikkledelsen ved de respektive klinikkene hvor de ulike profesjonsgruppene hadde sin tilhørighet (vedlegg VIII, IX).

Forskning som omhandler kvalitetsforbedringstiltak, regnes som helsetjenesteforskning, og faller således utenfor REK sitt mandat. Forespørsel om fremleggingsvurdering ble likevel oversendt REK, med tilbakemelding om at prosjektet ikke var fremleggingspliktig (vedlegg X). Nødvendig godkjenning for prosjektet i sin helhet, ble gitt ved Personvernombudet i Helse-Bergen (vedlegg XI). Selve forskningsprosessen forholdt seg til lover og forskrifter i Helseforskningsloven (2008) og forskningsetiske retningslinjer i *Forskningsetisk veileder*, utgitt av Den nasjonale forskningsetiske komité for naturvitenskap og teknologi (NENT) i 1992. For prosjektet innebar dette å innhente informert samtykke fra samtlige deltagere, ivaretagelse av diskresjon og anonymitet, samt planlegge formidling av undersøkelsens resultat til de involverte deltakerne.

4.0 RESULTAT

I denne delen av oppgaven presenteres funn fra studien om anestesi- og operasjonssykepleieres utfordringer knyttet til bruken av ”Sjekkliste for Trygg Kirurgi”, og den genererte teorien den empiriske studien resulterte i. Deltakernes hovedproblem regnes både som årsak og motivasjon til de fleste handlinger de utfører, (Hjälmhult, 2007), og var derfor essensielt å fange opp for både analysen, samt teorigenereringen.

4.1 Behov for faglig og sosial anerkjennelse

Anestesi- og operasjonssykepleiernes hovedutfordring, *main concern*, ble identifisert til ”hvordan oppnå faglig og sosial anerkjennelse i operasjonsteamet”. Denne utfordringen virket å være eksistensielt betinget, og så ut til å være gjeldende i den daglige driften ved operasjonsavdelingen generelt, i tillegg til ved utførelsen av ”Sjekkliste for Trygg Kirurgi”. Konsekvensene av de handlingene som sykepleierne utførte bevisst, eller ubevisst for å prøve å oppnå anerkjennelse, var imidlertid preget av hvordan de forholdt seg til aktivitetene på operasjonsstuen, hvilket også inkludert det sosiale samspillet som sjekklisten medførte.

Ved innføring av sjekklisten som et kvalitetsforbedringsprosjekt, ble ansvaret for gjennomgangen av de ulike fasene av sjekklisten forankret hos anestesi- og operasjonssykepleierne. Empiriske funn viser at strategiene som sykepleierne brukte for å oppnå faglig og sosial anerkjennelse i operasjonsteamet, påvirket ikke bare selve gjennomføringen, men kunne også gi konsekvenser for hvordan ”Sjekkliste for Trygg Kirurgi” ble brukt i den daglige driften.

4.2 Tilpasset teaminvolvering

Det å oppnå faglig og sosial anerkjennelse i operasjonsteamet, virket å være essensielt for sykepleierne for å kunne involvere seg i det tverrfaglige teamet, og således engasjere seg i gjennomføringen av ”Sjekkliste for Trygg Kirurgi”. Sykepleierne syntes å løse denne utfordringen ved å tilpasse sin involvering i operasjonsteamet. Den genererte grounded theory om ”Tilpasset teaminvolvering”, syntes altså å forklare hvordan anestesi- og operasjonssykepleierne handlet for å oppnå en faglig og anerkjennelse i operasjonsteamet.

Begrepet å *involvere seg* i det tverrfaglige teamet, relaterer seg til både sosiale og profesjonelle handlinger, og blir i denne oppgaven sett på som et engasjement som strekker seg utover det å *delta* i teamet, hvilket består av et mer begrenset engasjement. En deltakelse i teamet innebærer å utføre konkrete arbeidsoppgaver som er faglig relatert, og som inngår i den profesjonelle yrkesutøvelsen knyttet til den eksplisitte funksjonen som personen representerer i teamet.

”Tilpasset teaminvolvering”, består av tre handlingsmønstre: distansering-, moderering- og engasjering i teamet. De ulike handlingsmønstrene som sykepleierne benyttet seg av for å oppnå faglig og sosial anerkjennelse i teamet, syntes å variere i forhold til de individuelle, praktiske, sosiale og faglige forholdene på operasjonsstuen. I forhold til å involvere seg i teamet, inkludert de sosiale aktivitetene som sjekklisten medførte, syntes sykepleierne å pendle mellom de ulike handlingsmønstrene, på bakgrunn av de aktuelle sosiokulturelle og praktiske arbeidsforholdene ved operasjonsavdelingen. Handlingsmønstrene med tilhørende forhold og strategier, blir fortløpende presentert.

4.3 Distansering av teaminvolvering

Karakteristiske forhold ved denne strategien, var sykepleiernes følelse av usikkerhet knyttet til bruken av sjekklisten. Dette skyldtes hovedsakelig opplevelsen av manglende rammer for bruk, samt motstand i arbeidsmiljøet. Selv om sykepleierne var faglig bevisste, og deltok i teamet ved å utføre sine faglige arbeidsoppgaver, distanserte de seg fra videre involvering i teamet. Dette fant sted enten bevisst ved en aktiv strategi, eller mer ubevisst, ved en mer passiv strategi. De savnet også en tydelig forankring av sjekklisten både hos den lokale, og den overordnede ledelsen.

”Til å begynne med, når sjekklisten ble innført, var det veldig stor entusiasme, folk var bevisst på det, og jeg trengte ikke å passe på at den ble brukt. Så har det gått litt tid, -og det har falt av lasset... Jeg føler at jeg må legge den framfor ansiktet på mange...vi trenger en ny bevissthet inn i avdelingen på at dette er noen vi fortsetter med”

4.3.1 Forhold

Sykepleierne etterlyste spesielt tydeligere rammer for bruk av sjekklisten. Dette gjaldt både de fysiske, de arbeidsmiljømessige, og de organisatoriske rammene for bruk.

Forhold som ble belyst var: plassering av sjekklisten på operasjonsstuen, tidspunkt for gjennomgang av de ulike fasene, rammer for når på døgnet sjekklisten skulle brukes, ved hvilke inngrep, og om sjekklisten skulle benyttes ved både elektive og mer akutte pasientsituasjoner. Engasjementet de opplevde i oppstartsfasen var dabbet av, og det var vanskeligere å forholde seg til en sjekkliste som de kun skulle utføre muntlig, og ikke skriftlig ved å krysse av på et papir. Det siste opplevdes mer konkret. De savnet også en tydelig ledelsesforankring av sjekklisten som konkret kvalitetsforbedringstiltak, og en slik forankring ble etterspurt.

Opplevelse av tidspress gjaldt for begge gruppene, og da særlig før innledning av anestesi til dagens første operasjonspasient. Dette hadde sammenheng med at man i avdelingen hadde et vedtak på tidspunktet for oppstart av dagens første kirurgiske inngrep. Alle forberedende prosedyrer var derfor planlagt i forhold til dette tidspunktet. Det var ikke rom for aktiviteter som stjal tid, og videre førte til en forsinket oppstart av operasjonsprogrammet. I tillegg var det mange forberedelser som sykepleierne gav uttrykk for at de helst skulle ha utført samtidig. Opplevelsen av tidspress gjaldt dog særlig dersom det var sykdom, eller reduksjon i bemanningen i forhold til oppsatt operasjonsprogram.

Det forholdet som sykepleierne gav uttrykk for at de opplevde som mest slitsomt, var opplevelsen av motstand i arbeidsmiljøet, som syntes å være av både aktiv og passiv karakter. Den aktive motstanden ble muntlig formidlet, ved negative kommentarer og nedsettende bemerkninger, samt gjennom handlinger som å starte inngrepet før sjekklisten var gjennomgått.

...hvis kirurgen er i skikkelig dårlig humør, når vi gjør det første gangen, da gidder jeg ikke, da kjenner jeg at jeg blir sur selv, og så er det utrolig slitsomt og tungt, og da tenker jeg at "pyttsann", og så lar jeg den [sjekklisten] ligge der den ligger, og så gjør jeg ikke noe mer med den!

Den passive motstanden viste seg gjennom at spørsmål som ble stilt ved sjekkliste gjennomgangen, ble ignorert, samt at kroppsspråket som ble brukt var tydelig avvisende, og ekskluderende.

...jeg synes det er veldig provoserende... anestesian snur ryggen til, de hører ikke etter...du er på en kjempestor operasjon ...mange folk på anestesisisiden og på operasjonssiden, så føler du at du snakker til veggen! Jeg føler det er slitsomt i den settingen...

Selv om det ble gitt eksempel på opplevelse av motstand i alle de tre fasene av sjekklisten, var motstand i arbeidsmiljøet var mest relatert til Time-Out fasen. Operasjonssykepleierne spesielt følte seg til tider direkte motarbeidet av kirurgene.

...men det er selvfølgelig ikke noe kjekt å stå der, når kirurgene er sure og irritert for at du tar den! Altså da er det ikke kjekt å stå der og spørre de spørsmålene, når du får så dårlig respons! Men det er klart at du må jo bare spørre, dette er min jobb, dette må jeg bare gjøre!. Så gjør du det likevel..

Denne motstanden ble også bemerket av anestesisykepleierne.

...det er akkurat det som er problemet, synes jeg! Kirurgene er rett og slett respektløse, de står og mumler i munnbindet, med ryggen til, når operasjonssykepleieren prøver å gjennomføre sjekklisten...

4.3.2 Strategier

På bakgrunn av de forhold som er beskrevet, virket det utfordrende for sykepleierne å involvere seg i teamet ved å gjennomføre sjekklisten. Selv om de var faglig bevisst sine roller og funksjoner på operasjonsstuen, var sjekklisten fremdeles å regne som et fremmed element, og det var knyttet stor usikkerhet til bruken av den. Denne usikkerheten syntes å prege initiativet deres. Distansert teaminvolvering innebar derfor hovedsakelig at sykepleierne distanserte, og reserverte seg fra teamaktiviteter.

For å unngå å medvirke til negativ stemning på operasjonsstuen, og dermed få negativ oppmerksomhet rette mot egen person, unngikk sykepleierne oppmerksomhet. Dette skjedde hovedsakelig ved å usynliggjøre seg, gjennom å unngå å forstyrre teamet. De snakket lavt sammen, og plasserte seg hensiktsmessig for å unngå forstyrrelser. Dette bidro til at markeringen av gjennomgangen av sjekklisten opplevdes utydelig, hvilket gjorde det vanskelig for resten av teamet å følge med. Det ble også utfordrende for den

som hadde ansvaret for gjennomgangen å klare å gjennomføre alle spørsmålene. Sykepleierne utførte ellers sine faglige plikter helst i det stille.

Usikkerhet på grunnlag av manglende rammer og tidspress førte til at sjekklisten ble brukt tilfeldig. I den første delen av sjekklisten, virket det imidlertid som om en manglende gjennomgang skyldes mer en forglemmelse, enn en bevisst handling.

...når du er lenge vekke, så er det ikke noe du gjør hele tiden, så glemmer man det rett og slett. Det er ikke så innkjørt, ikke i det hele tatt hvis du spør meg!

Det var også knyttet en del usikkerhet til hvordan sjekklisten skulle brukes når pasienten på operasjonsstuen var våken. Dette gjaldt særlig den første delen, før pasienten fikk anestesi, men også for de andre to fasene av sjekklisten, dersom pasienten ble operert i lokalanestesi. Sykepleierne fryktet at pasientene skulle bli ekstra engstelige ved å høre om risikomomenter knyttet til narkosen, og selve det kirurgiske inngrepet. Et begrenset tverrfaglig engasjement, der sjekklisten tilsynelatende ble brukt tilfeldig, var konsekvensen av sykepleiernes distanserte teaminvolvering.

4.4 Moderering av teaminvolvering

Karakteristiske forhold ved denne strategien, var sykepleiernes pragmatiske forhold til egen team involvering. Både forholdene og strategiene var preget av søkende og selekterende elementer. Det viktigste for sykepleierne syntes å være å få sikret de opplysningene som var relatert til eget fagområde. Om disse opplysningene ble innhentet ved hjelp av sjekklisten eller ikke, syntes ikke å være så betydningsfullt.

4.4.1 Forhold

Sykepleierne generelt, syntes å ha konkurrerende fokus i forhold til bruk av sjekklisten. For begge gruppene skyldes dette en mengde arbeidsoperasjoner som skulle utføres i en begrenset tidsperiode, samtidig som pasienten var tilstede. Dette gav et betydelig tidspress på begge faggruppene, og det var ikke alltid lett å huske på å bruke sjekklisten. På bakgrunn av vedtak om oppstart til et bestemt tidspunkt på operasjonsstuen, var det en rekke forberedelser som måtte utføres i hurtig tempo, for ikke å forsinke oppstart av operasjonen til den fastsatte tiden. Hele teamet var orientert om dette tidspunktet, og forholdt seg til dette. For anesthesisykepleierne, innebar dette å hente pasienten,

gjennomgå rutinemessig opplysninger, og sjekke nødvendig utstyr som anesthesiapparat, intravenøse tilganger, anestesimedikamenter, intubasjonsutstyr, før innledningen av selve anestesien ble foretatt.

For operasjonssykepleieren innebar de preoperative forberedelsene av å finne frem, og tilrettelegge både sterilt- og usterilt utstyr til operasjonene, leiring av pasienten, samt, desinfeksjon- og dekking av operasjonsfeltet. Begge faggruppene var opptatte av å utføre sine rutinemessige oppgaver og prosedyrer raskt og effektivt, og sjekklisten var ikke lett å huske på i denne sammenhengen. Den ble oppfattet som et konkurrerende fokus til vante rutiner, samt at vante rutiner var et konkurrerende fokus til gjennomførelsen av sjekklisten.

Et annet forhold som preget sykepleierne, var deres arbeidsrotasjon på de ulike operasjonsstuene, noe som innebar ulikt faglig fokus. I tillegg ble ikke sjekklisten brukt ved de andre avdelingene sykepleierne roterte på, da intervjuene ble foretatt. Etter å ha vært stasjonert på andre seksjoner i alt fra tre til seks måneder, hvilket innebar fokus på andre kirurgiske inngrep og forberedelser, var sykepleierne ekstra bevisst på å oppdatere seg på de faglige prosedyrene når de kom tilbake til avdelingen som brukte sjekklisten. Fokuset på sjekklisten syntes derfor å være underordnet. I følge sykepleierne selv, ble sjekklisten derfor lett glemt.

Et konkurrerende fokus kunne også være betinget av kollektiv avsporing, avhengig av hvem som var tilstede i teamet, og hvem som var ansvarlig kirurg på stuen. Både anesthesi- og operasjonssykepleierne opplevde i tillegg at deler av sjekklisten ikke passet helt inn. For anesthesisykepleierne gjaldt dette først og fremst en del overflødige spørsmål, da det ved denne avdelingen allerede fantes en egen sjekkliste som kun anestesipersonalet utførte før innledning av hver anestesi. Da en del av de samme spørsmålene ble gjentatt i ”Sjekkliste for Trygg Kirurgi”, opplevdes dette overflødig, og man unngikk disse spørsmålene. Operasjonssykepleierne som ikke deltok ved gjennomgangen av denne første sjekklisten, fikk dermed ikke med seg alle de relevante opplysningene som anestesipersonalet hadde.

Operasjonssykepleierne savnet imidlertid en del konkrete spørsmål som angikk deres fagområde. Spørsmål om smitte og elektronisk implantert utstyr hos pasienten, ble derfor foreslått tilføyd på sjekklisen.

4.4.2 Strategier

En pragmatisk involvering i teamet preget sykepleiernes handlinger ved denne strategien. Sykepleierne søkte oppmerksomhet, gjennom å søke respons og faglig anerkjennelse innad i teamet. På et individuelt plan ble dette gjort ved å henvende seg til teamet med konkrete spørsmål, relatert til deres arbeidsoppgaver. Henvendelse kunne gjelde antibiotika administrering, eller ordinerer av andre medikamenter, der dette ikke var presisert godt nok i operasjonsbestillingen. Sykepleierne gav uttrykk for at sjekklisen kunne fange opp både det som var etablerte rutiner i avdelingen, i tillegg til elementer som avvek fra dette.

Du må etterspørre, ellers blir det ikke gitt! Det pleier ikke komme automatisk, altså hvis jeg ikke visste bedre, så er det ikke sikkert at pasienten hadde fått det han skulle!

Sykepleierne rasjonaliserte også sitt initiativ i teamet, ut fra hvilke opplysninger de mente de hadde behov for, og som videre angikk deres praktiske arbeidsoppgaver.

Altså, vi spør jo om deler av det som står på sjekklisen, om vi ikke følger det skjemaet. Og det som vi lurer på, er jo kanskje ting som står på sjekklisen, slik at noe blir jo spurt om, selv om det ikke blir gjort i en sånn setting, at de kalles Time-Out.

Tidsaspektet opplevdes også som viktig. Dette gjaldt ikke tidspresset på grunn av samtidighetskonflikter, men planleggingsaspektet i forhold til dagens logistikk.

Det som er det mest nyttige, er hvis det står knivtid 2 timer, og hvis kirurgen da sier "4 timer" så har jeg fått nyttig informasjon! Eller hvis han sier det motsatte "dette tar en time", da har jeg fått en ny opplysning som jeg egentlig hadde fått ellers!

Det var tydelig at sykepleierne betraktet sjekklisten som mest nyttig i de tilfellene den bidro med opplysninger som man rutinemessig ellers ikke hadde etterspurt. Sykepleierne selekterte sitt tverrfaglige engasjement, tilsynelatende ut fra hva de opplevde som faglig, eller praktisk nødvendig.

Konsekvensene av handlingene i denne strategien, var en selektert teaminvolvering, og dermed en selektert bruk av sjekklisten. Sjekklisten ble tilsynelatende anvendt selektivt ut fra hvilke elementer som syntes å lette den praktiske logistikken i den daglige driften, og som sykepleierne dermed opplevde som nyttig.

4.5 Engasjering av team involvering

Dette handlingsmønsteret syntes å bære preg av at sykepleierne fremstod med en viss autoritet og respekt i teamet, i tillegg til å være faglig motivert.

4.5.1 Forhold

Det dominerende forholdet ved denne strategien syntes å være sykepleiernes opplevelse av en gjennomgående positiv og respektfull holdning i teamet, både til sjekklisten, og til deltakerne i teamet for øvrig. Dette viste seg spesielt gjennom en tydelig, positive respons fra teamet, ved gjennomgang av de ulike elementene i sjekklisten. Dette ble oppfattet av sykepleierne som både oppmuntrende og motiverende for videre teaminvolvering.

*Jeg synes den [sjekklisten] har vært veldig grei å bruke for meg som er nyutdannet!
Vi får vite om operasjonen, hva som skal skje, hva som kan skje, en sånn
kartlegging kort før vi begynner. Jeg synes det har vært veldig greit!*

Sykepleierne gav i tillegg uttrykk for at de opplevde sjekklisten meningsfull, og at de ønsket å bidra til kvalitetsforbedring i egen avdeling. Å øke sikkerheten til pasientene, gjennom å delta ved-, og utføre selve gjennomgangen av sjekklisten i den daglige driften, ble derfor oppfattet som et viktig arbeid. Teamhandlingene for øvrig syntes også å bære preg av det allerede eksisterende gode, faglige, og sosiale relasjoner innad i teamet.

4.5.2 Strategier

Engasjert teaminvolvering innebar strategier der sykepleierne var tydelige, og aktive. På det individuelle plan, krevde de oppmerksomhet fra teamet gjennom å kommunisere tydelig. Dette ble gjort både verbalt, ved å snakke høyt og tydelig til teamet, og non-verbalt, ved å plassere seg strategisk i forhold til resten av teamet på operasjonsstuen. Selv om sykepleierne registrerte former for motstand i teamet, var dette ikke et fokus for dem, og eventuell motstand ble dermed oversett.

...men det er enkelte kirurger ...eh, som overhører litt, og overser...

-Ja, men da må nesten vi overse dem, og ta styringen!

Noen av kirurgene var utålmodige, og ville komme fort i gang med operasjonen. For å sikre seg oppmerksomheten til den aktuelle kirurgen når sjekklisten skulle gjennomføres, fortalte en av sykepleierne at de glemte unna skalpellen, slik at kirurgen ikke fikk gjort noe før Time-Out gjennomgangen var utført.

Sykepleierne tok også initiativ på det sosiale plan, ved å ta ansvar for- og koordinere kontakt innad i teamet. Dette ble synliggjort ved gjennomgangen av sjekklisten, der oppsettet i sjekklisten ble fulgt ordrett, uten forkortelser, eller seleksjon av spørsmål. Dersom det ved gjennomgang av sjekklisten ikke ble gitt respons, ble spørsmålet gjentatt.

Jeg synes ikke det har vært noe problem! Jeg sier vi skal ta Time-Out, så snakker jeg høyt og tydelig, og så gir jeg meg ikke før jeg får et svar! Og hvis jeg ikke får svar, så spør jeg om igjen!

Sykepleierne tok også initiativ ved å sikre at alle spørsmålene i sjekklisten ble stilt. Selv om sjekklisten ikke opplevdes tidkrevende, forekom det at sjekkliste koordinatoren engasjert fotfulgte kirurgen inne på operasjonsstuen, for å få svar på spørsmålene. Dette resulterte i en forlenget ”Time-Out” fase. Sykepleierne gav uttrykk for at de opplevde dette som uheldig. Selv om det resulterte i at sjekklisten ble utført, tok det så lang tid at det var lett å miste fokuset, og man hadde således ikke opplevelsen av å ta en reell ”Time-Out”.

Hvis du skal ha en reell "Time-Out", så skal alle stoppe opp med det de gjør, og så skal vi ta sjekklisten, og se om alt er greit, og så kan vi fortsette.

Ved denne strategien både så- og beskrev sykepleierne således et potensial for forbedring når det gjaldt utførelsen av sjekklisten for teamet som helhet. De selekterte ikke bare på innholdet, og kom med innspill på bakgrunn av egne, faglige vurderinger, slik som ved handlingsmønsteret i "moderering av teaminvolvering".

Strategiene som ble benyttet ved dette handlingsmønsteret, syntes å medføre en heller ubegrenset teaminvolvering. Konsekvensen av dette var at sjekklisten ble prioritert, og gjennomgått punkt for punkt, etter intensjonen.

4.6 Oppsummering av Tilpasset teaminvolvering

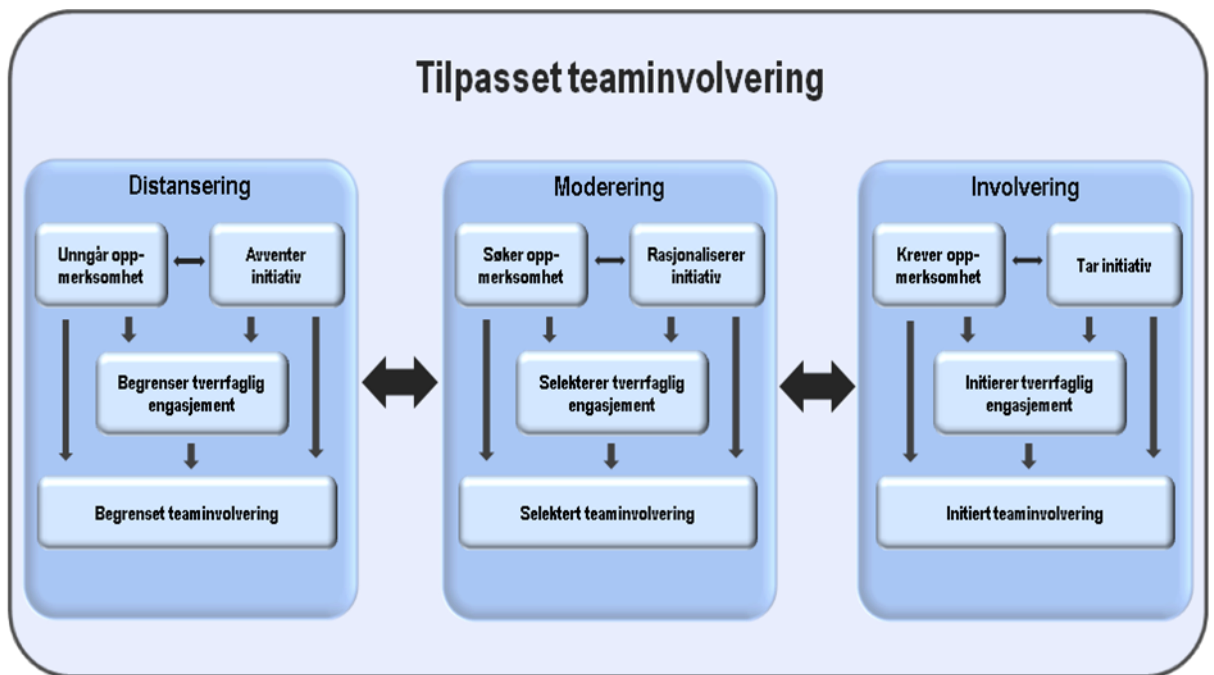
Som det fremgår av den beskrevne analysen, er det mange og komplekse forhold som preger hverdagen til anesthesi- og operasjonssykepleierne. De individuelle, sosiokulturelle og praktiske forholdene ved arbeidsmiljøet preger også hvordan de forholder seg til, og utfører WHO's "Sjekkliste for Trygg Kirurgi". Handlingene deres synes å pendle mellom å være restriktiv og tilbakeholdende, og å være aktivt deltakende. Den genererte teorien om "Tilpasset teaminvolvering" består av ulike handlingsmønstre som sykepleierne benytter for å oppnå sosial og faglig aksept i teamet, og representerer således det som er deres hovedutfordring ved bruken av sjekklisten, og forklarer videre hvordan de håndterer denne utfordringen.

"Tilpasset teaminvolvering" består av de tre handlingsmønstrene "distansering av teaminvolvering", "moderering av teaminvolvering", og "engasjering av teaminvolvering". En sykepleier kan pendle mellom de ulike strategiene ved gjennomgangen av sjekklistens ulike faser, avhengig av hvilke forhold som betinger. Sykepleierne som er til stede ved det samme inngrepet, vil i de samme prosessene også benytte seg av ulike strategier. Da sykepleierne kan oppleve forholdene ulikt, og det er forholdene som betinger handlingene, vil dette påvirke til bruk av ulike strategier.

En oversikt over handlingsmønstrene i ”Tilpasset teaminvolvering” presenteres i en oversiktstabell (Tab. 2), og figur (Fig. 3) under.

Tabell 2: Tilpasset teaminvolvering

| Strategier | Distansering | Moderering | Engasjering |
|---|---|---|---|
| Forhold Tilpasnings- prosess | <ul style="list-style-type: none"> • Mangler rammer for bruk • Motstand i arbeidsmiljøet • Har tidspress | <ul style="list-style-type: none"> • Trenger informasjon • Har konkurrerende fokus • Sjekklisten passer ikke | <ul style="list-style-type: none"> • Er faglig og sosialt motivert • Ønsker å bidra til kvalitetsforbedring • Sjekklisten oppleves meningsfull |
| Individuelt | Unngår oppmerksomhet <ul style="list-style-type: none"> • Prioriterer faglige oppgaver • Usynliggjør seg | Søker oppmerksomhet <ul style="list-style-type: none"> • Søker respons • Søker faglig anerkjennelse | Krever oppmerksomhet <ul style="list-style-type: none"> • Kommuniserer tydelig • Overser motstand |
| Sosial | Avventer initiativ <ul style="list-style-type: none"> • Venter på innspill fra teamet • Selektorer teamkontakt | Rasjonaliserer initiativ <ul style="list-style-type: none"> • Søker kontakt med teamet • Begrenser egen aktivitet | Tar initiativ <ul style="list-style-type: none"> • Koordinerer teamkontakt • Tar ansvar |
| Faglig | Begrenser tverrfaglig engasjement <ul style="list-style-type: none"> • Bruker sjekklisten tilfeldig • Gjør sin faglige plikt | Selekterer tverrfaglig engasjement <ul style="list-style-type: none"> • Selekterer fokus • Initierer forbedringer på sjekklisten | Initierer tverrfaglig engasjement <ul style="list-style-type: none"> • Involverer seg fullt ut |
| Konsekvens | • Begrenset teaminvolvering | • Selektert teaminvolvering | • Ubegrenset teaminvolvering |



Figur 3: Tilpasset teaminvolvering

5.0 DISKUSJON

Hovedutfordringen for anestesi- og operasjonssykepleierne i denne empiriske studien, handler om hvordan de kunne oppnå faglig og sosial anerkjennelse i operasjonsteamet. Denne utfordringen syntes å være drivkraften til det meste av det som sykepleierne gjorde. Dette gjaldt spesielt i forhold til gjennomførelsen av ”Sjekkliste for Trygg Kirurgi”, men også deres involvering i teamet generelt. Hvordan oppnå faglig og sosial anerkjennelse i teamet, syntes derfor ikke å være en utfordring som utelukkende var knyttet til bruken av sjekklisten. Den genererte grounded theory om ”Tilpasset teaminvolvering” som synes å forklare hvordan anestesi- og operasjonssykepleierne løser sin hovedutfordring, blir derfor videre diskutert opp mot aktiviteter på operasjonsstuen, som i tillegg til bruken av sjekklisten kan forbedre sikkerheten til kirurgiske pasienter.

5.1 Tilpasset teaminvolvering

”Tilpasset teaminvolvering” er kjernekategori som synes å forklare hvordan sykepleierne løste sin hovedutfordring. I grounded theory er en grunnleggende, sosial prosess en form for kjernekategori. Selv om alle grunnleggende sosiale prosesser er kjernevariabler, trenger imidlertid ikke alle kjernevariabler å være grunnleggende sosial prosesser (Glaser, 1978, s.96). ”Tilpasset teaminvolvering” kan i utgangspunktet synes som en grunnleggende, sosial prosess. Dette forutsetter imidlertid at det skjer en endring, eller en prosess over tid, der den ene fasen i prosessen bygger på den forrige. En tydelig start - og avslutning på prosessen, skal også forekomme (Glaser, s.99, 1978). ”Tilpasset teaminvolvering”, består av tre handlingsmønstre: distansering-, moderering- og engasjering i teamet. De ulike handlingsmønstrene som sykepleierne benytter seg av for å oppnå faglig og sosial anerkjennelse i teamet, synes å variere i forhold til de individuelle, praktiske, sosiale og faglige forholdene på operasjonsstuen. I forhold til å involvere seg i teamet, inkludert de sosiale aktivitetene som sjekklister medførte, syntes sykepleierne å pendle mellom de ulike handlingsmønstrene. På bakgrunn av at kjernekategori i denne studien ikke har en tydelig start- og avslutning, og dermed ikke kan sees på som en prosess, kan ”Tilpasset teaminvolvering” derfor ikke sees på som en grunnleggende sosial prosess, jfr. kriterier i grounded theory. Distansering-, moderering-, og engasjering i teamet, kan derimot sees på som mønstre som reflekterer de aktuelle sosiokulturelle- og praktiske arbeidsforholdene ved operasjonsavdelingen.

5.2 Deltakelse og involvering i operasjonsteamet

Deltakelse i teamet kan sees på som utførelse av konkrete arbeidsoppgaver som er faglig relatert, og som inngår i den profesjonelle yrkesutøvelsen knyttet til den eksplisitte funksjonen som personen representerer i teamet. Begrepet å *involvere seg* i det tverrfaglige teamet, relaterer seg imidlertid til både sosiale og profesjonelle handlinger, og blir i denne oppgaven sett på som et engasjement som strekker seg utover det å *delta* i teamet, hvilket består av et mer begrenset engasjement.

”Sjekkliste for Trygg Kirurgi” består av elementer relatert til både deltakelse i teamet, i form av utførelse av konkrete arbeidsoppgaver, og involvering i teamet, som følge av felles utveksling av pasientinformasjon. Elementer i sjekklister relatert til deltakelse i teamet, vil innebære en kontroll av pasientens identitet opp mot det planlagte inngrepet, og risikomomenter relatert til narkosen. Imidlertid vil en felles presentasjon som

inkluderer navn og funksjon på de involverte deltakerne i teamet, samt selve den gjensidige utvekslingen av nødvendig informasjon om pasienten-, risikoforhold ved det kirurgiske inngrepet-, narkosen-, samt formidling av forhold ved den videre oppfølging av pasienten, innebære teaminvolvering.

For anestesisykepleierne vil teamdeltakelse innebære å ha ansvar for sykepleien til kirurgiske pasienter i forbindelse med anestesi. Ansvaret består av konkrete arbeidsoppgaver som for eksempel å sjekke, samt å klargjøre anesthesiapparatet, blande ut og kontrollere anestesimedikamenter, koble overvåkningsutstyr, og lage til intravenøse infusjoner. Operasjonssykepleiernes teamdeltakelse innebærer et ansvar for utøvelsen av målrettet operasjonssykepleie, der arbeidsoppgavene er knyttet til direkte til hygienetiltak, infeksjonsforebygging, leiring av operasjonspasienten, forebygging av hypotermi, i tillegg til klargjøring- samt ivaretagelse av instrumenter og annet utstyr. Deltakelse i teamet kan således sees på som atferd og handlinger direkte knyttet til faglige arbeidsoppgaver, som igjen inngår i en større helhet. Teaminvolvering handler imidlertid om hvordan samtlige av deltakerne i teamet organiserer sine felles oppgaver og utfordringer (Burtscher et al., 2010). Deltakerne i et team må derfor i tillegg til å effektivt håndtere sine arbeidsoppgaver, være orientert mot et samarbeid innad i teamet. Et slikt samarbeid vil inkludere faktorer som rolleavklaring, beslutningsprosesser, koordinering av handlinger, og håndtering av mellommenneskelige faktorer (Mathieu et. Rapp, 2009).

Sykepleierne syntes å være orientert mot- og prioriterte sine faglige oppgaver, gjennom alle de tre fasene av sjekklisen, og deltok således i teamet. Manglende rammer, tidspress og motstand i arbeidsmiljøet, syntes derimot å være forhold som begrenset videre involvering i teamet, noe som resulterte i en tilfeldig bruk av sjekklisen. Konkurrerende fokus, og opplevelsen av at sjekklisen ikke var godt nok tilpasset de aktuelle forholdene ved avdelingen, førte til at sykepleierne forholdt seg pragmatisk til å involvere seg i teamet. Dette resulterte i en selektiv bruk av sjekklisen, ut fra faktorer som opplevdes nyttig for den praktiske logistikken i den daglige driften. De identifiserte barrierene ved handlingsmønstrene distansert- og moderert teaminvolvering, var derfor forhold som gav størst konsekvenser for sykepleiernes involvering i teamet, og deres videre bruk av sjekklisen.

5.3 Forhold som påvirker teamarbeid

Flere studier påpeker sammenhengen mellom teamarbeid og pasientsikkerhet (Nagpal et al., 2010, Manser, 2009, Undre et al., 2005). En systematisk oversikt som omhandler informasjonsutveksling og kommunikasjon relatert til kirurgiske inngrep, viser at fokus på atferd og holdninger er viktig for å forbedre kommunikasjonsrutiner innad i teamet (Nagpal et al., 2010). Dårlig teamarbeid har imidlertid vist seg å være medvirkende årsak til kritiske- og uønskede hendelser. I tillegg er personalets subjektive oppfatning av teaminvolverte oppgaver samt holdninger til sikkerhetsrelevante handlinger innad i teamet, direkte relatert til i kvaliteten og sikkerheten i pasientbehandlingen (Manser, 2009).

Ved forbedringsarbeid i helsevesenet, påpekes at det er nødvendig å ha forståelse for hvilke barrierer som kan forekomme ved innføring tiltak som bidrar til en endring ved utførelse av helsetjenester. I tillegg må de konkrete barrierene ved egen organisasjon og avdeling identifiseres, for kunne utfordres og overvinnes (NICE, 2007). Manglende rammer for bruk, motstand i arbeidsmiljøet, tidspress, konkurrerende faktorer, og manglende tilpasning av sjekklister til egen avdeling, var forhold som påvirket til både en tilfeldig og selektiv bruk av sjekklister. For å øke bruken av sjekklister i henhold til intensjonen, må de identifiserte barrierene derfor utfordres, og overvinnes. Det er ingen metode alene som kan overkomme samtlige av de identifiserte barrierene, fordi ulike tilnærminger vil være effektive for ulike personer, i ulike situasjoner. Strategier som iverksettes må derfor ta sikte på å kombinere flere metoder (NICE, 2007).

5.3.1 Tilpasning av sjekklister til lokale forhold

Ved innføring av WHO's "Sjekklister for Trygg Kirurgi", presiseres betydningen av å forankre sjekklister i ledelsen, jobbe tverrfaglig ved innføringen, og tilpasse sjekklister til de lokale forhold- og forventninger ved egen operasjonsavdeling (WHO, 2009). Ledelsesforankring ved innføring av kvalitetsforbedringsprosjekter, blir også påpekt som essensielt ved forbedringsarbeid i helsevesenet (NICE, 2007). Selv om sjekklister ble forankret både ved det regionale- og det lokale helseforetaket, samt de ulike klinikkene involvert, var det tydelig at det manglet et felles, tverrfaglig engasjement. Sykepleierne etterlyste både tydeligere rammer for bruk, og en engasjert ledelse. Manglende samsvar mellom legers og sykepleieres syn på bruk av definerte retningslinjer i forhold til pasientsikkerhet, kan medføre ulik opplevelse av hva som er

korrekt- og dermed profesjonelt arbeid (McDonald et al., 2005). Et eventuelt manglende samsvar profesjonene seg i mellom, relatert til både innholdet og bruken av sjekklisten, bør derfor adresseres tverrfaglig, for å sikre lojalitet mot bruken videre. Samarbeid av en slik karakter, må forankres, og følges opp av ledelsen.

5.3.2 Motstand i arbeidsmiljøet

Sykepleierne beskrev den opplevde motstanden i teamet som både aktiv og verbal, og passiv ved bruk av kroppsspråk. Dette gjaldt spesielt ved bruk av sjekklisten. Sjekklisten ble dermed valgt bort i de tilfellene der sykepleierne kunne risikere å tiltrekke seg negativ oppmerksomhet. Avbrytelser og ansenthet er vist å kunne påvirke kommunikasjonen negativt innad i et team, gjennom flere studier. Ansent kommunikasjon i et operasjonsteam ser ut til å utvikle seg oftest i relasjon til tidspress, sikkerhet, sterilitet, ressurser, og rolleavklaringer (Manser, 2009). Spesialsykepleiere og kirurger bruker i tillegg ulike kommunikasjonsteknikker når de samarbeider i tverrfaglige team (Espin et Lingard, 2001) og de har ulik forståelse av hverandres roller, og dets betydning for samarbeidet i teamet (Lingard, Reznick, De Vito, Espin, 2002, Wauben et al., 2011). I tillegg ser det ut som om de ulike medlemmene i et kirurgisk team oppfatter de andre profesjonenes roller, verdier, og motivasjon, annerledes enn det de ulike profesjonsgruppene gjør selv (Lingard, Reznick, De Vito, Espin, 2002, Undre et al., 2005). Samtlige profesjoner tenderer også mot å overvurdere egen forståelse av kollegers rolle på operasjonsstuen, og kirurgene utpekte seg spesielt (Undre et al., 2005).

Motstand i teamet har således vist å kunne oppstå av ulike årsaker, og må derfor sees på som en utfordring i forhold til både den daglige driften, og pasientsikkerheten i operasjonsavdelingen. Selv om sjekklisten har som hensikt å forbedre kommunikasjonen, viser imidlertid den empiriske studien at sykepleierne har behov for både sosial og faglig anerkjennelse i teamet, for å involvere seg i sjekklisten. Ut fra kunnskap om helsearbeideres erfaring med tverrfaglig teamarbeid, bør evne til å kommunisere være en essensiell faktor ved samarbeid i tverrfaglige team. Det finnes imidlertid ingen definerte regler for hva og hvordan kommunikasjon mellom ulike aktører på operasjonsavdelingen skal foregå. Dersom fortolkende kommunikasjonsmønstre og faktorer som bidrar til ansent kommunikasjon, er gjenkjennbart i tverrfaglige operasjonsteam i ulike situasjoner, kan modell for

kvalitetsforbedring rundt identifiserte team utvikles til å forbedre pasientsikkerhetskulturen ved avdelingen.

5.3.3 *Opplevelse av pasientsikkerhetskultur*

Kvaliteten på tjenester som utføres av helsepersonell, blir utvilsomt påvirket av deres evne til å samarbeide i team (Zwarenstein, Goldman et Reeves, 2009), og studier av avvik og uønskede hendelser har vist at menneskelige faktorer og suboptimalt teamarbeid oftest er årsak til hendelsene (Brattebø, 2009). Velfungerende teamarbeid er derfor blitt en viktig faktor i forbedringsarbeid rettet mot systembaserte intervensjoner innen pasientsikkerhet (Sevdalis et al., 2009, Manser 2009).

I en studie utført ved Haukeland Universitetssykehus, ble spørreskjemaet Hospital Survey on Patient Safety (HSOPS) benyttet for å undersøke ansattes opplevelse av sikkerhetskultur ved egen operasjonsavdeling. Operasjonspersonellet opplevde pasientsikkerhetsklima ved sykehusets betraktelig mer negativt sammenlignet med helsepersonell ved sykehus i USA (Haugen et al, 2010). Selv om resultatene samsvarte med funn fra en tilsvarende undersøkelse i Norge, indikerte resultatene imidlertid opplevelse av manglende støtte fra ledelsen når det gjaldt pasientsikkerhetstiltak ved egen avdeling. Selv om ”Sjekkliste for Trygg Kirurgi” er innført som konkret forbedringstiltak ved avdelingen i ettertid, etterlyser anesthesi- og operasjonssykepleierne fremdeles et tydeligere ledelsesengasjement.

5.4 Sjekklistor som kvalitetsforbedring

Flere studier som påpeker kommunikasjon som potensielle kilder til avvik og feil, foreslår standardisering med sjekklistor som et tiltak. Bruk av sjekkliste som kvalitetsforbedrende verktøy før en operasjon har vist å være en gjennomførbar metode for å få operasjonspersonell til å kommunisere systematisk i forhold til ulike prosedyrer knyttet direkte til det kirurgiske inngrepet (Lingard et al., 2005). Bruk av sjekklistor som konkrete kvalitetsforbedringstiltak, har også vist signifikant reduksjon i postoperativ mortalitet- og morbiditet (Haynes et al., 2009, de Vries et al., 2010). Imidlertid vil identifiserte forhold og barrierer påvirke hvordan anesthesi- og operasjonssykepleierne bruker sjekklisten. Selv om de synes å ha en lojal holdning til bruken av sjekklisten når det gjelder deltakelse i teamet gjennom utførelse av faglige oppgaver, tilpasser de sin involvering i teamet i forhold til praktiske, sosiale, og faglige

forhold ved operasjonsavdelingen. Dette kan bidra til en ufullstendig, og tilfeldig bruk av sjekklisten.

5.5 Oppsummering

I sykehushierarkiet, ligger mye av forventningene på profesjonene og profesjonsutøvelsen, uten at personene som utøver disse profesjonene er bevisst på hvilke mellommenneskelige egenskaper som behøves for å fungere som team. Flere forhold er identifisert som barrierer for anestesi- og operasjonssykepleiernes involvering i operasjonsteamet. Disse forholdene bidrar også til at WHO's "Sjekkliste for Trygg Kirurgi" brukes tilfeldig, og- eller selektivt. Sykepleiernes hovedutfordring er imidlertid identifisert til "hvordan oppnå faglig og sosial anerkjennelse i teamet?", og synes å være en utfordring som strekker seg utover det å gjennomføre sjekklisten. Å oppnå faglig og sosial anerkjennelse innad i teamet må derfor kunne sies å være betydningsfullt både for kommunikasjon og samhandling innad i teamet, men også for den enkeltes sykepleiers trygghet i forhold til å gi beskjed om forhold som kan innvirke på- eller bidra til risikofylte forhold for pasienten.

5.6 Konsekvenser for praksis

I forhold til kvalitetsforbedringsarbeid i sykehus, finnes det mange implementeringsteorier som beskriver forhold og forutsetninger for å lykkes. Imidlertid er det få teorier som er empirisk basert (Øvretveit et Gustafson, 2002). Teorier som bidrar til økt forståelse av hva som fremmer og hva som hemmer innføring, og vedlikehold av forbedringsarbeid i ulike faser, er derfor ansett som viktig. Den genererte grounded theory om "Tilpasset team involvering" beskriver ikke bare hvilke forhold som påvirker sykepleiernes involvering i teamet, og videre hvordan gjennomføringen av "WHO's "Sjekkliste for Trygg Kirurgi" dermed blir påvirket. Teorien beskriver i tillegg hvilke strategier sykepleierne bruker for å løse sin utfordring om hvordan oppnå faglig og sosial anerkjennelse i teamet, en utfordring som ikke synes å være utelukkende knyttet til bruken av sjekklisten. Teorien om "Tilpasset teaminvolvering" kan således bidra med kunnskap fra empirien som kan brukes i forbedringsarbeidet med å videre implementere og følge opp sjekklisten.

6.0 KONKLUSJON

Dette kvalitetsforbedringsprosjektet har i sin helhet belyst utfordringer ved bruken av WHO's "Sjekkliste for Trygg Kirurgi" fra et sykepleiefaglig perspektiv i operasjonsteamet. Anestesi- og operasjonssykepleierne sin hovedutfordring ble identifisert til "hvordan oppnå faglig og sosial anerkjennelse i teamet". Den genererte teorien om "Tilpasset teaminvolvering" syntes å forklare hvordan de løste sin utfordring. Funn fra studien kan imidlertid ikke generaliseres til andre operasjonsteam uten videre, på bakgrunn av den anvendte metoden. Den genererte teorien syntes imidlertid å være eksistensielt betinget, og dermed være gjeldende for flere forhold ved operasjonsstuen, enn selve gjennomføringen av sjekklisten. Dette kan indikere at teorien har en viss overførbarhet, men det kreves mer forskning på dette feltet for å styrke teoriens troverdighet.

Teorien om "Tilpasset teaminvolvering" peker imidlertid på at gjensidig respekt og forståelse for hverandres roller i et tverrfaglig team, er av betydning for at sykepleierne skal involvere seg, og engasjere seg i et konkret kvalitetsforbedringstiltak som "Sjekkliste for Trygg Kirurgi". I tillegg til få avklart rammer for bruken av sjekklisten, må det videre kvalitetsforbedringsarbeidet ha større fokus på å styrke operasjonsteamene gjennom tverrfaglige rolle- og forventningsavklaringer. Dette kan bidra til å forbedre samarbeidet ved utførelsen av sjekklisten, og således påvirke sykepleiernes teaminvolvering, så vel som teamdeltakelse.

Referanseliste

- Baker, G.R., Norton, P.G., Flintoft, V. (2004) The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170, s. 1678-1686.
- Bjerg, O. (2007) Metoder og erkendelsesteori. I Vallgård, S. & Koch, L. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København, Munksgaard, s. 42-60.
- Bosk, C. L., Dixon-Woods, M., Goeschel, C.A., Pronovost, P.J. (2009) The art of medicine: Reality check for checklists. *The Lancet*, 374, s.444-445.
- Brattebø, G. (2009) Training teamwork using simulation I: Chiche, J.D, Moreno, C.P., Rhodes,A. red. *Patient Safety and Quality of Care in Intensive Care Medicine*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, s. 87-91.
- Brennan, T.A, Leape, L.L, Laird, N.M. (1991) Incidents of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *The New England Journal of Medicine*, 324, s. 370-376.
- Brennan, T.A, Leape, L.L, Laird, N.M. (2004) Incidents of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *Quality and Safety in Health Care*, 13, 145-151.
- Burtscher, M.J., Wacker, J., Grote, G., Manser, T. (2010) Managing nonroutine events in anesthesia: The role of adaptive coordination. *Journal of Human Factors and Ergonomics Society*, 52, s. 282-29.
- Catalano, K., (2008) Knowledge is power: Averting safety-compromising events in the OR. *Association of Operating Room Nurses Journal*, 88 (6), s. 987-995.
- Cresswell, J.C. (2007) *Qualitative inquiry & research design; Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, California, Sage Publications Inc.

- Espin, S.L., Lindgard, L.A. (2001) Time as catalyst for tension in nurse-surgeon communication, *Association of Operating Room Nurses Journal*, 74, (5) s.672-682.
- de Vries, E.N., Ramrattan, M.A., Smorenburg, S.M., Gouma, D.J., Boermeester, M.A. (2008) The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality and Safety Health Care*, 17, s. 216-223.
- de Vries, E.N., Prins, H.A., Crolla, R.M.P.H., den Outer, A.J., Van Andel, G. Van Helden, S., Slack, W.S., van Putten, M.A., Gouma, D.J., Dijkgraaf, M.G.W., Smorenburg, S.M., Boermeester, M.A. (2010) Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 363, s. 1928-1937.
- Flåtten, H. (2009) The importance of ICU culture. I: Chiche, J.D, Moreno, C.P., Rhodes, A. red. *Patient Safety and Quality of Care in Intensive Care Medicine*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, s. 87-91.
- Fragata, J. (2009) The importance of ICU culture I: Chiche, J-D., Moreno, R., Putensen, C, Rhodes, A. red. *Patient safety and quality of care in Intensive Care Medicine*. Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, s.47-63.
- Glaser, B.G. (1967) *Theoretical sensitivity. Advances in the Methodology of Grounded Theory*. Mill Valley, CA, USA: The Sociology Press.
- Glaser, B.G., Strauss, A. (1978) *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York, USA: Aldine Publishing Company.
- Glaser, B.G. (1992) *Basic of Grounded Theory Analysis. Emerging vs. Forcing*. USA: Sociology Press.
- Halvorsen, K. (2008) *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 5 utg. Oslo, J.W. Cappelens Forlag as.

- Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.R., Lipsitz, S.R., Breizat, A-H.S., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P., Lapitan, M.C.M., Merry, A.F., Moorthy, K. Rexnick, R.K., Taylor, B., Gawande, A. (2009) A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *The New England Journal of Medicine*, 360, s. 491-429.
- Haugen, A., Søfteland, E., Eide, G.E., Nordvedt, M.W., Aase, K., Harthug, S. (2010) Patient safety in surgical environments: Cross-countries comparison of psychometric properties and results of the Norwegian version of the Hospital Survey on Patient Safety. *BMC Health Services Research*, 10, s. 279-289.
- Helse Vest (2011) *Kvalitetssatsinga* [Internett], Tilgjengelig fra: ≤ <http://www.helse-vest.no/fagfolk/forskning/kvalitetssatsinga-i-helse-vest/Documents/8.%20Styresaker%20og%20bakgrunnsdokument/Styresak%20Kvalitet%2003%2012408%20B%20Vidareforing%20og%20styrking%20av%20kvalitetssatsinga%20i%20Helse%20Vest%202009%20-%202013.pdf> [nedlastet 15. februar 2011].
- Helseforskningsloven. (2008) Lov om medisinsk og helsefaglig forskning m.v av 20 juni 2008 nr. 44. Tilgjengelig fra: <www.lovdata.no> [nedlastet 28.mai 2010].
- Hjälmhult, E. (2007) Erobring av handlingsrom: Helsesøsterstudenters læring i praksis. Akademisk avhandling, NTNU.
- Kohn, L.T., Corrigan, J. M., Donaldson, M.S., eds. (1999) To err is human: building a safer health system. Washington DC: *National Academy press*.
- Kvale, S., Brinkman, S., (2009) *Interviews. Learning the craft of Qualitative Research Interviewing* 2 utg. USA, SAGE Publications.
- Lingard, L., Reznick, R., De Vito, I., Espin, S. (2002) Forming professional identities on health care team: discursive constructions of the “other” in the operating room. *Medical Education*, 36, s. 728-734.

- Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G.R., Reznick, R., Bohnen, J., Orse, B., Doran, D., Grober, E. (2004) Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & Safety in Health Care*, 13, s. 330-334.
- Lingard, L., Espin, S., Rubin, B., Whyte, S., Colmenares, M., Baker, G.R., Doran, D., Grober, E., Orser, B., Bohnen, J., Reznick, R. (2005) Getting teams to talk: development and pilot implementation of a checklist to promote interprofessional communication in the OR. *Quality & Safety in Health Care*, 14, s. 340-346.
- Lindgard, L., Regehr, G., Cartmill, C., Orser, B., Espin, E., Bohnen, J., Reznick, R., Baker, R., Rotstei, L., Doran, D. (2011) Evaluation of a preoperative team briefing: a new communication routine results in improved clinical practice.[Internett], *BMJ Quality & Safety*. Tilgjengelig fra: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21303767>> [Nedlastet 13. mai 2011].
- Lomborg, K. (2005) Om grounded theory- hva det er og ikke er. *Klinisk Sygepleje* 19(2) s.4-11.
- Long, S., Neale, G., Vincent, C. (2009) Practising safely in the foundation years. *British Medical Journal*, 338:b1046.
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring*. Oslo, 2 utg., Universitetsforlaget.
- Manser, T. (2009) Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavia*, 53, s. 143-151.
- Mathieu, J.E., Rapp, T.L. (2009) Laying the foundation for successful team performance trajectories: The roles of team charters and performance strategies. *Journal of Applied Psychology*, 94, (1), s. 90-103.
- McDonald, R., Waring, J., Harrison, S., Walshe, K., Boaden, R. (2005) Rules and guidelines in clinical practice: a qualitative study in operating theatres of doctors` and nurses` views. *Quality & Safety in Health Care*, 14, s. 290-294.

- Mills, D.H. (1978) Medical Insurance Feasibility Study - A technical summary. *Western Journal of Medicine*, s. 360-365.
- Nagpal, K., Vats, A., Lamb, B., Ashrafian, H., Sevdalis, N., Vincent, C., Moorthy, K. (2010) Information transfer and communication in surgery. A systematic review. *Annals of Surgery*, 252, s. 225-239.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2011) *Pasientsikkerhetskultur* [internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms>> [Nedlastet 01. mai 2011].
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2007) *How to change practice* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.nice.org.uk>> [Nedlastet 5.Mars 2011].
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Reinar, L.M. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo, Norsk Sykepleier Forbund.
- Norsk Pasientskade Erstatning (2011) [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.npe.no/> [nedlastet 1.Mai 2011].
- Polit, D.F., Beck, D. T., (2008) *Nursing research; generating and assessing evidence for nursing practice*. 8 utg. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Thomas, E.J., Studdert, D.M., Burstin, H.R. (2000) Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care*, (38), s. 247-249.
- Sevdalis, N., Lyons, M., Healey, A.N., Undre, S., Darzi, A., Vincent, C.A. (2009) Observational teamwork assessment for surgery: construct validation with experts versus novice raters. *Annals of Surgery*, 249, s. 1047-1051.

- Sosial- og helsedirektoratet (2005)...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015) Oslo, Sosial-og helsedirektoratet.
- Undre, S., Sevdalis, N., Healey, A.N., Darzi, A., Vincent, C.A. (2005) Teamwork in the operating theatre: cohesion or confusion? *Journal of Evaluation in Clinical practice*, 12, (2), s. 182-189.
- Vincent C, Neale G, Woloshynowych M.(2001) Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal*, (322) s. 517-9.
- Wauben, L.S.G.L., Dekker-Van Doorn, C.M., Van Wijngaarden, J.D.H., Goosens, R.H.M., Huijsman, R., Klein, J., Lange. J.F. (2011) Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members. *International Journal for Quality in Health Care*, 2, s. 159-166.
- Weiser , T.G., Regenbogen, S.E., Thompson, K.S. (2008) An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy base don available data. *The Lancet*, 372, s. 139-144.
- Wilson, R.M., Runciman, W.B., Gibberd, R.W., Harrison , B.T., Newby, L., Hamilton, J.D. (1995) The Quality in Australian Health Care Study. *Med Journal Aust* (163), s. 458-71. O Safe Surgery Saves Lives. World Health Organization, 2009. *Safe Surgery Saves Lives. The Second Global Patient Safety Challenge*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>> [Nedlastet 13.mai 2011].
- Zwarenstein, M., Goldman, J., Reeves, S. (2009) Interprofessional colloboration: effects of pratice based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3. Art.No: CD000072, DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub.2
- Øvretveit, J., Gustavson, D. (2002) Evaluation of quality improvement programmes. *Quality & Safety in Health Care*, 11, s. 270-275.

Who's Safe Surgical Checklist-

A tool to improve both task work and teamwork?

A grounded theory study of nurses' challenges

Hilde Valen Wæhle, RN NA¹,

Department of Anaesthesia and Intensive Care, Haukeland University Hospital¹

Masters programme in evidence based practise

Faculty of Health and Social Sciences

Bergen University College

2011

The following article is planned for publishing in BMC Health Services Research

ABSTRACT

Background: Even though the use of perioperative checklists have resulted in significant reduction in postoperative mortality and morbidity, as well as information improvements, attitude towards the use of checklist seem to vary and are likely to influence compliance. In this study we explored the challenges of using the WHO`s Safe Surgical Checklist as experienced by the nurse members in surgical teams.

Method: Grounded theory was used in gathering- and analysing data from single-and focus group interviews, and in observations of the checklist in use at the operating room. A purposeful sample of 14 nurse-anaesthetists, and operating room nurses as surgical team members in a tertiary teaching hospital, participated in the study.

Results: The nurses` main concern was identified as “how to obtain professional- and social acceptance within the team”. The grounded theory of “adjusting team involvement” consists of three strategies, and seems to explain how they resolve their challenge. Each strategy had corresponding conditions and consequences, determining checklist compliance, and how the checklist was used.

Conclusion: Even though nurses seem to have a loyal attitude towards the WHO`s checklist considering their task work, they adjusted their surgical team involvement according to practical, social and professional conditions in their work environment. This might have resulted in incomplete use of the checklist, and a low compliance.

Key words: Grounded theory, qualitative, nursing professionals, WHO`s Safe Surgical Checklist, task work, teamwork, team involvement.

BACKGROUND

Providing healthcare is inherently interdisciplinary, involving physicians, nurses and allied health professionals from different specialities. It is widely recognised in patient safety literature that team performance is crucial in providing safe patient care [1] and that many of the factors contributing to adverse events in healthcare, originate from flawed teamwork, rather than from lack of clinical skills [2-3]. Various factors affecting the quality and safety of patient care have been identified: poor communication, poor coordination, lack of understanding of roles and shared goals for patient care between the professional groups, limited sharing of information between team members, disagreements, and aggressions [4-6]. Thus teamwork has been addressed as a key factor in system-based interventions to improve patient safety and medical education standards [4].

In 2008 the World Health Organization launched the Safe Surgical Checklist [7] and great efforts are being used on its implementation in hospitals around the world.

However, there is an ongoing debate in leading medical journals as to whether a technical solution such as the checklist really can contribute to safer patient care, whilst effective teamwork per se is more crucial to providing safe patient care, and teamwork must be distinguished from task work [8]. Even though a checklist might be a feasible and efficient tool that promotes operating room (OR) team cohesion and information exchange [9], the attitudes of personnel involved towards checklists may vary, and attitudes and experiences are likely to influence compliance [10]. Few groups have

studied the experiences and acceptances of health workers regarding checklists [10]. Evaluations of barriers to- and drivers of successful adaptation, and effect on teamwork, have also been suggested as areas for further research [11].

The second Global Patient Safety Challenge aimed to improve surgical outcomes for all patients, and ten basic, essential objectives for any surgical case were compiled into the WHO's Surgical Safety Checklist. According to the WHO's implementation manual, the checklist provides a tool for two purposes: enabling consistency in safety for patients, and introducing and maintaining a culture that values achieving it [7]. The implementation of WHO's "Safe surgical checklist" in all surgical units at corresponding hospitals, was officially approved by the Western Norway Regional Health Authority (WNRHA) in 2009. The checklist was translated to Norwegian by the **Norwegian Knowledge Centre for the Health Services** and the **WNRHA**. This Norwegian version was implemented in all surgical units at Haukeland University Hospital, a 1,100-bed tertiary teaching hospital in 2009-2011.

Performing the WHO's checklist

In accordance with the WHO implementation manual, a checklist coordinator was appointed for each of the three different parts of the checklist; the nurse anaesthetist before induction of anaesthesia, and the circulating nurse before skin incision (Time Out) and before the patient leaves the operating room. The responsibility of coordinating the checklist performance was thus left exclusively to the nurse profession.

Sign In

Before induction of anaesthesia, the nurse anaesthetist should verbally confirm with the patient his, or her identity, the surgical site- and procedure. If appropriate, a visual confirmation that the operative site has been marked should follow. The nurse anaesthetist should verbally review with the anaesthesia professionals and the circulating nurse the patient's risk of blood loss, airway difficulty and allergies, and also whether a safety check of the anaesthesia machine and medications has been completed.

Time Out

In this phase the whole team should pause immediately before the skin incision to confirm out aloud that the correct operation on the correct patient and site is being performed; all team members should then verbally review with one another, in turn, the critical elements of their plans for the operation, using the checklist questions for guidance. They should also confirm that prophylactic antibiotics have been administered within the previous 60 minutes, and that essential imaging is displayed as appropriate.

Sign Out

In the last phase, the team should review together the operation that has been performed, completion of sponge and instrument counts and the labelling of any surgical specimens obtained. They should also review key plans and concerns for postoperative management and recovery before moving the patient from the operating room.

To understand interactions among people, and hence the context or setting in which they address a problem or an issue, a qualitative research needs to be conducted [12].

Therefore, to explore and understand how introducing a new early intervention such as the WHO's checklist, would have impact on the work of healthcare professionals in the operating team, such a qualitative study was carried out. The aim of the present study was to explore the challenges experienced by the nurse anaesthetists- and operating room nurses when using the WHO's checklist.

METHOD

This study was based on ethnographic observation, single- and focus group interviews. Grounded theory methodology was used in gathering- and analysing data from the single- and focus group interviews, and the observation of the checklist performed in the OR [13-15].

Study setting

In 2009, the WHO's checklist was introduced to all members of the surgical teams [nurse anaesthetists, consulting anaesthetists, anaesthesiologists, chiefs- and consultants of surgery, and operating room nurses] including the heads of the different surgical departments. In each unit the checklist contents were revised twice, based on feedback from the users during the first three months period. The observation and the focus group interviews were conducted over a period of four months. During this interview period the checklist contents remained unchanged.

Participants

The venue of observation was in the OR where the checklist already had been used as routine for nine months and the respondents had their daily work. The observation covered only one day of checklist use. Nurse anaesthetists and OR nurses were recruited

into focus group interviews in collaboration with the unit manager. Four focus group interviews were performed, including a total of 14 respondents, of which two were male. The last two interviews were carried out with mixed groups, consisting equally of both nurse anaesthetists, and OR nurses. In addition one single interview was undertaken. One nurse participated in two interviews. Range of work practice experience in the OR varied from 1-29 years.

Ethics

This study was not undertaken by Norwegian law according to the Committee for Medical Research Ethics of the Western Health Region of Norway. Approval for this study was given by hospital management and the data privacy unit at the tertiary teaching hospital involved. All respondents gave their informed consent to participate. The patient and personnel present at the OR during the observation of the checklist in use also gave informed consent.

Interviews

The interviews lasted 40-45 minutes. A nurse trained as moderator assisted and participated in two of the four focus group interviews. To initiate free discussion, a semi-structured interview guide, consisting of open ended questions was used, and the interviews were conducted in hospital localities free of disturbance [12]. All interviews were recorded and transcribed verbatim. In accordance to the grounded theory and the constant comparative method, each transcript was analysed before the next interview. Sampling was controlled by the emerging theory as in theoretical sampling, according to Glaser, 1978 [13-15]. The two first focus group interviews were carried out using the first version of the interview guide, whereas an edited interview guide was used conducting the three last interviews.

Analysis

The transcripts were analysed using the constant comparative method: each interview was analysed and compared to the previous interview combined with written textual notes from the checklist observation in a continuous process [13-15]. At first, an open coding was performed manually line-by-line, by the first author, constantly focusing on the incidents: the meaning, action, and interaction of “what is actually going on in the area studied”.

When the nurses` main concern was identified, the study progressed to identify patterns of behaviour by which the nurses resolved their concern. The codes were subsequently grouped into broader, tractable categories, and further into more extensive, universal categories.

During the whole process of analysis, memos, theoretical ideas about codes, categories and their relationships were written and used in the analysis. The core category of adjusting team involvement was identified and compared with the literature in the field, to see if they supported the findings or not [13-15].

RESULTS

The nurses´ main concern was identified as “how to obtain professional- and social acceptance within the team”. The grounded theory of “adjusting team involvement” seemed to explain how they resolved their challenge. Adjusting team involvement consisted of three strategies: distancing-, moderating-, and engaging social- and professional team involvement. Each strategy had corresponding conditions and consequences, which determined checklist compliance, and how the checklist was used. The strategies also varied according to the different phases of the checklist, and the

team compositions. The nurses directed their strategies according to their professional role, relations with the team members, and to their activities in the OR [Table 1]. The three different strategies are presented with their corresponding conditions and consequences, illustrated with selected quotes (in italics).

Distancing team involvement

Conditions of this strategy were mainly characterised by uncertainty, and lack of consensus guidelines as to when, where, and in which situations, and types of surgery the checklist was to be used. The nurses required management commitment regarding the implementation of the checklist as a quality improvement. They also seemed to struggle in order to prepare for the scheduled procedures with limited time available. A considerable resistance in the team towards checklist use was also experienced by the nurses, describing resistance as expressed verbally, in an active, ridiculing manner, and non-verbally, in a more ignorant manner.

“Well, if this is how it is going to be during the first scheduled surgery, I’m telling you quite honestly that the checklist” will be forgotten” in the next scheduled surgery. I will not be bothered! It creates dissatisfaction, and an unpleasant mood in the OR!”

Under the influence of these barriers, yet trying to gain professional and social acceptance within the team, the nurses avoided to draw negative attention towards themselves. Instead of committing themselves to the team, they awaited other team members` social or professional initiative. Temporarily, they chose to prioritise and

perform their professional task work. The strategies seemed related to avoiding barriers, thus causing a rather limited, interdisciplinary team involvement.

Moderating team involvement

Conditions of this strategy were mainly characterised by hesitation and reluctance, yet a willingness to get involved in the team. The nurses seemed to have several competing task work to perform; preparing the surgical equipment, preparing the operating table, preparing for the anaesthesia; medications, i.v fluids, getting the patient to the OR in time, and getting the patient prepared for the anaesthesia. The nurses were also very conscious as to their professional duties, and to what extent the checklist might be improved to ease their daily work tasks. They suggested several issues to be added to the checklist, although they were specific about not making the list too long.

Improvements suggested were questions about infectious diseases and implants (such as pacemakers), which were likely to require specific preparations. A pre-induction checklist [10] was already in use at the premises, which included some of the questions in the WHO's checklist. The pre-induction checklist was carried out prior to the WHO's checklist.

In order to obtain social and professional acceptance from the team, the nurses rationalised their team involvement, mainly by selecting when and to whom they got involved with in the multidisciplinary team.

“...when the surgeon finishes the procedure, we always speak up loud: the number of sponges and instrument are OK! We state this very clearly, to the surgeon... if the nurse anaesthetist doesn't listen, it doesn't matter, it has been controlled many times before- two times verbally, and two times electronically”

Their strategies were also related to challenging the barriers in the OR, rather than avoiding them.

Engaging team involvement

Conditions in this strategy were mainly characterised by positive response from the team, including the performance of the checklist. Although resistance was detected, this was not a problem, as it was ignored. The nurses seemed to take control of the checklist performance by coordinating and structuring the information exchange, speaking out clearly and aloud, from a central position in the OR.

“Personally, I don't think this has been a problem at all! [Performance of the checklist] I grab the checklist, and announce: TIME OUT! And I speak out clear and aloud, and I don't give up until I get an answer! ...if the surgeon ignores the checklist...we have to ignore them! We [checklist coordinators] have to take control! “

A sense of respect and recognition amongst the team members seemed to already exist. Thus, obtaining social and professional acceptance from the team was gained by utterly initiating their team involvement by taking responsibility for team actions such as the checklist.

DISCUSSION

This study shows that obtaining social and professional acceptance within surgical teams was of major importance to the nurses, in order get involved in-and within the team. Several conditions with corresponding strategies and consequences were identified, determining checklist compliance, and how the checklist was used.

Adjusting team involvement

The grounded theory of adjusting team involvement seemed to explain how the nurses resolved their challenge, and further got involved in activities within the team such as performing the WHO's "Safe Surgical Checklist". The strategies used by nurse anaesthetists, and OR nurses in order to obtain social or professional acceptance within the team, seemed to vary according to the practical, social, and professional conditions involved. However, the strategies must not be seen as phases in a progressive process, but more as patterns, reflecting the present sociocultural- and practical work environment. This implies that the nurses might change their strategy during the day according to conditions such as team compositions, or competing task work. Different strategies might also occur simultaneously due to the nurses present in the OR and their individual perceptions of the conditions involved.

Even though patterns of communication in the OR are known to be complex and socially motivated [16], the aim of the checklist is nevertheless to reinforce accepted safety practices and to foster better communication and teamwork between clinical disciplines.

A combination of elements related to both task work and teamwork are incorporated in the checklist. Whereas *task work* refers to behaviours that are related to task execution, such as the interaction with medical equipment- and instruments, teamwork is about how team members organise their joint actions [8]. Factors involved in teamwork include designating roles, determining the timing of activities, coordinating action, and managing interpersonal factors such as decision making and conflict resolution [17]. Thus, *team involvement* can be seen as the active or passive strategies which members of a team perform in order to join in the team, either socially, or professionally.

Limited interdisciplinary team involvement

Lack of consensus guidelines to when and in which situations the checklist was to be used, in addition to strict time limitations prior to scheduled surgery, seemed frustrating to the nurses. Moreover, due to patient concerns some nurses seemed reluctant to speak up aloud when the patient was present and awake in the OR, thus limiting the inclusion of the rest of the team. The nurses were worried that the patients might become anxious when embedded risks of anaesthesia and surgery were expressed aloud by the team.

Patients who were nervous or needed close attention might also feel left alone while the health care personnel concentrated on the checklist. Patient concerns and the fear of the checklist might divert attention away from the patient, was also found in a study by Thommassen et al. [10]. The nurses reported however, that patient anxiety probably could be prevented by proper information about the checklist in advance.

Insecurity and uncertainty seemed to be factors causing the nurses to limit and distance their team involvement, thus causing a random use of the checklist. However, during

the performance of the “Sign In” part of the checklist; this strategy seemed more as an oversight than an intentional action.

Limiting their team involvement by avoiding drawing attention to themselves, was a strategy most prominent to resistance within the team often resulting in an incomplete or poor use of the checklist. This was also found by Vats and colleagues, when piloting the checklist in the UK [11]. Their findings showed that even though the “Sign-In” and “Time-Out” were usually completed, the “Sign-Out” was often left out. In our study, though reported to be the easiest part to remember, the “Time-Out” was expressed as the most difficult phase to perform due to the difficulties of coordination information exchange in the surgical team as a whole, mainly caused by passive and active resistance within the team.

Within a surgical team, a significant discrepancy between the surgical team members regarding their perception of communication, teamwork, and situation awareness, was found in a study by Wauben and colleagues [16]. Surgical team members` constructions of other professions` roles, values and motivations also seem to vary with those professions` constructions of themselves [18, 19]. All team members have a tendency to overrate their own understanding of colleagues` role in the OR, and this was especially marked for the surgeons [19]. This might also explain the perceived barriers. However, novices` echoing such role simplification has implications for their professional identity formation, and might also influence their attitudes towards checklist use.

Understanding, and respect of each other`s roles in multidisciplinary teams, should be part of the curriculum for both nurse-and medical students. Lack of such basic interpersonal skills and respect of different professionals` roles has also been identified

as causes for compromised communication, in a systematic review addressing information transfer and communication in surgery [20]. Thus, to challenge and overcome barriers such as lack of consensus guidelines-, and recognition of the team members, these issues should be addressed by the OR management, and a clear implementation policy approved by the board should be incorporated into the teams. Management commitment regarding the checklist as a quality improvement was also required by the nurses.

Rationalised interdisciplinary team involvement

The nurses` professional determination in addition to their need of information about the patient and of the scheduled surgery in general, seemed to be the motivating factors when using this strategy. Despite a tight schedule, due to concurrent task work, they seemed practically orientated and mainly tried to address issues of importance to them. This was done by selecting their focus as to whom they got involved with in the team, and which questions they addressed in the checklist. The consequence of selective team involvement was seen in all of the three phases of the checklist. In the “Sign-In” part, the pre-induction checklist already in use by the anaesthesia team was carried out prior to the performance of the WHO checklist. To avoid duplicate questions, an abbreviated, not standardised version of the WHO`s checklist was performed, thus limiting the access of information to the OR nurses, as they did not participate in the pre- induction checklist. In response, the OR nurses seemed selective, as to how they got their information: some of them awaited information, and some checked out information themselves. The use of an abbreviated version of the checklist was also observed in the “Time-Out” part, apparently with questions corresponding to the subjects of interest not only to the nurse who performed the checklist, but also to the surgeon involved. Thus,

the nurses were not only rationalising their own team involvement, but also the performance of- and the issues addressed in the checklist, according to team compositions. This shows that even though the use of a preoperative team checklist briefing has been associated with improved physician compliance with antibiotic administration guidelines [21], and the use of perioperative checklists have resulted in significant reduction in postoperative mortality and morbidity [22, 23], a consequence of busy surgical schedules, and lack of checklist consensus and loyalty within the team, will result in selective use of the checklist.

Initiated interdisciplinary team involvement

Already existing professional relationships within the team, including established cooperation routines, seemed to be important preconditions for the nurses to initiate team involvement, including a loyal, verbatim performance of the checklist. Listening, clear accurate speech, courteous behaviour, and acknowledging requests were identified as key skills for effective communication in OR. However, system factors such as variability in team and workflow patterns might be contributory factors of failures in information and communication in surgical care [20]. The nurses made it very clear that their experience of well functioning teams, including achievement of social or professional acceptance, did not rely on the checklist being used. Emergency situations during afternoon- and nightshifts might very well cause such an experience. The reason for this was not discussed, but team commitment, and a process of receiving and providing continuous feedback, might be more prominent during emergency situations. Interventions to improve communication- and the use of the checklist in the OR should therefore also aim at flatten the hierarchy and empower nursing staff to be more inquisitive and open [11, 20].

Relevance to clinical practice

Many of the issues addressed in the checklist seem to be incorporated in pre-existing procedures performed by the nurses, thus securing that these essential safety task work are performed. However, even though nurse anaesthetists and OR nurses seem to have a loyal attitude towards the checklist considering their task work, they adjusted their team-involvement according to practical, social and professional conditions in their work environment. This might result in incomplete use of the checklist, and low compliance.

Poor use of the checklist has also the potential to deepen existing cultural divisions and further fray inter-professional dynamics [11]. Thus, to improve safety culture in the OR, interventions should aim at flatten the hierarchy and empower nursing staff, in addition to standardising and structuring communication- and the use of the checklist. Such initiatives need to be carried out by the OR management.

Strengths and limitations of the study

Implementing the WHO`s checklist implies a change for the people involved. Grounded theory methodology developed by Glaser and Strauss, 1967 with an embedded focus on human action and interaction [13-15] is well suited for studies of peoples` responses to change. Although all interviews were uni-disciplinary, reflecting exclusively the views of the nurse professionals involved, the combination of homogenous- and mixed groups, complemented each other. The quality of the data was thus considered rich enough to achieve variation, saturation, thus maintaining depth in the analysis. Assessing the quality of grounded theory requires analysing the criteria of fit, work, relevance and modifiability [13-15]. The theory of adjusting team involvement has emerged from data, and explains how the nurses resolve their challenge of performing the checklist. The

theory also seems relevant to the strategies conducted by the nurses in the OR. As for the concept of modifiability, adjusting team involvement might well adapt to changes when new data emerge. This is yet to be seen, thus more research on the subject is needed.

Focus groups are ideal for exploring common experiences, and participants were recruited from one ward. Even though pre-existing relationship might have given confidence to the group, more sensitive, personal issues might have been disclosed in one-to-one interviews. Recruiting participants from other wards might also have provided further details about the nurses' challenges using the checklist.

The interviewer's interest in the checklist and implementation process was clear to the participants, and the interviewer also had pre-existing work relationship with some of the participants. This might have influenced their responses. However, in addition to the interviewer's similar professional background, this facilitated the discussion.

CONCLUSION

Within a surgical team, obtaining social and professional acceptance within the team seems to be of crucial importance for nurses to involve themselves in the team and fully participate in the performance- and use of the checklist. The generated grounded theory of adjusting team involvement seems to explain how the nurses handled their challenges when performing the checklist. To avoid low compliance and random use of the checklist, more emphasis should probably be placed on team involvement. Building expectations of performance standards into work processes, when introducing the WHO's "Safe Surgical Checklist", might result in an improved culture. Further research

should explore strategies to strengthen social and professional acceptance within the surgical team, in order to improve team involvement.

Acknowledgements

I gratefully thank the nurse-anaesthetists, and OR nurses who contributed to this study, by sincerely sharing their experiences and thoughts of the checklist performance in the OR. I would also like to thank Marit Vassbotten Olsen for her contribution as a moderator during the interviews.

Competing interests

I declare that the author have no competing interest.

References

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS: *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
2. Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, Bohnen J, Orse B, Doran D, Grober E: **Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects**. *Qual Safe Health Care* 2004, **13**:330-334.
3. Sevdalis N, Lyons M, Healey AN, Undre S, Darzi A, Vincent CA: **Observational teamwork assessment for surgery: construct validation with experts versus novice raters**. *Annals of Surgery* 2009, **249**:1047-1051.
4. Manser T: **Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature**. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009, **53**:143-151.
5. Coe R, Gould D: **Disagreement and aggression in the operating theatre**. *Journal of Advanced Nursing* 2007, **61**, **6**:609-618.
6. Weller JM, Janssen AL, Merry AF, Robinson B: **Interdisciplinary team interactions: a qualitative study of perceptions of team functioning in simulated anaesthesia crises**. *Medical Education* 2008, **42**:382-388.
7. WHO Safe Surgery Saves Lives. World Health Organization, 2009. (Accessed at [<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>])
8. Burtscher MJ, Wacker J, Grote G, Manser T: **Managing nonroutine events in anesthesia: The role of adaptive coordination**. *Journal of Human Factors and Ergonomics Society* 2010, **52**:282-294.

9. Lingard L, Espin S, Rubin B, Whyte S, Colmenares M, Baker GR, Doran D, Grober E, Orser B, Bohnen J, Reznick R: **Getting teams to talk: development and pilot implementation of a checklist to promote interprofessional communication in the OR.** *Qual Safe Health Care* 2005, **14**:340-346.
10. Thomassen Ø, Brattebø G, Heltne JK, Søfteland E, Espeland A: **Checklists in the operating room: Help or hurdle? A qualitative study on health workers' experience.** *BMC Health Services Research* 2010, **10**:342-347.
11. Vats A, Vincent CA, Nagpal K, Davies RW, Darzi A, Moorthy K: **Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience.** *BMJ* 2010, **340**:b5433.
12. Cresswell JC: *Qualitative inquiry & research design; Choosing among five approaches.* 2 edition. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, Inc; 2007.
13. Glaser BG, Strauss A: *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.* New York, USA: Aldine Publishing Company, 1967.
14. Glaser BG: *Theoretical sensitivity. Advances in the Methodology of Grounded Theory.* 4th. Edt Mill Valley, CA, USA: The Sociology Press, 1978.
15. Glaser BG: *Basic of Grounded Theory Analysis. Emerging vs. Forcing.* 1st. Edt. USA: Sociology Press, 1992.
16. Wauben LSG, Dekker-Van Doorn CM, Van Wijngaarden JDH, Goosens RHM, Huijsman R, Klein J, Lange JF: **Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members.** *International Journal for Quality in Health Care* 2011, **2**:159-166.
17. Mathieu JE, Rapp TL: **Laying the foundation for successful team performance trajectories: The roles of team charters and performance strategies.** *Journal of Applied Psychology* 2009, **94**, **1**:90-103.

18. Lingard L, Reznick R, De Vito I, Espin S: **Forming professional identities on health care team: discursive constructions of the “other” in the operating room.** *Medical Education* 2002, **36**:728-734.
19. Undre S, Sevdalis N, Healey AN, Darzi A, Vincent CA: **Teamwork in the operating theatre: cohesion or confusion?** *Journal of Evaluation in Clinical practice* 2005, **12**, **2**:182-189.
20. Nagpal K, Vats A, Lamb B, Ashrafian H, Sevdalis N, Vincent C, Moorthy K: **Information transfer and communication in surgery. A systematic review.** *Annals of Surgery* 2010, **252**: 225-239.
21. Lindgard L, Regehr G, Cartmill C, Orser B, Espin E, Bohnen J, Reznick R, Baker R, Rotstei L, Doran D: **Evaluation of a preoperative team briefing: a new communication routine results in improved clinical practice.** *BMJ Qual Saf* 2011, 1-8. [Epub ahead of print] doi: 10. 1136/bmjqs.2009.032326
22. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A-HS, Herbosa T, Joseph S, Kibatala P, Lapitan MCM, Merry AF, Moorthy K, Rexnick RK, Taylor B, Gawande A: **A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population.** *N Engl J Med* 2009, **360**:491-9.
23. de Vries EN, Prins HA, Crolla RMPH, den Outer AJ, Van Anandel G, Van Helden S, Slack WS, van Putten MA, Gouma DJ, Dijkgraaf MGW, Smorenburg SM, Boermeester MA: **Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes.** *N Engl J Med* 2010, **363**: 1928-37.
24. Hjälmhult E. **Conquering operational space – Public Health Nursing Students` learning in practice.** PhD thesis. Norwegian University of Science and Technology, Department of Education; 2007.

Table 1: Adjusting team involvement

| Strategies | Distancing | Moderating | Engaging |
|--|---|---|--|
| Conditions Adaptive process | <ul style="list-style-type: none"> • Lack of consensus guidelines • Resistance in the team towards checklist use • Uncertainty | <ul style="list-style-type: none"> • Competing task work • Professional consciousness | <ul style="list-style-type: none"> • Existing recognition among team members • Positive team response on checklist use |
| Individually | <ul style="list-style-type: none"> • Avoiding attention | <ul style="list-style-type: none"> • Seeking attention | <ul style="list-style-type: none"> • Demanding attention |
| Socially | <ul style="list-style-type: none"> • Selecting team contact | <ul style="list-style-type: none"> • Rationalising initiative | <ul style="list-style-type: none"> • Coordinating initiative |
| Professionally | <ul style="list-style-type: none"> • Limiting interdisciplinary team involvement | <ul style="list-style-type: none"> • Selecting interdisciplinary team involvement | <ul style="list-style-type: none"> • Initiating interdisciplinary team involvement |
| Consequence | <ul style="list-style-type: none"> • Limited use of the checklist | <ul style="list-style-type: none"> • Selective use of the checklist | <ul style="list-style-type: none"> • Unlimited use of the checklist |

Revised model (Hjälmhult, 2007)

Vedlegg I

Sjekkliste for trygg kirurgi

Denne norske sjekklisten er laget med utgangspunkt i Verdens helseorganisasjons (WHO) "Surgical safety checklist" <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/> og den tilretteleggingen som er laget for England og Wales <http://www.npsa.nhs.uk/nrls/>

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet har stått for oversettelsen i samarbeid med Helse Bergen og Helse Førde. Sjekklisten har vært til høring i det norske fagmiljøet.

Sjekklisten er ikke uttømmende og lokale tilrettelegginger kan gjøres. Det advares mot å gjøre listen for omfattende og mot å stryke mange punkt.

Sjekkliste for trygg kirurgi

Versjon 2.1/ 18 01 2010

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

Sjekkliste for trygg kirurgi

Versjon 2.1/ 18 01 2010

Vedlegg II

Semistrukturert intervjuguide I:

Åpningsspørsmål:

- Kan dere fortelle hvordan det har vært å bruke ”Sjekkliste for trygg kirurgi”?

Temaspørsmål:

- Kan dere beskrive en situasjon der det har vært en nyttig, eller positiv opplevelse å bruke sjekklisten?
- Kan dere beskrive en situasjon der det har vært vanskelig å bruke sjekklisten?
- Hvordan opplever dere at sjekklisten virker inn på det tverrfaglige samarbeidet i operasjonsteamet?
- Hvordan opplever dere at sjekklisten virker inn på dere som enkeltaktører i operasjonsteamet?
- Hva tror dere kan fremme bruken av sjekklisten? Evt. hvorfor?
- Hva tror dere kan hemme bruken av sjekklisten? Evt. hvorfor?

Avsluttende spørsmål:

- Avslutningsvis, har dere noe dere vil tilføye?
- Hvordan har det vært for dere å være med i denne gruppen?

Vedlegg III

Semistrukturert intervjuguide II:

Åpningsspørsmål:

- Kan dere fortelle hvordan det har vært å bruke ”Sjekkliste for trygg kirurgi”?

Temaspørsmål:

- Kan dere beskrive en situasjon der det har vært en nyttig, eller positiv opplevelse å bruke sjekklisten? (emosjonelt eller praktisk?)
- Kan dere beskrive hvilken del av sjekklisten som er lettest å gjennomføre? Hvorfor?
- Kan dere beskrive en situasjon der det ha vært vanskelig å bruke sjekklisten? (emosjonelt eller praktisk?)
- Kan dere beskrive situasjoner der sjekklisten ikke blir benyttet? Hvorfor?
- Kan dere beskrive hvilke punkter dere anser som viktige for dere å dele inn i teamet? Hvorfor?
- Kan dere beskrive punkter dere ikke anser som viktige å formidle inn i teamet? Hvorfor?
- Kan dere si noe om hvordan de ulike personene kan involveres i de ulike delen ved sjekklisten?
- Forberedelsesfasen?
- Time-Out?
- Avslutningsfasen?

Avsluttende spørsmål:

- Avslutningsvis, har dere noe dere vil tilføye?
- Hvordan har det vært for dere å være med i denne gruppen?

Vedlegg IV

Hilde Valen Wæhle
Masterstudent HIB,
Kunnskapsbasert praksis
Mob. nr 92086090
E-post: hilde.waehle@yahoo.com

Bergen 15.08.10

Til deg som har erfaring som anestesi- eller operasjonssykepleier, og har deltatt ved bruk av "Sjekkliste for trygg kirurgi" i praksis.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt (fokusgruppeintervju)

Jeg sender herved en forespørsel til deg om å delta i fokusgruppeintervju i forbindelse med min Masteroppgave i Kunnskapsbasert praksis.

Hensikten med prosjektet er å få kunnskap om hvordan anestesi- og operasjonssykepleiere opplever og erfarer bruken av "Sjekkliste for trygg kirurgi". Denne kunnskapen vil kunne gi innsikt i innføringsprosessen på individuelt nivå, og kunnskap om til pasning av sjekklisten til lokale forhold i operasjonsavdelingen.

Fokus for forskningen vil være utfordringer knyttet til bruken av sjekklisten.

For å få kunnskap om dette er jeg interessert i dine erfaringer og opplevelse av knyttet til bruk av "Sjekkliste for trygg kirurgi" i praksis. Jeg ønsker din deltagelse i et eller flere fokusgruppeintervju. Et fokusgruppeintervju er en form for intervju der en gruppe mennesker er samlet for å diskutere et bestemt tema, der deltagerne deler opplevelser og utveklser erfaringer. Intervjuet vil ta ca. 1 time, og vil bli tatt opp på lydbånd for senere analyse. Antall deltagere i gruppen vil være 4-5 stykker. Det vil i tillegg til meg som leder av gruppen, delta en medhjelper.

Som forsker har jeg taushetsplikt, og alle opplysninger knyttet til din person vil bli behandlet konfidensielt. Bare jeg som forsker har tilgang til dataene. Ingen enkeltpersoner skal kunne kjennes igjen i den ferdige oppgaven. Opplysninger og lydbånd slettes ved prosjektets slutt. Du kan når som helst trekke deg fra prosjektet.

Prosjektet vil være ferdig i mai 2011. Prosjektet vil være godkjent av klinikkledelsen ved KSK, Personvernombudet for forskning, og Regional Etisk Komitè (REK).

Dersom du ønsker å delta, ber jeg deg fylle ut samtykkeerklæringen og returnere den til meg i svarkonvolutt på anesthesi- forberedelsesrom stue 12-13. Jeg vil ta kontakt med deg i uke 42 for å planlegge tidspunkt for fokusgruppeintervjuet. Har du spørsmål så gjerne ta kontakt.

Min hovedveileder i prosjektet er førsteamanuensis

Esther Hjälmhult

Høgskolen i Bergen

Møllendalsv. 6

Med vennlig hilsen

Hilde Valen Wæhle,

Anestesisykepleier / mastergradstudent

Vedlegg V

SAMTYKKEERKLÆRING:

Jeg har mottatt informasjon om studien ” Anestesi- og operasjonssykepleieres opplevelse og erfaring knyttet til bruk av ”Sjekkliste for trygg kirurgi”.

Jeg samtykker til å delta i prosjektet og kan når som helst trekke meg fra prosjektet.

Signatur.....

E-mail.....

Tlf. nr.....

Vedlegg VI

Dokumentasjon av systematisk litteratursøk

| | |
|--|--|
| Spørsmål fra PICO-skjema: | Erfaringer med WHO checklist, hvordan fungerer teamarbeidet i operasjonsstuen? |
| Database/ressurs: | Medline |
| Dato for søk: | 14.4.2011 |
| Søkehistorie: | <p>1: ((WHO or "WHO's" or world health organi#ation or surgical or safety or safe surgery or operat\$) adj6 (checklist\$ or check list\$)).tw. - 566</p> <p>2: World Health Organization/ or Safety Management/ or Surgical Procedures, Operative/ or Operating Rooms/ - 90639</p> <p>3: (checklist\$ or check list\$).tw. -15899</p> <p>4: 2 and 3 - 318</p> <p>5: 1 or 4 - 745</p> <p>6: exp Interprofessional Relations/ or exp Patient Care Team/ or teamwork.mp. or exp Cooperative Behavior/ - 103370</p> <p>7: exp Interpersonal Relations/ - 206445</p> <p>8: job experience.mp. - 99</p> <p>9: collaborative work.mp. - 396</p> <p>10: collaborative activity.mp. -30</p> <p>11: interdisciplinary practice.mp. - 99</p> <p>12: interdisciplinary team.mp. - 1447</p> <p>13: team training.mp. - 357</p> <p>14: 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 - 260274</p> <p>15: 5 and 14 - 59</p> <p>16: limit 15 to "qualitative studies (sensitivity)" - 52</p> <p>17: limit 15 to "qualitative studies (specificity)" - 0</p> |
| Antall treff: | 59 treff sendt på epost, avgrensing til kvalitative studier (specificity) vha filter ga 0 treff |
| Kommentarer: | tw. — søker på ord i tittel eller abstract mp. — søker på ord i tittel eller abstract, MeSH headings |
| Bibliotekar som utførte/veiledet søket: | Regina Kufner Lein |

Vedlegg VII

Dokumentasjon av systematisk litteratursøk

| | |
|--|--|
| Spørsmål fra PICO-skjema: | Erfaringer med WHO checklist, hvordan fungerer teamarbeidet i operasjonsstuen? |
| Database/ressurs: | CINAHL |
| Dato for søk: | 14.4.2011 |
| Søkehistorie: | S12: S1 and S10 , Limiters - Published Date from: 20080101-20111231 - (60) S11: S1 and S10 - (195) S10: S2 or S3 or S4 or S5 or S6 or S7 or S8 or S9 - (126469) S9: (MH "Multidisciplinary Care Team+") OR "team training" - (16625) S8: "interdisciplinary team" - (919) S7: "interdisciplinary practice" - (102) S6: "collaborative activity" - (17) S5: (MH "Collaboration") OR "collaborative work" - (15394) S4: (MH "Interpersonal Relations+") - (109574) S3: (MH "Interprofessional Relations") - (9449) S2: (MH "Teamwork") - (5284) S1: ((WHO OR "WHO's" OR world health organization OR "safe surgery") AND (checklist* OR check list*)) - (2516) |
| Antall treff: | Avgrenset til publikasjonsår 2008-nå = 60 treff |
| Kommentarer: | Vi har i første omgang søkt generelt på sjekklister, men kunne ikke legge til nærhetsoperator "adjacent", men måtte velge AND: dermed ble det for mye støy; derfor valgte vi å søke på bare WHO sin sjekklister. |
| Bibliotekar som utførte/veiledet søket: | Regina Küfner Lein |

Vedlegg VIII

Hilde Valen Wæhle
Anestesiavd. KK/ Øye

Klinikkdirektør KSK,
Hanne Klausen

Godkjenning av mastergradsprosjekt i kunnskapsbasert praksis, ved KSK

Jeg holder på å avslutte mastergradstudier i kunnskapsbasert praksis for helsefag ved HIB. Min masteroppgave vil omhandle innføring av ”Sjekkliste for trygg kirurgi” i sentraloperasjonsavdelingen ved HUS. Hensikten med prosjektet er å få innsikt i hva som er utfordringen til anesthesi- og operasjonssykepleiere ved bruk av sjekklisten, og videre utvikle begrep og teori om hvordan de handler for å møte denne utfordringen. Målet med prosjektet er å utvikle kunnskap om innføringsprosessen av sjekklisten på individuelt nivå, samt kunnskap om tilpasning av sjekklisten til lokale forhold i operasjonsavdelingen. Denne kunnskapen kan også bidra til å identifisere betingelser som muliggjør eller hindrer et godt tverrfaglig samarbeid på operasjonsstuen.

Prosjektet har vært diskutert og ønsket fra prosjektgruppen for ”Trygg kirurgi” v/ prosjektleder Eirik Søfteland. Dette som et ledd i en evaluering av ansattes opplevelse av sjekklisten. Prosjektet er godkjent i prosjektgruppen.

Prosjektplanen er godkjent fra HIB, ved veileder Esther Hjälmhult.

Da prosjektet involverer observasjoner og intervjuer av ansatte i KSK, må klinikkdirektør godkjenne prosjektet før det oversendes Personvernombudet for godkjenning. Forespørsel om deltagelse ved ett nevrokirurgisk inngrep vil oversendes klinikkleder ved Nevroklinikken når prosjektet er godkjent i KSK (se vedlegg 3 i prosjektplanen). Det er også sendt Fremleggingsvurdering til REK med tanke på fremtidig publisering.

Håper på en snarlig vurdering og godkjenning av prosjektet!
Ta kontakt dersom du har spørsmål vedr. mastergradsprosjektet. Viser ellers til Eirik Søfteland ved spørsmål relatert til ”Sjekkliste for trygg kirurgi”- prosjektet generelt.

Med vennlig hilsen:

Hilde Valen Wæhle
Anestesisykepleier/ mastergradstudent

Tue, October 5, 2010 7:24:05 PM

Mastergradsprosjekt i kunnskapsbasert praksis; Hilde V. Wæhle

From: "Klausen, Hanne" <hanne.klausen@helse-bergen.no>

[View Contact](#)

To: Hilde Wæhle <hilde.waehle@yahoo.com>; "Wæhle, Hilde Valen" <hilde.valen.wehle@helse-bergen.no>

Cc: "Søfteland, Eirik" <eirik.softeland@helse-bergen.no>

Hallo!

Mailen er mottatt, prosjektet er vurdert og godkjent.

Mvh

Hanne Klausen
Klinikkleder KSK

From: Hilde Wæhle <hilde.waehle@yahoo.com>

To: Hanne.Klausen@helse-bergen.no

Cc: Eirik Søfteland <eirik.softeland@helse-bergen.no>; Arvid Steinar Haugen <arvid.haugen@helse-bergen.no>

Sent: Mon, September 13, 2010 11:07:13 AM

Subject: Mastergradsprosjekt i kunnskapsbasert praksis; Hilde V. Wæhle

Hei,

Sender vedlagt formell forespørsel om godkjenning av mitt mastergradsprosjekt, samt prosjektplan med vedlegg.

Mvh. Hilde Valen Wæhle

Vedlegg IX

Hilde Valen Wæhle

Masterstudent HIB,

Kunnskapsbasert praksis

Mob. nr 92086090

E-post: hilde.waehle@yahoo.com

Bergen 15.08.10

Til klinikkleder ved Nevroklinikken

Forespørsel om deltagelse ved nevrokirurgisk inngrep, i forbindelse med forskningsprosjekt

Jeg sender herved en forespørsel om å få foreta en åpen, ikke deltagende observasjon ved ett (1) nevrokirurgisk inngrep på SOP, der "Sjekklisten for trygg kirurgi" benyttes. Observasjonen vil tjene som metode for datainnsamling i forbindelse med min Masteroppgave i Kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen.

Hensikten med mastergradsprosjektet er å få kunnskap om hvordan anesthesi- og operasjonssykepleiere opplever og erfarer bruken av "Sjekkliste for trygg kirurgi". Denne kunnskapen vil kunne gi innsikt i innføringsprosessen på individuelt nivå, og kunnskap om tilpasning av sjekklisten til lokale forhold i operasjonsavdelingen.

Fokus for forskningen vil være utfordringer knyttet til bruken av sjekklisten.

Observasjon av sjekklisten i bruk, vil tjene to formål;

1. For det første vil en observasjon si noe om handling og samhandling mellom de involverte, noe som kan være forskjellig fra hva de faktisk sier at de gjør, eller har gjort.
2. For det andre vil en observasjon gi verdifull innsikt i deler av hva det egentlig er som foregår i feltet.

Funn fra observasjonen vil danne grunnlag for en semistrukturert intervjuguide, som vil benyttes under fokusgruppeintervju med anestesi- og operasjonssykepleiere på et senere tidspunkt.

Som forsker har jeg taushetsplikt, og alle opplysninger knyttet til fagpersoner og pasient, vil bli behandlet konfidensielt. Bare jeg som forsker har tilgang til dataene. Ingen enkeltpersoner skal kunne kjennes igjen i den ferdige oppgaven. Opplysninger og lydband slettes ved prosjektets slutt.

Prosjektet vil være ferdig i mai 2011.

Klinikkledelsen ved KSK, har godkjent prosjektet, og det er blitt foretatt en fremleggingsvurdering m/ godkjenning fra Regional Etisk Komitè (REK). Prosjektet er sendt til vurdering hos Personvernombudet for forskning.

Min hovedveileder i prosjektet er førsteamanuensis

Esther Hjälmhult

Høgskolen i Bergen

Møllendalsv. 6

Med vennlig hilsen

Hilde Valen Wæhle

Anestesisykepleier KSK/ mastergradstudent

[Flag this message](#)

Fw: SV: Mastergradsprosjekt Kunnskapsbasert praksis

Wednesday, May 11, 2011 9:13 PM

"Hilde Wæhle" <hilde.waehle@yahoo.com>

[Add sender to Contacts](#)

From:

tweh@helse-bergen.no

To:

--- On Mon, 10/25/10, Myrseth, Erling <erling.myrseth@helse-bergen.no> wrote:

> From: Myrseth, Erling <erling.myrseth@helse-bergen.no>
> Subject: SV: Mastergradsprosjekt Kunnskapsbasert praksis
> To: "'Hilde Wæhle'" <hilde.waehle@yahoo.com>
> Cc: "Søfteland, Eirik" <eirik.softeland@helse-bergen.no>, "Thorild Vedeler" <thorhild.ness.vedeler@helse-bergen.no>, "Mathisen, Juan Robbie" <juan.mathisen@helse-bergen.no>
> Date: Monday, October 25, 2010, 3:01 PM

> Hei!
> Hilde får tillatelse til å observere en nevrokirurgisk
> operasjon fredag 29. okt.

> mvh
> Erling Myrseth
>

Vedlegg X

----- Forwarded Message -----

From: "post@helseforskning.etikkom.no" <post@helseforskning.etikkom.no>

To: hilde.waehle@yahoo.com

Sent: Wed, September 15, 2010 12:33:12 PM

Subject: REK Vest - Ikke fremleggingspliktig

Hei,

Jeg har gått gjennom prosjektbeskrivelsen du har sendt, og ser ikke på dette som et prosjekt som er fremleggingspliktig for REK.

Prosjektet fremstår som en kvalitetssikring av pågående tjeneste, kvalitetssikring av helsehjelp regnes som en del av helsetjenesten og er derfor ikke fremleggingspliktig for REK.

Prosjektet kan således i prinsippet gjennomføres uten godkjenning fra REK, som ikke har innvendinger mot at resultatene evt. blir publisert.

Da du skal samle inn personopplysninger må prosjektet, som du skriver, klareres med personvernombudet for forskning.

mvh
Øyvind Straume
seniorkonsulent

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Vest-Norge (REK Vest)
Postadresse: Postboks 7804, 5020 Bergen
Besøksadresse: Haukeland universitetssykehus, 5021 Bergen
Telefon: 55 97 84 97
E-post: rek-vest@uib.no
<http://helseforskning.etikkom.no>

Vedlegg XI



HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus



Hilde Wæhle
Haukeland universitetssjukehus/KSK
5021 BERGEN

Deres ref:

Vår ref:
2010/5023

Saksbehandler
Eline Monstad, tlf. 55976539

Bergen,
11.10.2010

Tilråding: Kvalitetssikring – Sjekkliste for trygg kirurgi

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger. Det følgende er en formell tilråding fra personvernombudet. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før innsamlingen av opplysningene / databehandlingen kan begynne.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 36 har Datatilsynet ved oppnevning av Eline Monstad som personvernombud for Helse Bergen HF, fritatt helseforetaket fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til helseforetakets personvernombud.

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen faller inn under helsepersonellovens § 26: *Den som yter helsehjelp, kan gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn.*

Personvernombudet tilrår at kvalitetsregisteret gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Behandling av personopplysningene skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen. Det skal innhentes samtykke fra pasient som er til behandling på operasjonssalen under observasjonen.
2. Tilgangen til registeret skjer i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene.
3. Data lagres avidentifisert på helseforetakets Kvalitetsserver. For å få tildelt plass på Kvalitetsserveren må saksnummer på denne godkjenningen (under Vår ref) fylles ut i søknadsskjemaet og selve tilrådingens brev må også legges ved. Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av personvernombudet.
4. Kryssliste som kobler avidentifiserte data med personopplysninger lagres enten elektronisk på tildelt område på Kvalitetsserveren eller nedlåst på prosjektleders kontor.
5. Data slettes eller anonymiseres (ved at krysslisten slettes) ved prosjektstutt 1.7.2011. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.
6. Prosjektet kvalifiserer ikke som medisinsk- og helsefaglig forskning slik det er definert i helseforskningsloven, men kan bli publisert som "sykehusets erfaring" eller i "quality improvement reports", som for eksempel i British Medical Journal. Du kan også få en

Besøksadresse: Jonas Liesv 65, 5021 Bergen
Postadresse: Helse Bergen HF, 5021 Bergen
Telefon: 05300 – Telefaks: 55976088 – E-post: postmottak@helse-bergen.no – Org. nr.: 983974724

bekreftelse fra REK om at prosjektet ikke er fremleggingspliktig, dersom dette kreves av tidsskriftet.

7. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
8. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseregisterlovens regler.

Med vennlig hilsen



Eline Monstad
IT-sikkerhetsleder/personvernombud

Vedlegg:

Kopi til: Hanne Klausen
Eirik Søfteland