



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

MKS591-O-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	12-05-2021 09:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	26-05-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 MKS591 1 O 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	425
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	16503
----------------------	-------

Egenerklæring \*:  Ja

Jeg bekrefter at jeg har  Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:

### Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

### Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Ja, Patient´s surgical safety checklist (PASC)

**Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \***

Ja, Haukeland Universitetssykehus



## MASTEROPPGAVE

Elektive kirurgiske pasienters erfaringer vedrørende bruk av pasientenes kirurgiske sikkerhetsjekkliste (PASC)

Elective surgical patients experiences reagarding use of the patient's surgical safety checklist (PASC)

Skrevet av  
Mette Ravnøy  
Kandidatnr 425

MKS591-1 20H Masteroppgave i klinisk sykepleie

Fakultet for helse og sosialvitenskap/Institutt for helse- og omsorgsvitenskap/Intensivsykepleie

Veileder  
Kristin Harris

Innleveringsfrist 26. Mai, 2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Forord

*«Knowing is not enough; we must apply.  
Willing is not enough; we must do».*  
- Johann Wolfgang von Goethe

Dette sitatet kan sees i lys av prosjektet hvor det er undersøkt pasienters erfaringer ved bruk av pasientsjekkliste i forbindelse med operasjon. Har vi nok informasjon og kunnskap? Er vi godt nok forberedt? Og til slutt, men ikke minst er vi villig til å gjøre det som er nødvendig? Disse spørsmålene er like gjeldene for helsepersonell som jobber for økt pasientsikkerhet, samt for pasientene selv gjennom det kirurgiske forløpet.

Prosjektet har gitt meg økt kunnskap og forståelse av begrepene pasientinvolvering og pasientsikkerhet samt ny innsikt i pasienters erfaringer ved bruk av pasientsjekkliste før og etter operasjon. Som intensivsykepleier har pasientsikkerhet alltid vært i fokus, men i løpet av dette prosjektet har fokuset mitt endret seg til å økende grad å involvere pasientene selv samt pårørende i behandlingen. Dette beriker jobbhverdagen samt styrker samarbeidet og kvaliteten på pasientomsorgen, og har ført til flere positive tilbakemeldinger både fra pasientene og pårørende.

Det er flere som har bidratt til at prosjektet har latt seg gjennomføre, herav pasientene og brukerrepresentantene som takket ja til å delta på intervju. Seksjonsleder Ranveig Ure på Postoperativ Seksjon, og assisterende seksjonsleder Benedicte Mjelde Vogt, som har lagt til rette for arbeid med masteroppgaven med blant annet lån av hjemme pc en periode. Dette forenklet arbeidet betraktelig. Takk til Elin Mostrau, intensivsykepleier på Postoperativ Seksjon som har tilrettelagt turnus med studiedager hvor jeg har hatt mest bruk for det. En stor takk til veilederen min Kristin Harris, PhD. -kandidat klinisk institutt 1 UIB/HVL, som har tatt meg under vingene i prosjektet sitt. Jeg er veldig takknemlig for ditt engasjement og tilrettelegging for at fokusgruppeintervjuene lot seg gjennomføre så bra, ved å delta i både planleggingen og som moderator på hvert intervju. I tillegg har det alltid vært rom for spørsmål, samtidig som du har vært en fantastisk motivator med gode ord underveis. En stor takk til Arvid Haugen, anestesisykepleier, professor og fagsjef Kirurgisk Serviceklinikk for disponering av egnede lokaler til fokusgruppe intervjuene, i tillegg til å ha tatt seg tid til å gi tilbakemelding på både prosjektplan, intervjuguide og masteroppgaven mot slutten av prosjektet. Jeg vil også takke for studiestipend jeg fikk tildelt fra Kirurgisk Serviceklinikk. Det gjorde at jeg i ti måneder fikk frigjort 20 % av stillingen min på Postoperativ Seksjon til studietid noe som var til stor hjelp.

Til slutt en stor takk til familien og min kjære ektemann Morten Holst som har tatt noen ekstra tak på hjemmebane både med hus og våre to barn Andreas og Adelene. Det har vært avgjørende for at hele prosessen har gått så fint.

Bergen, mai 2021

Mette Ravnøy

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Pasientinvolvering er ansett som et viktig bidrag for økt pasientsikkerhet, likevel viser forskning at det fremdeles er eksisterende gap og barrierer i forhold til implementering av pasientinvolvering i sikkerhet i praksis. Pasientenes kirurgiske sikkerhetsjekkliste (PASC) er utviklet som et bidrag for å fremme pasient involvering i sikkerhet hvor målet er å redusere komplikasjoner som kan oppstå i operasjonsforløpet ved å gi pasientene viktig informasjon, samt hjelp til forberedelse før og etter operasjon.

**Hensikt:** Studien hadde som hensikt å innhente kunnskap om pasienters erfaringer vedrørende bruk av PASC i forbindelse med elektiv kirurgi for å kartlegge brukervennligheten for best mulig nyttiggjørelse av sjekklisten for pasientene. Denne kunnskapen kan også være nyttig for helsepersonell i forhold til implementering og tilrettelegging for riktig bruk av pasientsjekklisten i praksis.

**Metode:** Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervju av pasienter fra fire kirurgiske avdelinger. Studien har et eksplorativt kvalitativt design, hvor innholdsanalysemetoden til Graneheim & Lundman (2004) ble brukt med en induktiv tilnærming.

**Resultater:** Totalt 10 elektive kirurgiske pasienter deltok på fokusgruppe intervju. Studien gav økt forståelse og kunnskap om pasienters erfaringer som gjelder bruk av PASC før og etter planlagt operasjon. Analysen frembrakte fire tema; fokus og systematisering; forberedelse før og etter operasjon; møte informasjonsbehovet til pasienten og trygghet og ivaretagelse av pasienten.

**Konklusjon:** Studien viste at bruk av PASC påvirket pasientenes informasjon og forberedelser gjennom det kirurgiske forløpet ved å gi dem økt fokus og oversikt over viktig informasjon. Deltakerne hevdet at sjekklisten bidro til at de følte seg trygge og ivaretatt noe som var et viktig element for samtlige. Samtlige av pasientene ville brukt pasientsjekklisten igjen ved ny operasjon noe som tyder på at de ønsker å involveres i egen sikkerhet. Flere av deltakerne uttalte at de ville foretrukket en enklere versjon av pasientsjekklisten.

**Nøkkelord:** Pasientsjekkliste, Kirurgisk forløp, Pasientsikkerhet, Pasientinvolvering

## **Abstract**

**Background:** Patient involvement is considered a major contribution to increased patient safety, however current research states that there is existing gaps and barriers in implementing patient involvement in safety in practice. Patient's surgical safety checklist (PASC) is developed to enhance patient safety involvement to reduce complications that can occur throughout the surgical pathway. Further PASC is developed to provide the patients with important information and to help them with preparations before and after surgery.

**Purpose:** The aim for this study was to obtain knowledge about patients' experiences regarding the use of PASC. This knowledge can be useful for the patients to increase the ease of use of PASC as well as for healthcare personnel for successfully implementing PASC into clinical setting.

**Method:** Three focus groups interview was conducted including patients from four different surgical wards. The study has an exploratory qualitative design where the content analysis method by Graneheim & Lundman (2004) was used with an inductive approach.

**Results:** Totally 10 elective surgical patients' participated on the focus groups. The study provided increased understanding and knowledge of patient's experiences using PASC before and after elective surgery. The analysis revealed four themes: focus and systematization; preparation before and after operation; meet the information needs for the patient and safety and care of the patient.

**Conclusion:** The study revealed that the use of PASC affected both information and preparation for the patients before and after surgery by providing them with important information, increased their focus and gave them an overall overview of their surgical pathway. Patients stated that the use of PASC contributed to that they felt safe and well cared for. It emerged from the study that the patients were willing to be involved in their own safety, as all the participants stated that they would use the patient checklist again if they were to have another operation. However, several claimed that they would prefer a simplified patient checklist design.

**Key words:** Patient checklist, Surgical pathway, Patient safety, Patient involvement.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INTRODUKSJON</b> .....	<b>1</b>
<b>2.0 BAKGRUNN</b> .....	<b>3</b>
<b>3.0 TEORI</b> .....	<b>5</b>
3.1 BEGREPSAVKLARING.....	6
3.1.1 Kirurgi og sjekklister .....	7
3.1.2 Pasientinvolvering og brukervedvirkning .....	8
3.1.3 Komplikasjon, uønskede hendelse og pasientskade .....	9
3.1.4 Kvalitet og pasientsikkerhet.....	10
3.1.5 Sikkerhetsstyring.....	11
3.2 INTENSIVSYKEPLEIERFOKUS.....	12
<b>4.0 TIDLIGERE FORSKNING</b> .....	<b>13</b>
<b>5.0 HENSIKT</b> .....	<b>16</b>
5.1 AVGRENSINGER AV OPPGAVEN .....	17
5.2 FORSKNINGSPØRSMÅL.....	17
<b>6.0 METODE</b> .....	<b>18</b>
6.1 UTVALG OG SETTING .....	19
6.2 DATASAMLINGSVERKTØY .....	20
6.3 REKRUTTERING OG DATASAMLINGSPROSEDYRE .....	22
6.4 ANALYSE.....	23
6.4.1 Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming.....	25
6.5 ETIKK OG TILLATELSER .....	27
<b>7.0 RESULTAT</b> .....	<b>28</b>
7.1 FOKUS OG SYSTEMATISERING.....	29
7.2 FORBEREDELSE FØR OG ETTER OPERASJON .....	31
7.3 MØTE INFORMASJONSBEHOVET TIL PASIENTEN.....	32
7.4 TRYGGHET OG IVARETAKELSE AV PASIENTEN.....	36
<b>8.0 DRØFTING</b> .....	<b>39</b>
8.1 RESULTATDISKUSJON .....	39
8.2 METODEDISKUSJON.....	43
8.2.1 Egen rolle, forforståelse og motivasjon.....	43
8.2.2 Troverdighet og pålitelighet .....	44
8.2.3 Gyldighet og overførbarhet .....	44
8.2.4 Styrker og svakheter .....	45
<b>9.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>47</b>
<b>10. IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING</b> .....	<b>48</b>
<b>11.0 REFERANSELISTE</b> .....	<b>49</b>
<b>12.0 VEDLEGG</b> .....	<b>1</b>
VEDLEGG 1.....	1
VEDLEGG 2.....	3
VEDLEGG 3.....	6

## **Forkortelser**

Apper, applikasjoner

GTT, Global Trigger Tool (verktøy for å identifisere og måle forekomst av pasientskader)

HVL, Høgskulen på Vestlandet

IT, Informasjonsteknologisk

MeSH, Medical Subject Headings (emneordsystem for biomedisin og helse relatert litteratur)

PASC, PATients Surgical Safety Checklist (pasient sikkerhetssjekkliste til bruk før og etter elektiv kirurgi)

SimPatIE, Safety Improvement for Patients in Europe (arbeidsgruppe for begrepsbruk innen pasientsikkerhet)

SURPASS, SURgical PATient SAFety System (sjekkliste som dekker hele kirurgiske forløpet)

UIB, Universitetet i Bergen

WHO SSC, World Health Organization Surgical Safety Checklist (kirurgisk sikkerhetssjekkliste)

WHO, World Health Organization (verdens helseorganisasjon)

## **Oversikt over tabeller og vedlegg**

Tabell 1. Illustrasjon av innholdsanalysen fra menigsenhet til kode	s.24
Tabell 2. Illustrasjon av analyse resultat med tema, kategori, kode og eksempler	s.25
Tabell 3. Deltaker demografi	s.28
Tabell 4. Fullstendig analysetabell av pasienters erfaringer vedrørende bruk av PASC	s.37
Figur 1. Brukermedvirkning i forskningens 3 hovedfaser	s.9
Figur 2. To-dimensjonal modell av ulike epistemologiske tilnærminger	s.26
Figur 3. Resultat presentert med tema og tilhørende kategorier	s.29
Vedlegg 1. Intervjuguide	s.1
Vedlegg 2. REK godkjenning	s.3
Vedlegg 3. Samtykkeskjema	s.6



## 1.0 Introduksjon

Sykehusinnleggelse og kirurgi medfører alltid en risiko for pasientskader, noe som kan føre til store konsekvenser for pasientene. Selv om ikke alle pasientskader kan unngås har pasientsikkerhet vært i fokus de siste tiårene. Pasientinvolvering i egen sikkerhet har i denne sammenheng fått økende oppmerksomhet for å forebygge pasientskader. Verdens helseorganisasjon (WHO) belyser at fremming av pasientsikkerhet er knyttet til utvikling og myndiggjøring av forbrukerne samt pasientinvolvering og medvirkning (World Health Organization, 2013, s. 3). Programmet «Patient for Patient Safety» fra WHO som jobber med et globalt nettverk av pasienter, forbrukere, helsepersonell samt forbrukerorganisasjoner, adresserer viktigheten av å styrke pasient involvering i egen sikkerhet (World Health Organization, 2012). Det er i flere land utviklet brosjyrer for å stimulere pasientinvolvering i sikkerhetsarbeidet. Herav i Norge hvor Nasjonal enhet for pasientsikkerhet har laget en brosjyre «10 råd for pasientsikkerhet» som gir pasientene enkle råd om hva de kan bidra med for å bedre egen sikkerhet i møte med helsetjenesten (Saunes, 2009).

I forbindelse med kirurgi har det blitt innført flere sjekklister for helsearbeidere, deriblant «World Health Organization Surgical Safety Checklist» (WHO SSC) som er utviklet for helsepersonell på operasjonsstuen (World Health Organization, 2009). Det ultimate målet for WHO SSC er å forsikre at helseteamet konsistent følger kritiske sikkerhetssteg og dermed minimerer unngåelige risiko elementer, som bringer liv og velvære til kirurgiske pasienter i fare (World Health Organization, 2009, s. 100). SURgical PATient SAFety System (SURPASS) er en nederlandsk utvidet pre og postoperativ sjekkliste, og er den første validerte sjekklisten til bruk for helsepersonell som dekker hele det kirurgiske forløpet. Denne fokuserer på pasient overførings situasjoner inkludert mottak og utskrivning (de Vries, Hollmann, Smorenburg, Gouma & Boermeester, 2009).

Med utgangspunkt i den økende betydningen av pasientinvolvering i helsetjenestene og nasjonale og internasjonale føringer, belyses det i *Pasientsikkerhet: Teori og praksis*, et behov for konkrete verktøy som kan bidra i dette arbeidet (Universitetsforlaget, 2018, s. 267). Det har i denne sammenheng nylig blitt utviklet pasientenes kirurgiske sikkerhets sjekkliste (PASC) til bruk for pasientene selv. Sjekklisten er et bidrag til å fremme

pasientinvolvering i egen sikkerhet og er utviklet til bruk for elektive kirurgiske pasienter (Harris et al., 2020). PASC består av to deler hvor den ene skal brukes før innleggelse og den andre før utskrivelse fra sykehuset. Den inneholder fire hovedkategorier som er pre operativ informasjon og pre operativ forberedelse, samt post operativ informasjon og postoperativ oppfølging og videre behandlingsplan. Pasientsjekklisten adresserer risikoelementer som medisinsikkerhet, optimalisering av egen helse, viktige forberedelser og informasjon i forbindelse med operasjon, komplikasjoner, aktivitet og restriksjoner samt videre oppfølging. Betegnelsene PASC og pasientsjekklisten vil bli brukt om hverandre videre i teksten med hensyn til flyt i språket. Siden PASC ikke er blitt publisert enda vil den ikke bli lagt til som vedlegg, men heller beskrevet i oppgaven.

PASC er designet etter identifisering av et bredt spekter av risikoelementer for pasienter i forbindelse med elektiv kirurgi, og har som mål å forebygge komplikasjoner som kan oppstå i operasjonsforløpet (Harris et al., 2020). Sjekklisten er ment til å hjelpe pasientene til å få bedre oversikt over viktig informasjon samt til å være en hjelp til forberedelser før og oppfølging etter kirurgi. I tillegg kan sjekklisten virke som et kommunikasjonsverktøy for pasientene (Harris et al., 2020, s. 8). Ved større grad av egeninvolvering fra pasientene er det ønskelig å sikre rett behandling samt øke pasientenes forberedelse til kirurgi og oppfølging etter operasjon. Dette for å redusere komplikasjoner, uønskede hendelser samt minske unødvendige reinnleggelser på sykehus.

Som ansatt på Postoperativ Seksjon på et universitetssykehus hvor det er jevn flyt av elektive kirurgiske pasienter med rundt 12.000 pasienter årlig, er tiltak som kan bidra til økt kvalitet og pasientsikkerhet gjennom det kirurgiske forløpet av stor interesse. Siden PASC nylig er utviklet og tatt i bruk er det behov for å undersøke pasienters erfaringer med bruk av sjekklisten. Målet å kartlegge eventuelle forbedringsbehov for best mulig nyttiggjørelse av pasientsjekklisten for pasientene. Kunnskap om pasientenes erfaringer med bruk av sjekklisten kan nyttes til å bidra til økt pasientinvolvering i egen sikkerhet for å forebygge komplikasjoner for pasientene.

## 2.0 Bakgrunn

Det å gjennomgå kirurgi er sikrere i dag enn noen gang før, noe som i boken *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* avdekkes at primært skyldes bedre overvåkingsutstyr, sikrere anestesi og kirurgiteknikker samt mer kunnskap (Universitetsforlaget, 2018, s. 159). Forbedret pasientsikkerhet har ført til reduksjon av dødsfall relatert til komplikasjoner fra kirurgi de siste 50 årene, likevel fører kirurgi fremdeles til høy forekomst av sykdom og død globalt. WHO stadfester i denne sammenheng at nærmere 7 millioner kirurgiske pasienter lider av signifikante komplikasjoner årlig og en million dør i løpet av eller umiddelbart etter operasjon (World Health Organization, 2019).

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet står sentralt i regjeringens politikk, herav legger Regjeringen Solberg frem årlige meldinger til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet. Meldingen høsten 2020 tar utgangspunkt i rapporter fra pasient-og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Helseatlas samt nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Hovedformålet med de årlige stortingsmeldingene har vært å belyse områder med risiko og utfordringer og ved større åpenhet være et bidrag til å fortsette innsatsen for kvalitetsforbedring og øke pasientsikkerheten. De årlige meldingene har gjennomgående vist at Norge i internasjonal sammenheng har høy forventet levealder og gode resultater på overlevelse ved behandlingsbare tilstander. Likevel er det rom for forbedringer når det gjelder informasjon, tilgjengelighet, medvirkning og pasientsikkerhet. Meldingene avdekker at mangelfull samhandling, koordinering, kommunikasjon og medvirkning bidrar til pasientskader, unødvendig ventetid samt ekstra belastning for pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Alle helseforetak i Norge kartlegger pasientskader med metoden Global Trigger Tool (GTT) med hensikt om å skape et grunnlag for forbedring over tid. Specialisthelsetjenestens årlige kartlegging av pasientskader ved GTT-undersøkelsen viste i 2019 en pasientskade ved 12,4 prosent av sykehusopphold i somatiske sykehus i Norge, mot 11,9 prosent året før (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 33). Ser vi på alvorlighetsgradene har det siden 2012 vært en nedgang i de mest alvorlige skadene som resulterte i dødsfall eller ga pasientene

langvarige mén. Det har imidlertid vært en økning i skader som førte til forlenget sykehusopphold. De hyppigste skadetyperne var i 2019 legemiddelrelaterte skader, annen kirurgisk komplikasjon, urinveisinfeksjon og nedre luftveisinfeksjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 33). Slik GTT-undersøkelsen gjennomføres i dag egner den seg ikke for sammenligning mellom sykehus og helseforetak, likevel skal hvert enkelt foretak følge med på utviklingen i andel pasientskader og bruke egne resultater til kvalitetsforbedringsarbeid. Helsedirektoratet har derfor igangsatt et prosjekt for å videreutvikle undersøkelsen slik at den kan inngå i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

I trygge hender 24-7, drives av kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helsedirektoratet, og er et bidrag for å redusere pasientskader i Norge (Helsedirektoratet, 2021). «Trygg kirurgi» har siden 2009 vært et eget satsingsområde med mål om å redusere postoperative komplikasjoner som oppstår i forbindelse med kirurgi (Universitetsforlaget, 2018). «Trygg utskrivning» er også et innsatsområde for å forbedre pasientenes erfaringer med utskrivning samt trygge utskrivninger med blant annet å bruke sjekkliste for helsepersonalet. Videre belyses det at virksomhetens mål bør omhandle brukermedvirkning for å bidra til bedre kvalitet på tjenestene (Helsedirektoratet, 2021).

Pasientinvolvering i egen sikkerhet har de siste tiårene vært i fokus både globalt og nasjonalt. Pasientperspektivet er blant annet vektlagt av WHO som har dette som et hovedområde hvor pasienter og familier blir oppfordret til å engasjere seg i aktuelle prosjekter for å bidra til egen sikkerhet (World Health Organization, 2012). Det norske lovverket støtter i stor grad opp om pasient- og brukerperspektivet i helse- og omsorgstjenestene, herav ved pasient- og brukerrettighetsloven (1999) som blant annet gir pasienter rett til nødvendig helsehjelp og rett til medvirkning og informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven-pbrl, LOV-1999-07-02-63).

Til tross for søkelys på pasientinvolvering for økt sikkerhet avdekker helsedirektoratet flere utfordringer for pasientsikkerheten. Heriblant kommunikasjonsutfordringer mellom helsepersonell og pasienter hvor overganger innad virksomheter og mellom tjenestenivåer er et sårbart punkt i pasientforløp. Her nevnes det manglende kommunikasjon, svikt i

informasjonsflyt, mangler i legemiddellister og uklart oppfølgingsansvar som velkjente risikofaktorer (Helsedirektoratet, 2019, s. 8). PASC som har blitt utviklet i samarbeid med pasienter, brukerrepresentanter, og et team bestående av leger, sykepleiere, kirurger, farmasøyter samt sykehusledelse, kan bidra til å redusere utfordringene nevnt ovenfor ved å være et bindeledd samt forenkle kommunikasjon mellom sykehus og fastlegene for den enkelte pasient. Det arbeides mot at pasientene blir bedre forberedt før elektiv kirurgi og at de blir bedre informert om tiden etter kirurgisk behandling ved bruk av pasientsjekklisten (Harris et al., 2020). Ved å undersøke pasientenes erfaring med bruk av PASC er målet til masterkandidat å kartlegge om det trengs justeringer for å øke nyttiggjørelsen av sjekklisten for pasientene. I tillegg er det ønskelig at økt fokus på pasientenes erfaringer med bruk av PASC kan bidra til at pasienten involveres ytterligere til å ta del i egen behandling for forebygging av uønskede hendelser.

### 3.0 Teori

«It may seem a strange principle to enunciate as the very first requirement in a Hospital that it should do the sick no harm» (Nightingale, 1863, s. 6). Med denne setningen som er en av de mest siterte setningene fra boken «*Notes on hospitals*» belyste Nightingale allerede i 1863 at det første og viktigste kravet til sykehus var å ikke påføre de syke skader. Nightingale (1863) vektlegger at pasientskader kan forebygges og formidler tro på at det er mulig å forebygge høy dødelighet på sykehus. Den sentrale rollen av høy sykepleie kvalitet bestående av kvaliteten på pleiemiljøet i tillegg til robustheten av sykehusets overvåkingssystem beskrevet i «*Notes on hospitals*» er fremdeles gjeldene i dag. Det forsterker viktigheten av å fortsette med fokus på Nightingales viktige budskap til sykehusene, nemlig å ikke påføre de syke skade. Nightingales evner som forsker og formidler av sine ideer er til stor inspirasjon og er tatt med som en del av studiens teoretiske perspektiv.

Til tross for Nightingales tidlige søkelys på å forebygge pasientskader var det ikke før rapporten *To err is human: building a safer Health System* som kom ut i 1999, det ble skapt et sterkt internasjonalt engasjement for å øke pasientsikkerheten. Rapporten brøt stillheten

som har omringet medisinske feil og følgene av dem, men ikke ved å peke fingre på helsepersonell som gjør feil. Istedenfor presenterer rapporten en nasjonal agenda for å redusere medisinske feil og forberede pasientsikkerheten gjennom en utforming av et tryggere helsesystem (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2000). Det stadfestes i rapporten at fokuset må skifte fra å beskyldte individuelle for feil til å sette søkelys på forebygging av fremtidige feil ved å designe sikkerhet i systemet. Det belyses også hvordan pasientene selv kan influere kvaliteten på helsetjenestene de mottar og viktigheten av å forbedre pasientenes kunnskap om behandlingen (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2000, s. 196).

Pasientenes kunnskap er også vektlagt i ny nasjonal helse- og sykehusplan hvor det vil drøftes hvordan spesialisthelsetjenesten kan bidra til å styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse. Her pekes det ut områder som det skal arbeides spesielt med i planperioden som er fra 2020-2023. Helsekompetanse defineres i denne slik: «Personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstils valg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 4)

Det sterke engasjementet etter rapporten *To Err is Human: building a safer Health System* har ført til en rekke tiltak for økt pasientsikkerhet. Heriblant fra WHO som i 2004 lanserte et globalt initiativ program med navnet *World Alliance for Patient Safety*, som er en verdensomspennende oppfordring til måling og studier av uønskede hendelser. WHO lanserte også *Safe Surgery Saves Lives* kampanjen, etterfulgt av utviklingen av WHO SSC, som er en viktig del av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24/7* nevnt innledningsvis.

### 3.1 Begrepsavklaring

De mest relevante begrepene for studiens tema vil bli presentert herunder med utgangspunkt i masteroppgavens perspektiv. Det vil foreligge definisjoner og forklaringer av begrepene for bedre forståelse og innsikt av valgt perspektiv som er gjort på bakgrunn av

hensikten med studien; å innhente kunnskap vedrørende pasienters erfaringer ved bruk av pasientsjekkliste i forbindelse med elektiv kirurgi.

### 3.1.1 Kirurgi og sjekklister

Kirurgi er «den delen av medisinen hvor legen foretar operasjoner for å oppnå eller fremskynde helbredelse» (Schlichting, 2018). Alle norske sykehus har ifølge Schlichting (2018) kirurgiske avdelinger, hvor det på noen kun utføres planlagte (elektive) operasjoner. Et kirurgisk pasientforløp består av tre faser: pre (før operasjon), per (under operasjon) og post (etter operasjon) operativ fase. WHO definerer kirurgi som enhver prosedyre som involverer snitt, eksisjon, manipulering eller suturering av vev som vanligvis krever regional eller generell anestesi eller dyp sedasjon for å kontrollere smerte (World Health Organization, 2009, s. 8).

I boken *The checklist manifesto: how to get things right*, er det beskrevet hvordan sjekklister har gjort de mest vanskelige situasjoner mulig, fra å bygge skyskrapere til å fly (Gawande, 2010). Videre avdekkes det hvordan videreføring av sjekklister til kirurgi har redusert død og komplikasjoner med mer enn en tredjedel på åtte ulike sykehus rundt om i verden. Gawande (2010) som i tillegg til forfatter har bakgrunn som kirurg og er leder av WHOs program *Safe Surgery Saves Lives*, belyser at alvorlige perioperative komplikasjoner i hovedsak er knyttet til infeksjon, blødning, anestesi-problemer og «det uventede».

Kirurgiske sjekklister har blitt et etablert verktøy for økt pasientsikkerhet gjennom det kirurgiske pasientforløpet og kan defineres som: «an additional tool designed to ensure that an operation, procedure, or task is performed as planned by checking that all of the important preparations have been completed beforehand» (Thomassen, Storesund, Søfteland & Brattebø, 2014). Fernando et al. (2019) belyser at dersom sjekklister er designet spesifikt til bruk for pasientene, kan de bidra til pasientengasjement og potensielt økt kvalitet på helsehjelpen. WHO vektlegger viktigheten av at sjekklister blir testet i praksis, samt være enkel i bruk i tillegg til å adressere de viktigste sikkerhets elementene som kan sette pasienter i risiko for skade ved å utelate (World Health Organization, 2009, s. 80).

### 3.1.2 Pasientinvolvering og brukermedvirkning

Pasientinvolvering på systemnivå har til hensikt å sikre at kunnskapen til pasientene og brukerne om helsetjenestene høres, og tas alvorlig av ansatte og ledere, samt systematisk brukes for å bedre pasientsikkerheten (Universitetsforlaget, 2018, s. 69). Involvering av pasienten i beslutninger om egen omsorg og behandling, er gjennomføring av sikkerhetsarbeid på individ nivå, noe som i boken *Pasientsikkerhet: teori og praksis* blir fremstilt som en proaktiv pasientinvolvering (Universitetsforlaget, 2018, s. 75). Videre hevdes det at en reaktiv pasientinvolvering i egen sikkerhet, innebærer at pasientene som har opplevd uønskede hendelser, formidler sine perspektiver på den uønskede hendelsen for å sikre at alle sider blir belyst (Universitetsforlaget, 2018, s. 75).

Medvirkning er i Norge lovregulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1, og gjelder rett til medvirkning både for pasienter og brukere. Pasient er i denne sammenheng betegnet som: «en person som tar kontakt med helse- og omsorgstjenesten og ber om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten tilbyr helsehjelp». Bruker er her fremstilt som «en person som mottar tjenester som ikke er helsehjelp» (Helsedirektoratet, 2018). Bruker eller pasient medvirkning betyr at «tjenestetilbudet, så lang som mulig, skal utformes i samarbeid med pasienten eller brukeren» (Helsedirektoratet, 2018). Det er viktig å ta med at pasienter eller brukere har en rett, men ingen plikt til å delta i utformingen av tjenestetilbudet, og for at medvirkningen skal bli reel er det viktig at den tilpasses den enkeltes individuelle forutsetninger og behov (Helsedirektoratet, 2018). Informasjon belyses av flere som en forutsetning for å medvirke i beslutninger (Helsedirektoratet, 2018; Thompson, 2007).

De siste ti årene har brukermedvirkning innen helseforskning i Norge fått større oppmerksomhet. For å få dette til på en god måte har de fire regionale helseforetakene etablert en veileder for brukermedvirkning i helseforskning i spesialisthelsetjenesten (Hanssen, 2019). Et sentralt poeng her er ifølge Hanssen (2019) å starte med en forventningsavklaring i begynnelsen av et prosjekt med brukermedvirkning. Videre er tilstrekkelig opplæring i brukermedvirkning i forskning et viktig element å ta med og dette kan gjøres på ulike måte som nettbasert opplæring, kurs eller seminarer (Hanssen 2019).



Brukermedvirkning kan foregå i alle hovedfasene av et prosjekt; planlegging, gjennomføring og avslutning, se Figur 1.

**Figur 1.** Brukermedvirkning i forskningens 3 hovedfaser

Planelegging	Gjennomføring	Avslutning
<ul style="list-style-type: none"><li>• Involver brukerorganisasjon og bruker tidlig</li><li>• Rolleavklaringer og forventninger</li><li>• Økonomisk og strukturell tilrettelegging</li><li>• Samarbeidsform</li><li>• Opplæringsbehov</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oppstartsmøte</li><li>• Medvirkningsform</li><li>• Prosjekt møter</li><li>• Analyse og resultatgjennomgang</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Publisering</li><li>• Formidle forskningsresultater</li><li>• Evaluering</li><li>• Veien videre</li></ul>

(Veileder for brukermedvirkning i helseforskning i spesialisthelsetjenesten, 2018, s. 8).

Pasientinvolvering og brukermedvirkning er vektlagt gjennom denne studien og blir nærmere omtalt i metodedelen av oppgaven.

### 3.1.3 Komplikasjon, uønskede hendelse og pasientskade

*Safety Improvement for Patients in Europe (SlmPatIE)* arbeider for felles forståelse og metode innenfor pasientsikkerhet i Europa. Et av prosjektene herunder arbeidet med felles vokabular for pasientsikkerhet, hvor begrepene ble sortert etter fire kategorier: - identifisering av risiko, -analyse av risiko, -påfølgende tiltak og -type feil (Saunes, Svendsby, Mølstad & Thesen, 2010, s. 28-29). Begrepet komplikasjon tilhører kategorien identifisering av risiko og er av SlmPatIE definert som: «Et utilsiktet og uønsket resultat som utvikles som en følge av intervensjoner av allerede eksisterende sykdom. Den kan være uunngåelig under gitte omstendigheter» (Saunes et al., 2010, s. 30). Videre tilhører begrepet skade kategorien analyse av risiko og er av SlmPatIE definert som: «Negative konsekvenser for pasienten som fører til: død, permanent eller midlertidig svekkelse av fysisk, psykisk eller sosial funksjonsevne eller et mer intenst eller forlenget behandlingsforløp» (Saunes et al., 2010, s.

31). Pasientskade defineres i den syvende årsmeldingen til stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet som følger: «Utsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling eller som behandlingen har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 33).

Adverse event er av SImPatIE oversatt til uønskede hendelse og tilhører kategorien identifisering av risiko. Uønskede hendelse defineres her som: «En utilsiktet eller uønsket forekomst i helsetjenesten, som skyldes ytelse eller mangel på ytelse i helsetjenesten eller systemet for helsetjenester» (Saunes et al., 2010, s. 29). I dette vokabularet er uønskede hendelser vurdert som forebyggbare selv om det erkjennes at den kliniske distinksjonen mellom forebyggbare og ikke-forebyggbare hendelser er ganske akademiske. Uønskede hendelse (adverse event) er i rapporten *To err is human: building a safer Health System* identifisert som skade forårsaket av medisinsk behandling i stedet for underliggende tilstander hos pasienten. Videre hevdes det at en uønsket hendelse som kan tilskrives feil er en uønsket hendelse som kan forebygges (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2000, s. 28-29). Rapporten fremhever også at ikke alle feil fører til skade, men representerer likevel en viktig mulighet til å identifisere forbedringsmuligheter i systemet for å forebygge uønskede hendelser. I den norske helselovgivningen er det krav om meldinger om svikt og uønskede hendelser ved tjenesteytingen. I helsepersonelloven § 17 er det fastsatt følgende plikt for alt helsepersonell: «Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters eller brukeres sikkerhet. Det skal ikke gis informasjon om taushetsbelagte opplysninger» (Helsepersonelloven, 1999).

#### 3.1.4 Kvalitet og pasientsikkerhet

Begrepsparet kvalitet og pasientsikkerhet blir brukt i mange sammenhenger i helsetjenestene, herav i tittelen «Kvalitet og pasientsikkerhet 2019» i Melding til stortinget nr. 11 (2020-2021) samt i den nasjonale handlingsplanen for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023). Kvalitet blir i den nasjonale handlingsplanen omtalt slik: «Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem

innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt» (Helsedirektoratet, 2019, s. 11). Dette refereres til som seks dimensjoner av kvalitet og innebærer at tjenestene skal: 1. Være virkningsfulle, 2. Være trygge og sikre, 3. Involvere brukerne og gi dem innflytelse, 4. Være samordnet og preget av kontinuitet, 5. Utnytte ressursene på en god måte, 6. Være tilgjengelige og rettferdig fordelt (Helsedirektoratet, 2019, s. 11). Handlingsplanen setter søkelys på dimensjonen som er spesifikt knyttet til pasientsikkerhet: trygge og sikre helsetjenester.

Pasientsikkerhet er i nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten definert som følger: «Pasienter skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme» (Saunes et al., 2010, s. 6). Denne definisjonen utvider det fokus som har vært på feilbehandling og skader på pasienter, og inkluderer både utfall av hendelsen, hendelsen i seg selv, samt hvor (helsetjenesten), og prosessen som førte til hendelsen. I rapporten *To err is human: building a safer health system* er sikkerhet definert som frihet fra utilsiktet skade og gjenkjenner at dette er hovedmålet for sikkerhet fra pasientenes perspektiv (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2000, s. 18). Med «Building a safer health system» menes utforming av pleieprosesser for å sikre at pasientene er trygge for utilsiktet skade. Uavhengig av de ulike definisjonene belyses viktigheten av å ta hensyn til at forståelse av pasientsikkerhet vil variere i forhold til hva som til enhver tid blir ansett som mulig å forebygge (Vincent & Amalberti, 2015).

### 3.1.5 Sikkerhetsstyring

Hollnagel (2014) stadfester at sikkerhetsstyring avhenger av definisjonen på sikkerhet. Tradisjonelt sett har sikkerhet i følge Hollnagel (2014, s. 54), vært definert som en tilstand der antall uønskede hendelser er så lav som mulig, også referert som «Safety I. Dermed er målet til sikkerhetsstyring i denne sammenheng nettopp det. Dette betyr at sikkerhetsstyring må starte fra stadfesting av fravær av sikkerhet, og at sikkerhet blir målt ved å telle antall tilfeller hvor det mislyktes i stedet for antall tilfeller der det lyktes

(Hollnagel, 2014, s.55). «Safety II» derimot er definert som en tilstand hvor så mye som mulig går riktig, og sikkerhet måles her ved å telle antall tilfeller der ting går riktig (Hollnagel, 2014, s. 134). En safety II tilnærming er dermed også proaktiv i tillegg til reaktiv, slik at justeringer blir gjort før noe skjer, som igjen vil påvirke hvordan ting skjer, eller til og med forebygger at noe skal skje (Hollnagel, 2014 s. 134-139). Videre belyser Hollnagel (2014), at for å få et proaktivt system til å fungere, trenger man en forståelse for hvordan systemet virker noe som kan oppnås ved å se på mønstre og forhold på tvers av hendelser i stedet for av årsaker til individuelle hendelser. For å finne disse mønstrene er det nødvendig og ta seg tid til å kunne forstå hva som skjer og ikke bruke alle resurser på brannslukning (Hollnagel, 2014, s. 139).

Denne studien har et Safety I perspektiv hvor formålet med sikkerhetsstyring som nevnt ovenfor er å sikre at antall uønskede hendelser holdes så lave som mulig. Denne tilnærmingen til sikkerhet er reaktiv da den starter som en respons på noe som har gått galt eller er blitt identifisert som en risiko hvor en søker etter årsaker og passende tiltak, som å eliminere årsakene (Hollnagel, 2014, s. 55). Siden PASC er designet etter identifisering av ulike risikoelementer i forbindelse med kirurgi for å sikre at antall pasientskader og uønskede hendelser så lave som mulig, samsvarer dette med et safety I perspektiv for denne masteroppgaven.

### 3.2 Intensivsykepleierfokus

Studien har relevans for intensivsykepleie på flere områder, herav for å tilegne seg kunnskaper om forskning og fagutvikling noe som blir belyst i rammeplanen for videreutdanning i intensivsykepleie (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 9). Videre vektlegges det i *Funksjon- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier* at intensivsykepleie er kunnskapsbasert og inkluderer blant annet helsefremmende og forebyggende funksjon samt behandlende og rehabiliterende funksjon (NSFs Landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017). Prosjektet har i stor grad en forebyggende funksjon med fokus på pasientinvolvering i egen sikkerhet for å redusere komplikasjoner i forbindelse med kirurgi.

«Intensivsykepleieren må ha evne til å sette seg inn i pasienters og pårørendes opplevelser og reaksjoner og ha vilje og mot til å handle med respekt for pasienters og pårørendes integritet og rett til medbestemmelse» (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s. 5). Dette budskapet er høyst aktuelt i denne masterstudien som setter søkelys på pasientinvolvering for egen sikkerhet.

Rammeplanen avdekker også at intensivsykepleieren har veiledningsansvar overfor pasienter, pårørende, medarbeidere og studenter noe masteroppgaven har bidratt til. Fokusgruppeintervjuene gjennomført i denne studien med elektive kirurgiske pasienter, førte til økt søkelys på situasjonstilpasset veiledning til både pasienter og pårørende. Pasientenes ulike erfaringer fra sykehusoppholdet samt deres ønsker og behov gjennom det kirurgiske forløpet som kom til uttrykk i fokusgruppene er i minnet hver dag i praksis. Dette har bidratt til enda større fokus på å inkludere pasientene og pårørende i behandlingen for å forebygge komplikasjoner samt videreføre pasientfokuset til studenter i praksis.

#### 4.0 Tidligere forskning

Det har blitt utført søk fra databasene Oria, Google Scholar, Cinahl, Ovid og PubMed fra perioden høsten 2019 til vår 2021. Medical Subject Headings (MeSH) ble brukt under veiledning fra bibliotekar. MeSH som ble brukt var «patient safety», «patient participation», «patient involvement», «surgical patient safety», «Surgical patient checklist» i ulike kombinasjoner. Det ble tilstrebet å bruke så nye studier som mulig da det som nevnt tidligere har vært bredere søkelys på pasientinvolvering i egen sikkerhet de siste ti årene. Det har imidlertid blitt inkludert en studie fra 2006 samt en fra 2009 da disse ble ansett som relevante for studiens tema. Den frembrakte forskningen vil bli oppsummert herunder med forankring i studiens tema.

Flere systematiske oversiktsstudier viser at pasienter har en viktig rolle i egen sikkerhet. Herav en studie på pasientinvolvering i pasientsikkerhet som konkluderer med viktigheten av tilstrekkelig kunnskap for pasientene for økt involvering (Vaismoradi, Jordan & Kangasniemi, 2015). Studien avdekker at helsepersonell kan ha nytte av videre profesjonell

utvikling i pasientopplæring og pasientbehandling for å fremme pasientinvolvering i pasientsikkerhet. Park & Giap (2020) viser i en nyere systematisk oversiktsstudie over pasient og familie engasjement som en mulig tilnærming for å øke pasientsikkerhet, positiv effekt på pasientsikkerhet. Studien viser i tillegg villighet fra de fleste deltakerne til å involveres i egen sikkerhet, men det ble likevel identifisert eksisterende gap og barrierer vedrørende implementering av pasient og familie involvering (Park & Giap, 2020). En studie av Wiig et al. (2013) fra to norske sykehus viser at ingen av sykehusene lever opp til myndighetenes forventninger om ivaretagelse av pasientperspektivet, og at det mangler kunnskap om metoder og verktøy for å involvere pasienter. Studien konkluderer med at det er behov for å designe og iverksette bredere strategier for å hjelpe ansatte å gjenkjenne og verdsette det bidrag pasientinvolvering kan gi til forbedring av helsekvaliteten (Wiig et al., 2013).

Sjekklistene for økt pasientsikkerhet har blitt utbredt i bruk i helsesektoren de siste ti årene. Flere studier viser her god effekt av implementering av kirurgiske sjekklistene til bruk for helsepersonell for reduksjon av dødelighet, komplikasjoner og lengde på sykehusopphold, samt færre reinnleggelser og reoperasjoner (Haynes et al., 2009; Ramsay et al., 2019). Studier fra Norge belyser også god effekt på reduksjon av komplikasjoner ved riktig bruk av kirurgiske sjekklistene som WHO SSC samt en kombinasjon av WHO SSC og SURPASS, nevnt innledningsvis (Haugen et al., 2015; Storesund et al., 2020). I en studie hvor det ble sett på hvordan det å ta i bruk kirurgiske sjekklistene kunne gi bedre omsorg for pasienter med færre komplikasjoner, vises det at alle elementene i sjekklisten må brukes aktivt for å få et vellykket resultat (Haugen et al., 2019). Dette adresserer viktigheten av at samtlige yrkesgrupper under et kirurgisk inngrep som kirurg, operasjonssykepleier, anestesileger og anestesisykepleier bidrar til at alle punktene på sjekklisten blir gjennomgått. To studier på pasientens syn på WHO's sjekkliste for kirurgisk sikkerhet viser at pasientene var positive til sjekklisten og de var sterkt enig i at den kunne påvirke positivt i forhold til deres sikkerhet samt den kirurgiske teamytelsen (Bergs et al., 2018; S. J. Russ et al., 2014).

Forskning viser et behov for utvikling av kirurgiske sjekklistene til bruk for pasientene selv for å fremme pasientinvolvering i egen sikkerhet (Harris et al., 2020; Fernando, Shapiro,

Rosenberg, Bader & Urman, 2019; Trier, Valderas, Wensing, Martin & Egebart, 2015). Designing av sjekklister til bruk for pasientene selv er forventet å fremme pasientengasjement samt å føre til økt kvalitet på behandling (Fernando et al., 2019). Videre avdekkes det i studien til Fernando et al. (2019, s. 22), at selv om implementering av pasientsjekklister sannsynlig tar tid, har pasientsjekklister potensial til å forbedre medisinsk behandling ved å engasjere pasienten, forbedre pasientopplæringen, fremme felles beslutningstaking, forbedre pasientsikkerheten, og øke pasienttilfredsheten. Pasienter og familier er villig til å engasjere seg i pasientsikkerhet, men det avhenger av at helsesystemet legger forholdene til rette for pasientinvolvering (Davis, Sevdalis & Vincent, 2011; McDonald et al., 2019; Ringdal, Chaboyer, Ulin, Bucknall & Oxelmark, 2017; Sahlström, Partanen, Azimirad, Selander & Turunen, 2019). Harris et al. (2020, s.9) identifiserte et bredt spekter av risikoelementer for pasienter i forbindelse med kirurgi og konkluderer med at utvikling av pasientsjekklister basert på disse kan bidra til reduksjon av komplikasjoner og uønskede hendelse for pasienten. Det er begrenset med forskning på effekt av pasientorienterte sjekklister, men en studie viste reduksjon av reinleggelse etter ileostomi kirurgi ved bruk av pasientsjekklister (Hardiman, Reames, McLeod & Regenbogen, 2016). En annen prospektiv intervensjons kohortstudie har undersøkt sjekklister på smarttelefon app for komplikasjoner i løpet av systemisk kreft behandling, til bruk for pasienten, deres nettverk og helsepersonell (Jones et al., 2020). Resultatet av studien viste at pasientene i intervensjonsgruppen trengte en tredjedel netter på sykehus sammenlignet med kontrollgruppen. Studien konkluderer med at pasienter som gjennomgår kreftbehandling og deres nærmeste kontakter kan bidra, samt ta en aktiv rolle til sin egen sikkerhet ved å gjenkjenne komplikasjoner av kreft og deres behandling ved bruk av sjekklister (Jones et al., 2020).

Det har vært flere forsøk på å legge til rette for bruk av pasientsentrerte sjekklister, applikasjoner (apper) og hefter (De La Cruz Monroy & Mosahebi, 2019; Eisenstein & Grucela, 2019; Grimmer et al., 2006; Hardiman et al., 2016; Jangland, Carlsson, Lundgren & Gunningberg, 2012; Jones et al., 2020; S. Russ et al., 2020). Selv om de viser forbedring av pasientenes forberedelse til utskrivning og potensial for å styrke pasientene til å bli mer involvert i sikkerhet, er verktøyene ofte ikke tilpasset sykehusadministrative systemer eller koblet opp mot pasientens sykejournal noe som kan svekke potensialet til å forebygge feil.

Det konkluderes likevel i en systematisk oversiktsstudie med at trygg og regulert bruk av helse apper vil være fordelaktig for pasienter og helsepersonell team (De La Cruz Monroy & Mosahebi, 2019).

Ved oppsummering av forskningen presentert ovenfor vises det at kirurgiske sjekklister brukt av helsepersonell har vært et effektivt tiltak for å redusere komplikasjoner i forbindelse med kirurgi. Pasientinvolvering er i flere studier ansett som et viktig bidrag for økt sikkerhet, men det kan imidlertid tyde på at pasientene fremdeles i begrenset grad involveres i prosessen knyttet til egen sikkerhet ved behandling og pleie. Det er dermed behov for ny kunnskap og videre forskning som kan undersøke nærmere hvilke tiltak som kan bidra til økt pasientinvolvering i egen sikkerhet. Fernando et al. (2019) konkluderer i sin studie med at pasientsjekklister må kontinuerlig evalueres og om nødvendig revideres etter de er blitt implementert og tatt i bruk i praksis noe denne studien kan bidra til ved å undersøke elektive kirurgiske pasienters erfaringer vedrørende bruk av PASC.

## 5.0 Hensikt

Studien er en del av et større prosjekt vedrørende utvikling og innføring av kirurgisk sjekklister til bruk av pasienter, «Patient's Surgical Safety Checklist», PASC, hvor formålet er å redusere komplikasjoner og reinnleggelser relatert til elektive kirurgiske inngrep. Hensikt med pasientsjekklisten er å involvere pasienter til å være mer bevisst ovenfor egen sikkerhet ved å gi dem viktig informasjon, samt å styrke dem i forberedelsene før og etter operasjon for å redusere komplikasjoner i forbindelse med kirurgi.

Hensikten med denne masteroppgaven var innhente kunnskap om pasienters erfaringer vedrørende bruk av PASC før og etter elektiv kirurgi. Pasientenes erfaringer kan gi innsikt i hva som hemmer og fremmer bruk av sjekklisten, samt om pasientsjekklisten virker som ønsket slik den er utformet i dag. Denne kunnskapen kan bidra til kartlegging av brukervennligheten og eventuelle forbedringsbehov for best mulig nyttiggjørelse av sjekklisten for pasientene. Kunnskapen kan i tillegg være nyttig for helsepersonell i forhold til implementering og tilrettelegging for riktig bruk av pasientsjekklisten i praksis.



Masterkandidat ønsker at studien kan bidra til økt pasientinvolvering i egen sikkerhet ved å rette fokus mot deres erfaringer for å tilrettelegge for best mulig nytte av pasientsjekklisten.

### 5.1 Avgrensinger av oppgaven

På grunn av størrelsen og omfanget av masteroppgaven ble den avgrenset til å undersøke pasienters erfaringer rundt bruken av PASC. Det kan også være aktuelt å undersøke helsepersonellens erfaringer for å styrke implementeringen av sjekklisten samt for å styrke samarbeidet mellom pasient og helsepersonell vedrørende bruk av PASC. Masteroppgaven ble i tillegg avgrenset til norskspråklige pasienter for å unngå språkproblemer og behov for tolk, noe som gjør det aktuelt å inkludere pasienter med språkproblemer ved senere studier for å kartlegge deres erfaringer ved bruk av pasientsjekklisten og å undersøke om det er forskjeller. Som nevnt tidligere i teorien er masteroppgaven også avgrenset til og ha et Safety I perspektiv, som er en reaktiv tilnærming til sikkerhet da den starter som en respons på noe som har gått galt eller er blitt identifisert som en risiko og en søker etter årsaker og passende tiltak, som å eliminere årsakene (Hollnagel, 2014, s.55). Pasientsjekklisten er designet etter identifisering av ulike risikoelementer i forbindelse med kirurgi for å sikre at antall pasientskader og uønskede hendelser holdes så lave som mulig, noe som samsvarer med et safety I perspektiv for denne studien.

### 5.2 Forskningsspørsmål

Forskningsspørsmålene har blitt justert og revidert kontinuerlig gjennom studien og det ble til slutt utformet et hovedspørsmål samt to underspørsmål for best mulig belysning av hensikten med studien.

Hovedspørsmål: Hvordan erfarte pasientene bruk av PASC før og etter elektiv kirurgi?

Underspørsmål 1: Hvordan påvirket bruk av PASC pasientenes forberedelser før og etter elektiv kirurgi?

Underspørsmål 2: Hvordan påvirket bruk av PASC informasjon til pasientene i forbindelse med elektiv kirurgi?

## 6.0 Metode

Masteroppgaven har et eksplorativt kvalitativt design med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming av fokusgruppe intervju for å innhente kunnskap vedrørende erfaringene til elektive kirurgiske pasienter som har brukt PASC. Eksplorativt design betyr ifølge Hovland et al. (2009, s. 10) at mange av veivalgene gjøres underveis i prosjektet, etter hvert som ny innsikt vinnes. Dette kan bli sett på som en trussel for forskningens validitet og reliabilitet, men denne fleksibiliteten kan også sees på som et av de fremste fortrinnene ved kvalitative tilnærminger (Hovland et al., 2009, s. 10). Videre belyses det at en av de store fordelene ved bruk av kvalitative forskningsmetoder er at de kan åpne for ny og uventet kunnskap, som igjen danner grunnlag for nye problemstillinger (Hovland et al., 2009, s. 10). Malterud belyser også at fokusgrupper med en eksplorerende design kan åpne dører til et felt som til nå er et relativt ukjent slikt at det kan utvikles nye problemstillinger som egner seg for nærmere fordypninger i videre studier (Malterud, 2012, s. 20).

Fokusgruppe egner seg som forskningsmetode når vi vil utforske fenomener som gjelder felles erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø (Malterud, 2012, s. 22). Videre hevder Krueger & Casey (2015, s.21) at fokusgruppeintervju kan vurderes når du leter etter en rekke meninger, oppfatninger, ideer eller følelser som mennesker har om noe, som for eksempel et problem, praksis, program eller idé. Kvale & Brinkmann (2015, s. 179-180), stadfester at: «fokusgruppeintervjuet er velegnet til eksplorative undersøkelser på et nytt område, ettersom den livlige, kollektive ordvekslingen kan bringe frem flere spontane ekspressive og emosjonelle synspunkter enn når man bruker individuelle og ofte mer kognitive intervjuer». Dette ble dermed et naturlig valg av metode i forhold til hensikten med denne studien hvor en ønsker å få frem kirurgiske pasienters erfaringer vedrørende bruk av PASC. Fokusgruppe intervjuene ble transkribert verbatim av masterkandidat selv og innholdsanalysemetoden til Graneheim & Lundman (2004) ble brukt med induktiv tilnærming. Analysen ble gjennomført i samsvar med hovedveileder og PASC prosjektleder.

## 6.1 Utvalg og setting

Utvalget skal settes sammen slik at det gir tilstrekkelig rikt og variert materialet om det en ønsker å formidle når studien er gjennomført (Malterud, 2017, s. 58). Videre hevder Malterud (2017) at et representativt, tilfeldigbasert utvalg kan true gyldigheten i en kvalitativ studie. Med bakgrunn av dette ble det gjort et strategisk utvalg for best mulig belysning av problemstillingen i studien. Dette ble gjort i samarbeid med veileder, utfra en liste over pasienter som hadde brukt begge delene av sjekklisten samt hadde signert samtykkeskjema og godtatt å bli intervjuet.

I litteraturen er det oftest nevnt 5-8 deltakere i fokusgrupper, men at størrelsen kan variere fra 4-12 (Krueger, 2015, s. 10; Malterud, 2012; Polit & Beck, 2017). Fokusgruppene i studien ble noe mindre enn det som ifølge litteraturen er vanlig med 4 pasienter på to av intervjuene og to pasienter på det ene intervjuet på grunn av kansellering samme dag. Av respekt for de andre deltakerne ble fokusgruppene gjennomført til tross for få deltakere. Begge kjønn er representert samt en god variasjon i alder for å styrke mangfoldet i studien. Et strategisk utvalg med vekt på mangfold kan gi bedre informasjonsstyrke samt skaffe utfordringer til konklusjoner som i utgangspunktet kan virke opplagte (Malterud, 2017, s. 59). Pasienter fra fire ulike kirurgiske avdelinger; Øre-nese hals/kjeve, Nevrokirurgisk, Bryst- og endokrin samt Hjerter ble inkludert med hensikt om å øke informasjonsstyrken i studien (se tabell 3. for deltaker demografi).

Inklusjonskriteriene ble som følger:

- Elektive kirurgiske pasienter.
- Pasienten må ha brukt begge delene av sjekklisten.
- Over 18 år samt norskspråklige for å unngå tolk eller språkproblemer.
- Tidsramme på 1-8 uker etter endt kirurgi for best mulig hukommelse av erfaringene vedrørende bruk av sjekklisten.
- Pasientene må være klar og orientert nøyaktig datainnsamling.
- Må bo hjemme (ikke på institusjon) for at intervjuet lettere lar seg gjennomføre.

Eksklusjonskriterier ble som følger:

- Under 18 år og ikke norskspråklige.
- Har ikke gjennomgått elektiv kirurgi og dermed ikke brukt sjekklisten.
- Over 8 uker siden endt kirurgi for å unngå at viktige erfaringer har blitt glemt og ikke kommer frem i intervjuene.
- Over 1 time avstand fra sykehuset, for å skåne pasientene med lang reise for å delta.

En fokusgruppestudie er en nøye planlagt serie av diskusjoner, designet for å få oppfatninger av et interesseområde i et tillatende, ikke-truende miljø (Krueger & Casey, 2015, s. 2).

Intervjuene ble utført på egnede forhåndsbestilte møte lokaler på sykehuset som ble reservert i to timer etter anbefalinger fra litteraturen om å beregne god tid til intervjuene.

Dette frigjorde tid til å forberede forfriskninger som en hjelp til å bryte isen samt for å få deltakerne til å føle seg velkommen. Krueger & Casey belyser viktigheten av at deltakerne føler seg komfortable, respekterte og frie til å ytre sine meninger uten å bli dømt, det ble dermed vektlagt å skape et trygt miljø og god atmosfære under intervjuene (2015, s. 4).

Reservasjonene av lokalene på forhånd førte til at vi fikk sitte uforstyrret på samtlige intervju uten avbrytelser.

## 6.2 Datasamlingsverktøy

Innsamling av data ble utført ved hjelp av tre fokusgruppeintervju med pasienter fra fire forskjellige kirurgiske avdelinger på et universitetssykehus i Norge som er rekvisisjons ansvarlig for 1.1 millioner innbyggere (Tabell 3). Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide som et hjelpemiddel for å holde fokus på det som ble utforsket i studien (Vedlegg 1). Dette samsvarer med den fenomenologisk-hermeneutiske tilnærmingen da denne formen for intervju som beskrevet i litteraturen hverken er en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale, men søk om å innhente beskrivelser av deltakernes livsverden og fortolkninger av meningen av fenomenene som blir beskrevet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Intervjuguiden ble utviklet basert på PASC og ble pilotert på brukerrepresentanter fra universitetssykehuset. Brukerrepresentantene har vært involvert gjennom hele PASC prosjektet både i planleggingsfasen samt i utvikling og i valideringsfasen. Det ble prioritert å

inkludere brukerrepresentantene i denne masteroppgaven både for å innhente deres tilbakemelding på intervjuguiden, samt for å få en øving i selve intervjuprosessen og undersøke hvordan intervjuguiden fungerte. Pilotering av brukerrepresentantene gav i tillegg en økt trygghet ved gjennomføring av fokusgruppeintervjuene på pasientene i etterkant. Det ble foretatt småjusteringer på åpningsspørsmålet på intervjuguiden etter piloteringen, ellers ble den beholdt slik den var utformet. Intervjuguiden i masteroppgaven er utformet av masterkandidat under veiledning fra hovedveileder og PASC prosjektleder. Det ble brukt tilsvarende oppbygging som Krueger & Casey (2015, s. 47) viser til i en intervjuguide brukt til evaluering av et familierapiprogram. Denne inneholder åpningsspørsmål, introduksjonsspørsmål, overgangsspørsmål, nøkkel spørsmål samt avsluttende spørsmål og ble ansett som godt egnet i forhold til dette prosjektet.

Hensikten med intervju spørsmålene er å åpne opp slik at fenomenet blir belyst fra ulike perspektiver og vinkler (Drageset & Ellingsen, 2011). Kvale & Brinkmann (2015, s. 46-49) belyser tolv fenomenologiske inspirerte aspekter eller nøkkelord som er tatt med i betraktning under intervjuprosessen. Disse inkluderer, livsverden; mening; kvalitativt; deskriptiv; spesifisitet; bevisst naivitet; fokusert; flertydighet; forandring; sensitivitet; mellommenneskelig (interpersonell) situasjon, samt positiv opplevelse. Krueger & Casey (2015) avdekker fem punkter for et suksessfullt intervju som det også ble fokusert på i planleggingsfasen, under utviklingen av intervjuguiden og ved gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene. Disse innebærer at respondenten forstår spørsmålet, at miljøet bidrar til ærlig svar, at respondenten vet svaret, at respondenten er i stand til å formulere et svar og til slutt at intervjueren forstår svaret (Krueger & Casey, 2015, s. 40).

Vanligvis planlegger man for tre til fire intervju med et visst antall deltakere og bestemmer deretter om adekvat saturasjon har blitt oppnådd (Krueger & Casey, 2015, s. 27). Videre hevder Krueger og Casey (2015) at det optimale designet for en fokusgruppestudie er å gjennomføre intervjuer til du har nådd teoretisk metning, det punktet der du ikke får ny innsikt. Dette ble tatt med i betraktning i studien hvor det ble gjennomført tre fokusgruppeintervju i tillegg til et pilotintervju på brukerrepresentanter fra universitetssykehuset. Etter det tredje pasient fokusgruppeintervjuet var forfatter og

veileder enig om at det ikke forelå ny informasjon og det ble dermed ikke gjennomført flere intervju.

### 6.3 Rekruttering og datasamlingsprosedyre

Deltakerne i studien var allerede rekruttert i PASC prosjektet (ClinicalTrials.gov: NCT03105713), (REK Ref. 2016/1102), og hadde bekreftet at de kunne kontaktes for spørsmål om de ville delta på intervju etter operasjon. I samarbeid med pasientenes kirurgiske avdelinger og forskningsgruppen ble pasientene invitert til å delta i fokusgruppeintervju. Deltakerne ble tilbudt gratis parkering på sykehuset og fikk god informasjon om oppmøtested og tid samt det praktiske rundt gratis parkering for de som ønsket det.

Fokusgruppeintervjuene ble utført i en periode fra 10.12.2019 til 17.08.2000, og ikke mer enn et intervju per dag for å ivareta all informasjon og inntrykk fra hvert intervju best mulig. Intervjuene ble utført av masterkandidat med hovedveileder som moderator til stede på samtlige intervju. Moderator som har god kjennskap til prosjektet var behjelpelig med å holde fokus på tema, legge til rette for at samtlige av deltakerne fikk dele av sine erfaringer samt holde kontroll på tiden av intervjuene. Dette frigjorde masterkandidat til å ha full oppmerksomhet på deltakerne og erfaringene som ble delt, samt å holde rede på hvilke tema fra intervjuguiden som ble belyst og hvilke spørsmål som måtte stilles i tillegg.

Selve intervjuopptakene viste seg og vare i overkant av en time på samtlige intervju. De to siste intervjuene ble utført etter at pandemi var et faktum også i Norge. Her ble det tilrettelagt for ivaretagelse av smittevern ved blant annet å forhåndsbestille stort nok lokalet for å oppnå tilfredsstillende avstand til hverandre. Til tross for pandemien ble dynamikken i de to siste gruppene bevart på lik linje med de to første fokusgruppene og det viste seg at pandemien ikke tok fokus fra tema.

Litteraturen anbefaler sterkt at kvalitative intervju blir innspilt og transkribert i ettertid, fremfor å stole på notater, for å forsikre at intervjudata er deltakernes faktiske ordrette svar (Polit & Beck, 2017, s. 508). Intervjuene ble tatt opp på lydfil ved hjelp av to båndopptakere

hvor batterier ble kontrollert i forkant av hvert intervju for å unngå at viktig informasjon gikk tapt, samt for å tilrettelegge for bedre fokus og oppmerksomhet til alle deltakerne underveis. Samtlige intervju ble lagret på egen forskerserver hvor kun masterkandidat og medarbeidere i prosjektet har tilgang. En transkripsjon er en omdanning av en muntlig samtale til en skriftlig tekst (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 210). Videre hevdes det i litteraturen at verbatim transkribering av opptakene er et kritisk steg i forberedelsen av data analysen, og forsker må forsikre at transkriberingen er nøyaktig samt gyldig gjenspeiler intervjuet (Polit & Beck, 2017, s. 531). Med hensyn til dette ble det som nevnt tidligere brukt to lydopptakere under intervjuene for å sikre best mulig kvalitet og nøyaktighet under transkriberingen. Lydfilene fra begge båndopptakene ble overført til moderators datamaskin før vi forlot intervjulokalet og ved transkriberingen ble den lydfilen med best kvalitet brukt. Transkriptet er et viktig og nyttig virkemiddel for intersubjektivitet i forskningsprosessen da det er lettere å gjennomføre analysen med en håndgripelig tekst som kan deles med andre (Malterud, 2012, s. 96). Her ble også nytteverdien av å gjennomføre transkriberingen selv tatt med i betraktning, hvor det ble tilegnet viktig informasjon om selve intervjuprosessen, spørre måter og hva som gav god respons, og samtidig gav det et godt helhetsinntrykk av data. Transkriberingen ble utført kort tid etter gjennomføringen av fokusgruppene for best mulig hukommelse om detaljer underveis.

#### 6.4 Analyse

Kvalitativ innholdsanalyse metoden til Graneheim & Lundman (2004) ble brukt i studien med en induktiv tilnærming, også kalt datadreven eller tekstdreven, som er karakterisert av et søk etter mønstre (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017, s. 30). Denne metoden omfatter beskrivelse av det manifeste innholdet, altså nær teksten, i tillegg til den underliggende latente meningen, også beskrevet som den røde tråden mellom linjene i teksten.

Det transkriberte materialet ble gjennomlest flere ganger av masterkandidat og hovedveileder med studiens hensikt og forskningsspørsmålene i fokus. Etter gjennomlesningen av materialet ble det trukket ut meningsenheter fra teksten. Meningsenhetene er her meningsbærende del av teksten og utgjør grunnlaget for analysen. Det ble deretter trukket ut kondenserte meningsenheter som er en kortere og lettere

håndterlig del av teksten hvor det sentrale innholdet bevares (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). Kodene ble til etter abstraksjon av den kondenserte teksten, med utgangspunkt i det ordrette informantene sa. Denne prosessen ble gjort med hvert enkelt intervju og lagt inn i Excel. Deretter ble det laget en sammenslått tabell av alle intervjuene i Excel. Tabell 1. og 2. herunder viser eksempler fra analyseprosessen.

**Tabell 1.** Illustrasjon av innholdsanalysen fra meningsenhet til kode

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode
<i>«Viktigste er jo trygghet og føle seg ivaretatt rett og slett og det føler jeg at det har vært, men selvfølgelig nå når det går nye veier og hvor går veien videre, da kommer jo den der uroen og frykten snikende igjen sant»</i>	Viktigst med trygghet å føle seg ivaretatt	Trygghet og ivaretatt

Metoden til Graneheim & Lundman (2004, s. 107)

Ut fra den sammenslåtte tabellen i Excel ble de ulike kodene sammenlignet basert på likheter og ulikheter og sortert i kategorier som svarer på spørsmålet «hva». Kategoriene som ble identifisert representerer det manifeste innholdet, nær teksten. Dette ble gjort i en ny tabell i Word, hvor det til slutt ble sammenfattet fire ulike tema som sammenbinder det underliggende innholdet i teksten. Temaene representerer det latente innholdet og forteller oss hva teksten snakker om, samt svarer på spørsmålet «hvordan» (Graneheim & Lundman, 2004, s. 107). Dette var en frem-og tilbake prosess hvor hele teksten samt deler av teksten ble gjennomlest flere ganger. Hovedveileder som var moderator på samtlige intervju og dermed god kjennskap til materialet tok del i analysen og vi kom frem til de fire aktuelle temaene i enighet. Meningsenheter er i tabell 2. byttet ut med betegnelsen eksempler for å gjøre det mer forståelig for leserne.



**Tabell 2.** Illustrasjon av analyse resultat med tema, kategori, kode og eksempler

Tema (Hvordan)	Kategori (Hva)	Kode	Eksempler
Trygghet og ivaretagelse av pasienten	Behov for trygghet og å føle seg ivaretatt	Trygghet og ivaretatt	<i>«Viktigste er jo trygghet og føle seg ivaretatt rett og slett og det føler jeg at det har vært, men selvfølgelig nå når det er nye veier og hvor går veien videre, da kommer den der uroen og frykten snikende igjen sant men»</i>

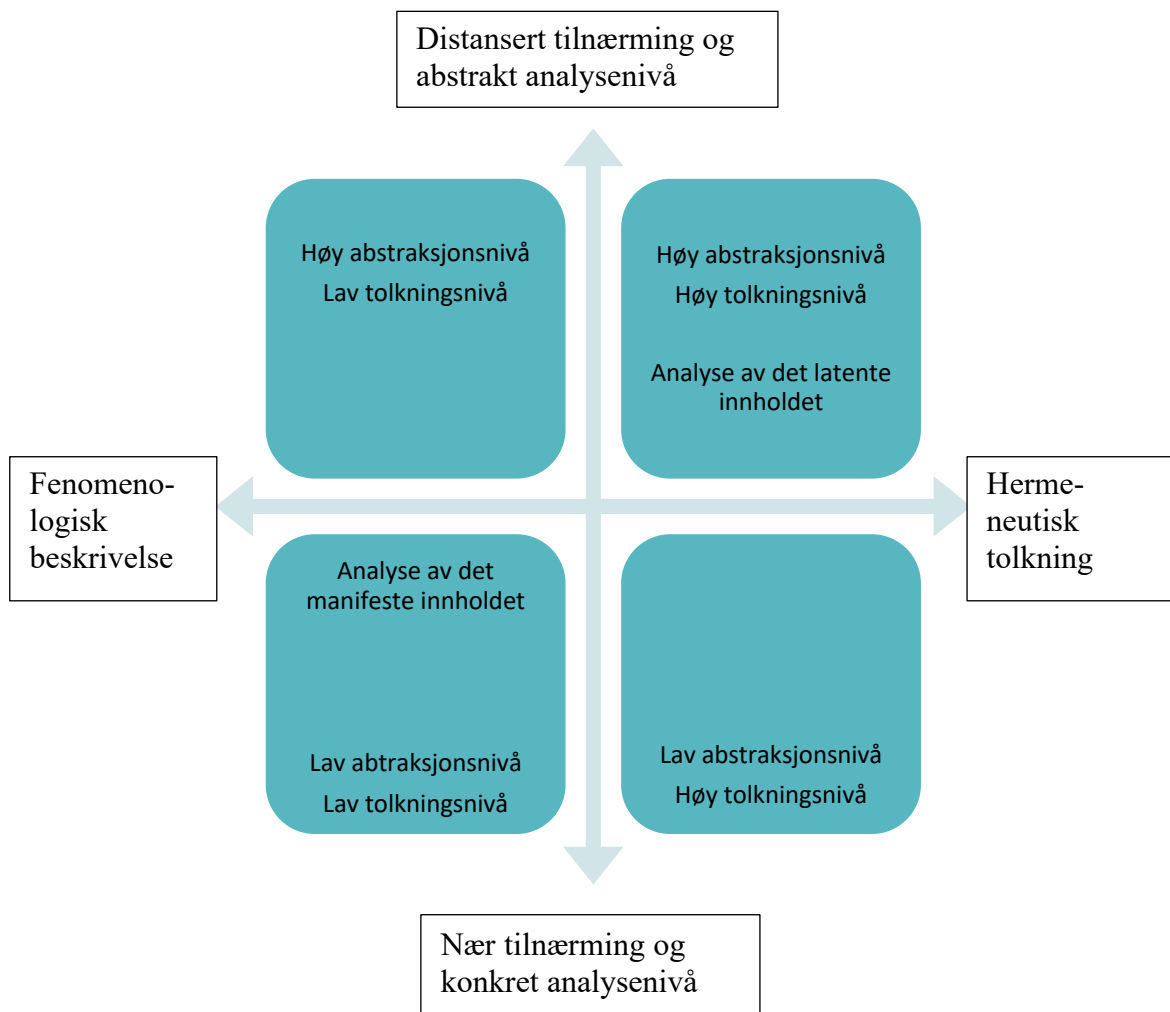
Metoden til Graneheim & Lundman (2004, s. 108)

#### 6.4.1 Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming

Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming hvor det som beskrevet i litteraturen ble tilstrebet og oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoner erfaringer (Thagaard, 2013, s. 40). Fenomenologisk filosofi gir i følge Malterud (2012, s. 137) grunnlag for utforsking av det som foregår i menneskers bevissthet, med subjektive erfaringer som utgangspunkt. Videre belyses det at ved kvalitativ forskning er fenomenologi et begrep som peker mot å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver og beskrive verden slik den oppfattes av informantene, ut fra den forståelsen at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 45). Den kontinuerlige frem -og tilbakeprosessen gjennom analysen i studien samsvarer med den *hermeneutiske sirkel* som blir beskrevet av Kvale & Brinkmann (2015, s. 237) som en «*circulus fructuosus*» snarere enn en «*ond sirkel*», og en sirkel som åpner opp for en stadig dypere forståelse av meningen. Poilt & Beck's (2017, s. 542) beskrivelse av hermeneutisk sirkel hvor det er en kontinuerlig bevegelse mellom deler og helheten av teksten som blir analysert samsvarer også med tilnærmingen og analyseprosessen i masteroppgaven. Ved kvalitativ innholdsanalyse blir ifølge Graneheim et al. (2017, s.31) det manifeste innholdet altså nær teksten beskrevet og det latente altså det underliggende innholdet tolket. Videre belyses det at både det manifeste samt det latente innholdet krever tolking og at tolkningen kan variere i dybde og abstraksjonsnivå. Abstraksjons og tolkningsnivå i analyseprosessen vises i figur 2. inspirert av Graneheim et al. (2017, s.31). Figuren illustrerer at det manifeste

innholdet nær teksten kan bli sett på som den fenomenologiske beskrivelsen og at det latente innholdet med mer avstand fra teksten kan bli sett på som hermeneutiske tolking. Gjennom analyseprosessen ble kodene fra det manifeste innholdet fra teksten sortert i kategorier og det ble deretter søkt etter det underliggende innholdet i teksten formulert som tema som er forenlig med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming i studien.

**Figur 2.** To-dimensjonal modell av ulike epistemologiske tilnærminger



(Graneheim et al., 2017, s. 31)

## 6.5 Etikk og tillatelser

Dette prosjektet er meldt til personvernombudet i Helse-Bergen og er forhåndsgodkjent av den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), (Ref. 2016/1102), samt sykehusledelsen på det aktuelle universitetssykehuset. Studien er blitt utført i henhold til retningslinjene i Helsinki-deklarasjonen (World Medical Association, 2013).

Alle deltakerne har signert samtykkeskjema som tillater bruk av data i publikasjoner inkludert direkte anonymiserte sitat fra intervjuene. Samtykkeskjemaene blir oppbevart i et låst skap som kun PASC prosjektleder har tilgang til og de vil bli makulert i henhold til REK sine retningslinjer. Pasientene er informert om at deltakelsen er frivillig samt gjort oppmerksom på at de kan trekke seg når som helst uten konsekvenser. Dersom deltakerne trekker seg etter at resultatene er publisert, er de informert om at den publiserte informasjonen ikke kan fjernes. Det ble gitt skriftlig samt muntlig informasjon om prosjektet til deltakerne under rekrutteringen og før selve intervjuene. Selv om deltakerne har gitt skriftlig samtykke ble det etter anbefaling i litteraturen (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 97) gjort en vurdering på hvilke mulige konsekvenser studien kan ha for intervjupersonene. Videre belyser Kvale (2017, s. 97) at forsker må klarlegge intervjurapportens konfidensialitet og vurdere intervjusituasjonens konsekvenser i forhold til deltakerne- for eksempel stressopplevelser. Konfidensialiteten ble ivaretatt og formidlet videre ved informasjon til deltakerne om at all data ville bli lagret på godkjent lagringsområde på forskerserver tildelt av personvernombud på universitetssykehuset, samt bli slettet etter ferdigstilling av prosjektet og seinest etter fem år. Deltakerne fikk vite at de ville bli avidentifisert og ikke gjenkjennbar under transkriberingen av lydopptakene. Innledningsvis av fokusgruppeintervjuene ble deltakerne påminnet om taushetsplikt innad i gruppen.

En sentral forskningsetisk forpliktelse er å ivareta konfidensialitet samt å klargjøre sin egen rolle som forsker i prosjektet (Drageset & Ellingsen, 2011). For best mulig belysning av deltakers erfaringer samt klargjøring av egen rolle som forsker, har det vært sterkt fokus på å stille med åpent sinn og ikke la mine egne erfaringer innenfor tema som ble belyst, både som kirurgisk pasient og intensivsykepleier være gjeldene.

## 7.0 Resultat

Totalt 10 elektive kirurgiske pasienter fra 4 kirurgiske avdelinger deltok på fokusgruppe intervju (se Tabell 3. for demografiske data).

**Tabell 3.** Deltager demografi

<b>Kirurgiske Avdelinger</b>	<b>Pasient per Avdeling (n)</b>	<b>Alder Gjennomsnitt (SA)</b>	<b>Kjønn Mann n (%)</b>	<b>Uker etter kirurgi</b>
Øre-nese hals/Kjeve	1	61 (0)	1(100)	8
Nevro	2	62 (2.1)	2 (100)	8
Bryst-og Endokrin	4	46 (2.8)	0 (0)	2-4
Hjerte	3	45 (7.9)	3(100)	2-4
Total	10	50 (8.6)	6 (60)	2-8

Abbreviasjoner: n= antall deltagere; SA = Standard avvik

Studien gav økt forståelse og kunnskap om pasienters erfaringer vedrørende bruk av PASC hvor deltakerne gav uttrykk for at pasientsjekklisten var til hjelp for å få bedre oversikt over viktig informasjon gjennom det kirurgiske forløpet. I tillegg bidro sjekklisten til belysning av aktuelle forberedelser for pasientene før og etter operasjon. Analysen av intervjuene gav en god oversikt over ulike områder på sjekklisten som med fordel kan forbedres for å øke nyttiggjørelsen av PASC for pasientene. Her kom det frem flere tilbakemeldinger vedrørende design av sjekklisten, hvor flere ønsket en enklere versjon og færre spørsmål. Gjennom analyseprosessen ble pasientenes erfaringer ved bruk av pasientsjekklisten PASC sammenfattet i fire tema med syv tilhørende kategorier. De fire temaene som ble identifisert var: fokus og systematisering; forberedelse før og etter operasjon; møte informasjonsbehovet til pasienten; samt trygghet og ivaretagelse av pasienten. Fullstendig analyse med hovedfunn og eksempler fra deltakerne er presentert i tabell 4. En enklere fremstilling med tema og kategorier vises herunder i figur 3.

**Figur 3.** Resultat presentert med tema og tilhørende kategorier

Fokus og systematisering	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hjelp til å systematisere og holde fokus</li><li>• Forenkle pasientsjekklisten for å øke brukervennligheten</li></ul>
Forberedelse før og etter operasjon	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tidligere mottakelse av pasientsjekklisten</li><li>• Involvere helsepersonell i gjennomgang av sjekklisten</li></ul>
Møte informasjonsbehovet til pasienten	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informasjon om forberedelse til operasjon</li><li>• Informasjon etter operasjon</li></ul>
Trygghet og ivaretagelse av pasienten	<ul style="list-style-type: none"><li>• Viktigst med trygghet og å føle seg ivaretatt</li></ul>

I teksten som følger er hvert tema presentert med tilhørende kategorier samt sitater fra pasientene i fokusgruppene for å vise sammenhengen mellom data og abstraksjoner. De ulike sitatene fremstilt i teksten og i den fullstendige analysetabellen belyser meningsenhetene som ble trukket ut gjennom analysen.

### 7.1 Fokus og systematisering

Kategorien «Hjelp til å systematisere og holde fokus» ble identifisert etter flere tilbakemeldinger fra informantene om at det kunne bli uoversiktlig, og at sjekklisten var en hjelp til å systematisere informasjon og holde fokus gjennom det kirurgiske forløpet. Ene informanten sa i denne forbindelse:

*“Men sjekklisten gjør at du har fokus på det på forhånd”*

Flere hevdet at sjekklisten hjalp de til å huske viktig informasjon, samt at sjekklisten hjalp dem til å vite hva de skulle spørre om underveis. Her kom det tilbakemeldinger om at det kunne bli uoversiktlig med all informasjonen i forbindelse med kirurgi, og at de dermed lett kunne glemme noe. Sjekklisten hjalp de til å ha system i forhold til relevant informasjon og viktige forberedelser før og etter operasjon. En av pasientene uttrykte dette slik:

*“Men, altså jeg synes det var nyttig, å, ja det hjalp meg litt og, jeg er jo sånn som spør veldig mye selv på alle disse her konsultasjonene så det var fint og få liksom litt sånn hjelp til det jeg måtte huske å spørre om for det blir lett mye man ikke husker”*

Noen hevdet også at sjekklisten var en hjelp til å vite hvilken informasjon som var viktig å videreformidle til sykehuset før et kirurgisk inngrep. Flere hevdet at det var vanskelig å ha kontroll på hvilke type informasjon som var viktig og gi beskjed om til helsepersonell og at sjekklisten var god og ha som et hjelpemiddel for dette. Ene deltakeren uttrykte dette slik:

*“Så kanskje at det var et par punkter som ikke ble snakket om, eller der jeg har glemt å informere om ting med min helse da fordi at du er i litt sånn kaos og da var det veldig greit og ha noe sånn som hentet deg inn igjen, på at liksom dette er faktisk viktig at sykehuset får beskjed om og så har jeg glemt det sant”*

Flere av informantene ønsket enklere sjekklister for å ikke miste motet med for mange spørsmål, herav ble andre kategorien «Forenkle pasientsjekklisten for å øke brukervennligheten» identifisert. Det kom blant annet flere tilbakemeldinger på at sjekklistene med fordel kunne ha vært litt kortere. I tillegg ble det uttrykt at noen spørsmål var litt for like og ønske om endring her. Noen av pasientene sa for eksempel:

*“Jeg tenker at den kanskje burde, som du sier blitt litt kortere”*

*“Ja det er jeg enig i, det var litt mange spørsmål da”*

*“Men det ble litt mye kanskje”*

Det kom også frem ønske om både elektronisk og skiftelig versjon av sjekklisten for de som ikke mestrer det elektroniske like godt. I tillegg nevnte noen at sjekklisten kunne være god og ha i skriftlig versjon for å få bedre hjelp til å holde fokus underveis. Ene informanten sa for eksempel:

*“Men jeg tenker også at det er en del eldre kvinner som har brystkreft og, jeg ser på, altså min mor har jo brystkreft, men hun har så mye annet, og hun begynner å bli «tutlete» og alt så hun og en app det kan du bare glemme, så altså ha det i tillegg, sånn for de som ja”*

For noen av pasientene kom det frem ønske om å kunne hoppe videre i sjekklisten uten å måtte gå gjennom alle spørsmålene som ikke var relevante for dem. Ene deltakerne sa i denne sammenheng:

*“Så lenge det står sånn at det går klart ut av teksten på spørsmålene at visst ikke dette er relevant for din situasjon så kan du bare krysse på et eller annet og så kan du bare glemme det”*

## 7.2 Forberedelse før og etter operasjon

Det var flere som ønsket å få sjekklisten tidligere for å ha bedre tid til å gjøre eventuelle justeringer for optimalisering av egen helse før operasjon. Første kategorien herunder ble dermed, «Tidligere mottakelse av pasientsjekklisten». En av pasientene sa her:

*“Ja altså det som er visst den hadde kommet kanskje litt i forkant da sånn kanskje litt før innkallingen kanskje eller i sammen med innkallingen at du kan få hatt litt tid og jobbet litt med den så hadde den tror jeg hadde blitt enda bedre”*

Tilbakemeldinger fra informantene tyder også på at sjekklisten påvirket forberedelsene til operasjon ved at de blant annet fikk informasjon de ikke visste som for eksempel viktigheten av å ikke fryse i forkant av operasjon og det med å oppsøke tannlege dersom det var lenge siden for å unngå komplikasjoner i forbindelse med dårlig tannhelse. Her ble det uttrykt av noen at sjekklisten gav en trygghet på hva som skulle skje gjennom det kirurgiske forløpet:

*“Ja det var jo sånn at du får rett og slett opplysninger om situasjonen, for eksempel, jeg leste det at du må passe på at, du måtte gi beskjed til noen visst du ble kald”*

*“Så det var litt greit å vite at det er ting som du kanskje ikke tenker på som du må få gjort”*

«Involvere helsepersonell i gjennomgang av pasientsjekklisten» ble den andre kategorien til temaet forberedelse av pasienten, etter tilbakemeldinger fra deltakerne som omhandlet dette. Flere savnet en felles gjennomgang av sjekklisten med helsepersonell før utskrivelse for å få en forsikring om at de hadde fått med seg viktig informasjon. Dette var viktig for mange for å føle seg trygge etter hjemkomst og slippe å måtte ringe tilbake til sykehuset fordi en var usikker. Ene informanten sa i denne sammenheng:

*“Og så vi hadde jo en fin samtale sånn sett da, men jeg ser jo fortsatt var det jo spørsmål som jeg følte jeg skulle spurt han om, som du ikke fikk spurt i ettertid, så måtte du begynne å ringe opp igjen og spørre om ting sant”*

Noen av pasientene uttrykte også at utskrivningsprosessen gikk vel raskt. Her kommer eksempler fra to av deltakerne:

*“Det gikk jo veldig fort i forhold til det jeg hadde trodd da, men det var ikke noe problem med det”*

*“Men jeg vil jo si at en del av det som står; din sjekklister før hjemreise sant det var jo sånn som du gjorde nærmest etter at legen hadde skrevet deg ut for det gikk jo «jevlig» fort.”*

Det kom også frem ønske om at helsepersonellet kunne stille kontrollspørsmål til pasienten om viktig informasjon for og forsikre seg om at de hadde forstått informasjonen. Dette ble uttrykt av ene pasienten slik:

*“samtidig, det kan jo godt hende at de skulle kommet og forhørt seg litt motsatt vei, istedenfor og bare spørre for da er det lett og bare si ja, ja og ja heller spør deg, har du forstått det”*

### 7.3 Møte informasjonsbehovet til pasienten

Informasjonsbehov kom frem som det tredje av fire tema etter flere uttalelser fra informantene vedrørende informasjon. Dette viste seg å bli det største temaet i undersøkelsen og herunder ble det identifisert to kategorier som blir presentert med eksempler fra deltakerne. Første kategorien herunder var: «Behov for mer Informasjon om forberedelse til operasjon». Tilbakemeldingene viste at noen av pasientene var villig til å gjøre nødvendige livsstilsendringer for optimalisering av egen helse før operasjon, men de etterlyste tydeligere oppfordring og informasjon om dette fra helsepersonell i god tid før kirurgi.

*“jeg var jo inne på sånn forhåndsundersøkelse sant og en halvannen eller to måneder før sant og hadde noen sagt da at du må gå 20 minutter hver dag for eksempel, så hadde jeg jo gjerne gjort det”*

Det kom også frem at pasientene ønsket enda tydeligere informasjon fra helsepersonell om viktige forberedelser som kan ha gunstig effekt og redusere risikoen for komplikasjoner i forbindelse med kirurgi. Dette gjaldt spesielt i forhold til livsstilsendringer som kosthold, mosjon, samt slutte å røyke og avhold fra alkohol, hvor mange opplevde at det informertes for lite om, og at de ikke fikk oppfordring fra helsepersonell til å gjøre aktuelle endringer i forkant av operasjon.



*“det kan godt komme frem at rett og slett dette her er, det er for din del det står, så du vil ha, redusere risikoen for komplikasjoner med at du gjør dette, det er jo ikke snakk om at du stryker med visst at du ikke gjør det altså, men”*

«Behov for mer informasjon etter operasjon» ble andre kategorien under temaet «møte informasjonsbehovet til pasienten» da flere av deltakerne etterlyste dette. Selv om de fleste hadde fått noe informasjon i forhold til aktivitet og restriksjoner viste svarene fra studien at flere var usikker etter hjemkomst på hvor mye de kunne gjøre uten å påføre skade i forhold til det kirurgiske inngrepet de hadde gjort.

*“Aktivitet mangler jeg litt informasjon om. Sånn som nå sitter jeg to uker etterpå og kjenner at nå begynner det å komme seg litt, kan jeg trene?”*

*“Ja og så savner jo sånn som, hvert fall på sånne type operasjoner, dette her med fysioterapi, hvor tid kan du starte med ting, hvor tid kan du, hva kan du gjøre, og sånne ting”*

*“Kjenner at det er litt sånn for å, å strekke seg og ta noe oppi et skap, gjerne en liten ting, og tenkte å nei, var det feil, eller”*

Behov for ytterligere informasjon om bivirkninger og komplikasjoner ble også identifisert etter analysen av intervjuene hvor det blant annet kom frem at det punktet som omhandlet magefunksjon på sjekklisten ikke ble oppfattet riktig av flere pasienter og de var dermed ikke forberedt på at de kunne bli obstipert etter operasjon.

*“Jeg synes jeg har fått veldig god informasjon altså fra hun sykepleieren, og synes de fikk gått gjennom, utenom det med magen med forstoppelse, det har jeg ikke hørt om før nå, det har jeg ikke skjønt altså, men jeg har ikke hatt stort problem heller sånn sett, men ellers så føler jeg egentlig... og telefonnummer, bare til å ringe”*

Flere av pasientene savnet informasjon om aktuelle bivirkninger for deres inngrep noe som førte til en del bekymringer som ble hevdet av flere at kunne vært unngått:

*“Jeg fikk vite at jeg skulle tisse blått, men jeg visst ikke at jeg skulle bli grønn i fjeset og”*

*“Altså kanskje, når de først gir deg arket, kunne kanskje nettopp stå sånn mulig bivirkninger av dette her, bare sånn, det som hun sa da, du kan være grønn i fjeset, du kan få sår i halsen og at du kan, viktig å drikke å bevege så mye du kan og spise frukt for å unngå forstoppelse, sånne ting, det kunne bare stått sånn, ja på det skjema. Det er fint at de ikke er sånn ti sider da, men at akkurat de tingene der kunne ja stått”*

*“Nei ikke det siste der for det sier de at det er jo bivirkninger, sånn og sånt, men liksom hvor lenge skal en sånn bivirkning vare, det sier de jo ingenting om sant”*

Informasjon om bivirkninger hjalp ved blant annet å bedre følelsen til pasienten, her kom det frem fra flere at så lenge de var klar over hva de kunne vente seg, ble det mindre bekymring. Ene deltakeren sa for eksempel:

*“Ja min mann sa og at du ser veldig bleik ut, så du følte litt dårligere enn det du egentlig var, helt til en sykepleier sa, men det er på grunn av det grønne i huden og da følte jeg meg mye bedre med en gang”*

Informasjon om at de kunne bli sår i halsen etter intubasjon ble etterlyst fra flere av informantene slik at de kunne vært bedre forberedt, samt hindre unødvendig bekymring for at de hadde blitt syk i etterkant.

*“Så da, da, dagen etter så fikk jeg skikkelig vondt i halsen, og jeg tenkte, nei, har jeg blitt syk, også så jeg at jeg var blitt sår på drøvelen så tenkte jeg hva er det, så husker jeg på det, også ringte jeg opp og hadde jeg visst det så hadde jeg ikke trengt å plage de med telefon på det der. Da ringte jeg opp og spurte, kan det være på grunn av den slangen, for jeg lurte på om jeg er syk om jeg skal holde meg hjemme eller, så sa de ja det er sikkert på grunn av det, det er vanlig, så det var kjekt da kunne jeg kanskje fått den beskjedden”*

*“Ja, jeg fikk heller ikke informasjon om det, jeg har ikke tenkt over det, men jeg har jo vært i narkose før så det var kanskje derfor de tenkte at det ikke var vits i”*

Mange var fornøyde med at de fikk informasjon om at de kunne ta kontakt med avdelingen ved forverring av tilstanden hjemme. Dette samt god informasjon gjorde til at de følte seg tryggere ved utreise fra sykehuset. Her er eksempler fra to av deltakerne:

*“Det var en ting som fint å vite, dette der med at visst du fikk feber, altså da måtte du kontakte de med en gang, visst du fikk verk eller.. Det var sånn som du fikk beskjed om”*

*“Ja, men, og så, mest fra, det er jo sykepleier da, sant legen snakker om liksom hvor han skal operere og sånn, men alle disse her mer sånn ja, hva du kan gjøre og ikke, og komplikasjoner det var fra sykepleier, synes jeg fikk, ja veldig god informasjon.”*

Men selv om de fleste var fornøyde med kontakt informasjon, kom det frem at flere hadde følt seg usikker etter hjemkomst med tanke på å vite hvor dårlig de skulle være før de måtte

ta kontakt. Her var det flere som var usikker i forhold til hva som var normalt etter inngrepet og når det var nødvendig å varsle:

*“jeg og føler det var ikke sånn, litt enig med deg, men nå har jeg ikke følt meg dårlig altså, men det var sagt i, ikke i en bisetning, men det var ikke så veldig mye om det, at det var bare visst du følte deg dårligere litt tung for å puste så måtte du gi beskjed, det var ikke sånn gjerne hvor mye dårligere eller”*

Noen av deltakerne ønsket bedre informasjon i forhold til medikamenter hvor både pasientene og fastlegene viste seg å ha behov grundig informasjon her for å forebygge feilmedisinering i etterkant av kirurgi. Noen av uttalelsene her viste at det ikke alltid var gitt tilfredsstillende informasjon om medikamenter både til pasientene samt fra sykehuset til fastlegene for videre oppfølging av pasientene etter operasjon:

*“det der med om du får vite om bivirkninger på medisiner, men jeg fikk liksom ikke informasjon om akkurat det, og så var jo ikke den der marevanen justert inn skikkelig, sånn at fastlegen lurte jo litt grann akkurat på, ja, hvordan, han synes det var litt dårlig informasjon akkurat det der med medisinene at du var litt sånn kastet ut og så overlatt til han, liksom, synes han”*

*“Jeg fikk jo resept på smertestillende da, og så måtte jeg bare høre med guttungen da om han kunne ta med seg fra apoteket og sånt, og har du fått det det der sier han, de der er du avhengig av på en og en halv uke. Javel, jeg vil anbefale at du spiser minst mulig av de. Men det var det jo ingen som sa her”*

Her kan tilbakemeldingene som tidligere tyde på at sjekklisten før utskrivning fra sykehuset ved noen tilfeller ikke ble tilfredsstillende gjennomgått i samarbeid med helsepersonell.

Studien har som en kan se vist et stort informasjonsbehov for pasientene gjennom det kirurgiske forløpet. Det var kun en av deltakerne som hevdet å ikke ha så stort informasjonsbehov fordi vedkommende la all sin tillit til helsevesenet:

*“Og så ja, jeg spurte ikke om sånne ting på forhånd for jeg tenkte nå er jeg i beste hender, nå bare legger jeg meg sånn og så får de gjøre det de, det de skal og så”*

Videre kom det frem at pasienten ikke hadde noe imot å motta informasjon i forkant av operasjon selv om vedkommende ikke følte behov for å spørre om noe.

*“Ja, men visst noen hadde fortalt meg det så hadde det vært greit, men jeg hadde ikke behov for å spørre nei”*

#### 7.4 Trygghet og ivaretagelse av pasienten

Siste kategori som kom frem av analysen var «Viktigst med trygghet og å føle seg ivaretatt» Dette kom frem som et viktig element hvor tilbakemeldingene fra informantene viste at det å føle seg trygg og ivaretatt gjennom det kirurgiske forløpet er av stor betydning for pasientene. Noen av deltakerne uttrykte dette slik:

*“Viktigste er jo trygghet og føle seg ivaretatt rett og slett og det føler jeg at det har vært, men selvfølgelig nå når det er nye veier og hvor går veien videre, da kommer jo den der uroen og frykten snikende igjen sant men”*

*“Jeg tenker at du føler deg bedre ivaretatt på en god måte sant og at folk prøver å forbedre seg sant”*

*“En følelse av at de passer på deg på en måte, det er veldig, så visst det hadde vært et punkt fra 1-10, hvordan har du blitt behandlet, og hva informasjon og hva har du.. så hadde jeg skrevet 10. Altså, jeg føler virkelig det at jeg ble veldig godt ivaretatt.”*

*“Frem til i dag så føler jeg at jeg har vært veldig godt ivaretatt”*

Uttalelser fra informantene viste også at sjekklisten var med på å øke tryggheten ettersom de følte seg bedre ivaretatt og tryggere på at det ikke skal gjøres feil når de fikk sjekkliste til bruk både før og etter operasjon.

Ved spørsmål om pasientene ville brukt sjekklisten igjen ved en ny operasjon ville samtlige ha brukt sjekklisten igjen. Noen ville brukt den dersom den kom i en enklere versjon og mange av informantene ønsket å bruke sjekklisten for å få mer informasjon før og etter operasjon:

*“ja, jo mer informasjon dess bedre så hadde ikke takket nei”*

*“Ja jeg ville brukt den då, som du sier den må bli mer generelt enklere, sant og så heller er rom for å, visst jeg lurer på noe så må det være en enkel måte og gå å få svar på dette eller å henvende seg en eller annen plass”*

**Tabell 4.** Fullstendig analysetabell av pasienters erfaringer vedrørende bruk av PASC

<b>Tema</b>	<b>Kategori</b>	<b>Koder</b>	<b>Eksempler</b>
<b>Fokus og systematisering</b>	Hjelp til å systematisere og holde fokus	Skaper fokus og systematikk	<i>"Var vel det å skape, altså du skaper jo et fokus rundt situasjonen som gjør det sånn konkretiserende, altså at du liksom, du skal tenke gjennom noe på en mer systematisk måte enn du kanskje hvert fall for egen del ellers gjør"</i>
		System og hjelp til å huske	<i>"Så jeg synes egentlig at det var godt og ha dette her, for at det hjalp meg og hente meg litt inn igjen på ting som jeg kanskje hadde glemt, og liksom det og ha litt system i ting da, for det hadde ikke jeg oppi hodet mitt. Så sånn sett hjalp det egentlig og ha det i papir og"</i>
		Fokus på forhånd	<i>"Men sjekklisten gjør at du har fokus på det på forhånd"</i>
	Forenkle sjekklisten for å øke bruker-vennligheten	Papir og data	<i>"Så jeg synes at det var litt tungvint at det var i papir, og ikke på data"</i>
Lang, stress		<i>"Ja jeg er litt enig i det, men samtidig når jeg får sånne papirer med mange sider, så blir jeg litt sånn her, uff, (mange ler), dette var litt stress"</i>	
Mange spørsmål		<i>"Ja det er jeg enig i, det var litt mange spørsmål da"</i>	
<b>Forberedelse før og etter operasjon</b>	Tidligere mottakelse av sjekklisten	Få sjekklisten før	<i>"Ja, men da vil det jo si sånn som side 2 før operasjon, det er jo sånn som bør komme ut lenge før den tid, for hvem har tatt opp ting med fastlegen og gjort ting og tang og sånne ting sant"</i>
		Tidlig informasjon om forberedelser før operasjon	<i>"Ja spesielt den biten som går i forhold til tannhelse og sånne ting, jo før du får beskjed om den og har fokus på den, jo bedre er det, blir det for tett opp til så gjør det jo noe med tidsaspektet ditt, og visst du har noe då så blir det ikke operasjon på det tidspunktet det var tenkt for visst du da kommer her til og er på forhåndsjekk her, så er det som oftest gjerne så kort mellomrom igjen at visst du har en skikkelig infeksjon så tar den sin tid og bli kvitt altså"</i>
	Involvere helsepersonell i gjennomgang av sjekklisten	Samtale med helsepersonell ved utskrivning	<i>"Jeg tenker kanskje at når du er på sykehuset og skal ut at du det vi snakker om at huske på sjekklisten, altså fått de som, på avdelingen, at de ser at vi har på en måte en, eller sette av nok tid til å rett og slett spør på en skikkelig måte, har du nok kontroll på dette her, er det noe du lurer på og sånn, det og så stille noen spørsmål, hva du må passe på"</i>
		Påvirket av medikamenter postoperativt	<i>"Så er det jo det når du er full i sånn der smertestillende og bedøvelse så er det ikke alt du greier å få frem i hjernebarken"</i> <i>"Ja for, for du er nå litt dårlig når du kommer hjem, men hva det då som er en komplikasjon og hva det er som er naturlig"</i>
<b>Møte informasjonsbehovet til pasienten</b>	Behov for mer informasjon om forberedelse til operasjon	Informasjon om optimalisering av egen helse	<i>"Men jeg vil jo si akkurat det der sånn som syv og åtte, skal du, skal du opereres så bør du være i god form, og det er egentlig, visst fast legen eller hva som helst ser at dette går mot det så tror jeg det informeres alt for dårlig om"</i>
		Informasjon om mosjon	<i>"Jeg var jo inne på en sånn forhåndsundersøkelse sant og en halvannen eller to måneder før sant og hadde noen sagt da at du"</i>

			må gå 20 min hver dag for eksempel, så hadde jeg jo gjerne gjort det”
	Behov for mer informasjon etter operasjon	Aktivitet og restriksjoner	“Sant, så det er liksom det å vite, skal du liksom, hvor mye, hva er å presse eller hva er å ikke presse, hva er å tøyne, men samtidig, hva er liksom, når du kjenner at det gjør vondt, er det greit eller er det ikke greit. Og i hvor lang tid skal det være sånn, for du er jo veldig redd for å stivne og sant”
		Informasjon om forstoppelse	“Så står det mage funksjon, nei jeg skal jo ikke operere magen, men så vet jeg ikke hva som egentlig var meningen med det, Det blir litt sånn intim informasjon her men altså jeg fikk utrolig forstoppelse, det var så, det var veldig dumt for det kunne de bare sagt til meg så kanskje det var egentlig sånn den her var tolket, det var helt unødvendig og jeg snakket med min kusine som sier, ja du får jo det av narkose og smertestillende, jeg bare, det visste ikke jeg det var veldig enkelt (flere snakker) veldig unødvendig”
		Hva er komplikasjon	“Det som er på komplikasjoner da, der det ble spurt om er du informert om komplikasjoner som kan oppstå og hva du skal gjøre visst, visst du får komplikasjoner, det, det som var, dette her hadde kanskje vært enda viktigere for meg det er om du var informert om, hvordan jeg merker at jeg hadde fått en komplikasjon?”
		Varighet av bivirkning	“Nei ikke det siste der for det sier de at det er jo bivirkninger, sånn og sånt, men liksom hvor lenge skal en sånn bivirkning vare, det sier de jo ingenting om sant”
		Informasjon til fastlegen fra sykehuset	“Men akkurat det med bivirkninger og det der at du blir litt sånn overlatt til fastlegen og så visste ikke han helt hva behandling jeg hadde eller medisiner du hadde fått der oppe, den første uken her sant”
		Informasjon om medisiner etter hjemkomst	“Ja jeg måtte jo ringe inn igjen og høre hva medisiner jeg skulle ete på og kutte ut og”
<b>Trygghet og ivaretagelse av pasienten</b>	Behov for trygghet og å føle seg ivaretatt	Trygghet og ivaretatt	“Viktigste er jo trygghet og føle seg ivaretatt rett og slett og det føler jeg at det har vært, men selvfølgelig nå når det er nye veier og hvor går veien videre, da kommer jo den der uroen og frykten snikende igjen sant men”
		Betryggende med sjekklister	“Så jeg opplevde at jeg ble egentlig ganske godt ivaretatt på veldig mange, det var liksom veldig mange samme spørsmål om igjen og om igjen, men samtidig så var det litt sånn betryggende og, for liksom, vi skal pikameg ikke gjøre feil altså”

## 8.0 Drøfting

De fire temaene som ble identifisert, med tilhørende kategorier besvarte forskningsspørsmålene i masteroppgaven og belyser de viktigste funnene i studien. Herunder vil drøfting av resultatene bli presentert i lys av annen forskning og teori.

### 8.1 Resultatdiskusjon

Resultatene fra fokusgruppeintervjuene gav en indikasjon på at pasientene hadde god nytte ved bruk av sjekklisten både for informasjon samt forberedelse før og etter operasjon. Deltakerne viste i tillegg at de er villig til å bruke sjekklisten, men helst i en enklere utgave. Dette tyder på at sjekklisten kan være et viktig ledd for å involvere pasientene i egen kirurgisk sikkerhet, men det er avgjørende at den ikke er for kompleks. Fernando et al. (2019), har i denne sammenheng anbefalte retningslinjer til pasientsjekkliste som med fordel kan brukes for å øke pasientens forståelse samt styrke forholdet mellom pasient og lege for å forbedre pasientsikkerheten.

Flere studier viser at kirurgiske pasienter er i en stresset og sårbar situasjon og at evnen til å ta imot informasjon fra helsearbeidere ofte er svekket (De La Cruz Monroy & Mosahebi, 2019; Eisenstein & Grucela, 2019; Kessels, 2003). Det første temaet som var «fokus og systematisering gjennom det kirurgiske forløpet» adresserer nettopp dette, hvor flere av informantene hevdet at sjekklisten hjalp de til å huske viktig informasjon samt hva de skulle spørre om gjennom det kirurgiske forløpet. WHO belyser viktigheten av informasjon og aktiv pasient deltakelse for økt kirurgisk sikkerhet (World Health Organization, 2015). Her er det lagt frem en liste med punkter pasientene trenger å vite før og etter kirurgi som i tillegg kan være til hjelp for pasienten i samtale med helsepersonell. WHO's liste over hva pasientene trenger å vite før og etter kirurgi samsvarer med informasjonen pasientene i studien har fått ved bruk av pasientsjekklisten.

Andre kategorien under temaet fokus og systematisering som var «forenkle sjekklisten for å øke brukervennligheten», ble identifisert etter flere tilbakemeldinger på enklere design av sjekklisten. Viktigste funnene her var at de fleste informantene ønsket færre spørsmål og enklere pasientsjekkliste noe som også er vektlagt i retningslinjene til Fernando et al. som

blant annet hevder at hvert sjekklisterelement skal være lett og lese høyt av pasienter og skal ikke være mer enn en side (Fernando et al., 2019, s. 19). Det avdekkes også av Fernando et al. (2019) at man om nødvendig kan ha flere sider med overskrifter som adresserer tema, noe som er gjort ved PASC med under 10 punkter for hver overskrift. Pasientenes tilbakemelding kan tyde på at det ikke må bli for komplisert for at pasientene skal være villig til å delta aktivt i egen sikkerhet i forbindelse med kirurgi. En studie fra London utført på medisinske og kirurgiske pasienter hevder i denne sammenheng at pasienter var mindre villig til å delta aktivt i utfordrende situasjoner og at det trengs å legges inn en innsats for å oppfordre pasienter til å ta en aktiv rolle også her (Davis et al., 2011). Helse- og omsorgsdepartementet belyser også at informasjon fra helse- og omsorgstjenesten må være enkel og forstå da det for mange kan føre til at informasjon som er gitt blir mistolket og at behandlingsopplegget ikke blir fulgt på riktig måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 13). Riktig design av sjekklisten er derfor viktig for økt forståelse samt for å øke muligheten for at flere pasienter velger å bruke den aktivt.

«Forberedelse før og etter operasjon» var det andre temaet som ble identifisert i studien. Her kom det frem at flertallet av pasientene ønsket å motta sjekklisten tidligere for å ha bedre tid til optimalisering av egen helse før kirurgi. Flere studier belyser og støtter viktigheten av mosjon og opphør av røyk og alkohol adressert seks til åtte uker før kirurgi for reduksjon av postoperative komplikasjoner (Meka, et al., 2016; Iqbal et al., 2019; Møller, Villebro, Pedersen & Tønnesen, 2002). Resultatene av denne masteroppgaven kan tyde på at flere av pasientene er villig til å gjøre nødvendige forberedelser før operasjon, men at de savnet oppfordring og tydeliggjøring av dette fra fastlegen, spesielt innenfor livsstilsendringer som gjelder optimalisering av kosten, mosjon samt opphør av røyk og alkohol. Disse funnene samstemmer med blant annet en litteraturstudie der det ble konkludert med at pasienter sjelden blir informert tidlig nok om fordelene med livsstilsendringer relatert til mosjon, samt opphør av røyk og alkohol i forkant av en operasjon (Meka, et al., 2016). McDonald et al. (2019) som har utforsket pasienters holdninger til aktuelle endringer før kirurgi for å redusere peri-operativ risiko belyser at motivasjon, selvtillit og prioritet for å øke fysisk aktivitet, vektkontroll og redusere alkoholforbruk var høyere for peri-operative pasienter versus enn for lengre sikt fordeler. Denne studien identifiserte et betydelig ønske fra pasientene om å endre vaner til peri-



operativ fordel og et behov for strukturert pre operativ støtte og lærdom for pasientene (McDonald et al., 2019).

Flere av informantene i fokusgruppeintervjuene i denne studien gav uttrykk for at det var viktig med nok tid til informasjon, og at utskrivningsprosessen gikk for fort for noen.

Deltakernes erfaringer ved bruk av siste del av sjekklisten viste også at det var varierende gjennomganger av sjekklisten sammen med helsepersonell før utskrivning.

Tilbakemeldingene her tyder på at pasientene kan ha nytte av økt tilrettelegging for riktig bruk av pasientsjekklisten slik at alle punkter på sjekklisten blir gjennomgått i samarbeid med helsepersonell og pasienten før utskrivelse. Det kommer frem fra ulike studier at problemer med implementering og etterlevelse har vært en sentral utfordring med sjekklister i helsesektoren noe som fremhever viktigheten av jevnlig oppfølging og fokus for å opprettholde tilfredsstillende bruk av pasientsjekklisten (Pickering et al., 2013; van Schoten et al., 2014). Dette samsvarer også med tidligere forskning heriblant en studie fra Sahlstrøm et al. (2019) om pasientinvolvering i pasientsikkerhet utført på medisinske avdelinger i Finland. Denne studien konkluderer med at sykepleieledere må tilrettelegge for at pasientinvolvering kan finne sted og skape et miljø hvor dette blir verdsatt av helsepersonell (Sahlstrøm et al., 2019, s. 84).

«Møte informasjonsbehovet til pasienten» viste seg å bli det største temaet i masteroppgaven, og de to kategoriene herunder viser hvilke områder behov for informasjon var størst. Dette var ganske likt for alle og her kom det frem at de fleste pasientene trengte mye informasjon gjennom det kirurgiske forløpet med unntak av ene deltakeren som la all sin tillit til helsepersonellet og ikke hadde behov for å stille spørsmål i forkant av operasjonen. Det kan tyde på at sjekklisten er ekstra viktig for denne pasientgruppen som stoler «blindt» på helsevesenet og dermed unnlater å stille spørsmål som ved enkelte tilfeller kan bidra til forebygging av feilbehandling og unødige komplikasjoner for pasienten.

Det kom frem i masteroppgaven at informasjonen til pasientene ved utskrivning fra sykehuset gikk vel fort for noen og at flere hadde behov for ytterligere informasjon etter hjemkomst vedrørende medikamenter, bivirkninger, aktivitet og restriksjoner samt komplikasjoner.

Tidligere forskning fremhever viktigheten av god nok tid mellom helsepersonell og pasient for fremheving av pasientinvolvering både i helsetjenester og pasientsikkerhet (Bishop & Macdonald, 2017). Videre belyses det av Helse- og omsorgsdepartementet at det kan være et stort gap mellom hva helsepersonell tror pasienten har forstått, og hva pasienten faktisk har forstått (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 13). Her fremheves vanlige teknikker som brukes innen helsekommunikasjon som å snakke tydelig, unngå bruk av sjargong samt og få pasientene til å repetere eller oppsummere det som er sagt for å forsikre at de har forstått budskapet. Dette kom også frem i denne masteroppgaven fra enkelte av deltakerne som ønsket at helsepersonellet skulle stille spørsmål til dem før hjemreise for å undersøke om de hadde forstått viktig informasjon de trengte etter hjemkomst.

God informasjon om bivirkninger og komplikasjoner viste seg å bedre følelsen til pasientene i masteroppgaven, ved at de var bedre forberedt og visste årsaken til de ulike symptomene de opplevde i etterkant av operasjonene. Det ble også avdekket behov for bedre informasjonsflyt mellom sykehus og fastlegen for bedre oppfølging av pasienten etter endt kirurgi. Det kom blant annet frem at fastlegene savnet informasjon om videre bruk av medikamenter og hva som var gjort med pasienten på sykehuset. Medikamenter er tatt med i andre del av pasientsjekklisten noe som kan tyde på viktigheten av videre fokus på implementering og tilrettelegging for riktig bruk av sjekklisten i samarbeid med helsepersonell før utskrivning fra sykehuset. En annen undersøkelse om pasienters erfaringer med norske sykehus fra 2019 tyder også på at sykehusene har mulighet til å forbedre pasienters erfaringer ved å styrke praksis knyttet til utskrivning og overgang til kommunale tjenester (Sjetne & Holmboe, 2020, s. 42).

«Trygghet og ivaretagelse av pasienten» som var det fjerde og siste tema identifisert i denne studien, viste seg å være et viktig tema for samtlige av informantene. Flere hevdet at sjekklisten var med på å fremme både trygghet og ivaretagelse ved at den blant annet la til rette for at det ikke skulle gjøres feil noe som økte tryggheten for pasientene. Samtlige av deltakerne følte seg godt ivaretatt gjennom det kirurgiske forløpet. Dette samsvarer med annen litteratur som for eksempel en rapport fra Sjetne & Holmboe (2020, s. 41) som viser at de beste og høyeste skårene fra pasienters erfaringer med norske sykehus i 2019 handler

om mellommenneskelige relasjoner, hvordan de har blitt møtt av pleiepersonalet og legene, og hvordan pårørende er ivaretatt.

## 8.2 Metodediskusjon

Det er sentralt innen fenomenologien å forstå fenomener på grunnlag av perspektivene til de personer vi studerer samt å beskrive omverdenen slik den erfares av dem (Thagaard, 2013, s. 40). Målet til masterkandidat har vært å sette egne erfaringer og forutinntatte oppfatninger til side for å best mulig å kunne åpne opp for deltakernes erfaringer og meninger rundt temaet som ble belyst, spesielt i intervju- og i analysefaser. Drøfting av egen forforståelse, studiens troverdighet samt styrker og svakheter vil bli presentert herunder.

### 8.2.1 Egen rolle, forforståelse og motivasjon

Forforståelsen er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter og består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv samt den teoretiske referanserammen ved prosjektets innledning (Malterud, 2017, s. 44-45). Masterkandidats forforståelse er påvirket av erfaringer som intensivsykepleier på postoperativ seksjon. Pasienter som er involvert i egen behandling, samt stiller spørsmål ved ulike tiltak og behandling har utelukkende blitt opplevd positivt. Erfaringsmessig har dette vært til stor hjelp for helsepersonellet for å unngå feil behandling samt for å øke pasientsikkerheten.

Nylig egen erfaring som pasient med to kirurgiske inngrep, har ført til ny innsikt og forståelse av det kirurgiske forløpet fra pasientens perspektiv. Mine erfaringer samsvarer med dagens fokus og ønske nevnt innledningsvis om økt pasientinvolvering i egen sikkerhet. Prosjekter som kan føre til økt ivaretagelse og trygghet for pasienten er dermed høyt verdsatt, både for pasientenes del samt for helsepersonellens del, som ønsker å gi best mulig behandling uten unødvendige komplikasjoner for pasientene.

Refleksjon rundt egen bakgrunn og personlige erfaringer både som pasient og intensivsykepleier har vært nødvendig for å kunne fokusere på objektivitet underveis i prosjektet. Økt bevissthet og refleksjon rundt egen rolle og forforståelse har bidratt til å i større grad sette søkelys mot deltakernes erfaringer og høre deres meninger på det aktuelle.

### 8.2.2 Troverdighet og pålitelighet

Troverdighet er det overordnede begrepet for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet i kvalitativ forskning og omfatter hele studien (Drageset & Ellingsen, 2011). En utfordring med hensyn til troverdigheten av kvalitative innholdsanalyser er ifølge Graneheim et al. (2017, s. 33), å skille den røde tråden som går gjennom hele arbeidet. Videre belyser Drageset & Ellingsen (2011, s.333), at «vurderingen av troverdighet i det kvalitative forskningsintervjuet innebærer i hvilken grad forskeren har frembrakt resultater som er pålitelige, gyldige og overførbare». Det er glidende overganger mellom disse begrepene og troverdighet kan ikke bli oppnådd ved fravær av pålitelighet (Polit & Beck, 2017, s. 559).

Et annet kritisk punkt for å oppnå troverdighet er ifølge Graneheim & Lundman (2004, s. 110) å velge de mest passende meningsenhetene fra teksten så vel som hvor godt kategorier og tema representerer data, det vil si at ikke relevant data er ekskludert eller irrelevant data er inkludert. Analysen er med hensyn til dette gjort i samarbeid med hovedveileder hvor det har vært en prosess med refleksjon samt diskusjoner som resulterte i enighet om sortering av koder samt identifisering av kategorier og tema. Troverdighet og påliteligheten til prosjektet er ellers tatt hensyn til ved å følge anbefaling i litteraturen om å etablere nøyaktighet under forskningsprosessen og ved å sørge for beslutningsstier underveis som lar leserne forstå hvordan og hvorfor avgjørelser ble tatt (Graneheim et al., 2017, s. 34). For å synliggjøre beslutninger i studien, er analyseprosessen fra start til slutt fremstilt ved hjelp av tabeller, samt eksempler fra informantene, slik at leseren lettere kan forstå prosessen i tillegg til og få økt innsikt.

### 8.2.3 Gyldighet og overførbarhet

Gyldighet refererer til objektivitet og for å oppnå dette må resultatene gjenspeile deltakernes stemme og ikke forskers bias samt perspektiver (Polit & Beck, 2017 s. 560). Videre hevder Drageset og Ellingsen (2011) at gyldighet handler om man har undersøkt det man skulle undersøke. Her er det fulgt anbefalinger i litteraturen om å regelmessig

kontrollere egen oppfatning for å bidra til at råmaterialet i størst mulig grad representerer en felles forståelse mellom forsker og informantene. Dette ble gjort ved kontrollspørsmål underveis i intervjuene hvor det var nødvendig. Intervjuguiden ble pilotert for blant annet å undersøke om spørsmålene ble forstått av deltakerne.

Moderator med god erfaring på fokusgruppeintervjuprosessen var med på alle intervjuene som en hjelp til å beholde fokus på tema og sørge for at alle fikk dele av sine erfaringer. Det ble i tillegg gjort en oppsummering på slutten av hvert intervju med spørsmål til deltakerne om det var tema som ikke var kommet frem som de ønsket å belyse for å unngå tap av informasjon og erfaringer. Transkriberingen ble utført av masterkandidat selv for å styrke gyldigheten. Utvalget til prosjektet er omtalt tidligere og er utført med hensyn til gyldighet og troverdighet av studien. Kvale & Brinkmanns (2017) belysning om å tydeliggjøre kontekst, intensjon og perspektiv av studien for å gi leseren selv mulighet til å vurdere gyldigheten er vektlagt gjennom studien.

Overførbarhet refererer i følge Polit & Beck (2017, s. 560) til i hvilken grad funn kan bli overført eller anvendes i andre sammenhenger eller grupper. Ved å legge ved tilfredsstillende beskrivende data vil lesere og eventuelle interesserte kunne gjøre seg en mening om det kan anvendes i andre kontekster. Metodedelen og analyse prosessen er skrevet med tanke på dette og fremstilt så transparent som mulig. Studien kan ifølge masterkandidat først og fremst anses som et bidrag til erfarings basert kunnskap. Dette har allerede ført til aktuelle justeringer av pasientsjekklisten. Utfra funnene i studien som viser at elektive kirurgiske pasienter har hatt nytte av pasientsjekklisten kan det tenkes at flere kirurgiske pasientgrupper på universitetssykehuset og andre sykehus i Norge kan ha nytte av PASC. Det kan også tenkes at pasientsikkerhets sjekkliste konseptet kan overføres til andre pasientgrupper som for eksempel medisinske pasienter.

#### 8.2.4 Styrker og svakheter

En svakhet i studien kan være at masterkandidat er nybegynner i forhold til kvalitativ forskning og analyse samt ikke har gjennomført fokusgruppe intervju tidligere. Det ble dermed utført grundig bakgrunnsarbeid fra masterkandidat under veiledning fra erfarne

forskere. En styrke som kan veie opp her er at hovedveileder har god erfaring med fokusgruppe intervju og har selv deltatt og hatt rolle som moderator på samtlige intervju. Gjennomføring av pilotintervju på brukerrepresentanter hjalp også forsker med å få en innføring i selve intervjuprosessen og var en god øvelse samt en hjelp til og danne et inntrykk av hvordan intervjuguiden fungerte i praksis.

Begrenset størrelse på studien med to pasienter på ett og fire deltakere på de to andre fokusgruppene på grunn av blant annet kansellering samme dag er annen mulig svakhet for generaliserbarheten av studien. Men til gjengjeld delte pasientene rikelig av sine erfaringer og lengden på samtlige intervju var på omkring en time. Valg av fokusgruppe fremfor kvantitativ tilnærming kan veie opp for størrelsen på studien ved at det muliggjør generering av et langt rikere datasett, noe som er ønskelig i tidlig fase av evaluering og planlegging av implementering av pasientsjekklisten. En annen svakhet til studien kan være at det muligens var de friskeste og mest engasjerte pasientene som orket å delta på intervju og at det dermed mangler erfaringer for bruk av sjekklisten fra de mindre engasjerte samt dårligste pasientene med flere komplikasjoner. Her kan det veie opp at det var en god blanding av enkle samt mer komplekse kirurgiske inngrep blant de pasientene som deltok.

Veileder har deltatt aktivt i analyseprosessen og valg av tema ble gjort i enighet mellom masterkandidat og veileder etter gjennomlesning av materialet flere ganger av både veileder og prosjektleder for PASC noe som kan bidra til å styrke prosjektet. God dynamikk i fokusgruppene hvor alle deltakerne delte villig av sine erfaringer er også en styrke i forhold til resultatene fra intervjuene. Her ble det vektlagt å bruke god tid i forkant av intervjuene for å skape en trygg atmosfære. Kvale & Brinkmanns (2015, s.179) utsagn om at fokusgruppe ikke har som formål å komme til enighet eller presentere løsninger på spørsmål ble lagt frem til deltakerne i forkant av intervjuene, med anmodning om at de kunne komme med innspill til hverandre underveis for å få frem ulike synpunkter på de aktuelle temaene.

God bredde i alder og kjønn er en styrke fra utvalget av prosjektet samt informanter fra fire ulike kirurgiske avdelinger. En svakhet her kan være at ikke alle kirurgiske avdelingene ble representert, men studien viste at det ikke var store forskjeller på erfaringene rundt bruk av sjekklisten utfra de fire kirurgisk avdelingene som deltakerne tilhørte. En annen styrke til

studien er at masterkandidat og moderator var ening om at det forelå god metning etter gjennomføring av tre fokusgruppe intervju med elektive kirurgiske pasienter.

## 9.0 Konklusjon

Erfaringene til deltakerne i studien viste at pasientsjekklisten påvirket informasjonen samt forberedelsene til pasientene før og etter operasjon. Sjekklisten hjalp pasientene til å holde fokus samt til å få bedre oversikt over viktig informasjon gjennom det kirurgiske forløpet. Det kom frem at pasientene hadde god nytte av PASC ved at de fikk opplysninger som bidro til økt forberedelse før og etter operasjon. Her ønsket imidlertid flere av deltakerne å motta sjekklisten tidligere for å få enda bedre tid til å gjøre nødvendige forberedelser og optimalisering av egen helse før operasjon.

Studien viste at informasjonsbehovet til pasientene er stort og at pasientsjekklisten var en hjelp i forhold til belysning av viktig informasjon enkelte av pasientene ellers ikke ville fått med seg. Det kan med fordel fokuseres videre på implementering og tilrettelegging for riktig bruk av pasientsjekklisten i samarbeid med helsepersonell på de kirurgiske avdelingene samt hos fastlegene i forkant av operasjon. Dette kan bidra til å oppnå enda bedre informasjon til pasientene innenfor en del felt som, aktivitet og restriksjoner, medikamenter, bivirkninger og komplikasjoner, samt optimalisere pasientenes forberedelse til operasjon og utskrivning til hjem.

Det kom frem fra studien at pasientene er villig til å involveres i egen sikkerhet gjennom det kirurgiske forløpet da samtlige av informantene ville brukt pasientsjekklisten igjen ved en ny operasjon, hvor noen hevdet at da måtte den komme i en enklere utgave. Til slutt kom det frem at det viktigste for pasientene var trygghet og å føle seg ivaretatt gjennom det kirurgiske forløpet. Flere av informantene hevdet at sjekklisten bidro til at de følte seg ivaretatt samt trygge på at det ikke skulle gjøres feil.

## 10. Implikasjoner for praksis og videre forskning

Brukermedvirkning og pasientinvolvering har blitt vektlagt i prosjektet, hvor brukerrepresentanter fra universitetssykehuset samt pasientenes synspunkter er tatt med i videre utvikling, utforming samt implementering av PASC. Studien viser at pasientene har nytte av bruk av pasientsjekklisten både for informasjon, forberedelse samt ivaretagelse og trygghet gjennom det kirurgiske forløpet. Dette er forenelig med å fortsette med videre fokus på riktig bruk av sjekklisten for enda bedre informasjon og forberedelse for pasientene før og etter kirurgi.

Det fremkom flere ønsker om forenkling av pasientsjekklisten for å fremme bruken samt for å øke forståelsen for pasientene noe som har blitt tatt hensyn til under revidering av PASC. Studien belyste også behov for vurdering av tidspunktet som pasientene mottar pasientsjekklisten ettersom funnene av studien viser at flere av deltakerne ønsket den tidligere for å få bedre tid til forberedelse og eventuelle livsstilsendringer før operasjon.

Fortsette med implementering og tilrettelegging for riktig bruk av pasientsjekklisten i samarbeid med fastlegene før operasjon samt med helsepersonell på de aktuelle kirurgiske avdelingene er forenelig med funnene av studien. Her vil masterkandidat presentere funnene til helsepersonellet på de kirurgiske avdelingene som har deltatt i studien noe som kan bidra til økt fokus og tilrettelegging for videre bruk og felles gjennomgang av sjekklisten med helsepersonell og pasientene. Det kan som nevnt tidligere tyde på at videreføring av pasientsjekklisten til andre kirurgiske pasientgrupper på universitetssykehuset og ellers i Norge kan være nyttig.

Denne studien har undersøkt pasienters erfaringer vedrørende bruk av PASC, det kan imidlertid tyde på at utforsking av helsepersonells erfaring ved bruk av PASC kan være en fordel for økt tilrettelegging og vellykket implementering av pasientsjekklisten. Videre er det behov for forskning på effekt av bruk av PASC i forhold til pasientsikkerhet, komplikasjoner og antall reinnleggelser i forbindelse med elektiv kirurgi. Det er også aktuelt å undersøke pasienters holdninger i forhold til økt ansvar for egen sikkerhet og delt beslutningstaking i forbindelse med elektiv kirurgi.



## 11.0 Referanseliste

- Bergs, J., Lambrechts, F., Desmedt, M., Hellings, J., Schrooten, W., Vlayen, A., & Vandijck, D. (2018). Seen through the patients' eyes: Surgical safety and checklists. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(2), 118-123.  
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx180>
- Bishop, A. C. & Macdonald, M. (2017). Patient Involvement in Patient Safety: A Qualitative Study of Nursing Staff and Patient Perceptions. *Journal of Patient Safety*, 13(2), 82-87. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000123>
- Davis, R E, Sevdalis, N, & Vincent, C A. (2011). Patient involvement in patient safety: How willing are patients to participate? *BMJ Quality & Safety*, 20(1), 108-114.  
<https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/20/1/108.full.pdf>
- De La Cruz M., Martha F. I, & Mosahebi, A. (2019). The Use of Smartphone Applications (Apps) for Enhancing Communication With Surgical Patients: A Systematic Review of the Literature. *Surgical Innovation*, 26(2), 244-259.  
<https://doi.org/10.1177/1553350618819517>
- de Vries, E. N., Hollmann, M. W., Smorenburg, S. M., Gouma, D. J. & Boermeester, M. A. (2009). Development and validation of the SURgical PATient Safety System (SURPASS) checklist. *Quality and Safety in Health Care*, 18(2), 121.  
<https://doi.org/10.1136/qshc.2008.027524>
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2011). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning (Oslo)*, (4), 332-335. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>
- Eisenstein, S. & Grucela, A. L. (2019). Checklist for Patients and OR Team in Preparation for Laparoscopic Colorectal Surgery. In *The SAGES Manual og colorectal Surgery* (s. 113-136). Cham: Springer International Publishing.
- Fernando, R. J., Shapiro, F. E., Rosenberg, N. M., Bader, A. M. & Urman, R. D. (2019). Concepts for the Development of a Customizable Checklist for Use by Patients. *Journal of Patient Safety*, 15(1), 18-23.  
<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000203>
- Gawande, A. (2010). *The checklist manifesto : how to get things right*. London: Profile books.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grimmer, K. A., Dryden, L. R., Puntumetakul, R., Young, A. F., Guerin, M., Deenadayalan, Y. & Moss, J. R. (2006). Incorporating patient concerns into discharge plans: evaluation of a patient-generated checklist. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 4(2), 7.
- Hanssen, T. A. (2019). Hvordan får vil til brukermedvirkning i forskning? *Sykepleien Forskning*. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/leder-sykepleien-forskning/2019/01/hvordan-far-vi-til-brukermedvirkning-i-forskning>
- Hardiman, K. M., Reames, C. D., McLeod, M. C. & Regenbogen, S. E. (2016). Patient autonomy-centered self-care checklist reduces hospital readmissions after ileostomy creation. *Surgery*, 160(5), 1302-1308.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.surg.2016.05.007>

- Harris, K., Søfteland, E., Litlerè Moi, A., Hartug, S., Storesund, A., Jesuthasan, S., ... Haugen, A. S. (2020). Patients' and helathcare workers' recommendations for a surgical patient safety checklist - a qualitative study. *BMC Health Service Research*, 20:43. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4888-1>
- Haugen, A. S., Søfteland, E., Almeland, S. K., Sevdalis, N., Vonen, B., Eide, G. E., ... Harthug, S. (2015). Effect of the World Health Organization Checklist on Patient Outcomes: A Stepped Wedge Cluster Randomized Controlled Trial. *Annals of Surgery*, 261(5), 821-828. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000716>
- Haugen, A. S., Wæhle, H. V., Almeland, S. K., Harthug, S., Sevdalis, N., Eide, G. E., ... Softeland, E. (2019). Causal analysis of World Health Organization's surgical safety checklist implementation quality and impact on care processes and patient outcomes: Secondary analysis from a large stepped wedge cluster randomized controlled trial in Norway. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002584>
- Haynes , A. B., Weiser , T. G., Berry , W. R., Lipsitz , S. R., Breizat , A.-H. S., Dellinger , E. P., ... Gawande , A. A. (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499. <https://doi.org/doi:10.1056/NEJMsa0810119>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023. Hentet 16.03 2021 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/stategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). Kvalitet og pasientsikkerhet 2019 (Meld. St. 11 (2020-2021)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/38768e5952734ab2ba135147e206e75d/no/pdfs/stm202020210011000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2018). Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Hentet 16.03 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
- Helsedirektoratet. (2019). Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023. Hentet 22.01 2021 fra [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/\\_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handling\\_splan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handling_splan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf)
- Helsedirektoratet. (2021). Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. Hentet 22.01 2021 fra <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>
- Helsepersonelloven. (1999). § 17. Opplysninger om forhold som kan medføre fare for pasienter eller brukere (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hollnagel, E. (2014). *Safety-I and safety-II : The past and future of safety management*. Farnham, Surrey, England: Ashgate.

- Hovland, B. I., Bakken, K., Dale, O., Johnsen, W., Lunde, T., Melsom, P. A. & Wifstad, Å. (2009). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. *Kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag-NEM*.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2000). *To err is human : Building a safer health system*. Donaldsen, M. S., Kohn, L. T. & Corrigan, J. M. editors. Washington, D.C: National Academy Press.
- Iqbal, U., Green, J. B., Patel, S., Tong, Y., Zebrower, M., Kaye, A. D., ... Liu, H. (2019). Preoperative patient preparation in enhanced recovery pathways. *Journal of Anaesthesiology, Clinical Pharmacology*, 35(Suppl 1), S14-S23.  
[https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP\\_54\\_18](https://doi.org/10.4103/joacp.JOACP_54_18)
- Jangland, E., Carlsson, M., Lundgren, E. & Gunningberg, L. (2012). The impact of an intervention to improve patient participation in a surgical care unit: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(5), 528-538.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.024>
- Jones, H. V., Smith, H., Cooksley, T., Jones, P., Woolley, T., Gwyn Murdoch, D., ... Subbe, C. (2020). Checklists for Complications During Systemic Cancer Treatment Shared by Patients, Friends, and Health Care Professionals: Prospective Interventional Cohort Study. *JMIR Mhealth Uhealth*, 8(9), e19225-e19225. <https://doi.org/10.2196/19225>
- Kessels, R. P. C. (2003). Patients' memory for medical information. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(5), 219-222. <https://doi.org/10.1258/jrsm.96.5.219>
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2015). *Focus Groups A Practical Guide for Applied Research* (5th utg.). Los Angeles: SAGE
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McDonald, S., Yates, D., Durrand, J. W., Kothmann, E., Sniehotta, F. F., Habgood, A., ... Danjoux, G. (2019). Exploring patient attitudes to behaviour change before surgery to reduce peri-operative risk: preferences for short- vs. long-term behaviour change. *Anaesthesia*, 74(12), 1580-1588. <https://doi.org/10.1111/anae.14826>
- Meka, A. P., Okoro U, Jaffe, T.A., Cron, D., Semaan, D.Z., Hwang, C., Papin, J. ... Barrett, M. What Should Pre-operative Clinics Do to Optimize Patients for Major Surgery? *Michigan Journal of Medicine*, 2016;1(1).  
<https://doi.org/10.3998/mjm.13761231.0001.114>.
- Møller, A. M., Villebro, N., Pedersen, T. & Tønnesen, H. (2002). Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *The Lancet (British Edition)*, 359(9301), 114-117.  
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07369-5](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07369-5)
- Nightingale, F. (1863). *Notes on Hospitals*. Longman, Green, Longman, Roberts, and Green.
- NSFs Landsgruppe av intensivsykepleiere. (2017). Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier. Hentet 03.01 2021 fra  
<https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/czwgg4sqZCCRzfiNDM56nSWsxlgGCKwVuoUe0fcXZ6NYPysIQb.pdf>

- Park, M. & Giap, T. T. T. (2020). Patient and family engagement as a potential approach for improving patient safety: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(1), 62-80. <https://doi.org/10.1111/jan.14227>
- Pasient- og brukerrettighetsloven-pbrl. (LOV-1999-07-02-63). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pickering, S. P., Robertson, E. R., Griffin, D., Hadi, M., Morgan, L., Catchpole, K., ... McCulloch, P. (2013). Compliance and use of the World Health Organization checklist in UK operating theatres. *British Journal of Surgery*, 100(12), 1664-1670.
- Polit, F. D. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ramsay, G., Haynes, A. B., Lipsitz, S. R., Solsky, I., Leitch, J., Gawande, A. A. & Kumar, M. (2019). Reducing surgical mortality in Scotland by use of the WHO Surgical Safety Checklist. *British Journal of Surgery*. 106(8):1005-1011. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30993676/>
- Ringdal, M., Chaboyer, W., Ulin, K., Bucknall, T. & Oxelmark, L. (2017). Patient preferences for participation in patient care and safety activities in hospitals. *BMC Nursing*, 16(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0266-7>
- Russ, S., Latif, Z., Hazell, A. L., Ogunmuyiwa, H., Tapper, J., Wachuku-King, S., ... Ocloo, J. (2020). A Smartphone App Designed to Empower Patients to Contribute Toward Safer Surgical Care: Community-Based Evaluation Using a Participatory Approach. *JMIR MHealth and Uhealth*, 8(1), E12859. <https://doi.org/10.2196/12859>
- Russ, S. J., Rout, S., Caris, J., Moorthy, K., Mayer, E., Darzi, A., ... Vincent, C. (2014). The WHO surgical safety checklist: survey of patients' views. *BMJ Quality & Safety*, 23(11), 939-946. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002772>
- Sahlström, M., Partanen, P., Azimirad, M., Selander, T. & Turunen, H. (2019). Patient participation in patient safety—An exploration of promoting factors. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 84-92. <https://doi.org/10.1111/jonm.12651>
- Saunes, I. S. & Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. (2009). 10 råd til pasienter på 10 språk: Prosjektdokumentasjon (Vol. Juli 2009, *Notat fra Kunnskapssenteret*). Hentet 11.03 2021 fra <https://www.vhss.no/getfile.php/134185-1531986255/Dokumenter/10%20r>
- Saunes, I. S., Svendsby, P. O., Mølsted, K. & Thesen, J. & Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2010). Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet. (Vol. Mai 2010, *Notat*). Oslo: *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Hentet 04.03 2021 fra <https://www.fhi.no/publ/2010/kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet----/>
- Schlichting, Ellen: *Kirurgi* I store medisinske leksikon på snl.no. Hentet 21. Mai 2021 fra <https://sml.snl.no/kirurgi>
- Sjetne, I. S. & Holmboe, O. & Folkehelseinstituttet Område for helsetjenester (2020). *Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2019. Metodebeskrivelse og analyser for landet samlet* (2020:839). Hentet fra <https://www.fhi.no/contentassets/1ed1cf501b0a43d58415dcbb3ab889e6/metodebeskrivelse-og-analyser-for-landet-samlet.pdf>
- Storesund, A., Haugen, A. S., Flaatten, H., Nortvedt, M. W., Eide, G. E., Boermeester, M. A., ... Sjøfteland, E. (2020). Clinical Efficacy of Combined Surgical Patient Safety System and the World Health Organization's Checklists in Surgery: A Nonrandomized Clinical Trial. *JAMA Surgery*, 155(7), 562-570. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.0989>

- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thomassen, Ø., Storesund, A., Søfteland, E. & Brattebø, G. (2014). The effects of safety checklists in medicine: a systematic review: Effects of safety checklists in medicine. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 58(1), 5-18. <https://doi.org/10.1111/aas.12207>
- Thompson, A. G. H. (2007). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Social Science & Medicine*, 64(6), 1297-1310. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.002>
- Trier, H., Valderas, J. M., Wensing, M., Martin, H. M. & Egebart, J. (2015). Involving patients in patient safety programmes: A scoping review and consensus procedure by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *European Journal of General Practice*, 21 Suppl, 56-61. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4828601/pdf/igen-21-056.pdf>
- Universitetsforlaget. (2018). *Pasientsikkerhet: Teori og praksis*. (3. utg.). Aase, K. (Red.). Oslo: Universitetsforl.
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). Rammplan for videreutdanning i intensivsykepleie. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan\\_for\\_intensivsykepleie\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05.pdf)
- Vaismoradi, M., Jordan, S. & Kangasniemi, M. (2015). Patient participation in patient safety and nursing input – a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5-6), 627-639. <https://doi.org/10.1111/jocn.12664>
- van Schoten, S. M., Kop, V., de Blok, C., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P. P. & Wagner, C. (2014). Compliance with a time-out procedure intended to prevent wrong surgery in hospitals: results of a national patient safety programme in the Netherlands. *BMJ Open*, 4(7), E005075. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005075>
- Veileder for brukermedvirkning i helseforskning i spesialisthelsetjenesten. (2018). Hentet 12.01 2021 fra <https://www.helse-sorost.no/Documents/Forskning/Forskningsmidler/Maler/Utkast%20-%20veileder%20-%20endelig%20mai18.pdf>
- Vincent, C. & Amalberti, R. (2015). Safety in healthcare is a moving target. *BMJ Quality & Safety*, 24(9), 539-540. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004403>
- Wiig, S., Storm, M., Aase, K., Gjestsen, M. T., Solheim, M., Harthug, S., ... Fulop, N. (2013). Investigating the use of patient involvement and patient experience in quality improvement in Norway: rhetoric or reality? *BMC Health Services Research*, 13(1), 206. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-206>
- World Health Organization Patient Safety (2009). *WHO guidelines for safe surgery 2009 : safe surgery saves lives*. Hentet 22.01 2021 fra [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1)
- World Health Organization. (2012). *Patients for Patient Safety*. Hentet 12.02 2021 fra [https://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/en/](https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/)
- World Health Organization. (2013). *Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks* Hentet 20.01 2021 fra [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/185779/e96814.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf)

- World Health Organization. (2015). *Patient information for surgical safety: what you need to know before and after surgery*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254045>
- World Health Organization. (2019). *Patient Safety*. Hentet 08.03 2021 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *The Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

## 12.0 Vedlegg

### Vedlegg 1

#### **Introduksjon av fokusgruppeintervjuet:**

Velkommen: Presentasjon av intervjuer (masterkandidat) og moderator (veileder) samt rollene våre under intervjuet inkludert stille spørsmål, avholde tiden, legge til rette for at alle får dele av sine erfaringer og spore samtalen tilbake til tema ved behov. Legge til rette for trygghet i gruppen (bryte isen med forfriskninger og en lett samtale) noe som kan bidra til at deltakerne deler av sine erfaringer.

Oversikt over tema: Kort introduksjon av prosjektets problemstilling som er erfaringer rundt bruk av pasientsjekklisten og hvordan sjekklisten påvirket forberedelser og informasjon før og etter operasjon. Belyse de fire hovedområdene på sjekklisten som er informasjon før og etter operasjon samt forberedelse før og etter operasjon.

Grunnregler: Minne om tidsrammen til intervjuet som er 90 min. Belyse at fokusgruppen ikke har som formål å komme til enighet eller presentere løsninger på spørsmål. Understreke at det er ønskelig med innspill til hverandre underveis for å få frem forskjellige synspunkter på tema, men ikke avbryte hverandre. Få frem at bruk av eksempler eller diskutere spørsmålene med hverandre er mulig. Informere om opptak av intervjuet som blir gjort for å få med alle detaljer, men at deltakerne vil bli aidentifisert og ikke kjennbar, og opptaket vil bli slettet seinest etter 5 år. Minne om taushetsplikt innad i gruppen.

Åpnings spørsmål: Starte med en presentasjonsrunde for å få alle deltakerne til å si noe tidlig i fasen. Informere om at vi ikke vil ta flere runder rundt bordet, men at de heller kan delta i samtalen ved å komme med innspill etter hvert.

Oppsummering: Presentere hovedfunn og spør om det er noe som ikke er tatt med, eller om det er noen som ønsker vi skal snakke om tema som ikke er belyst.

## INTERVJUGUIDE

<b>Åpningsspørsmål</b>	1. Presentasjonsrunde med navn, alder, hvor lenge siden en opererte?
<b>Introduksjonsspørsmål</b>	2. Kan dere kort dele erfaringer med bruk av pasient sjekklisten? - Hvordan var det å bruke den? - Hvordan brukte du den?
<b>Overgangsspørsmål</b>	3. Hva var det mest positive for deg ved bruk av sjekklisten? - Hva kunne vært gjort annerledes? 4. Tror du sjekklisten forebygget misforståelser eller komplikasjoner for deg, evt. hvilke? - Oppsto det uønskede hendelser som kunne vært unngått ved å tilføre spørsmål på sjekklisten?
<b>Nøkkelsspørsmål</b>	5. Hvordan påvirket sjekklisten informasjon du trengte før operasjonen? - Hvem eller hvor fikk du informasjon fra? - Fikk du oppklarende svar på dine spørsmål?
	6. Hvordan påvirket sjekklisten forberedelsen din til operasjon? - Gjorde du noen livsstilsendringer (røyk, alkohol, kost, trening)? - Lærte du deg navn og utseendet på medisiner du bruker? - Kontaktet du fastlege eller tannlege?
	7. Hvordan påvirket sjekklisten informasjon du trengte etter operasjonen? - Hvem eller hvor fikk du informasjon fra? - Fikk du oppklarende svar på dine spørsmål? - Hvordan fungerte kommunikasjon med sykepleier, lege og kirurg? - Trengte du mer, evt. hvilken informasjon etter hjemkomst?
	8. Hvordan påvirket sjekklisten forberedelsen din til hjemreise fra sykehuset? - Hvor godt forberedt var du i forhold til temaene på sjekklisten (komplikasjoner, aktivitet og restriksjoner, medisiner, smertestillende, magefunksjon, videre plan og oppfølging)? - Hvilke tiltak gjorde du på grunn av sjekklisten?
<b>Avslutningsspørsmål</b>	9. Ville du valgt å bruke pasientsjekkliste ved en ny operasjon evt. hvorfor? 10. Av alle tema vi har vært innom, hva er det viktigste for deg?



## Vedlegg 2



---

<b>Region:</b> REK vest	<b>Saksbehandler:</b> Camilla Gjerstad	<b>Telefon:</b> 55978499	<b>Vår dato:</b> 21.09.2016	<b>Vår referanse:</b> 2016/1102/REK vest
			<b>Deres dato:</b> 12.09.2016	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Arvid Steinar Haugen  
Helse Bergen HF

## 2016/1102 Pasientens helsetjeneste: Effekt av å utvikle og implementere pasientenes egne sjekklister på forekomst av uønskede hendelser og komplikasjoner før, under og etter kirurgiske inngrep i sykehus

**Forskningsansvarlig:** Helse Bergen HF, Helse Førde HF

**Prosjektleder:** Arvid Steinar Haugen

Vi viser til din tilbakemelding om ovennevnte forskningsprosjekt. Tilbakemeldingen ble behandlet av leder av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) på fullmakt. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

### Prosjektomtale

*Pasientenes helsetjeneste medfører økt pasient-involvering. Helse Vest har mål om å redusere pasientskader som kan forebygges med minst 50%. Prosjektet bidrar til ny kunnskap om pasient-involvering og om pasienters bruk av sjekklister ved kirurgi kan forbedre kommunikasjonen med helsepersonell, forebygge pasientskader knyttet til innleggelse, før, under og etter sykehusopphold. Prosjektet vil identifisere risiko-områder for uønskede hendelser og komplikasjoner ved kirurgi gjennom fokusgruppeintervju med pasienter og helsepersonell. Sjekklistene utvikles etter en metode kjent fra høyreliabilitetsindustrier og pasientsikkerhetsarbeid (Healthcare Failure Mode and Effects Analysis). Sjekklistene vil bli testet og validert i en pilotstudie ved to sykehus i Helse Vest. I en større studie vil vi undersøke effekt av pasientenes egne sjekklister på uønskede hendelser og pasientskader knyttet til kirurgisk behandling i sykehus, med en gruppe-randomisert kontrollert studie.*

### Komiteen ba om tilbakemelding (vedtak av 05.09.16)

I studien er det søkt om fritak for samtykke for kontrollgruppen i delstudie 3. REK vest ber om tilbakemelding og redegjørelse på hvilke data som skal brukes, hvordan disse skal hentes ut og hvordan deltakerne i kontrollgruppen (n=2100) sin integritet best skal ivaretas.

## Tilbakemelding fra prosjektleder

Data som blir samlet inn for kontrollarmen i studien vil være sykehusadministrative data, pasientdata for komplikasjoner og dødelighet. Data (sykehusadministrative og komplikasjon/mortalitet) vil hentes ut elektronisk ved etablerte systemer i Helse Bergen og Helse Vest – IKT. Det vil det være et elektronisk uttrekk av pasientdata, med behov for å verifisere opptil 30 % av ICD-10 kodene ved lesing av epikriser. Data aggregeres elektronisk ved sykehusenes etablerte IKT-systemer. Personidentifiserende data vil kun være tilgjengelig for prosjektleder, stipendiat og medarbeider som bidrar til å verifisere komplikasjonsdata.

For etterkontroll av data er det ønskelig å lagre personidentifiserende data i opptil fem år etter prosjektslutt.

---

Besøksadresse: Armauer Hansens Hus (AHH), 281. Haukelandsveien 28      Telefon: 55975000      E-post: rek-vest@uib.no      saksbehandlingen, bes adressert til REK vest og ikke til enkelte personer      All post og e-post som inngår i      Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK Tverrflyøy Nord, 2 etasje. Rom vest, not to individual staff

Deretter vil data slettes.

## Vurdering av tilbakemeldingen

For at fritaket skal kunne innvilges, må lovkravene i helseforskningsloven § 35 være oppfylt, jf. vedtaksbrev av 05.09.16. REK vest finner at data er relevant og nødvendig for å nå forskningsformålet og at vilkårene for fritak i henhold til § 35 er oppfylt.

Tillatelsen til å behandle opplysningene gjelder til prosjektslutt 31.12.20. REK vest godkjenner videre at opplysningene lagres for etterkontrollformål i fem år etter prosjektslutt, for så å slettes.

Prosjektleder oppgir i tilbakemeldingen at kun anonymiserte forskningsdata vil bli delt med andre forskere og evt. tidsskrift dersom det er behov for det. REK vest forstår det slik at det gjelder kun deling av anonyme data der opplysningene ikke er mulig å knytte til en enkeltperson, verken direkte eller indirekte. REK vest har ingen innvendinger til dette.

## Vedtak

*REK vest godkjenner prosjektet i samsvar med forelagt søknad og tilbakemelding.*

## Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 30.06.2021, jf. hfl. §

12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK vest dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

## Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen  
Ansgar Berg  
Prof. Dr.med  
Komitéleder

Camilla Gjerstad  
kontorsjef

**Kopi til:** postmottak@helse-bergen.no; post@helse-forde.no



## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### **PASIENTENES HELSETJENESTE: UTVIKLING OG TESTING AV PASIENTENES EGNE SJEKKLISTER VED KIRURGI**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å utvikle pasientenes egne sjekklister før og etter kirurgi. Hensikten med prosjektet er å øke pasientsikkerheten og redusere muligheten for komplikasjoner ved å være bedre forberedt til din operasjon. Aktuelle operasjoner identifiseres via pasientadministrative system. Du blir spurt om å delta i dette prosjektet fordi du er innkalt til en operasjon på en kirurgisk avdeling som deltar i studien.

#### Hva innebærer PROSJEKTET?

Deltagelse innebærer at du bruker en sjekklister. Første del brukes før operasjon og andre del brukes før utskrivelse fra sykehuset. Sjekklister skal hjelpe deg med dine forberedelser for å identifisere informasjon som er viktig for deg før og etter din operasjon.

Du må krysse av på hvert punkt på sjekklister for å svare på hva som er viktig for deg.

Vi ber deg om å bruke sjekklister før du blir innlagt i sykehuset og før utskrivning fra sykehuset. Du må ta med sjekklister til sykehuset og levere den ferdig avkrysset til personalet på avdelingen, før hjemreise.

Ved å si ja til å delta i denne studien kan du bli kontaktet og spurt om å delta i et gruppeintervju om dine erfaringer med å bruke sjekklister. Til et slikt intervju samles normalt 6-8 personer for å gå gjennom hvordan de oppfatter sjekklister.

I prosjektet vil følgende opplysninger om deg bli hentet fra pasientjournal (DIPS); kjønn, alder, helsepersonalets vurdering av din ernæringsmessige status og hvilken type operasjon du har gjennomgått. I tillegg ønsker vi å undersøke om du som pasient selv kan avdekke om du er i risiko for underernæring før operasjonen. Du blir derfor bedt om å oppgi informasjon om vekt, høyde, appetitt, matinntak og eventuelt andre tilleggs-sykdommer eller behandlinger.

#### Mulige fordeler og ulemper

En fordel med å delta i studien er at du får mulighet til å reflektere over tema som er viktig for din forberedelse til operasjonen. Dine erfaringer med å bruke denne sjekklister bidrar til utviklingen av pasientenes egne kirurgiske sjekklister. Spesielt viktig er forhold knyttet til forberedelse før og etter operasjonen.

Det er ikke påregnet noen forventet risiko eller ubehag ved å delta i denne studien.

En ulempe kan være tiden du tar for å gradere punktene på sjekklister og at du må huske å ta med sjekklister ved innleggelse på sykehuset. Dersom du deltar i et fokusgruppeintervju ca. 60-90 min, vil reise og parkering vil bli dekket (se økonomi under).

## Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for deg. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte:

- **Kristin Harris, på telefon nummer; 98486734 eller epost; [kristin.harris@helse-bergen.no](mailto:kristin.harris@helse-bergen.no)**

- **Eli Skeie, på telefonnummer 98690202 eller epost: [eli.skeie@helse-bergen.no](mailto:eli.skeie@helse-bergen.no)**

- **Arvid Steinar Haugen, på telefon nummer 55976850 eller på epost; [arvid.steinar.haugen@helse-bergen.no](mailto:arvid.steinar.haugen@helse-bergen.no)**

Du kan ta kontakt med institusjonens personvernombud dersom du har spørsmål om behandlingen av dine personopplysninger i prosjektet. Christer Kleppe, telefonnummer: 55975558, e-post: [christer.kleppe@helse-bergen.no](mailto:christer.kleppe@helse-bergen.no); [personvernombudet@helse-bergen.no](mailto:personvernombudet@helse-bergen.no)

## Hva skjer med OPPLYSNINGENE om deg?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder Arvid Steinar Haugen og doktorgradsstipendiater Kristin Harris og Eli Skeie som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt. Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt, i 2026.

## Økonomi

Hvis du blir bedt om å delta på fokusgruppeintervju, vil rimeligste transport til og fra intervjuet (på sykehuset) bli refundert ved tilsendt reiseregning med kvitteringer. Parkeringen på sykehuset vil bli dekket samme dag som intervjuet. Etter intervjuet, meld ifra til informasjonsskranken om at du har deltatt på intervju i forbindelse med forskningsprosjektet, og du vil få en gratis utgangsbillett.

Reiseregning sendes til Arvid Steinar Haugen, Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland universitetssjukehus, Jonas Lies 65, 5021 Bergen.

## Godkjenning

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning; REK godkjennings nummer er **2016/1102/ REK VEST**.

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig Haukeland universitetssjukehus og prosjektleder Arvid Steinar Haugen et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel GDPR.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

## KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med;

- Kristin Harris, på telefonnummer 98486734 eller epost: [kristin.harris@helse-bergen.no](mailto:kristin.harris@helse-bergen.no)
- Eli Skeie, på telefonnummer 98690202 eller epost: [eli.skeie@helse-bergen.no](mailto:eli.skeie@helse-bergen.no)
- Arvid Steinar Haugen, på telefonnummer 55976850 eller på epost: [arvid.steinar.haugen@helse-bergen.no](mailto:arvid.steinar.haugen@helse-bergen.no)

Jeg samtykker til å delta i prosjektet og til at mine personopplysninger brukes slik det er beskrevet

---

Sted og dato

Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver