



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591-O-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

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

Deltaker

Kandidatnr.:	484
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	13549
----------------------	-------

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? *

Nei

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

Nei



MASTEROPPGAVE

Hvordan påvirker trygg kirurgi sjekklisten kommunikasjonen og teamarbeidet i det kirurgiske teamet?

How Does the Safe Surgery Checklist Affect Communication and Teamwork in the Surgical Team?

Kandidatnummer: 481 og 484

Master i klinisk sykepleie – Operasjonssykepleie (MKS591)

Fakultet for helse og samfunnsvitenskap.

Veileder: Første lektor Petrin Hege Eide og Første lektor Marit Hegg Reime

Innleveringsdato: 26.05.2021

Antall ord: 13 549

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

Denne oppgaven strakk seg over ett semester, som resulterte i ett kort og intensivt arbeid.

Takk til Høgskulen på Vestlandet (HVL) som har ordnet ett studieforløp som gir oss muligheten til å skrive en masteroppgave innenfor operasjonssykepleie.

Vi vil gjerne takke våre veiledere Petrin Hege Eide, førstelektor ved fakultet for helse og sosialvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet, og Marit Hegg Reime, førstelektor ved institutt for helse- og omsorgsvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet, for konstruktive tilbakemeldinger og gode veiledningssamtaler.

Tusen takk for støtte, inspirasjon og innspill.

Sammendrag

Bakgrunn: Verdens helseorganisasjon (WHO) utarbeidet i 2008 en sjekkliste for trygg kirurgi som er introdusert på operasjonsstuer over hele Norge. WHO's sjekkliste er utarbeidet for å få en bedre utveksling av viktig informasjon i det kirurgiske teamet, og påvirker dermed kommunikasjonen på operasjonsstuen. Sjekklisene bærer dermed muligheten i seg til å være dannende for den videre kommunikasjonen på operasjonsstuen.

Hensikt: Hensikten med dette studiet er å undersøke om bruk av trygg kirurgi sjekklisen har andre ringvirkninger enn den opprinnelige tenkte. Sjekklisen er primært innført for å øke pasientsikkerheten. Vi undrer oss over hvordan innføring av et så omfattende instrument som sjekkliste for trygg kirurgi og som tvinger det kirurgiske teamet til å interagere har innvirkning på kommunikasjonen i teamarbeidet.

Metode: Denne studien er en metasyntese med en metaetnografisk tilnærming. Søk i databasene CINAHL, PubMed, SveMed+, Academic Search Elite, MEDLINE og Embase resulterte i ti relevante kvalitative primærstudier som ble inkludert i studiet.

Resultater: Syntesen frembragte tre tredjeordens-begreper; (1) Informasjonsflyten i teamet blir påvirket, (2) Negative opplevelser med gjennomføring av sjekklisen fører til lavere teameffektivitet og (3) Bruk av sjekklisen skaper rom for god teameffektivitet.

Konklusjon: Sjekklisen påvirker kommunikasjonen i teamarbeidet på ulike måter. Trygg kirurgi sjekklisen bidrar til en bedre informasjonsflyt, som gir lett tilgang på informasjon til hele teamet. Sjekklisen bidrar slik til at teamet er bedre forberedt hvis det skulle oppstå kritiske situasjoner på operasjonsstuen. Ved å forstå hva som er hverandres arbeidsoppgaver og ansvar, får teammedlemmene større respekt for hverandre, noe som bidrar til trygghet og tillit til hverandre. Kommunikasjonen er svært viktig for teamarbeidet og teameffektiviteten inne på operasjonsstuen. Uten å ha åpen kommunikasjon vil hierarkiet bli mer synliggjort og det oppstår fortere misforståelser, feil og uønskede hendelser.

Nøkkelord: Operasjonssykepleier, anestesisykepleier, kirurg, kirurgisk team, trygg kirurgi sjekkliste, kirurgisk sjekkliste, kommunikasjon, teamarbeid, samarbeid, tverrfaglig samarbeid, ansvar, pasientsikkerhet, kvalitativ metode, metasyntese.

Abstract

Background: In 2008 the World Health Organization constructed a checklist for safe surgery which has been introduced to operating rooms all over Norway. WHO's checklist is constructed for a better exchange of important information within the surgical team and is therefore affecting the communication in the operating room. The checklist is therefore formative for the continued communication in the operating room.

Aims: The aim of this study is to investigate whether the use of this checklist has other repercussions than the original purpose. The checklist is primarily introduced to increase the safety of patients. We are wondering how the introduction of a checklist so comprehensive as this one, and which forces the surgical team to interact, influences the communication in the surgical team and their teamwork.

Methods: This study is a metasynthesis with a metaethnographic approach. Searches in the databases CINAHL, PubMed, SveMed+, Academic Search Elite, MEDLINE and Embase resulted in ten relevant qualitative primary studies which were included in this study.

Results: The synthesis produced three three-order concepts; (1) The flow of information in the team is affected, (2) Negative experiences with the completion of the checklist lead to lower team-efficiency and (3) Use of the checklist gives room for good team-efficiency

Conclusion: The checklist influences the communication in the surgical team in different ways. The safe surgery checklist contributes to a better flow of communication, which makes information easily accessible for the entire surgical team. The checklist makes it so that that the surgical team is better prepared if critical situations occur in the operating room. By understanding what everyone's tasks and responsibilities are, the team members develop better respect for one another, which contributes to safety and trust in each other. Communication is instrumental for teamwork and for team efficiency in the operating room, without open communication the hierarchy will be more visible and misunderstandings, errors, and unwanted situations will occur more frequently.

Keywords: operating room nurse, operating room nursing, operating rooms, OR, perioperative nursing, nurse anaesthetists, surgeons, scrub nurse, theatre nurse,

MKS591. Kandidatnummer: 481 og 484

perioperative nurse, safe surgery checklist, WHO checklist, checklist, WHO surgical safety, checklist, safety checklist, World health organization, safety checklist, communication, teamwork, interdisciplinary collaboration, interaction, responsibility, safety, patient safety, qualitative method, metasynthesis

1.0 Innledning.....	1
2.0 Bakgrunn	2
2.1 Tidligere forskning.....	4
3.0 Studiens teoretiske forankring.....	4
3.1 Det kirurgiske teamet.....	4
3.2 Teamarbeid.....	5
3.3 Studiens relevans for operasjonssykepleie faget.....	8
4.0 Hensikt/formål, delmål og forskningsspørsmål.....	8
5.0 Metode og materiale.....	9
5.1 Forforståelse.....	9
5.2 Design og metode.....	9
5.3 Metaetnografi som metasyntese	9
5.4 Litteratursøk og søkestrategi.....	12
6.0 Resultater	25
6.1. Informasjonsflyten i teamet blir påvirket.....	25
6.2 Negative opplevelser med gjennomføring av sjekklisten fører til lavere teameffektivitet	27
6.3 Bruk av sjekklisten skaper rom for god teameffektivitet	30
7.0 Diskusjon	33
7.1 Diskusjon av resultater	33
7.2 Metodediskusjon.....	43
8.0 Konklusjon	45
8.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning	46
9.0 Litteraturliste	48
10.0 Vedlegg.....	52
10. 1 Vedlegg – Søkehistorikk.....	52
10.2 Vedlegg - CASP skjema	60
10.3 Vedlegg- Sentral forskning	65
Tabell 1 – Sjekkliste for trygg kirurgi.....	3
Tabell 2 – Noblit og Hare sin analysestrategi i syv trinn.....	11
Tabell 3 – PICOS.....	14
Tabell 4 – Matrise for syntese og analyse.....	17
Tabell 5– Metaforer.....	22
Figurer 1 – Flytskjema i henhold til PRISMA.....	13

1.0 Innledning

Verdens helseorganisasjon (WHO) lanserte i juni 2008 kampanjen «Safe Surgery Saves Lives» for å redusere skader og utilsiktede hendelser ved kirurgi. I forbindelse med kampanjen utarbeidet WHO en veileder for trygg kirurgi, en sjekklister for trygg kirurgi, samt en veileder for innføring og bruk av sjekklister. WHO's sjekklister er utarbeidet for å få en bedre utveksling av viktig informasjon i det kirurgiske teamet. Sjekklister er inspirert av luftfartsindustrien og bygger på å skape en sikkerhetskultur med fokus på system, i tillegg til personlig ansvar. Trygg kirurgi sjekklister er basert på kommunikasjon mellom profesjoner, muntlig bekreftelse av mottatt informasjon og avkrysning for at viktig informasjon og prosesser er gjennomført og vurdert (WHO, 2009).

Pasientsikkerhet og arbeidsmiljø må ses i sammenheng (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016), der alle i det kirurgiske teamet har et ansvar for pasientsikkerhet under operasjoner og for at operasjonen skal bli vellykket (WHO, 2009). Sjekklister er innført ved alle kirurgiske avdelinger i Norge og blir gjennomgått før hvert inngrep. Sjekklister skal redusere uheldige hendelser som feiloperasjoner, komplikasjoner og dødsfall (Oksavik, 2018). De siste årene har Verdens helseorganisasjon (WHO, 2017) økt fokuset på teamarbeid i tverrfaglige team for å forbedre pasientsikkerheten. Likevel er ca. 27 % av alle utilsiktede hendelser i pasientbehandling globalt forbundet med kirurgiske prosedyrer (WHO, 2017).

Sjekklister er introdusert på operasjonsstuer over hele Norge, og den påvirker kommunikasjonen ved å bestemme hvilket tema det skal snakkes om. Gjennomføring av time-out fordrer at medlemmene stopper opp for å høre etter hva som blir sagt, og danner en mulighet for at alle medlemmene har den samme kunnskapen og de samme målene. Sjekklister bærer dermed muligheten i seg til å være dannende for den videre kommunikasjonen på operasjonsstuen. I vår praksis på operasjonsstuen har vi opplevd en stor variasjon i bruken av sjekklister. Enkelte stuer har gått gjennom hvert punkt med alle i teamet. Andre steder har det vært utfordringer med uoppmerksomme teammedlemmer eller at enkelte hopper over punkter i sjekklister. Dette fanget derfor vår interesse for å utforske hvordan sjekklister påvirker kommunikasjonen i teamarbeidet i det kirurgiske teamet, noe vi utforsker ved hjelp av en metasyntese. Vår problemstilling er som følger:

«Hvordan påvirker trygg kirurgi sjekklisten kommunikasjonen og teamarbeidet i det kirurgiske teamet?».

2.0 Bakgrunn

Pasientsikkerhet må sees i sammenheng med krav på helsehjelp og krav om forsvarlighet. Kravet om forsvarlighet har som hovedmål å sette krav til god standard på helsehjelpen og å unngå pasientskader (Molven, 2015). I §4 i helsepersonelloven (1999) stilles det krav til at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til omsorgsfull hjelp og faglig forsvarlighet. Med andre ord skal helsepersonell opptre faglig forsvarlig i møte med pasienter og pårørende. Ifølge yrkesetiske retningslinjer (2016) har sykepleiere et etisk, personlig og faglig ansvar overfor sine egne vurderinger og handlinger. Det kreves at sykepleiere holder seg faglig oppdatert og innretter seg etter sine faglige kvalifikasjoner.

Trygg kirurgi sjekklisten er delt inn i tre deler: forberedelse, time-out og avslutning. Den første delen, forberedelsesdelen, gjennomføres før anestesistart. Den koordinerende operasjonssykepleieren, anestesisykepleieren og pasienten går gjennom den første delen av sjekklisten sammen. Først sjekker de at identifikasjonen er bekreftet både på pasientbånd, navn på operasjonsskjema og, om mulig, med pasienten selv. De dobbeltsjekker at det er riktig prosedyre som er planlagt, at det er korrekt operasjonsside, samt at det er gitt samtykke for operasjonen. Det sjekkes om pasienten har vært på toalettet, at pasienten er informert om inngrepet og at pasienten har snakket med kirurg. Det blir videre gjennomgått om pasienten har utfordringer med luftveiene, kjente allergier og om pasienten har metall i kroppen. Deretter bekrefter anestesisykepleieren at kontroll av anesthesiutstyr og medisiner er utført (WHO, 2009).

Den andre delen av sjekklisten, Time-out, gjennomføres etter anestesistart, men før operasjonsstart. Hvert medlem av operasjonsteamet introduserer seg med navn og rolle. Teamet skal bekrefte at det er rett pasient, riktig prosedyre og riktig operasjonsside. Kirurgen skal informere de andre i teamet om det er spesielle utfordringer, estimere forventet blodtap under kirurgien, forventet operasjonstid og om det er behov for spesialutstyr under operasjonen. Anestesilegen eller anestesisykepleieren skal informere teamet om det er noen

spesielle utførelser ved anestesen, om pasienten har diabetes, om antibiotika er gitt, pasientens temperatur, samt pasientens ASA-klasse. Den sterilt assisterende operasjonssykepleieren skal bekrefte steriliteten på instrumentene og informere de andre i teamet om det er spesielle utførelser knyttet til bruken av utstyret. Den koordinerende operasjonssykepleieren skal sørge for at eventuelle radiologiske bilder er tilgjengelig (WHO, 2009).

Den siste og tredje delen, avslutningen, skal utføres under eller rett etter operasjonssåret er lukket, men før pasienten forlater operasjonsstuen. Teamet gjennomgår hvilken type inngrep som er utført, om antall instrumenter stemmer og om det er tatt prøver som skal sendes videre. Det blir estimert blodtap, videre plan for postoperativ behandling av pasienten og om det er viktig informasjon som skal bringes videre til postoperativ avdeling. Det blir også gjennomgått eventuelle feil og mangler på utstyr (WHO, 2009).

Tabell 1 - Sjekkliste for trygg kirurgi

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

(Pasientsikkerhetsprogrammet, 2014)

2.1 Tidligere forskning

Et orienteringssøk i databasene CINAHL, PubMed, SveMed+, Academic Search Elite, MEDLINE og Embase, avdekket at hovedområdene for forskning på trygg kirurgi sjekklisten omhandlet pasientsikkerhet og forebygging av uønskede hendelser, postoperative komplikasjoner og pasientutfall, integrering av sjekklisten og teamarbeid. I vår studie ønsket vi imidlertid å utforske ringvirkninger av sjekklisten. Ved å avgrense til oversiktsartikler, gjorde vi følgende søk i SveMed+: Operating room nursing OR nurse anesthetists OR surgeons AND trygg kirurgi OR checklist OR samarbeid OR teamwork OR kommunikasjon. På dette søket fikk vi 28 treff. Ved å avgrense samme søk til qualitative research fikk vi to treff, men kun et av dem var relevant for oss: Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery av Sandelin & Gustafsson, (2015). Tilsvarende søk på de engelske søkeordene ble utført i de andre nevnte databasene (Vedlegg 10.1). Orienteringssøket avdekket få kvalitative studier om teamkommunikasjon knyttet til trygg kirurgi sjekklisten, men avdekket et tilstrekkelig antall studier til å utføre en metasyntese i henhold til Malterud (Malterud, 2017) sine anbefalinger på minimum 10 studier. Orienteringssøket avdekket at det ikke tidligere var publisert en metasyntese på vår problemstilling.

3.0 Studiens teoretiske forankring

3.1 Det kirurgiske teamet

Et kirurgisk team kan arbeide sammen i flere timer på kun én operasjon, og det er derfor viktig at alle teammedlemmene har fokus på sine arbeidsoppgaver, samtidig som en skaper en god atmosfære (Oksavik, 2018). Sykehuset er en organisasjon med et hierarkisk preg innenfor de ulike yrkesgruppene (Lauvås & Lauvås, 2004). De ulike medlemmene i det kirurgiske teamet er vilkårlig sammensatt. Kirurger er ikke ansatt i samme avdeling som anestesisykepleierne og operasjonssykepleierne. Teamet får ikke velge sine medlemmer selv, og teamet er gjerne derfor nytt for hver operasjon. De ulike medlemmene har ulik status, med leger på toppen og sykepleierne under, men selv om rollene er ulike, er rollene avklart på forhånd (Lauvås & Lauvås, 2004). Operasjonsteamet består av en kirurg, en anestesilege, en anestesisykepleier og to operasjonssykepleiere. Kirurgen har grunnutdannelse som lege og spesialutdannelse som kirurg. Kirurgi er en del av medisinen hvor legen utfører operasjoner

på pasienter for å oppnå eller fremskynde helbredelse (med.uio, 2007). Anestesilegen har spesialutdanning innenfor bruk av anestesimidler, anestesiteknikker, narkose, bedøvelser, smertebehandling, intensivbehandling, akuttmedisin og behandling av alvorlig syke pasienter (Den norske legeforening, 2009). Anestesisykepleieren er ansvarlig for å opprettholde livsviktige funksjoner som sirkulasjon, væsketilførsel og å sikre frie luftveier med tilstrekkelig ventilasjon (Espe og Hovind, 2011). Operasjonssykepleierne kartlegger og vurderer pasientens behov, prioriterer og iverksetter tiltak for pasientens beste. De har to ulike roller på operasjonsstuen, der én går sterilt assisterende og har ansvaret for sterilt utstyr og det sterile feltet, mens den koordinerende operasjonssykepleieren har ansvaret for operasjonsstuen og å supplere det kirurgiske teamet (Eide og Dåvøy, 2018). På grunn av de ulike arbeidsoppgavene kan medlemmene ha ulike forventninger til det som skal skje og til hverandre (Lauvås & Lauvås, 2004).

3.2 Teamarbeid

Ifølge Salas, Sims og Burke (2005) finnes det kjernekomponenter som er viktig for et godt teamarbeid. De fem kjernekomponentene som de mener må inkluderes i teamarbeid er: teamledelse, gjensidig overvåkning, støttende adferd, tilpasningsevne og teamorientering. De mener også at kjernekomponentene trenger støttende koordineringsmekanismer som for eksempel felles mentale modeller, closed loop kommunikasjon og gjensidig tillit (Salas et al., 2005).

At et team svikter, kan skyldes faktorer som dårlig planlegging, mangel på støtte, eller svikt i teamets interne prosesser, som for eksempel kommunikasjon. Det er derfor viktig å skille mellom teamprestasjoner og teameffektivitet. Teamprestasjoner tar hensyn til resultater av teamets handlinger, uavhengig av hvordan teamet har fullført oppgaven. Omvendt er teameffektiviteten et mer helhetlig perspektiv på å vurdere om teamet ikke bare presterer, men også hvordan teamet samhandler for å oppnå resultatet de ønsket. Herunder om teamet produserer over eller under norm i forhold til det tidsrommet som er vanlig, eller som har blitt satt av til ferdigstilling av gitt oppgave. Dette er en viktig differensiering da mange faktorer i teamet kan bidra til suksess eller fiasko (Salas et al., 2005).

Å jobbe som et team innebærer et sett med sammenhengende tanker, handlinger og følelser for de ulike medlemmene og som er nødvendig for at teamet skal fungere. Gjennom de fem

kjernekomponentene blir det klart at teammedlemmer effektivt kan samarbeide. Enkeltpersoner må ha en klar forståelse av sine roller i oppgaven, hvilke tilgjengelige ressurser/kompetanser som finnes, i tillegg til å vise gjensidig tillit og kunne kommunisere tydelig (Salas et al., 2005).

3.2.1 De fem kjernekomponentene

Teamledelse: Å gi god veiledning for å koordinere handlinger i teamet er en viktig faktor i teamledelsen. Lederen promoterer teamets effektivitet ved å bruke informasjonen om teamet til å koordinere adferden og kontakten. En teamleder legger til rette for effektivitet ved å synkronisere og kombinere ulike bidrag som kommer fra teammedlemmer (Salas et al., 2005).

Gjensidig overvåkning: Et effektivt team består av medlemmer som er bevisst på hva teamets funksjon er, ved å overvåke medlemmers jobb i et forsøk på å fange opp feil før eller kort tid etter det skjer. Gjensidig overvåking blir definert som "å holde styr på medarbeidere i teamet mens en utfører sitt eget arbeid, for å sikre at alt går som forventet og for å sikre at prosedyrer blir fulgt". Dette er svært viktig når teamet står ovenfor stressende oppgaver. Tilbakemeldinger gjør at enkeltpersoner kan bli mer oppmerksomme på sin egen adferd. Ved å kunne gi slike tilbakemeldinger til teamet vil det kunne styrke teamets effektivitet (Salas et al., 2005).

Støttende adferd: Hvis det blir oppdaget at arbeidsmengden for et teammedlem er for stor, kan teamet delta i back-up adferd ved å skifte på ansvaret. Hvis dette ikke blir tilrettelagt for eller overtatt, forventes det at teamets effektivitet vil bli dårligere (Salas et al., 2005).

Tilpasningsevne: Tilpasningsevne er definert som evnen til å gjenkjenne avvik fra en forventet handling, for deretter å justere handlingen etter avviket (Salas et al., 2005).

Teamorientering: Teamorientering er ikke bare evnen til å samarbeide med andre, men også evnen til å forbedre seg individuelt gjennom koordinering, evaluering og utnyttelsen av oppgaver (Salas et al., 2005).

3.2.2 Koordineringsmekanismer

Felles mentale modeller: For å kunne samarbeide kreves det at teammedlemmene koordinerer seg ved å forutse hverandres behov gjennom felles forståelse av miljøet og forventningene til ytelse. Teamrelaterte mentale modeller har med teamets funksjon og forventet adferd å gjøre, mens oppgaverelaterte mentale modeller inneholder informasjon om utstyr som trengs for oppgaven eller hvordan utstyr brukes. Felles mentale modeller lager et rammeverk som fremmer felles forståelse og handling. Det er forventet at når teammedlemmer jobber sammen over tid, vil de oppdatere sin felles forståelse gjennom closed loop kommunikasjon og gjensidig tillit (Salas et al., 2005).

Closed loop kommunikasjon- lukket kommunikasjon: Lukket kommunikasjon er spesielt viktig når miljøet øker kompleksiteten, som for eksempel ved nødsituasjoner. Lukket kommunikasjon innebærer at avsenderen gir en melding, mottakeren mottar melding, tolker den og bekrefter med tilbakemelding (Salas et al., 2005).

Gjensidig tillit: Uten tilstrekkelig tillit til andre teammedlemmer, vil en bruke mye tid på inspeksjon av andre, istedenfor å samarbeide og gi hverandre verdiskapende ideer. Tillit fremmer også vilje til å spre informasjon til andre medlemmer. Hvis et teammedlem ikke føler at deres innspill blir verdsatt, ønsker de heller ikke å dele informasjonen (Salas et al., 2005).

3.2.3 Tverrfaglig teamarbeid

I det kirurgiske teamet skal det samarbeides flerfaglig og tverrfaglig for å sikre et faglig forsvarlig pasientforløp. Det kirurgiske teamet er avhengig av den profesjonsspesifikke kunnskapen som alle i det kirurgiske teamet besitter. Det vil si at i et operasjonsteam er det en gjensidig avhengighet mellom aktørene. Det å ha kjennskap til hva som er hverandres ansvarsområder, samt kunnskap og tydelighet i forhold til egne arbeidsoppgaver gjør det lettere å bistå andre medlemmer i teamet. I et operasjonsteam er ansvaret for å forhindre at feil oppstår delt mellom teammedlemmene. Stabile team som jobber mye sammen og dermed kjenner kompetansen i teamet, kan forhindre at feil oppstår (Oksavik, 2018).

3.2.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon er utveksling av oppfatninger, meninger, tanker og følelser som skjer mellom mennesker. På jobb går vi inn i rollen som helsepersonell og vil dermed kommunisere som helsepersonell og ikke som privatpersoner. Yrkets verdigrunnlag baserer seg på helsefaglig profesjonell kommunikasjon, og god kommunikasjon er en kvalitetssikring av det helsefaglige arbeidet. At helsepersonell kan kommunisere klart og lytte aktivt til andre, er med på å øke helsegevinsten for pasienten, for å identifisere krevende situasjoner, forhindre profesjonelle feil og mangler, samt forebygge at uheldige valg skjer (Eide & Eide, 2008). Det å ha en god tverrfaglig kommunikasjon kan bidra til å løse etiske problemer. Ved å få frem relevant informasjon skapes det en felles forståelse på operasjonsstuen. Effekten av samhandlingen styrker de personlige relasjonene, øker kunnskapen og tilliten til kollegaers faglige kompetanse, samt senker terskelen for å ta kontakt (Orvik, 2004). God kommunikasjon og samarbeid i teamet er avgjørende for den faglige kvaliteten og for arbeidsmiljøet (Eide & Eide, 2008).

3.3 Studiens relevans for operasjonssykepleie faget

Operasjonssykepleiere er ansatte i operasjonsavdelinger og har ansvar for å planlegge, organisere og tilrettelegge for hvert enkelt inngrep. De har også ansvaret for operasjonsstuen som helhet og alle de involverte som kommer til deres stue. Før resten av teamet kommer er det operasjonssykepleierne sammen med anestesisykepleierne som legger grunnlaget for den videre behandlingen. De tar også forberedelsesdelen av trygg kirurgi sjekklisten sammen (Eide og Dåvøy, 2018). Studiet vil ha en relevans for operasjonssykepleie med tanke på at trygg kirurgi sjekklisten brukes hver dag til alle inngrep på hvert eneste sykehus i Norge.

4.0 Hensikt/formål, delmål og forskningsspørsmål

Hensikten med dette studiet er å undersøke om bruk av trygg kirurgi sjekklisten har andre ringvirkninger enn den opprinnelige tenkte. Sjekklisten er primært innført for å øke pasientsikkerheten. Vi undrer oss over hvordan innføring av et omfattende instrument som tvinger det kirurgiske teamet til å interagere har innvirkning på kommunikasjonen i teamarbeidet. Vårt forskningsspørsmål er således følgende;

«Hvordan påvirker trygg kirurgi sjekklisten kommunikasjonen og teamarbeidet i det kirurgiske teamet?»

5.0 Metode og materiale

5.1 Forforståelse

Forforståelse er den kunnskapen forskerne har med seg om et valgt tema. Denne samlingen av kunnskap og erfaring kan opptre både som en styrke og svakhet for arbeidet. Den kan fungere som en motivasjon for å søke kunnskap, samtidig som den kan føre forskningen i den retningen forforståelsen ønsker. Derfor er det viktig at forforståelsen belyses i forkant av en studie, slik at en kan unngå at den blir en mulig feilkilde. Da vi tok et dypdykk i tidligere forskning, måtte vi være bevisst på at egen forforståelse kan stå i veien for å forstå teksten som den er og hva den ønsker å fortelle (Malterud, 2017). Dette er noe vi har kjent på selv. Vi jobber begge som operasjonssykepleiere, noe som kan ha innvirkning på svarene vi lette etter i tidligere forskning. Som en del av hierarkiet på operasjonssalen kjenner vi på maktspillet daglig og kampen for å gjennomføre sjekklisten. Trygg kirurgi sjekklisten er noe som blir brukt flittig i vår arbeidshverdag og vi synes at sjekklisten er et viktig redskap på operasjonsstuen. Denne forforståelsen påvirker oss og kan gjøre oss blinde for alternative svar som eksisterer. Derfor var det viktig at vi også søkte informasjon som avkrefter og utfordrer vår forforståelse, noe vi har tilstrebet i analysefasen.

5.2 Design og metode

Kvalitativ metasyntese er metoden som ble valgt for å belyse problemstillingen. En metasyntese er en litteraturstudie hvor en analyserer resultater fra tidligere kvalitative primærstudier, deretter syntetiseres funnene for å utvikle ny kunnskap og teori (Polit & Beck, 2017). Metasyntese er en metode som ble utviklet av Stern og Hare på 1980-tallet, og i 1988 presenterte Noblit og Hare metaetnografien som metode for syntese av kvalitative studier (Malterud, 2017). Dette kapittelet vil utdype metoden, og beskrive anvendelsen av metoden.

5.3 Metaetnografi som metasyntese

Metaetnografi tar stilling til hvordan hovedfunnene fra de inkluderte primærstudiene forholder seg til hverandre, slik de har vært fortolket og presentert av sine forfattere (France

et al., 2014). Det finnes flere ulike metodestrategier innenfor metasyntese og den vanligste metoden er metaetnografi. Vi valgte metaetnografi til vår studie da vårt mål var å integrere eksisterende kvalitativ forskning på helsepersonells opplevelser av et gitt emne. I følge Noblit og Hare (1988) brukes metaetnografi som metode for syntese av funnene fra kvalitative studier. Metoden brukes til å analysere og tolke, ikke bare sammenfatte primærlitteraturen. Matasyntese er en systematisk metode for å søke, gjennomgå og vurdere funn fra ulike kvalitative studier om et gitt fenomen eller emne. Denne metoden er preget av induktiv analyse og tolkning som fører til ny forståelse og en dypere kunnskap om menneskers opplevelser, der en trekker ut deler fra forskjellige studier og kombinere dem for å skape en ny helhet. Metaetnografi er en induktiv metode som går under det fortolkende paradigmet og syntesen innebar at vi tolket og ikke bare beskrev, og der konteksten var avgjørende for vår forståelse (Malterud, 2017).

De forskjellige fortolkningsnivåene blir referert til som konstruksjonsordrer. Førsteordens konstruksjoner definerte informantene i studiet sin forståelse av fenomenene. Andreordens konstruksjoner representerte forfatterens tolkninger av informantenes forståelse. Tredjeordens konstruksjoner var resultatene av syntesen og ble preget av første og andreordens konstruksjoner (Atkins et al., 2008). Denne måten å jobbe med empiri på fjernet behovet for å være i direkte kontakt med informantene.

I en metaetnografi trekkes det ut deler fra de ulike studiene for så og transformerer dem inn i en ny helhet. Denne prosessen ga mulighet for en systematisk innsamling av informasjon, ved å dekonstruere, analysere og tolke resultatene fra de ulike studiene. Primærstudiene ble bevart ved at forskerne siterer og henviser til originalstudiet (Malterud, 2017). Noblit og Hare bruker ordet metafor for å referere til nøkkelord, konsepter eller temaer som forfatterne har brukt for å formidle sine resultater. Oversettelse er Noblit og Hare sin betegnelse på fremgangsmåten vi har fulgt når vi skulle sammenlikne relevante metaforer fra de inkluderte primærstudiene (Noblit og Hare, 1988). Det dreide seg ikke om direkte oversettelse som i dagligtalen, men om systematisk undersøkelse av likheter og forskjeller mellom uttrykk som hver enkelt forfatter har brukt til å presentere resultatene med (Malterud, 2017).

I følge Malterud (2017) kan kvalitative studier inngå i en metasyntese selv om studiene har ulike metodiske tilnæringer. Intervjuene kan bli utført enten som fokusgruppeintervju, individuelle intervju eller gruppeintervju. Dette kan gi metodiske utfordringer, men Malterud

(2017) hevder at det nesten alltid vil finnes en rød tråd som er gjennomgående på tvers av de forskjellige studiene og dette mangfoldet kan gi en uventet bonus ved at en får frem nyanser en ikke hadde sett for seg å finne.

Metaetnografi er organisert i syv faser eller i syv trinn, som overlapper gjennom den analytiske prosessen (Malterud, 2017). Denne syv trinns fremgangsmåten innebar en systematisk fremgangsmåte som det er mulig å følge, forklare og drøfte. Hovedelementet var å finne ut hvordan resultatene fra primærstudiene forholder seg til hverandre. I denne studien ble analysen ledet av disse syv trinnene, selv om enkelte moderne tilpasninger ble gjort på grunn av fremskritt innenfor forskning og teknologi siden metaetnografien først ble presentert (Malterud, 2017)

Tabell 2 - Noblit og Hare sin analysestrategi i syv trinn

7-trinnsprosessen (Noblit & Hare, 1988)	Vår prosess
1. Oppstart	Vi har utarbeidet problemstilling i forhold til kunnskapshull i forskning i samarbeid med veiledere. Bibliotekar har bistått med søkestrategi ut fra PICOS-skjema.
2. Utvelgelse	Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterer er definert. Rayyan QCRI ble brukt som screeningsverktøy av tittel og sammendrag ved utvelgelse. Deretter ble fulltekstartikler innhentet. PRISMA skjema over utvelgelsesprosess ble påbegynt.
3. Granskning og kritisk vurdering	Lest grundig gjennom de inkluderte artiklene flere ganger. Benyttet CASP sjekklister for kritisk vurdering.
4. Oversikt over hvordan studiene er koblet sammen	Indeksartikkel blir valgt og vi finner nøkkelmetaforer fra artiklene. Vi utarbeider en matrise og setter inn nøkkelmetaforene i denne for å få en god oversikt.
5. Oversette studiene til hverandre	Vi organiserer materialet og gjør en tekstreduksjon av de ulike nøkkelmetaforene vi har funnet og ser på likheter og ulikheter på tvers av studiene.
6. Syntetisering	Vi har brukt resiprok oversettelse og med det fikk vi en ny tolkning av det empiriske materialet som gav oss 3 tredjeordens begrep.
7. Resultat	Resultatene blir formidlet i tekst og utdyper og begrunner meningsinnholdet

Trinn én til tre foregikk før analysen og syntesen, men blir likevel sett på som analysestrategi. Trinnene ga et utgangspunkt for hvordan vi kunne planlegge metasyntesen og i hvilken rekkefølge den burde gjøres. I følge Malterud (2017) kunne overgangene mellom trinnene være flytende i praksis.

Trinn 2 -Utvelgelse

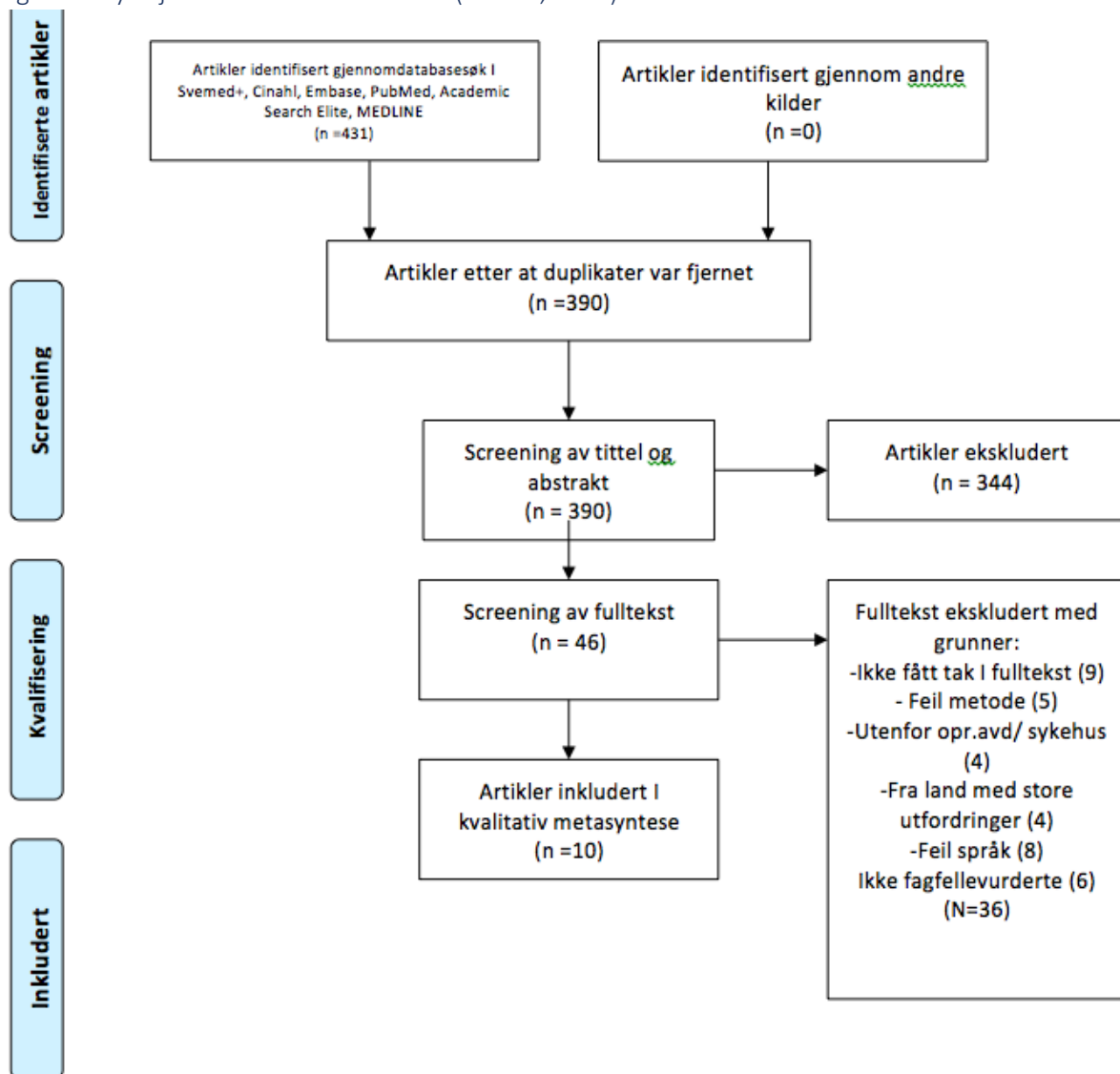
5.4 Litteratursøk og søkestrategi

Trinn 2 bestod av utvikling av søkestrategi og å gjennomføre systematiske søk med sikte på å identifisere studier som er relevante for metasyntesen (Malterud, 2017). For å kunne utføre en metasyntese, måtte det være tilstrekkelig relevant faglitteratur som kunne besvare forskningsspørsmålet vårt. Det ble søkt i databaser via bibliotekets fagdatabaser i tillegg til søk i referanselistene til artikler som allerede var funnet (Polit & Beck, 2019). For å kunne gjennomføre søk i ulike databaser var det nødvendig å finne gode søkeord. Disse søkeordene ble strukturert i et PICOS-skjema (tabell 3). I samarbeid med bibliotekar fant vi søkeordene som ble vurdert som mest relevante for litteratursøket. Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble definert for utvalg av studier fra de ulike databasene. Søkene ble gjennomført i databaser som tar utgangspunkt i sykepleieforskning og medisinsk forskning. Vi startet søkene våre i SveMed+ da dette er en skandinavisk database og vi kunne gjøre søkene på norsk i første omgang. Ved å søke her fant vi videre MeSH-termer på engelsk som vi skrev inn i PICOS-skjemaet, og som vi kunne ta med videre i søk i ulike databaser. Ved å bruke engelske søkeord kom det også opp forslag om tilsvarende søkeord.

Databasene som er blitt brukt er CINAHL, PubMed, SveMed+, Academic Search Elite, MEDLINE og Embase. Oria og Google Scholar er blitt brukt for å finne artiklene i fulltekst. De ulike studiene la vi inn i screeningsverktøyet RAYYAN QCRI (Ouzzani, Hammady, Fedorowicz & Elmagarmid, 2016). Vi utarbeidet søkehistorikk for søk i de ulike databasene (vedlegg 10.1). Databasene dekket engelskspråklig sykepleierelatert og helserelatert faglitteratur fra ulike tidsskrifter. Et PRISMA flytskjema ble utarbeidet for å belyse utvelgelsesprosessen (Helsebiblioteket, 2016). Malterud (2017) hevder at mellom 10-20 primærstudier med god

informasjonsstyrke er håndterbart i en metaetnografisk studie, og antyder at færre primærstudier enn 10 blir for lite materiale å jobbe med (Malterud, 2017).

Figur 1 - Flytskjema i henhold til PRISMA (Moher, 2010).



5.4.1 PICOS-skjemaet:

Nøkkelord og søkeord tilpasset vår problemstilling ble identifisert og sortert i en PICOS tabell. Et PICOS skjema klargjør spørsmålet for litteratursøket og søkestrategien (Helsebiblioteket, 2016; Malterud, 2017). P- står for populasjon, I- står for intervensjon, tema, C- står for sammenligning, denne ble ikke brukt, O- står for resultat og S- for studiedesign, da vi avgrenset søkene våre til kvalitative studier. Kombinasjoner av søkeordene var nødvendige for å gjøre et litteratursøk som identifiserer de primærstudiene som var relevante for vår

problemstilling. Da forskningslitteraturen som oftest finnes på engelsk hadde vi også behov for at søkeordene var på engelsk. Tabell 3 viser PICOS-skjemaet.

Tabell 3 – PICOS

Population	Intervention	Comparison	Outcome	Studydesign
Operasjonssykepleier Anestesisykepleier Kirurg Kirurgisk team	Trygg kirurgi sjekklister Kirurgisk sjekklister		Kommunikasjon Interaksjon Teamarbeid Samarbeid Tverrfaglig samarbeid Ansvar Pasientsikkerhet	Kvalitativt design
Operating room nurse, operating room nursing, operating rooms, OR, perioperative nursing, scrub nurse, theatre nurse, perioperative nurse. nurse anesthetists, surgeons, anesthesiologists	Safe surgery checklist, WHO checklist, WHO surgical safety, checklist, safety checklist, World health organization, safety checklist		Communication, teamwork, interdisciplinary collaboration, interaction, responsibility, safety, patient safety	Qualitative

5.4.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Trygg kirurgi sjekklister ble tatt i bruk i 2008. Ifølge Major og Savin-Baden (2010) er det viktig at forskningen ikke er for gammel, derfor har vi inkludert forskning som er utført de siste 10 årene. Etter en omfattende søkeprosess i ulike databaser fant vi 10 vitenskapelige artikler som vi valgte å inkludere i studiet.

Inklusjonskriterier:

- Kvalitative forskningsartikler skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk språk.
- De kvalitative forskningsartiklene må belyse faktorer om kommunikasjon, teamarbeid, trygg kirurgi sjekklister, operasjonssal, trygghet
- Forskningsartiklene publisert de siste ti årene blir inkludert om de er relevante.
- Forskningsartikler som er fagfellevurdert

Eksklusjonskriterier:

- Kvantitative forskningsartikler og mixed methods studier.
- Forskning publisert før trygg kirurgi sjekklisten ble tatt i bruk
- Forskningsartikler skrevet på annet språk enn norsk, svensk, dansk eller engelsk.
- Forskningsartikler fra land som har andre utfordringer enn Norge (krig, u-land)
- Forskning som omhandler andre avdelinger enn operasjonsavdelinger,
- Studier som ikke er fagfelleverdert

Trinn 3 - Granskning og kritisk vurdering

5.4.4 Kvalitetsvurdering

På trinn 3 ble alle de inkluderte studiene lest grundig igjennom i fulltekstform for å identifisere resultatene som skulle omfatte de empiriske dataene i metaetnografien. Metodelitteraturen for systematiske oversikter understreker at utvalgsprosessen skal gjennomføres av to forskere uavhengig av hverandre (Malterud, 2017). Etter kriteriene for inklusjon og eksklusjon var bestemt, ble Rayyan QCRI-applikasjonen brukt for å lette prosessen med screening og utvelgelse av studiene. Totalt ble 431 artikler lastet opp i Rayyan QCRI. Vi gikk gjennom artiklene hver for oss hvor vi huket av om vi ønsket å inkludere, ekskludere eller kanskje ha artikkelen med i studien. Dette ble gjort uavhengig av hverandre og blindet, da det ble brukt BLIND ON. Etter ferdig gjennomgangen av tittel og abstrakt tok vi på BLIND OFF og fikk opp et kakediagram for grad av samstemthet. Flere av artiklene ble satt som Maybe, da vi trengte å lese fulltekst for å vurdere de for inklusjon eller ikke (Ouzanni et al., 2016). Vi leste fulltekststudiene uavhengig av hverandre, først for å vurdere de for endelig inklusjon, og deretter for å identifisere og abstrahere metaforer og vurdere om vitenskapelig kvalitet var ivaretatt (Noblit & Hare, 1988). For en systematisk oversikt regnes det ikke som tilstrekkelig at artikkelen allerede er fagfelleverdert før den er blitt publisert (Malterud, 2017). Samtlige av de 46 artiklene vi har lest gjennom i fulltekst og de 10 artiklene vi har valgt å

inkludere i metasyntesen, er blitt kvalitetssjekket med redskapet CASP (Critical Appraisal Skills Programme, 2019). Sjekklisten består av 10 spørsmål (Vedlegg 10.2). En litteratormatrise for de inkluderte studiene ble utarbeidet for å få en god oversikt over datamaterialet (Vedlegg 10.3).

Dataene som ble hentet fra studiene ble sortert etter førsteordens konstruksjoner; informantenes sitater, og andreordens konstruksjoner; forfatterens tolkning. De 10 inkluderte primærstudiene ble publisert i årene 2012 til 2020 (vedlegg 10.3). Av de inkluderte studiene er fire utført i Norge (nummer 1, 4, 6, 7), to ble utført i England (nummer 2, 3), to ble utført i Sverige (nummer 5 og 9), en i Irland (nummer 10) og en på Island (nummer 8). Det ble gjennomført totalt 105 intervjuer av kirurgiske team, hvor 2 var organisert som gruppeintervju, i tillegg til 124 observasjoner av kirurgiske team på de ulike sykehusene.

Trinn 4 - Oversikt over hvordan studiene er koblet sammen

5.4.5 Analyse og syntese

Vi startet trinn 4 med å sette sammen listene våre over metaforer som ble hentet fra de inkluderte studiene. Metaforene ble organisert i en matrise (tabell 5). Studien som var mest informasjonsrik identifiserte vi som vår indeksstudie. Det var viktig å ha en indeksstudie som var rik på data, da den ville være utgangspunktet når vi skulle sammenligne studiene. Rekkefølgen på studiene som ble sammenlignet kunne påvirke syntesen (Malterud, 2017). Vi valgte den norske studien til Holmes, Vifladt og Ballangrud, «A qualitative study of how inter-professional teamwork influences perioperative nursing», som vår indeksstudie, da denne inneholdt de mest varierte og omfattende dataene. Studien handler om hvordan sjekklisten påvirker interaksjoner i operasjonsteamet, som var sentralt i forhold til vår problemstilling der vi så på hvordan sjekklisten påvirker kommunikasjonen i teamarbeidet. Alle de inkluderte studiene viste en gjensidig relasjon til indeksstudien, men også til hverandre.

Tabell 4 – Matrise for syntese og analyse

Nøkkelmetaforer	Nr. 1. Holmes (2019) Indeksartikkel	Nr. 2. Ziman, (2018)	Nr. 3 Korkiakangas. (2017)	Nr. 4 Willassen (2018)	Nr. 5 Nordström, (2019)	Nr. 6 Wæhle (2020)	Nr. 7 Wæhle (2012)	Nr. 8 Ingvarsdottir (2018).	Nr. 9 Sandelin (2015)	Nr. 10 O'Brien (2016)	Oversettelse	Overordnet oversettelse
	<p>-Lett tilgang på informasjon for hele teamet</p> <p>-Være forberedt på hva som kan skje</p> <p>-Uklare meldinger</p> <p>-God informasjonsflyt i teamet er viktig</p> <p>- Skulle det oppstå villedende eller mangel på kommunikasjon vil dette påvirke samarbeidet i teamet</p> <p>- Ved komplisert kirurgi økte sjekklisten teammedlemmenes følelse av sikkerhet og trygghet</p>	<p>-Uenigheter i gruppen om hvem som skulle ha ansvaret for å starte og gjennomføre sjekklisten skapte problemer.</p>	<p>-Sjekklisten ble lite nyttig hvis teammedlemmene tok snarveier, istedenfor å følge listen. F.eks: at operasjonssykepleieren spurte anestesipersonalet om de har gått igjennom sjekklisten.</p> <p>-Når alle teammedlemmene var tilstede og konsentrerte om sjekklisten ble utvekslingen av pasientinformasjonen tilstrekkelig</p>	<p>-Hvis teammedlemmene ikke snakket tydelig, ble det vanskelig for resten av teamet å delta</p> <p>-Dårlig kommunikasjon førte ofte til intraoperative hendelser som feil posisjonering, manglende utstyr, eller for eksempel glemme et kateter</p>	<p>-Teamet må ha nok informasjon om de ulike faggruppene sine roller, hvem som har hvilket ansvar, samt informasjon om hvilket inngrep som skal gjennomføres, eventuelle endringer i operasjonsplanen eller mulige komplikasjoner under inngrepet</p>	<p>"Avslutningen" på sjekklisten ga en oppsummering av operasjonen</p>	<p>-Når teamet hadde oversikt over mulige risikofaktoren, kunne teamet forhindre disse</p>	<p>-Ulik kompetanse i teamet gjør at man må dele informasjonen på hvert enkelt teammedlem har</p> <p>-Beskjedene måtte være tydelige og lett å forstå, slik at feil kunne oppdages og korrigeres.</p>	<p>-Teamet deler felles helsemål og koordinerer pasientbehandling, fra vurdering til evaluering.</p> <p>-For å oppnå teamarbeid må medlemmene ha gjensidig avhengig samarbeid, åpen kommunikasjon og felles beslutningstaking</p>	<p>-Teamsamarbeid bidrar til å minimere konflikter og motstand som kan ha en negativ innvirkning på sikkerhetsinitiativer i samsvar med anbefalte sjekklistestandarder</p>	<p>Åpen kommunikasjon</p> <p>Respekt og forståelse</p>	<p>Informasjonsflyten i teamet blir påvirket</p>

MKS591. Kandidatnummer: 481 og 484

<p>-Gode teamferdigheter i operasjonsteamet kan gjøre det mulig å unngå negative konsekvenser.</p> <p>-Å gi og få respekt og anerkjennelse, er noe teamet må ha fokus på</p> <p>- Teammedlemmer synes det ble lettere å si ifra om feil, forglemmelser, risiko og avvik fra prosedyrer når operasjonsteamets teamferdigheter var gode</p> <p>-Teamet hadde forskjellige oppfatninger av betydningen av Trygg kirurgi sjekklisten og teamarbeid</p>	<p>-Flere kirurger irriterte seg over ansvaret for gjennomføring av sjekklisten og dette forårsaket anstrengt teamarbeid</p> <p>-Skaper spenninger når den blir ledet på tidspunkt som ikke passer for alle</p> <p>-implementeringen ble vanskelig når teamet har forskjellige prosedyrer som kommer i konflikt med hverandre.</p>	<p>-Mangel på konsentrasjon-gjør andre oppgaver enn å følge med på sjekklisten</p> <p>-Sjekklisten ble startet uten alle tilstede</p>	<p>- Teammedlemmers holdninger til sjekklisten endret seg etter de hadde opplevd ubehagelige situasjoner hvor sjekklisten ikke ble brukt</p> <p>- Trakassering, ekskludering og latterliggjøring fra leger side under sjekklisten.</p>	<p>- Selv om enkelte av teammedlemmene hadde en lojal holdning til sjekklisten, ville de fort bli påvirket av andre teammedlemmer om de var negativt innstilt til den.</p>	<p>-Teammedlemmenes oppfatning av pasientsikkerhetsutfordringer påvirket sjekklisten bruken</p>	<p>- Å ha en positiv og respektfull holdning ovenfor hverandre vil være med på å bedre utførelsen av sjekklisten</p>	<p>-Når teamet har en ærlighet ovenfor hverandre, vil muligheten for å snakke mer åpent og sensitivt rundt problemstilling er vær</p> <p>-Avbrudd og distraksjoner ble rapportert som et sikkerhetsproblem</p>	<p>-Flere av medlemmene i operasjonsteamet følte seg ydmyket av adferden til enkelte kirurger, spesielt når kommunikasjonen ble oppfattet som respektløs</p>	<p>-Sjekklisten er ment for å være samtlende for teamet, slik at de jobber for å fremme kommunikasjon og samarbeid parallelt med andre oppgaver.</p>	<p>Ulike holdninger og sabotasjer</p> <p>Følelsen av et hierarkisk miljø påvirker sikkerheten</p>	<p>Negative opplevelser med gjennomføring av sjekklisten fører til lavere teameffektivitet</p>
<p>-Mangel på støtte, tap av konsentrasjon,</p> <p>- Stress og irritasjon distraherer</p> <p>-Glemte</p>	<p>-Mangel på konsentrasjon</p> <p>-Unødvendig støy i form av instrumenter og verbal snakking</p> <p>-Kirurgen var ikke tilstede</p> <p>-sjekklisten ble</p>	<p>-Alle er tilstede når sjekklisten blir gjennomgått, når pasienten blir lagt på bordet</p> <p>-Kvaliteten økes når sjekklisten blir gjennomgått ved hudlukking</p>	<p>-Personavhengig om sjekklisten ble gjennomgått</p> <p>-Mumling gjennom sjekklisten</p> <p>-Ble gjennomført parallelt med andre oppgaver for eksempel instrumenter, kle</p>	<p>-Motstand i gjennomføring av sjekklisten</p>	<p>-Mangel på lagfokus og konsentrasjon</p> <p>-Motstand i teamet av verbal forstyrrelse</p> <p>-Kirurgen var ikke tilstede</p> <p>-innledning på anestesi gjorde det vanskelig for</p>	<p>-Motstand i teamet mot bruken av sjekklisten</p> <p>-Latterliggjøring fra kirurgens side</p>	<p>-Redusere stress, avbrudd og distraksjoner</p> <p>-arbeidsforhold forbedres</p> <p>-sikkerhet</p>	<p>-Unødvendig kommunikasjon i gjennomgangen av sjekklisten.</p> <p>-Støy og tap av konsentrasjon</p>	<p>-Vanskelig å implementere sjekklisten på grunn av ulike holdninger</p>	<p>Forstyrrelser</p> <p>Gjennomgangen kan forbedres med forbedringstiltak</p>	

MKS591. Kandidatnummer: 481 og 484

<p>sjekklisten</p> <p>-Kirurg er ikke tilstede</p> <p>-forlater rommet før gjennomgang</p> <p>-Sjekklisten bli sett på som mindre viktig</p> <p>-Økt kvalitet når hele teamet er med</p> <p>-Dårlig kommunikasjon, uklare meldinger, usikkerhet og følelse av å være utilstrekkelig</p> <p>-Stress og irritasjon gjør arbeidet slitsomt</p> <p>-Hierarkiet hindrer informasjon</p>	<p>glemt</p> <p>-Kvaliteten på sjekklisten øker, når kirurgen tidligere har opplevd konsekvenser av å ikke bruke den</p> <p>-Vanskelig å implementere sjekklisten på grunn av holdninger</p>	<p>-Å være høyløst og tydelig i kunngjøringen</p> <p>-Det viste seg at kvaliteten på gjennomgangen av sjekklisten økte når det var kirurgen som tok ledelsen.</p>	<p>kirurgen</p> <p>-Sinne og irritasjon fra sykepleier</p>	<p>ta for bedre arbeidsflyt</p> <p>-Bedre samarbeid når alle var involverte i sjekklisten</p>	<p>dem å delta</p> <p>-Gjennomgang av sjekklisten uten å inkludere alle medlemmer, hoppet også over punkter.</p>	<p>-Negativ atmosfære når kirurgen ikke ville bruke sjekkliste</p> <p>-Frustrasjon over at de ikke vet når sjekklisten skal gjennomføres, de etterlyser ledelse.</p>		<p>-Forhindrer stress og irritasjon øker kvaliteten</p> <p>-Utfordrende å gjennomføre, avhengig av støtte og ledelse og planlegging.</p> <p>-Økt arbeidsmengde med sjekklisten.</p> <p>-følelse av frustrasjon,</p>			
<p>-Sykepleierne nevnte at det er lettere å si ifra om feil, forglemmelser, risiko og avvik.</p> <p>-Å ta imot konstruktiv kommunikasjon</p>	<p>-Arbeidsflyt, tilgjengelighet for ansatte, arbeidsbelastning påvirker sjekklisten-dårlig kommunikasjon hvor kun noen medlemmer er med</p>	<p>-Inkluderende samtale kan bringe personellet sammen.</p> <p>-Hele teamet må delta slik at informasjon deles gjennom sjekklisten</p>	<p>-Sjekklisten forhindrer feil og bivirkninger hos pasienten og teamet</p> <p>-Større deltakelse førte til informasjon og fremmemuligheter for å være forberedt</p> <p>-Forutsigbarhet og forståelse i teamet når sjekklisten blir gjennomført</p>	<p>-Samarbeid og det å ha et felles mål</p> <p>-Å bli anerkjent som teammedlem</p> <p>-Å være godt forberedt</p>	<p>-Introduksjon av medlemmer under sjekklisten er viktig</p> <p>-sjekklisten ble høyt verdsatt for forutsigbarhet, bedre arbeidsflyt</p> <p>-avslutningen gir en god oppsummering av operasjonen</p>	<p>-Å få aksept i teamet er avgjørende for sykepleierne bruker og er involvert i sjekklisten</p> <p>-Ha en positiv og respektfull holdning til</p>	<p>-Uklare meldinger, mangel på kommunikasjon</p> <p>-nøye forberedelse, effektivitet og forebygging av komplikasjoner</p>	<p>-Deltakerne vil ha en leder over sjekklisten. - Fremmer bedre team tilnærming -ansvaret krever samarbeidende tilnærming på tvers av</p>		<p>Åpen og konstruktiv kommunikasjon</p> <p>Bedre arbeidsflyt</p>	<p>Samarbeid mellom de ulike faggruppene vil utgjøre bedre teamferdigheter</p>

MKS591. Kandidatnummer: 481 og 484

	<p>-Feil blir oppdaget og korrigeret</p> <p>-Ha en vilje til å lære av andre, forståelse.</p>			<p>-Sjekklisten representerer en trussel for autonomien til leger</p> <p>-Hierarkiske maktstrukturer kan bli påvirket</p> <p>-sjekklisten kan irritere og forårsake anstrengt arbeidsforhold.</p> <p>-endring av kultur er endring av tenking</p>	<p>-Kommunikasjonen øker lagfølelse, fellesskap og evne til å se andre teammedlemmer</p> <p>-Åpenhet og interesse for teammedlemmer- Evne til å si ifra om noe er galt</p> <p>-tilpasse seg teammedlemmer</p> <p>-å få støtte og oppmuntrende ord</p> <p>-Viktig å være åpen for forandringer</p> <p>-Gi og ta for bedre arbeidsflyt</p>		<p>hverandre. Gi respekt og få respekt og anerkjennelse</p> <p>-Å ta ledelse gjennom å kreve oppmerksomhet, tydelig kommunikasjon</p> <p>-Sykepleiere justerer seg etter kirurgen, som fører til ufullstendig bruk av sjekklisten og derav lav samsvarsfrekvens i teamet.</p> <p>-Sykepleierne trengte anerkjennelse og gjorde deretter handlingene ut i fra dette.</p>	<p>-Ha korrekt og pålitelig informasjon om prosedyrer og pasient.</p> <p>-Kjenner og respekterer sine roller i teamet, jobber mot fellesmål.</p> <p>-Si ifra om noe er feil</p> <p>-ta initiativ og vise respekt</p>	<p>teamet.</p>			
--	---	--	--	---	--	--	---	--	----------------	--	--	--

Trinn 5 - Oversette studiene til hverandre

På trinn 5 organiserte vi materialet fra de inkluderte studiene og gjorde en tekstreduksjon av de ulike nøkkelmetaforene vi hadde funnet, for å se likheter og ulikheter på tvers av studiene. Deretter fant vi tredjeordens konstruksjoner som er resultat av syntesen og som preges av første og andreordens konstruksjoner (Malterud, 2017). For å komme frem til tredjeordens konstruksjonene gjennomførte vi en systematisk gjennomgang og påfølgende organisering av relaterte metaforer på tvers av studiene med bruk av en matrise (tabell 5). Denne prosessen ble utført ved at hver studie ble nøye gjennomgått i papirform og hver metafor ble skrevet ned i et felles dokument i matriseformat. Vi startet med indeksstudien som er studienummer 1. Metaforene fra indeksstudien ble deretter oversatt og satt i grupper som var relatert til hverandre innenfor tema og begreper, deretter startet vi på studienummer 2 for å se etter metaforer og sammenligne med metaforene vi allerede har funnet. De ble så skrevet inn i dokumentet, og slik arbeidet vi med alle studiene. Vi har diskutert temaene og begrepene som vi har kommet frem til i sorteringsprosessen, og vi har utforsket nye forståelser av oversettelsene vi har gjort. Til slutt hadde vi identifisert tre sekvenser og vår syntese av disse er basert på 8 oversatte andreordensbegreper (tabell 5). Oversettelsene av temaene er ikke utelukkende for ett tema, men kan være en illustrasjon av sammenhengen mellom det vi har oversatt.

Tabell 5- Metaforer

Tredjeordens begrep	Midlertidig sekvenser	Andreordens begrep	Nøkkelord	Artikler										
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Informasjonsflyten i teamet påvirkes	Åpen kommunikasjon, respekt og forståelse gir økt lagfølelse og er med på å påvirke sikkerheten	Åpen kommunikasjon	Lett tilgang på informasjon for hele teamet, å være forberedt på hva som kan skje, tydelige beskjed og ikke mumling, forutsigbarhet i operasjonen, feil oppdages og korrigeres	x		x		x	x	x	x			
		Respekt og forståelse	Forståelse av ulike arbeidsoppgaver, støtte fra andre i teamet, å få aksept, mangel på støtte og lederskap, å ha en god tone	x		x	x		x	x	x	x	x	x
Negative opplevelser med gjennomføring av sjekklisten fører til lavere teameffektivitet	Ulike holdninger fra medlemmer påvirker sikkerheten og kan gi en følelse av et hierarkisk miljø	Ulike holdninger	Kirurgene var ikke til stede, eller forlot salen før sjekklisten, opr.spl eller anesthesi.spl. forlater rommet før sjekklisten, irritasjon over ansvaret, sjekklisten ble gjennomført i forhold til hvilke syn kirurgen hadde, motstand og overflødig, latterliggjøring, Sjekklisten ble glemt, sett på som mindre viktig, motstand i bruken av sjekklisten	x	x	x	x	x	x			x		x
		Følelsen av et hierarkisk miljø påvirker sikkerheten	Hvem er de ulike faggruppene, introduksjon av teammedlemmer, vanskelig å nå alle i teamet med informasjon, time-out ble gjennomført uten alle var til stede, stress og irritasjoner i teamet, uklare meldinger, ikke fullført sjekkliste, forstyrrende adferd, utvidet avstand mellom yrkene, trakassering, ekskludering	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
		Forstyrrelser	Mangel på støtte til å gjennomføre, Opr.team arbeidet med andre oppgaver, åpning av instrumenter, snakking blant personalet, stor spredning i personalet, uenigheter	x	x	x		x	x	x	x	x		

			og forstyrrende adferd, sjekklisten kolliderer med praktiske oppgaver											
		Gjennomgangen kan forbedres ved ulike tiltak	Når kirurgen tar ansvar, alle er til stede og følger med, avslutter når huden på pasienten sys, bedre arbeidsflyt når alle er kjent med planen, avslutningen gav en oppsummering, når den kunne bli justert ut ifra behov		x			x	x				x	
Bruk av sjekklisten skaper rom for god teameffektivitet	Å skape et fellesskap som arbeider mot det samme målet.	Samarbeide mot noe felles	Lettere å si ifra om feil, risikoer og avvik, å ta imot konstruktiv kritikk, felles fokus, å være til stede, å få respekt og gi respekt- lettere å si fra, stille under gjennomgang	x	x	x	x		x			x	x	x
		Bedre arbeidsflyt og kjennskap til spesialitetene	Ha en vilje til å lære, planlegge og ha en god tone. Utgjør større sikkerhet, en overvåkning over teamet, forståelse av de ulike rollenes ansvar, må kjenne til hverandre, oppdage feil og forebygge	x	x	x	x	x			x	x	x	

Trinn 6 - Syntetisering

Trinn 6 involverte utvikling av nye og universelle uttrykk som la til rette for en bedre forståelse av tidligere temaer og metaforer (Malterud, 2017). Denne fasen i metaetnografien involverte konstruksjonen av et helhetsbilde fra oversettelsene av temaer og metaforer som representerte mer enn bare summen av delene (Noblit & Hare, 1988). I denne prosessen ble det utviklet nye og universelle uttrykk som la til rette for forståelsen av tidligere relaterte temaer og metaforer (Malterud, 2017). Vi startet dette trinnet med å vurdere hver av de horisontale kolonnene som danner matrisen. Vi gjennomgikk en og en kolonne og har systematisk oversatt metaforene hentet fra de forskjellige studiene til hverandre. Arbeidet med å finne temaer ble derfor en naturlig progresjon av metaetnografien. Vi diskuterte andreordensbegrepene opp mot hverandre og det gjorde det mulig å utvikle syntese av tredjeordens begreper som er presentert i matrisen. Deretter har vi lest alle studiene på nytt for å sikre oss at vi ikke har mistet relevante metaforer og at det ikke er feiltolkninger av de opprinnelige dataene.

5.4.6 Etiske vurderinger

I denne studien gjør vi forskning basert på tidligere forskning. Det er utgitt etiske standarder om hvordan overholde respekt for mennesker og beskytte deres integritet i medisinsk forskning. Innenfor disse etiske standardene gjelder det også at uærlighet og juks ikke skal forekomme (Malterud, 2017). På bakgrunn av at vi gjennomførte en litteraturstudie måtte vi ta hensyn til disse etiske overveielsene og anerkjenne eierskapet til de inkluderte studiene. De presenterte funnene og tolkningene skulle være basert på innsamlede data, og de skulle bli fremstilt på en nøyaktig og representativ måte. Det var viktig at vi oppretthold integritet og moralsk ansvarlighet i arbeidet med de inkluderte studiene, og ved bruk av sitater og henvisninger måtte forskerens autonomi og eierskap til forskningen ivaretas (Major og Savin-Baden, 2010). Vi er ikke pliktige til å søke godkjenning fra instanser som REK eller personvernombudet/NSD, da vi brukte eksisterende forskning med allerede avidentifisert materiale og som har godkjenning fra etiske instanser og der etiske overveielser er blitt gjennomført.

Trinn 7 – Resultat

På trinn 7 presenterer vi resultatene av studien sortert i henhold til de 3 tredjeordensbegrepene som fremkom i vår syntese. Disse 3 tredjeordensbegrepene er som følger: 1) Informasjonsflyten i teamet blir påvirket, 2) Negative opplevelser med gjennomføring av sjekklisten fører til lavere teameffektivitet og 3) Bruk av sjekklisten skaper rom for god teameffektivitet.

6.0 Resultater

Resultatet er hentet fra ti inkluderte primærstudier. I disse ti studiene beskriver kirurgiske team sine erfaringer og opplevelser knyttet til bruken av trygg kirurgi sjekklisten.

Resultatene presenteres ut fra tredjeordens begrepene i syntesen ut fra problemstillingen:

“Hvordan påvirker trygg kirurgi sjekklisten kommunikasjonen og teamarbeidet i det kirurgiske teamet?”.

6.1. Informasjonsflyten i teamet blir påvirket

Trygg kirurgi sjekkliste fordrer at alle i det kirurgiske teamet stopper opp, og i fellesskap gjennomgår time-out på operasjonsstuen. Denne prosedyren fører til at alle teammedlemmene må informere resten av teamet om sine arbeidsoppgaver, før operasjonene starter og dermed har teamet en slags form for felles kommunikasjon.

Time-out satte høy standard for teamarbeid og kommunikasjon før den kirurgiske prosedyren ble startet. Det var viktig å samle informasjon om pasienten før inngrepet startet, slik at en kunne forberede seg mentalt på en svikt eller uventet forekomst. Ved komplisert kirurgi økte sjekklisten teammedlemmenes følelse av sikkerhet og trygghet (Nordström & Wihlborg, 2019, Willassen et al., 2018.; Holmes et al., 2019). Teammedlemmene fortalte at når de delte på viktig informasjon om pasienten, anestesian, steriliteten, prosedyren og eventuelle komplikasjoner, var alle i teamet på vakt. Flere opplevde at en god informasjonsflyt og lett tilgang på informasjon for hele teamet hadde en positiv effekt (Nordström & Wihlborg, 2019, Willassen et al., 2018.; Holmes et al., 2019). De brukte sjekklisten for å opprettholde

kontrollen over det komplekse miljøet rundt dem, samtidig som sjekklisten kunne bidra til å møte eventuelle utfordringer i arbeidet (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018.; Willassen et al., 2018). En av deltakerne ga et eksempel på hva de vurderte som en perfekt måte å utføre sjekklisten på:

«An orthopedic surgeon is magnificent when it comes to Safe Surgery. He asks clearly, “Is everybody ready?” When we all have answered yes, then he goes through the checklist—and he does not do it if I have not finished draping or something—then he waits until we are finished. That is how it should be done; when everyone is focused and hears what they are saying!» (Willassen et al., 2018).

Informasjonsflyten i teamet var noe flere av primærstudiene påpekte var viktig. Teamet måtte ha nok informasjon om de ulike faggruppene sine roller, hvem som har hvilket ansvar, samt informasjon om hvilket inngrep som skulle gjennomføres, eventuelle endringer i operasjonsplanen eller mulige komplikasjoner under inngrepet (Nordström & Wihlborg, 2019.; Holmes et al., 2019.; Ziman et al., 2018). Siden alle i teamet hadde ulik ekspertise, var det nødvendig å dele informasjonen hvert enkelt teammedlem hadde med hele teamet, slik at alle i teamet var oppdatert. På denne måten fikk alle teammedlemmene lett tilgang på informasjon de ellers ikke ville fått, og slik ble de mer forberedt på hva som skulle skje (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018).

Flere studier nevnte viktigheten av å være åpne og ærlige med hverandre i teamet. Det kom frem at ved å ha en positiv og respektfull holdning ovenfor hverandre, ble det lettere å utføre sjekklisten på en god måte. Å gi og få respekt og anerkjennelse, var noe teamet måtte ha fokus på (Holmes et al., 2012.; Wæhle et al., 2012.; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017). Når teamet var ærlige ovenfor hverandre, ville muligheten for å snakke mer åpent og sensitivt rundt problemstillinger bli lettere (Ingvarsdottir & Halldorsdotti, 2017). Teammedlemmene fortalte at det ble lettere å si ifra om feil, forglemmelser, risiko og avvik fra prosedyrer når teamferdighetene var gode. Gode teamferdigheter i operasjonsteamet gjorde det mulig å unngå negative konsekvenser for pasienter som gjennomgikk kirurgi (Holmes et al., 2019). Åpen og trygg kommunikasjon bidro til pasientsikkerhet (Wæhle et al., 2012).

Som team må faktorer som hindrer god kommunikasjonen unngås, slik at tilgang på rett informasjon er tilgjengelig for hele teamet. Å få sosial og profesjonell aksept i teamet synes å være av avgjørende betydning for at alle teammedlemmene skulle involvere seg i teamet og

delta aktivt i sjekklisten. Dette gjelder både direkte informasjon om pasienten, men også informasjon om den planlagte prosedyren. Beskjedene måtte være tydelige og lett å forstå, slik at feil kunne oppdages og korrigeres (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018). Skulle det oppstå villedende eller mangel på kommunikasjon ville dette påvirke samarbeidet i teamet (Holmes et al., 2012.; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017).

Vår gjennomgang av studiene viser at prosedyren rundt sjekklisene kan åpne for et bedre teamarbeid ved at kommunikasjonsflyten i operasjonsteamet endres. Studiene viser at operasjonsteamet føler at informasjonsflyten blir bedre ved at tilgangen på informasjon blir lettere. Flere studier forteller også at sjekklisene, når de blir gjennomført på en god måte, gir teammedlemmene en opplevelse av trygghet og sikkerhet, og kommunikasjonen erfares som åpen og ærlig.

6.2 Negative opplevelser med gjennomføring av sjekklisen fører til lavere teameffektivitet
Når det er ulike holdninger til bruken av sjekklisen, kan dette påvirke teamet i stor grad.

Trygg kirurgi sjekklisen er i dag en fast prosedyre på operasjonsstuene, likevel er det store variasjoner i gjennomførelsen av den og dette skaper frustrasjoner blant teammedlemmene. Samtidig blir det et svært tydelig hierarkisk miljø som fort virker negativt inn på gjennomførelsen og kommunikasjonen i teamet.

Ifølge studien til Holmes et al. (2019) jobber kirurgiske teammedlemmer sjeldent sammen i mer enn én dag om gangen og de trengte derfor betydelige teamferdigheter for å nå målet om et godt pasientutfall. Primærstudiene viste at profesjonene som er representert på en operasjonsstue, ofte har hatt forskjellige oppfatninger av betydningen av Trygg kirurgi sjekklisen og teamarbeid (Holmes et al., 2019). Studien til Nordström & Wihlborg (2019) viste at det var vanskelig å implementere sjekklisen ved noen sykehus, fordi den ble oppfattet som vanskelig å forene med eksisterende rutiner, mens andre så nytten i sjekklisen raskt. Flere av studiene kom fram til at selv om enkelte teammedlemmer hadde en lojal holdning til sjekklisen, ble de fort påvirket av andre teammedlemmer som var negativt innstilt til den (Wæhle et al., 2012.; Nordström & Wihlborg, 2019.; Willassen et al., 2018).

«If the surgeon is in a bad mood when we initiate the use of the checklist the first time, then I won't be bothered with it anymore, it affects me as well, and it is so incredible fatiguing. I

think to myself, "well, well," and I leave it [the checklist] aside, and I simply let it be!» (Wæhle et al., 2012).

Sjekklisten kunne med det skape spenninger mellom de ulike faggruppene. Dette skjedde spesielt når den ble gjennomført på et tidspunkt som for eksempel ikke fungerer for alle. Kirurgen kunne ofte bli forhindret fra å være med på innledningen av sjekklisten grunnet andre forpliktelser før operasjonstiden startet. Derimot startet ofte kirurgen med den avsluttende delen på sjekklisten uten at anestesipersonellet var klar for det, og dermed måtte anestesipersonellet avslutte sjekklisten separat fra det kirurgiske teamet (Holmes et al., 2019.; Korkiakandas, 2017). Teammedlemmene følte at de hadde et enormt tidspress fra før, dermed kunne sjekklisten bli sett på som en annen oppgave «de måtte utføre» (Korkiakandas, 2017). Dette førte ofte til gnissinger mellom faggruppene (Ziman et al., 2017.; Korkiakandas, 2017.; Willassen et al., 2018).

Flere av operasjonsenhetene opplevde at hvorvidt sjekklisten ble brukt eller ikke, varierte med hvilke holdninger kirurgen hadde (Nordström & Wihlborg, 2019; Willassen et al., 2018). Det var flere som henviste til episoder av kommunikasjon og adferd preget av likegyldighet, trakassering, ekskludering og latterliggjøring fra kirurgers side under gjennomgangen av trygg kirurgi sjekklisten (Willassen et al., 2018). En deltaker ga et eksempel på uakseptabel oppførsel fra en kirurg. De hadde hatt en nødsituasjon, noe som gjorde at operasjonssykepleieren ventet til etter at situasjonen hadde roet seg før sykepleieren minnet kirurgen om behovet for å utføre time-out:

«We stood there waiting for some instruments and had the necessary time, but even then, the surgeon would not do the checklist and he thought it was more important to save lives, he was not interested in the checklist at all! Moreover, he just stood there, sort of groaning, raising his eyebrows and was clearly not interested!» (Willassen et al., 2018).

Sjekklisten kunne representere en trussel mot den profesjonelle autonomien til kirurgene, og true profesjonelle og personlige hierarkiske maktstrukturer. Sjekklisten er ikke innført av kirurgene selv, men av Folkehelseinstituttet, og kunne derfor oppfattes som en utidig innblanding i deres arbeid. Dette bidro til at flere nektet å bruke sjekklisten, og uansett hvor lojale sykepleierne var til sjekklisten førte hierarkiet til ufullstendig bruk av den, og posisjoneringen av hierarkiet ble fremhevet som årsak (Wæhle et al., 2012.; Willassen et al., 2018). Det ble vanskelig for andre teammedlemmer å imøtegå en kirurg som nektet å bruke

sjekklisten og som reagerte med fiendtlighet mot personer som minnet dem på den. Det førte til stress, og teammedlemmer ble reserverte og tilbakeholdne. Med det ble også det hierarkiske miljøet opprettholdt og utviklingen av teamarbeidet stoppet opp (Willassen et al., 2018.; Wæhle et al., 2012). Flere av medlemmene i operasjonsteamet følte seg ydmyket av adferden til enkelte kirurger, spesielt når kommunikasjonen ble oppfattet som respektløs (Sandelin & Gustafsson, 2015). Det var noen team som fortalte at hvis kirurgene var utålmodige under gjennomgangen av sjekklisten, skjulte de skalpellen til "Time-Out" var fullført. Under gjennomgangen av sjekklisten måtte koordinerende operasjonssykepleier noen ganger fotfølge kirurgen for å få oppmerksomhet. Dette innebar en langvarig "Time-Out" økt, og var til bekymring for resten av teamet. Hvis gjennomgangen ble for tidkrevende, mistet en ofte teammedlemmenes oppmerksomhet (Wæhle et al.,2012.; Willassen et al., 2018). En deltaker meddelte at:

«If you're doing the "Time-Out", it should be a real time out! Everybody should stop and pay attention to the checklist. If everything is all right then we can go on!» (Wæhle et al., 2012).

Uenigheter i gruppen om hvem som skulle ha ansvaret for å starte og gjennomføre sjekklisten, skapte også problemer. Flere kirurger irriterte seg over ansvaret og dette forårsaket anstrengt teamarbeid. Ofte var ikke sjefskirurgen til stede under sjekklisten, slik at det var assistentkirurgen som gjennomførte sjekklisten (Willassen et al., 2018.; Ziman et al., 2018). Hvis den som ledet gjennomgangen ikke snakket tydelig, men mumlet seg gjennom sjekklisten, ble det vanskelig for resten av teamet å delta (Willassen et al., 2018). Det samme gjaldt hvis time-outen ble nevnt i forbifarten eller hvis teammedlemmene tok snarveier istedenfor å følge listen (Wæhle et al.,2012). Oppmerksomheten til operasjonsteamet var variabel, og enkelte ganger fulgte de ikke med under sjekklisten. Det ble snakket, lagt opp og åpnet instrumenter og noen forlot operasjonssalen mens gjennomgangen pågikk (Ziman et al., 2018; Korkiakangas, 2017). Hvis sjekklisten ble gjennomført parallelt med andre oppgaver, som å kle kirurgen eller legge opp instrumenter fikk ikke gjennomgangen av sjekklisten den oppmerksomheten som trengtes (Willassen et al., 2018; Korkiakangas, 2017).

Dårlige teamferdigheter som dårlig kommunikasjon, inkluderte uklare meldinger eller å bli kjeftet på, skapte usikkerhet og en følelse av å være utilstrekkelig. For mye ansvar og/eller mangel på støtte gjorde medlemmene usikre, noe som hadde en negativ innvirkning på det

kirurgiske teamsamarbeidet. Når teammedlemmene ikke var kjent, økte også risikoen for misforståelser og det oppstod uorganisert arbeid (Wæhle et al. 2012.; Sandelin et al., 2015).

«I asked the surgeon at the “sign out” if the histological tissue was marked correctly and he answered “Yes!”—even though he didn’t double check. It turned out that the patient’s name on the labeling was wrong. Yeah, there was nobody who—well—they just say “yes” without checking it again!» (Willassen et al., 2018).

Primærstudiene viser at når sjekklister ikke blir gjennomført på en ordentlig måte, påvirker det ikke bare pasientsikkerheten, det har også betydning for teammedlemmenes opplevelse av teamarbeidet og kommunikasjonen. I flere studier kommer det frem at sabotering, eller latterliggjøring av sjekklister fra kirurgens side fremhever opplevelsen av en hierarkisk maktstruktur. Når sjekklister blir utført uten at alle er klare, er det lett å føle seg oversett eller mindre viktig i teamet. Teammedlemmene som prøver å gjennomføre sjekklister og som blir møtt med latterliggjøring eller raseri, opplever dette som ydmykende og føler en mangel på respekt. Følelsen av å være mindre verd, respektløshet, bli ydmyket, og det å bli latterliggjort fører til at en blir mer reservert og tilbakeholden.

6.3 Bruk av sjekklister skaper rom for god teameffektivitet

Sjekklister er ment for å bedre utvekslingen av informasjon og skal bli gjennomgått i fellesskap. Når prosedyren blir utført riktig, vil kvaliteten over arbeidet styrkes og det vil gi en følelse av samvær i arbeidet mot et felles mål. Sykepleierne i studiene uttrykte at det var viktig at de jobbet som en gruppe og at de hadde en følelse av fellesskap med de andre teammedlemmene. Alle måtte gi og ta for at kvaliteten på arbeidet skulle fungere gjennom dagen. Gode teamferdigheter, spesielt god kommunikasjon, bidro til god kvalitet i perioperativ sykepleie (Korkiakandas, 2017.; Wæhle et al., 2012.; O’Brien et al., 2016.; Willassen et al., 2018). Sjekklister ble brukt som et verktøy for implementering av teamkommunikasjon, med sikte på å fremme kommunikasjon og redusere hierarkiet (Willassen et al., 2018; Holmes et al., 2019).

Flere av teammedlemmene ga uttrykk for hvor viktig det var å føle at de jobbet som en gruppe og hadde en følelse av samvær med de andre teammedlemmene (Nordström & Wihlborg, 2019; Wæhle et al., 2012.; Willassen et al., 2018). Sjekklister ga en følelse av respekt og anerkjennelse innad i teamet, og introduksjon av teammedlemmene under "Time-Out" ble

beskrevet som samlende for teamet. Dette var spesielt nyttig for nye og/eller uerfarne teammedlemmer og kom godt med om det skulle oppstå en akutt situasjon (Ziman et al., 2018; Wæhle et al., 2020). De mindre erfarne teammedlemmene understreket fordelene de automatisk fikk ved å benytte sjekklisten, sammenlignet med mer erfarne sykepleiere (Wæhle et al., 2012). En av deltakerne uttalte at:

«In my opinion, the checklist has been very useful for me as a novice! I get information about the scheduled surgery and its implications. Such a debriefing before we start has been of great importance!» (Wæhle et al., 2012).

Gode teamferdigheter la til rette for fordelingen av oppgaver på en måte som gjorde operasjonsteamet så effektivt som mulig. Kunnskap om hverandres ansvar, styrker og svakheter var nødvendig for å arbeide effektivt som et team (Holmes et al., 2019). En god tone mellom teammedlemmene bidro til en god lagfølelse. Ved å ha respekt og forståelse for de ulike arbeidsoppgavene støttet en de andre i teamet. Mangel på støtte eller lederskap kunne svekke lagfølelsen. Evnen til å si ifra om noe var galt, ble regnet som en kvalitet som det var svært viktig at teammedlemmene hadde (Nordström & Wihlborg, 2019.; Willassen et al., 2018).

Å lære av hverandre, samt å få en forståelse for de andre faggruppene sine prosedyrer og rutiner, fremmet kvaliteten i arbeidet. Hvis teammedlemmene gjorde ting riktig og ikke glemte noe, eller gjorde de feil under tilsyn fra andre, ville teammedlemmene se dette og kunne gi konstruktive tilbakemeldinger og korrigere. Å ha evnen til å si ifra hvis noe var galt, var en nødvendig kvalitet de ulike faggruppene burde ha. Et gjensidig samarbeid med kirurgen ville også bli oppnådd når operasjonsteamet opplevde respekt som likeverdige medlemmer (Holmes et al., 2020.; Nordstrøm & Whilborg, 2019.; Sandelin & Gustafsson, 2015).

«We are competent/qualified, and we have our specialties, one must acknowledge that everyone's work is important...we have to work together, everyone's work counts. (OR nurse)» (Nordstrøm, 2019).

Å mobilisere teamet sammen for å gå gjennom innledning og avslutning var avgjørende for pasientsikkerheten og teamsikkerheten, da informasjon ble delt og hele sjekklisten ble gjennomgått. Sjekklisten påvirket teamarbeidet og pasientsikkerheten på både en positiv og

negativ måte. Sjekklisten kunne forhindre feil hos pasienten, og dette kunne igjen påvirke teammedlemmene til å øke deltakelsen under sjekklisten. Et velfungerende team kan bygge en kultur for samarbeid som igjen ga en sikkerhet i personalets kultur. Nye tankemåter måtte da komme før eller samtidig med organisatoriske, strukturelle og personlige endringer. Med engasjement og støtte fra ledelsen ville dette ha mye å si for arbeidsflyten (Ziman et al., 2017.; Korkiakandas,2017.; Willassen et al., 2018).

«I have tried to do it, the main checklist, after the anaesthesia has put the IV in. But sometimes the anaesthesia, they'll start doing something else. They don't want it. They say now is not a good time... then all of the orthopedic staff come in and start yelling. Why are you so late? You have to get things running» (Ziman et al., 2018).

Arbeidsflyt, belastning og tilgjengelighet for ansatte, påvirket teamarbeidet og gjennomførelsen av sjekklisten. Det var viktig at en følte at alle jobbet sammen som en gruppe med et felles mål og forutsigbarhet, i stedet for å føle seg splittet. En lederrolle, enten i form av kirurgen selv eller den koordinerende operasjonssykepleier, bør ta for seg sjekklisten for å sikre en grundig og nøyaktig gjennomgang av sjekklisten. Dermed ble teamet kjent med den kirurgiske planen, noe som bidro til å kvalitetssikre arbeidet (Ziman et al., 2017.; Wæhle et al., 2020.; Nordstrøm & Whilborg, 2019.; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017).

«It is very important to have an understanding and knowledge of each other's professions specifics, in order to make the work flow as smooth as possible...it gives a professional satisfaction when everything runs smoothly. (OR nurse)» (Nordstrøm, 2019).

Å få en bedre forståelse for de ulike faggruppenes ekspertise bidro til et bedre teamarbeid. Sosial og profesjonell aksept i teamet var avgjørende for at teammedlemmer skulle involvere seg og delta fullt ut i sjekklisten. Sjekklisten støttet teammedlemmenes følelse av teamarbeid og kommunikasjon i operasjonssalen. De fikk en opplevelse av lagfølelse, fellesskap og evne til å lese og forutse hverandre. At et teammedlem tar ansvar for sine egne oppgaver, vil igjen kunne minne andre på sine forpliktelser i forhold til sjekklisten. Faggruppene hadde ansvar for at oppgavene ble utført riktig og alle var avhengig av hverandre for å kunne gjennomføre et fellesmål (Wæhle et al., 2012.; Sandelin & Gustafsson, 2012.; Holmes et al., 2019.; Wæhle et al., 2020).

Kvaliteten på sjekklisten ble sett på som god når det var en leder som tok ansvaret for gjennomgangen. Flere opplevde også at holdningene til sjekklisten ofte endret seg etter de hadde opplevd ubehagelige situasjoner der sjekklisten ikke ble brukt. Da innså de at sjekklisten var et nyttig verktøy å bruke i lag med teamet (Korkiakangas, 2017.; Willassen et al., 2018).

«An anesthesiologist one day said that we should do the checklist. “Oh, yes,” I said “have you reached that level now? That was surprising.” and he answered, “Yes, we didn’t do it last week and I thought that the patient was another patient, and things nearly went wrong.” It’s a little amusing to hear that they can be introspective and see that OK, this (SSC) has a function!» (Willassen et al., 2018).

Gjennomgangen av studiene viser at utveksling av informasjon gjennom sjekklisten er viktig for teameffektiviteten, og er med på å skape en følelse av å jobbe som en gruppe mot et felles mål. Studiene viser at det å lære av hverandre, kommunisere åpent, være informert om de ulike faggruppene, vise respekt og forståelse ovenfor hverandre skaper en trygghet og et rom for fellesskap. Det gir teammedlemmene mot til å tørre å si ifra hvis det skulle oppstå problemer.

7.0 Diskusjon

Dette kapitlet inneholder en diskusjon av resultatene av syntesen og metoden som er brukt i studien. Først diskuteres de tre tredjeordens-konstruksjonene i lys av relevant teori om temaet. Deretter diskuterer vi styrker og begrensninger i metaetnografisk tilnærming for denne studien.

7.1 Diskusjon av resultater

7.1.1 Informasjonsflyten i teamet blir påvirket

7.1.1.1 Kjennskap til hverandres ansvarsområder gjør det lettere å samarbeide

I det kirurgiske teamet skal det samarbeides tverrfaglig for å sikre et faglig forsvarlig pasientforløp. Hver profesjon har spesialisert kompetanse, og operasjonsteamet er avhengig av alles kompetanse for et godt pasientutfall (Oksavik, 2018). Det er derfor viktig at alle kommer til ordet slik at informasjonsflyten ikke blir hindret eller stoppet (Wæhle et al., 2012).

Studiene til Nordström & Wihlborg (2019), Holmes et al. (2019) og Ziman et al. (2018) påpeker viktigheten av å ha god oversikt over arbeidsoppgavene til de andre i teamet. Det å ha kjennskap til hva som er hverandres ansvarsområder, samt kunnskap og tydelighet i forhold til egne arbeidsoppgaver, gjør det lettere å bistå andre medlemmer i teamet. For å kunne bistå andre i teamet er det viktig med gjensidig tillit til andre teammedlemmer, dette er med på å gi verdiskapende ideer til hverandre og det fremmer også en vilje til å spre informasjonen en sitter inne med (Salas et al, 2005). Før operasjonen starter, må hele operasjonsteamet samarbeide og dele på den informasjonen hver især besitter (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018). Studiene til Nordström & Wihlborg (2019), Willassen et al. (2018) og Holmes et al. (2019) rapporterer at time-out satte høy standard for teamarbeid og kommunikasjon før den kirurgiske prosedyren ble startet. Det er viktig å samle informasjon om pasienten før inngrepet starter, slik at alle i teamet kan forberede seg mentalt på en svikt eller uventede hendelser. Teammedlemmene beskriver at ved å bruke trygg kirurgi sjekklisten systematisk, var de bedre forberedt på kritiske hendelser (Nordström & Wihlborg, 2019, Willassen et al., 2018.; Holmes et al., 2019).

WHO (2009) poengterer at teamet må være enige om at det er rett pasient, riktig prosedyre og riktig operasjonsside. Anestesisykepleieren/legen må dele informasjonen som de har om pasienten, som f.eks. spesielle utfordringer ved anestesen og pasientens ASA-klasse. Kirurgen skal informere de andre i teamet om selve operasjonen, hva de skal gjøre og om det er spesielle utfordringer knyttet til kirurgien. Operasjonssykepleieren skal bekrefte steriliteten på instrumentene og informere de andre i teamet om det er noen spesielle utfordringer knyttet til bruken av utstyret (WHO, 2009). Stabile team er det som er mest ønskelig på operasjonsstuer. Feil er lettere å forhindre når teammedlemmer kjenner hverandre godt og kjenner til hvilken kunnskap som finnes i teamet (Oksavik, 2018). Dessverre vil det ikke alltid være slik at teammedlemmene kjenner hverandre godt, og det er da spesielt viktig å gjennomføre sjekklisten på en riktig og trygg måte (Ziman et al., 2018; Wæhle et al., 2020). Studien til Ingvarsdottir & Halldorsdottir (2018) meddeler at det er viktig at alle i teamet deler informasjonen de selv sitter med, slik at alle i teamet er oppdatert på både pasientinformasjon og det kirurgiske forløpet. Delt informasjon gir alle teammedlemmene lett tilgang på informasjon de ellers ikke ville fått, og på denne måten var de mer forberedt på hva som skulle skje. Skulle det oppstå villedende kommunikasjon eller mangel på kommunikasjon

vil dette påvirke samarbeidet i teamet (Holmes et al., 2012.; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017).

7.1.1.2 Sjekklisten kan påvirke og åpne kommunikasjonen i teamet

Syntesen vår avslører at sjekklisten bidrar til å åpne kommunikasjonen i teamet. Dette gjelder ikke kun når sjekklisten gjennomgås, men generelt inne på operasjonsstuen. Både studien til Wæhle et al. (2012) og studien til Ingvarsdottir & Halldorsdotti (2017) rapporterer at åpen og trygg kommunikasjon bidrar til bedre pasientsikkerhet. Når teamarbeidet var godt og alle følte seg hørt og sett, ble det lettere å snakke åpent rundt problemstillinger som kunne oppstå. Det ble poengtert at det å få tillit i teamet var svært viktig, og dette underbygges av teorien til Salas et al. (2005). Han hevder at det å føle at en får tillit, fremmer vilje til å spre informasjon til andre medlemmer. Hvis et teammedlem ikke føler at deres innspill blir verdsatt, ønsker de heller ikke å dele informasjonen i frykt for å bli dømt eller latterliggjort. Uten tilstrekkelig tillit til andre teammedlemmer, vil en bruke mye tid på å vurdere de andre i teamet istedenfor å samarbeide og gi hverandre verdiskapende ideer (Salas et al., 2005).

Studiene til Nordström & Wihlborg (2019), Willassen et al. (2018), Holmes et al. (2019) og Wæhle et al. (2012) var enige om at trygg kirurgi sjekklisten ikke kunne garantere feilfrie prosedyrer, men forbedret oddsen for å oppdage feil og forebygge dem. Ved komplisert kirurgi økte sjekklisten teammedlemmenes følelse av sikkerhet og trygghet. Når teamet delte på viktig informasjon, fikk samtlige medlemmer oversikt over mulige risikofaktoren og gjorde en innsats for å forhindre disse (Nordström & Wihlborg, 2019.; Willassen et al., 2018.; Holmes, et al., 2019.; Wæhle, et al., 2012). For å være sikker på at informasjon blir mottatt og forstått riktig, anbefaler Salas et al. (2005) at closed loop kommunikasjon benyttes, og den er spesielt viktig når miljøet øker kompleksiteten, som for eksempel ved nødsituasjoner på en operasjonsstue. Closed loop kommunikasjon innebærer at avsenderen gir en melding, mottakeren mottar meldingen, tolker den og bekrefter med tilbakemelding. I et komplekst og stressende miljø kan det ofte forekomme et stort press på teammedlemmene, spesielt hvis det skulle oppstå uforutsette komplikasjoner. I slike situasjoner bør teammedlemmer støtte hverandre slik som teorien til Salas et al. (2005) nevner. Hvis en ser at arbeidsbelastningen er for stor, kan teamet bidra til å tilrettelegge for teammedlemmet eller en kan overta arbeidet. På denne måten vil en unngå at teameffektiviteten blir dårligere. Hvis et teammedlem ikke

opplever støtte fra de andre i teamet, vil mest sannsynlig teamets effektivitet blir dårligere (Salas et al., 2005).

Deltakerne i studiene til Ingvarsdottir, Halldorsdottir (2018) og Willassen et al. (2018) fortalte at de opplevde at en god informasjonsflyt og lett tilgang på informasjon for hele teamet hadde en positiv effekt. De brukte sjekklisten for å opprettholde kontrollen over det komplekse miljøet rundt dem, samtidig som sjekklisten kunne bidra til å møte eventuelle utfordringer i arbeidet (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018.; Willassen et al., 2018). Gode kommunikasjonsferdigheter bidrar til økt helsegevinst for pasienten, og er en kvalitetssikring av det helsefaglige arbeidet (Eide & Eide, 2007). Studiene til Holmes et al. (2019) og Willassen et al. (2018) konkluderer med at gode teamferdigheter i operasjonsteamet gjør det mulig å unngå negative konsekvenser for pasienter som gjennomgår kirurgi. Teammedlemmer forteller at det ble lettere å si ifra om feil, forglemmelser, risiko og avvik fra prosedyrer når operasjonsteamets teamferdigheter er gode. Studiene til Holmes et al. (2012), Ingvarsdottir & Halldorsdottir (2017) og Wæhle et al. (2012) kom frem til at det er viktig at teammedlemmene har en positiv og respektfull holdning ovenfor hverandre, slik at alle i teamet ble hørt og anerkjent. På denne måten blir rett informasjon tilgjengelig for hele teamet. Sjekklisten påvirker kommunikasjonen både ved å samle teamet under gjennomgangen av pasienten og prosedyren, men også ved å gjøre teamet observante på hverandre. Tilliten til hverandres ekspertise fører til en mer åpen dialog og økt respekt ovenfor hverandre på operasjonsstuen (Holmes et al., 2012.; Wæhle et al., 2012.; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017).

7.1.2 Negative opplevelser med gjennomføring av sjekklisten fører til lavere teameffektivitet

7.1.2.1 Forstyrrelser irriterer og forårsaker anstrengt teamarbeid

Teameffektivitet sier noe om hvordan teamet samhandler for å oppnå resultatet de ønsker (Salas et al., 2005). Arbeidshverdagen på en operasjonsstue er hektisk, og det er mye som skal klargjøres før operasjonen starter. Dette resulterer ofte i at andre arbeidsoppgaver blir utført samtidig som sjekklisten blir gjennomgått (Oksavik, 2018). Ofte føler teamet på et enormt tidspress for å bli ferdig med et operasjonsprogram, og sjekklisten blir derfor ansett som en annen oppgave «de må utføre». Sjekklisten blir derfor ikke prioritert, og noen ganger blir den

ikke nevnt (Korkiakangas, 2017). Mangel på lagfokus og konsentrasjon under gjennomgangen av sjekklisten er et problem som stadig blir nevnt (Nordstrøm & Wihlborg, 2019.; Wæhle et al., 2020.; Wæhle et al., 2012). Ifølge Holmes et al. (2019) og Sandelin & Gustafsson (2015) er unødvendig kommunikasjon og støy på operasjonsstuene et gjentakende problem. Spesielt rundt innledningen av sjekklisten utfører anestesipersonalet og operasjonssykepleiere andre prosedyrer samtidig som de skal følge med på gjennomgangen av sjekklisten (Holmes et al., 2019.; Sandeling & Gustafsson, 2015). Omfanget av gjennomgangen blir svært begrenset når sjekklisten blir nevnt i forbifarten, og lite nyttig hvis teamet tar snarveier istedenfor å følge sjekklisten. I akutte situasjoner kan sjekklisten føles svært tidkrevende, og teamet kan derfor mene at det er unødvendig bruk av tid (Wæhle et al., 2012). Dette blir presisert av anestesipersonalet i studien til Holmes (2019), der anestesisykepleieren ser seg nødt til å avslutte sjekklisten på egenhånd etter at teamet har gjennomgått den, da de selv ofte står med ekstubering av pasienten i dette tidsrommet. På motsatt side kommer sjefskirurgen i en tidsklemme når sjekklisten skal innledes, da de har andre forpliktelser før operasjonen og ikke kommer på operasjonssalen før knivtid er startet av assistentkirurgen. Dette sees ofte på som problematisk av de andre i teamet og kan føre til irritasjon (Ziman et al., 2018.; Holmes et al., 2019; Willassen et al., 2017.; Korkiakangas, 2017).

Når teamet tar snarveier og ikke gjennomfører sjekklisten grundig, skyldes dette ofte faktorer som dårlig planlegging, mangel på støtte ovenfra, svikt i interne prosesser, dårlig kommunikasjon og ulike holdninger fra teammedlemmer (Salas et al., 2005). Dårlig kommunikasjon skaper usikkerhet i teamet og dermed en følelse av å være utilstrekkelig for arbeidet som skal gjøres (Wæhle et al. 2012; Sandelin et al., 2015). Salas et al. (2005) påpeker at hvis det oppdages at arbeidsmengden for et teammedlem er for stor, kan teamet delta i støttende adferd ved å skifte på arbeidsansvaret. Arbeidsmengden må bli tilrettelagt eller overtatt, hvis ikke forventes det at teameffektiviteten går drastisk ned (Salas et al., 2005). Sett i sammenheng med de funnene som vi har gjort ser vi at både forskningsfunn og teori understreker at gjennomgangen av sjekklisten er avhengig av at alle teammedlemmene er til stede for at den skal være vellykket og sikker. I det teammedlemmer blir opptatt av å gjøre andre oppgaver går en glipp av viktig informasjon (Willassen et al., 2018; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017).

7.1.2.2 Ulike holdninger fra medlemmer påvirker sikkerheten og kan gi en følelse av et hierarkisk miljø

Det vil alltid finnes et preg av hierarkisk miljø mellom yrkesgrupper som samarbeider (Lauvås & Lauvås, 2004). Hierarkiet er viktig når det gjelder å fordele ansvar på operasjonsstuen, men kan fort komme i veien for samarbeidet på operasjonsstuen. Willassen et al. (2018) og Wæhle et al. (2012) rapporterte at kirurger ofte styrte sitt eget løp ved å overkjøre teammedlemmer, og at dette var ødeleggende for teameffektiviteten. Det å skulle imøtegå en kirurg som har bestemt seg for å utføre prosedyren etter sine behov, viste seg å være vanskelig. Studiene kommer frem til at det ofte er kirurgene som er skeptisk til bruken av sjekklisten, og dette kan føre til fiendtlighet mot enkelt teammedlemmer som minner dem på gjennomgangen. Dette kan føre til stressende situasjoner og reserverte teammedlemmer (Willassen et al., 2018.; Wæhle et al., 2012). En leder skal promotere teameffektiviteten med hjelp av den informasjonen lederen har om teamet, og på den måten kunne koordinere adferd og kontakten i det kirurgiske teamet. Dessverre er det ikke alltid slik det fungerer i praksis. Basert på våre funn ser vi at flere gir uttrykk for misbruk av makt blant kirurger som overkjører sine kollegaer, og om sjekklisten blir brukt eller ikke kommer helt an på hvilke holdninger kirurgen har til den (Nordström & Wihlborg, 2019; Willassen et al., 2018). Riktignok kan det være flere grunner til at slike situasjoner oppstår. Wæhle et al. (2012) og Willassen et al. (2018) forteller at sjekklisten blir sett på som en trussel mot den profesjonelle autonomien til kirurgene. Sjekklisten er ikke kirurgens valgte ansvar, men noe ledelsen har pålagt dem å gjennomføre. Dermed fører det pålagte ansvaret til irritasjon, noe som igjen forårsaker anstrengt teamarbeid (Wæhle et al., 2012.; Willassen et al., 2018). Uenigheter om hvem som skal ha ansvaret for å starte og gjennomføre sjekklisten kan også skape problemer i teamarbeidet (Willassen et al., 2018.; Ziman et al., 2018). En motstand i teamet kan føre til latterliggjøring av teammedlemmet som prøver å gjennomgå sjekklisten. Som følge av dette er det ingen som tør å ta ansvaret for gjennomgangen (Nordström & Wihlborg, 2019.; Wæhle et al., 2020.; Wæhle et al., 2012).

Dårlig kommunikasjon i teamet, sammen med det å oppleve mangel på gjensidig støtte eller lederskap, fører til misforståelser og uønskede hendelser. Salas et al. (2005) hevder at teamarbeid er svært komplekst, og er relatert til kommunikasjon, dynamikk, arbeidskultur, holdninger og de forventningene som teamet har. Sett i den sammenheng skal en teamleder legge til rette for effektivitet ved å synkronisere og kombinere ulike bidrag som kommer fra

andre teammedlemmer (Salas et al., 2005). Det viser seg at dette ikke alltid blir gjennomført i praksis. Studiene til Wæhle et al. (2012), Nordström & Wihlborg (2019) og Willassen et al. (2015) viser til episoder hvor kommunikasjonen og adferden til kirurgene er preget av likegyldighet, trakassering, ekskludering og latterliggjøring. Som en følge av dette nekter flere teammedlemmer å bruke sjekklisten, selv om teammedlemmet i første omgang hadde en lojal holdning til bruken av sjekklisten. Hvis kirurgen har bestemt seg for å ikke bruke sjekklisten, fører hierarkiet til ufullstendig bruk av den, og av den grunn føler flere av teammedlemmene seg ydmyket av adferden til enkelte kirurger og kommunikasjonen ble oppfattet som respektløs i tillegg (Wæhle et al., 2012.; Nordström & Wihlborg, 2019; Willassen et al., 2015). Wæhle et al. (2020), Wæhle et al. (2012) og Ziman et al. (2018) avslører at selv om det som oftest er kirurgene som oppjonerer mot sjekklisten, kan det oppstå en del motstand blant resten av teammedlemmene også. Både anesthesisykepleierne og operasjonssykepleierne gir uttrykk for ubehag når de skal gjennomføre sjekklisten mens pasienten er våken og til stede. De er bekymret for at pasientene skal bli engstelige når risikofaktorer blir gjennomgått, eller at pasientene kan føle seg alene når teamet konsentrerer seg om gjennomførelsen av sjekklisten (Ziman et al, 2018).

7.1.3 Bruk av sjekklisten skaper rom for god teameffektivitet

7.1.3.1 Samarbeid fører til bedre teamferdigheter

At et team svikter, kan skyldes faktorer som dårlig planlegging, mangel på støtte, eller svikt i teamets interne prosesser (Salas et al., 2005). Studien til Ingvarsdottir & Halldorsdottir (2017) påpekte at de viktigste faktorene for å forbedre arbeidsforholdene var å redusere stress, avbrudd og distraksjoner. Selv om det følte mer effektivt å utføre arbeidsoppgaver samtidig som sjekklisten ble gjennomgått, ble det understreket at teammedlemmene fikk med seg mer informasjon når de stoppet opp og fulgte med. For å øke sikkerheten på operasjonsavdelingen ble det uttrykt at avbrudd må reduseres og arbeidsforholdene forbedres (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017). Orvik (2004) hevder at å ha en god tverrfaglig kommunikasjon kan bidra til å løse problemer på operasjonsstuen. Ved å få frem relevant informasjon om pasienten og det kirurgiske inngrepet, skapes det en felles forståelse blant teammedlemmene. Effekten av samhandling styrker de personlige relasjonene, øker kunnskap, øker tillit til kollegaers faglige kompetanse, samt senker terskelen for å ta kontakt.

God kommunikasjon på operasjonsstuen bidrar slik til lett tilgang på informasjon for hele teamet (Orvik, 2004).

Kommunikasjonen i teamet er utveksling av oppfatninger, meninger, tanker og følelser som skjer mellom teammedlemmene. Enkeltpersoner må ha forståelse for sin egen rolle i tillegg til andre teammedlemmer sine roller, vite om de tilgjengelige ressursene i rommet, vise tillit ovenfor hverandre og kommunisere tydelig. Med andre ord er Salas et al. (2005) sine nevnte fem kjernekomponenter viktige med tanke på et godt samarbeid i teamet. Eide og Eide (2008) sier at i tillegg til et godt samarbeid er det viktig med god kommunikasjon i teamet. Dette vil være en avgjørende faktor når sjekklisten skal gjennomgås på en faglig og forsvarlig måte. Trolig vil også kommunikasjonen i teamarbeidet bidra til å minimere konflikter og motstand blant personalet (O'Brien et al., 2016). En åpen, klar og tydelig kommunikasjon sammen med det å lytte aktivt til andre mennesker vil være helsefremmende både for pasienten og for teamet og teameffektiviteten (Eide og Eide, 2008). Det krever imidlertid at teamet gir sin oppmerksomhet til samtalen, som igjen gjør at det er enklere å få gjennomført sjekklisten. For eksempel vil høy og tydelig stemme fra personen som gjennomfører sjekklisten være en viktig faktor for å få oppmerksomheten gjennom hele trygg kirurgi sjekklisten (Korkiakandas, 2017.; Wæhle et al., 2012.; O'brien et al., 2016.; Willassen et al., 2018).

Teamledelse handler om at teamleder må koordinere handlinger og fremme teamets effektivitet. Dette gjøres ved å bruke informasjon om teammedlemmene for å koordinere teamet og ha kontakt med de ulike profesjonene. På denne måten legger teamleder til rette for en effektivisering i teamet (Ziman et al., 2017; Wæhle et al., 2020, Nordstrøm & Whilborg., 2019; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017). Det blir tydelig presisert at det å ha en leder som styrer gjennomgangen av sjekklisten, enten i form av en kirurg eller den koordinerende operasjonssykepleieren, vil bidra til at teamet er godt informert og kan kvalitetssikre arbeidet (Ziman et al., 2017.; Wæhle et al., 2020.; Nordstrøm & Whilborg, 2019.; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017). Når teammedlemmer samarbeider krever det at de koordinerer seg ut ifra å se andres behov. Det gjør en ved å ha en felles forståelse av miljøet og forventningene som skal ytes (Salas et al., 2005). Teamorientering spiller en viktig rolle, ikke bare for evnen til å samarbeide med andre, men også evnen til å kunne forbedre seg individuelt gjennom koordinering, evaluering og utnyttelse av oppgaver fra andre

teammedlemmer (Salas et al., 2005). Sett sammen med det å tørre å si ifra om noe er galt, er dette uten tvil en svært positiv egenskap å ha med seg inn i teameffektivisering. Det vil da bli mer naturlig å justere handlinger etter avvik (Salas et al., 2005). Det samme gjelder for gjensidig overvåkning, hvor vi er bevisst på teamets funksjoner med å overvåke hverandres jobb. Dette kan både oppleves som å være positivt og negativt. Spesielt positivt er det når teamet står i stressende situasjoner hvor tilbakemeldinger gjør at enkeltpersoner blir mer oppmerksomme på sin egen adferd. Men det kan også virke negativt inn ved at enkeltpersoner blir mer stresset og irritert over at personer følger med på dem og det kan generelt føre til ubehag både for den som gir beskjed, men også for den som føler seg overvåket (Salas et al. 2005).

Etttersom sjekklisten er ment for å være et verktøy som skal være samlende for det kirurgiske teamet, vil kommunikasjonen og samarbeidet rundt oppgaver være spesielt viktig. Når samtalene er inkluderende, vil dette bedre samarbeid mellom de ulike faggruppene (Korkiakangas, 2017.; Wæhle et al., 2012.; O'brien et al., 2016.; Willassen et al., 2018). Det hierarkiske miljøet kan være ødeleggende for teamarbeidet hvis teammedlemmene er uenige om nytten og gjennomføringen av trygg kirurgi sjekklisten. Er derimot teamet enige og har en felles mening om hvordan ting skal gjøres på operasjonsstuen, kan hierarkiet være samlende for teamet (Ziman et al., 2018). Studiene til Korkiakangas (2017) og Ziman et al. (2018) forteller at når kirurgen er positivt innstilt til sjekklisten, blir teamet tryggere, og med dette øker kvaliteten på teamarbeidet (Korkiakangas, 2017.; Ziman et al., 2018). Willassen, et al. (2018) beskriver at enkelte kirurger gir uttrykk for at sjekklisten kan være med på å bidra til å lindre deres angst når det gjelder å identifisere riktig side, riktig prosedyre og riktig pasient. Det blir spesielt snakket om dette når kirurgene allerede har opplevd ubehagelige hendelser knyttet til at sjekklisten ikke ble gjennomgått (Willassen, Jacobsen, Tveiten, 2018). Slik innser flere av kirurgene at bruken av sjekklisten også kan bidra til å få sosial og profesjonell aksept i teamet. Noe som viser seg å være avgjørende for at alle teammedlemmene skal involvere seg mer og ha et ønske om å delta aktivt i sjekklisten (Wæhle et al., 2012.; Willassen et al., 2018.; Nordström & Wihlborg, 2019).

7.1.3.2 Jobbe mot et fellesmål for bedre teameffektivitet

Et effektivt team består av medlemmer som er bevisst på hva teamets funksjon er til enhver tid (Salas et al., 2005). Med andre ord vil det å ha forståelse og kunnskap om hverandres spesialiteter få arbeidet til å flyte lettere. Det å vite at en jobber mot et felles mål er viktig for teamet (Nordström & Wihlborg, 2019; Holmes et al., 2019). Det er derfor viktig å ha en god tone i teamet som igjen bidrar til en god lagfølelse. Å vise respekt og forståelse for ulike arbeidsoppgaver er med på å vise støtte til de andre i teamet. Under trygg kirurgi sjekkliste gjennomføring må derfor alltid kirurger, anestesipersonell og operasjonssykepleiere samarbeide gjennom alle punktene slik at alle får med seg den samme informasjonen (Korkiakangas, 2017). Samtidig ser vi at flere av deltakerne i studiene snakker om viktigheten av at alle i teamet må bli inkludert når sjekklisten skal gjennomføres, nettopp fordi sjekklisten fører til en større forståelse av de forskjellige profesjonene og hvilke roller de har på operasjonsavdelingen. Trolig fører det til større åpenhet ovenfor hverandres profesjoner fordi åpenheten gjør at medlemmene får mer tillit til hverandre og profesjonens ekspertise (Nordström & Wihlborg, 2019.; Sandelin & Gustafsson, 2015). Effektiviteten i teamet vil øke hvis teammedlemmene har kunnskap om hverandre, både i form av styrker og svakheter, og viten om at de jobber mot et felles mål. Dette avhenger også av at teamet får tilstrekkelig med tid til å gjennomføre sine spesifikke oppgaver under hele operasjonen (Holmes et al., 2019). For å kunne opprettholde effektiviteten i teamet er det viktig å ha en god tone i teamet som igjen bidrar til en god lagfølelse. Med andre ord er respekt og forståelse for ulike arbeidsoppgaver med på å vise en støtte til de andre i teamet. Dersom det er mangel på støtte eller lederskap vil også lagfølelsen bli svekket. Det å tørre å si ifra om noe er galt er en god kvalitet som er viktig å ta med seg (Nordström & Wihlborg, 2019.; Willassen et al., 2018). Vi ser at det finnes flere eksempler på at teammedlemmene gir uttrykk for hvor viktig det er å føle at de jobber sammen som en gruppe, og at det gir de en følelse av samvær med andre teammedlemmer (Nordström & Wihlborg, 2019; Wæhle et al., 2012.; Willassen et al., 2018). Avslutningsvis ser vi at det å bli introdusert av teammedlemmer under sjekklisten blir sett på som positivt, i forhold til at den er samlende for teamet og er spesielt nyttig for nye eller uerfarne teammedlemmer. Å bli introdusert for teamet kommer godt med hvis det skulle oppstå en akutt situasjon (Ziman et al., 2018; Wæhle et al., 2020). Dessuten gir de mindre erfarne teammedlemmene uttrykk for at de automatisk fikk fordeler av å gå gjennom

sjekklisten i fellesskap, dette gir rom for en mer helhetlig forståelse av prosedyren som skal gjennomføres (Wæhle et al., 2012).

7.2 Metodediskusjon

I dette kapitlet vil vi diskutere styrker og begrensninger med denne studien i tillegg til å diskutere troverdigheten og overførbarheten av resultatene vi er kommet frem til.

7.2.1 Styrker og begrensninger

All syntese som gjennomføres basert på kvalitative metoder, er fortolkninger (Malterud, 2017; Noblit & Hare, 1988). Som sykepleiere og nå nyutdannede operasjonssykepleiere har vi med oss en forforståelse for det valgte temaet vårt. Temaet har fungert som motivasjon for å søke etter ny kunnskap, men den kan også ha ført til at fortolkningen er blitt farget og ført forskningen i den retningen vår forforståelse er.

Etter det vi vet er det ikke blitt gjort en systematisk kvalitativ gjennomgang av studier hvor en forsker på hvordan sjekklisten påvirker kommunikasjonen og teamarbeidet i det kirurgiske teamet, da tidligere forskning i hovedsak har befattet seg med sjekklistens betydning for pasientsikkerheten og pasientutfall.

Vi har brukt seks forskjellige databaser i de systematiske søkene våre etter kvalifiserte studier. Med veiledning fra bibliotekar ble CINAHL, Academic Search Elite og MEDLINE brukt i sammenheng med hverandre da vi kunne koble de sammen og gjøre ett søk i tre databaser samtidig. De ble valgt ut med sannsynlighet for at de tre kunne gi oss produktive resultater. SveMed+, PubMed og Embase ble det gjort søk i hver for seg. Databasene dekker engelskspråklig sykepleierrelatert og helserelatert faglitteratur fra ulike tidsskrifter, og vi ser de derfor som relevant i forhold til treff som er knyttet til kvalitative forskningsstudier om WHO's sjekkliste for trygg kirurgi (Helsebiblioteket, 2016). Vi har uavhengig av hverandre screenet tittel, abstrakt og fulltekst for inklusjon utfra inklusjonskriteriene, noe som er i samsvar med anbefalinger (Malterud, 2017). Vi benyttet screeningsverktøyet Rayyan QCRI som hjelpeverktøy for å screene tittel og abstrakt. Fordelen med dette verktøyet er at screeningen kan gjøres blindet. Når begge forskerne har gjennomgått alle titler og abstrakt, kan en blinde av og vurdere grad av samsvar mellom forskerne. I etterkant av screening av tittel og abstrakt

og screening av fulltekst kom vi sammen og diskuterte utvalget for å beslutte den endelige inkludering av studier (Ouzanni et al.,2016). Ifølge Malterud (2017) skal gjennomgangen av litteraturen og kritisk vurdering gjennomføres uavhengig av hverandre for å sikre en robusthet i metodikken vi bruker.

Vi har brukt CASP for å kvalitetssikre primærstudiene. Maltrud (2017) anbefaler mellom ti og tjue informasjonsrike primærstudier til en metasyntese. Vi har vurdert at våre ti inkluderte studier hadde tilstrekkelig mangfold og informasjonsstyrke, og antallet var håndterbart for en masteroppgave.

Alle de inkluderte studiene er relevante for problemstillingen og emnet som vi var interessert i. Noen av studiene varierte i innhold på både nivået og rikdom av informasjon. Men totalen av informasjon vi har fått ut av studiene ble funnet å være tilstrekkelig for gjennomføringen av masteroppgaven. WHO's sjekkliste ble ikke innført før i 2008, den kom da som en kampanje for å redusere skader og uønskede hendelser ved kirurgi og i den forbindelse utarbeidet WHO en veileder for innføring og bruk av denne (WHO, 2009). Da vi ønsket å få med studier som handlet om implementering og som var gjort i begynnelsen av implementeringen kunne vi ikke ekskludere artikler som var eldre enn ti år. Vi valgte derfor å inkludere studier fra helt tilbake til 2008.

Malterud (2017) hevder at en syntese av kvalitative primærstudier med ulike forskningsdesign kan utgjøre en metodisk utfordring, men sier samtidig at det finnes en rød tråd som er gjennomgående på tvers av forskjellige design. Våre inkluderte artikler har ulike studiedesign, noe vi mener har bidratt til et mangfold av nyanser, noe som også understøttes av Malterud (2017). Primærstudiene ble utført i flere forskjellige land og vi kan ikke utelukke at det kan påvirke resultatene våre. Selv om sjekklisten skal være lik verden over kan kulturforskjeller spille en stor rolle her, da en i andre kulturer kan ha større respekt for autoriteter og at hierarkiet kan være annerledes enn i Norge (WHO, 2009). Dessuten kan sjekklisten ha blitt tilpasset den enkelte avdeling slik at innholdet har variasjoner.

Metaetnografien er organisert i syv trinn eller faser som overlapper hverandre gjennom den analytiske prosessen (Malterud, 2017). Overlappingen kan vi se tydelig i fase tre til seks, «Granskning og kritisk vurdering», «Oversikt over hvordan studiene er koblet sammen», «Oversette studiene til hverandre», og «Syntetisering». Vi har tilstrebet å beskrive analysen

og syntesen på en transparent måte, og tabell 4 og 5 viser prosessen fra nøkkelmetaforer til oversettelse og overordnet oversettelse. Vi har valgt en indeksartikkel som var rik på informasjon, imidlertid kan vi ikke se bort fra at rekkefølgen vi har lest de andre studiene i for å sammenligne med indeksartikkelen kan ha påvirket resultatene våre. Likeens kan vår tolkning av dataene ha blitt påvirket av vår faglige bakgrunn, våre personligheter og våre erfaringer fra ulike operasjonsavdelinger. Samtidig har vi vist utdrag av det empiriske materialet fra de inkluderte artiklene for å underbygge vår tolkning. Imidlertid kan vi ikke utelukke at andre forskere med en annen for forståelse ville kommet med andre tolkninger. Vår erfaring fra praksis på flere operasjonsavdelinger under utdanningen og nå som operasjonssykepleiere, kan også sees på som en styrke i forhold til temaet for metasyntesen, da vi har erfart et mangfold av kommunikasjon i temaarbeid under gjennomføring av trygg kirurgi sjekklisen.

Arbeidet og progresjonen var mer kompleks og ikke så tydelig som det kan se ut i oppgaven. Vi har forsøkt å være reflekterte i arbeidet vårt, men innser at det har vært utfordrerne å være forsker uten å ha noe erfaring fra tidligere. Hadde vi hatt erfaring fra et slikt studie tidligere ville det gitt oss en større forståelse og bedre grunnlag for å starte og gjennomføre denne studien. Vi har likevel fått god veiledning fra personer med erfaring i å gjennomføre en kvalitativ metasyntese og har også fått god hjelp i å finne relevant litteratur og kilder som vi har brukt.

8.0 Konklusjon

Trygg kirurgi sjekklisen bidrar til en bedre informasjonsflyt, som gir lett tilgang på informasjon til hele teamet. Sjekklisen kan ikke forhindre uønskede hendelser, men gjør at teamet er bedre forberedt hvis det skulle oppstå kritiske situasjoner på operasjonsstuen. Det er svært viktig at teammedlemmene følger med på gjennomgangen av sjekklisen slik at de får med seg viktig informasjon. Det er viktig at den som gjennomfører sjekklisen inkluderer alle teammedlemmene, slik at alle får den samme informasjonen. Snarveier, som at kirurgen forteller operasjonssykepleieren hva som skal skje, kan føre til misforståelser og det øker sjansene for å gjøre feil. Ved å forstå hva som er hverandres arbeidsoppgaver og ansvar, får teammedlemmene større respekt for hverandre, noe som bidrar til større trygghet og tillit til hverandre, og det blir lettere å si ifra og fange opp feil, slik at uheldige situasjoner kan

avverges. Når teammedlemmene er trygge på hverandre, blir evnen til å gi og motta konstruktiv kritikk bedre, og dette vil fremme kvaliteten på den kirurgiske behandlingen. Når sjekklisten kommer i konflikt med utføring av profesjonens arbeidsoppgaver, har sjekklisten varierende innflytelse på kommunikasjon og teamarbeid. Det å ta ansvar for gjennomføringen av sjekklisten kan medføre praktiske og etiske utfordringer. Teammedlemmers ulike holdninger til sjekklisten viser seg å ha stor betydning for om sjekklisten blir gjennomført eller ikke. Hvis et teammedlem er imot sjekklisten, kan dette endre hele teammentaliteten. Denne variasjonen er knyttet til deltakernes forståelse av trygg kirurgi sjekklisten som et verktøy for pasientsikkerhet og teamkommunikasjon. Når sjekklisten ikke er integrert i eksisterende risikostyringsstrategi, men heller oppfattes som et tillegg, eller når sjekklistegjennomgangen blir sabotert, vil det begrense teameffektiviteten og føre til frustrasjoner i teamet. Ved riktig bruk av sjekklisten, der alle deltar aktivt og har de samme holdningene til den, bidrar sjekklisten til å åpne kommunikasjonen i teamet, og den tverrfaglige teameffektiviteten øker.

8.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Vi ønsker at funnene i denne studien kan bidra til økt oppmerksomhet rettet mot ringvirkningene av trygg kirurgi sjekklisten. Studiens funn antyder at teamarbeidet, teameffektiviteten og kommunikasjonen bedres av sjekklisten, noe som igjen fører til økt pasientsikkerhet. I lys av dette mener vi derfor at operasjonsteamet bør ha økt fokus på gjennomgangen av sjekklisten, noe som kan få ringvirkninger for arbeidsmiljøet på operasjonsstuen. Vår studie viser at et godt arbeidsmiljø bidrar til trygghet, som igjen bidrar til at teammedlemmene tør å si ifra og videreføre kritisk informasjon.

Denne metasyntesen synliggjør temaer innenfor kommunikasjon i teamet som kan være aktuelt for videre forskning. Det finnes allerede mye forskning på pasientsikkerhet og uønskede hendelser i forhold til sjekklisten, hvordan pasientene blir påvirket av gjennomføringen av sjekklisten, postoperative komplikasjoner og pasientutfall, og integrering av sjekklisten på operasjonsstuen. Våre søk fant svært lite forskning på hvordan holdninger, distraksjoner, hierarki og kommunikasjon påvirker teamet, og hvordan sjekklisten kan bidra til å bedre eller forverre teamarbeid på operasjonsstuen. Mer utbredt forskning på dette området kan bidra til økt fokus på disse temaene blant operasjonspersonell. Det kan også

MKS591. Kandidatnummer: 481 og 484

være med på å bevisstgjøre teamet på hva godt arbeidsmiljø kan ha å si for pasienten. Det er lite forskning på erfaringer med kommunikasjon og teamarbeid i det kirurgiske teamet sett fra de enkelte profesjonene sitt perspektiv og videre studier kan bidra til å øke kunnskapsgrunnlaget på dette området.

9.0 Litteraturliste

- Atkins, S., Lewin, S., Smith, H., Engel, M., Fretheim, A., & Volmink, J. (2008). Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: Lessons learnt. *BMC Med Res Methodol*, 8(1), 1-10.
doi:10.1186/1471-2288-8-21
- Critical Appraisal Skills Programme (2019). Casp Qualitative Studies Checklist. Hentet 9 februar:
https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf
- Det medisinske fakultet, Uio. (2007) Fagsiden for kirurgiske fag. Hentet fra:
<https://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/kirurgi/>
- Den norske legeforening (2009). Anestesiologi. Hentet fra:
<https://www.legeforening.no/contentassets/874aebad1a7b4a4eabd46d962af348da/malbeskrivelse-og-gjennomforingsplan-for-anestesiologi.pdf>
- Eide, H., & Eide, T. (2008). Kommunikasjon i relasjoner. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, P. H. og Dåvøy, G. M. (2018). Funksjons- og ansvarsområde. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 28-33). Gyldendal akademisk.
- Espe, K. og Hovind, I. L. (2011). Sikring av luftveier. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (s. 224-245). Akribe.
- France, E. F., Ring, N., Thomas, R., Noyes, J., Maxwell, M., & Jepson, R. (2014). A methodological systematic review of what's wrong with meta-ethnography reporting. *BMC medical research methodology*, 14(1), 1-16.
- Helsebiblioteket (2016). PICO. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/249198.cms>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Kvalitet og pasientsikkerhet 2016. (Meld. St. 6. 2017-2018) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20172018/id2581316/>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra Lovdata:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_4

- Holmes, T., Vifladt, A., & Ballangrud, R. (2019, November 27). A qualitative study of how inter-professional teamwork influences perioperative nursing. Hentet fra PMC - US National Library of Medicine. National Institutes of Health:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7024613/>
- Ingvarsdottir, E., & Halldorsdottir, S. (2018). Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. Hentet fra - *Scandinavian Journal of Caring Sciences*: <https://doi.org/10.1111/scs.12532>
- Korkiakangas, T. (2017). Mobilising a team for the WHO Surgical Safety Checklist: a qualitative video study. *BMJ Quality and Safety*. <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004887>
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). Tverrfaglig samarbeid- perspektiv og strategi. Oslo: Universitetsforlaget
- Major, C. H. & Savin-Baden, M. (2010). An introduction to qualitative research synthesis: managing the information explosion in social science research. London: Routledge.
- Malterud, K. (2017). Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget
- Noblit, G. W. & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography : synthesizing qualitative studies* (vol. 11). Newbury Park, Calif: Sage Publications.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Int J Surg*. 2010;8(5):336-41
- Molven, O. (2015). *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nordström, A., & Wihlborg, M. (2019, Januar 29). A Phenomenographic Study of Swedish Nurse Anesthetists' and OR Nurses' Work Experiences. Hentet fra *AORN JOURNAL - The official voice of perioperative nursing*:
<https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/aorn.12582>
- O'Brien, B., Graham, M. M., & Kelly, S. M. (2016, Oktober 18). Exploring nurses' use of the WHO safety checklist in the perioperative setting. Hentet fra Wiley Online Library:
<https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/full/10.1111/jonm.12428>

- Oksavik, W. S. (2018). Samarbeid i team. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), Operasjonssykepleie (s. 203-215). Oslo: Gyldendal Akademiske
- Orvik, A. (2004). Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid. Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz Z., & Elmagarmid, A., Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews* (2016) 5:210, DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4.
- Pasientsikkerhetsprogrammet (2014). I trygge hender 24-7. Hentet fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/tryggkirurgi>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research Generating ansesing Evidence for Nursing Practise (9th.)*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Salas, E., Sims, D. E., & Burke, C. S. (2005). Is there a “Big Five” in Teamwork? *Small Group Research*, 36(5), 555–599. <https://doi.org/10.1177/1046496405277134>
- Sandelin, A., & Gustafsson, B. Å. (2015). Operating theatre nurses’ experiences of teamwork for safe surgery. *Nordic Journal of Nursing Research*. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0107408315591337>
- WHO. (2009). Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009. Hentet fra: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1
- WHO (2017). Pasientsikkerhet: Gjør helsevesenet tryggere. Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507/1/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf>
- Willassen, E. T., Smith Jacobsen, I. L., & Tveiten, S. (2018, Mars 28). Safe Surgery Checklist, Patient Safety, Teamwork, and Responsibility—Coequal Demands? A Focus Group Study. Hentet fra PMC - US National Library of Medicine. National Institutes of Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5881961/>
- Wæhle, H. V., Haugen, A. S., Sjøfteland, E., & Hjälmhult, E. (2012). Adjusting team involvement: a grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as experienced by nurses in the operating room. *BMC nursing*, 11(1), 16. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-16>

Wæhle, H. V., Haugen, A. S., Wiig, S., Sjøfteland, E., Sevdalis, N., & Harthug, S. (2020). How does the WHO Surgical Safety Checklist fit with existing perioperative risk management strategies? An ethnographic study across surgical specialties. *BMC health services research*, 20(1), 111. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4965-5>

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2016) Norsk sykepleierforbund. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Ziman, R., Espin, S., Grant, R. E., & Kitto, S. (2018). Looking beyond the checklist: an ethnography of interprofessional operating room safety cultures. *Journal of interprofessional care*, 32(5), 575-583. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1459514>

10.0 Vedlegg

10.1 Vedlegg – Søkehistorikk

Artikkel 1:

Tittel: A qualitative study of how inter-professional teamwork influences perioperative nursing

Forfattere: T. Holmes, A. Vifladt, R. Ballangrud

Årstall: 2019

Tidsskrift: PMC - US National Library of Medicine. National Institutes of Health

Kilde: Holmes, T., Vifladt, A., & Ballangrud, R. (2019, November 27). A qualitative study of how inter-professional teamwork influences perioperative nursing. Hentet fra PMC - US National Library of Medicine. National Institutes of Health:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7024613/>

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste Sammendrag	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	«Operating room nurse»	13.01.21	Pubmed	775	0	0	0
2	«Publication date - 5 years»	13.01.21	Pubmed	775	0	0	0
3	«Teamwork»	13.01.21	Pubmed	4224	0	0	0
4	#1 AND #2 AND #3	13.01.21	Pubmed	80	0	0	0
5	«Patient safety»	13.01.21	Pubmed	66002	0	0	0
6	«Qualitative».	13.01.21	Pubmed	114384	0	0	0

7	#1 AND #2 AND #3 AND #5 AND #6	13.01.21	Pubmed	10	10	6	1
---	--------------------------------	----------	--------	----	----	---	---

Artikkel 2:

Tittel: Looking beyond the checklist: An ethnography of interprofessional operating room safety cultures

Forfatter: Ziman, R., Espin, S., Grant, R.E. & Kitto, S.

Årstall: 2018

Tidsskrift: Journal of interprofessional care

Kilde: Ziman, R., Espin, S., Grant, R. E., & Kitto, S. (2018). Looking beyond the checklist: an ethnography of interprofessional operating room safety cultures. *Journal of interprofessional care*, 32(5), 575-583. [10.1080/13561820.2018.1459514](https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1459514)

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	«Perioperative care»	10.12.20	Cinahl	11040	0	0	0
2	«Perioperative nursing»	10.12.20	Cinahl	12282	0	0	0
3	«Operating rooms»	10.12.20	Cinahl	8948	0	0	0
4	«Operating system»	10.12.20	Cinahl	348	0	0	0
5	«Checklist»	10.12.20	Cinahl	29724	0	0	0
6	«Patient safety»	10.20.20	Cinahl	62785	0	0	0
7	#5 or #6	10.12.20	Cinahl	91379	0	0	0
8	«Communication»	10.12.20	Cinahl	79273	0	0	0
9	#1 or #2 or #3 or #4	10.12.20	Cinahl	84980	0	0	0
10	#7 and #8 and #9	10.12.20	Chinal	299	0	0	0
11	#5 and #10	10.12.20	Cinahl	89	45	17	2

Artikkel 3:

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

Forfattere: Korkiakangas, T.

Årstall: 2017

Tidsskrift: BMJ Quality and Safety.

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

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste Sammendrag	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	«Operating room nursing»	08.02.18	Cinahl	126	0	0	0
2	«Perioperative nurs»	08.02.18	Cinahl	15326	0	0	0
3	«Scrub nurs»	08.02.18	Cinahl	100	0	0	0
4	«Theatre nurs»	08.02.18	Cinahl	493	0	0	0
5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	08.02.18	Cinahl	15493	0	0	0
12	«Checklist»	08.02.18	Cinahl	31602	0	0	0
13	«Surgical safety checklist»	08.02.18	Cinahl	178	0	0	0
14	«WHO checklist»	08.02.18	Cinahl	35	8	3	0

15	«WHO surgical safety checklist»	08.02.18	Cinahl	57	10	5	1
----	---------------------------------	----------	--------	----	----	---	---

Artikkel 4 og 5:**Artikkel 4**

Tittel: Safe Surgery Checklist, Patient Safety, Teamwork, and Responsibility-Coequal Demands? A Focus Group Study

Forfattere: E.T. Willassen, I. L. S. Jacobsen, S. Tveiten

Årstall: 2018

Tidsskrift: PMC - US National Library of Medicine. National Institutes of Health

Kilde:

Willassen, E. T., Smith Jacobsen, I. L., & Tveiten, S. (2018, Mars 28). Safe Surgery Checklist, Patient Safety, Teamwork, and Responsibility—Coequal Demands? A Focus Group Study. Hentet fra PMC - US National Library of Medicine. National Institutes of Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5881961/>

Artikkel 5

Tittel: A Phenomenographic Study of Swedish Nurse Anesthetists' and OR Nurses' Work Experiences

Forfattere: A. Nordström, M. Wihlborg

Årstall: 2019

Tidsskrift: AORN Journal - The official voice of perioperative nursing:

Kilde: Nordström, A., & Wihlborg, M. (2019, Januar 29). A Phenomenographic Study of Swedish Nurse Anesthetists' and OR Nurses' Work Experiences. Hentet fra AORN JOURNAL - The official voice of perioperative nursing: <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/aorn.12582>

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste Sammendrag	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	«Nurse»	13.01.21	Pubmed	72082	0	0	0
2	«Publication date - 5 years»	13.01.21	Pubmed	72082	0	0	0

3	«Safe surgery checklist»	13.01.21	Pubmed	255	0	0	0
4	#1 AND #2 AND #3	13.01.21	Pubmed	40	10	0	0
5	«Safety»	13.01.21	Pubmed	261909	0	0	0
6	#1 AND #2 AND #3 AND #5	13.01.21	Pubmed	29	0	0	0
7	«Qualitative»	13.01.21	Pubmed	114384	0	0	0
8	#1 AND #2 AND #3 AND «5 AND #7	13.01.21	Pubmed	4	4	4	2

Artikkel 6 og 7:

Artikkel 6

Tittel: How does the WHO Surgical Safety Checklist fit with existing perioperative risk management strategies? An ethnographic study across surgical specialties

Forfatter: Wæhle, Hv, Haugen, AS, Wiig, S. Et al.

Årstall: 2020

Tidsskrift: BMC Health Serv Res

Kilde: Wæhle, H. V., Haugen, A. S., Wiig, S., Søfteland, E., Sevdalis, N., & Harthug, S. (2020). How does the WHO Surgical Safety Checklist fit with existing perioperative risk management strategies? An ethnographic study across surgical specialties. *BMC health services research*, 20(1), 111. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4965-5>

Artikkel 7

Tittel: Adjusting team involvement: a grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as experienced by nurses in the operating room

Forfatter: Wæhle, HV, Haugen, AS, Søfteland, E. Et al.

Årstall: 2012

Tidsskrift: BMC sykepleiere

Kilde: Wæhle, H. V., Haugen, A. S., Søfteland, E., & Hjälmhult, E. (2012). Adjusting team involvement: a grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as

experienced by nurses in the operating room. *BMC nursing*, 11(1), 16.
<https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-16>

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Inkludert
1	«Perioperative Nursing»	13.1.21	Cinahl	14305	0	0	0
2	«Operating rooms»	13.1.21	Cinahl	8986	0	0	0
3	«Anesthesia Nursing»	13.1.21	Cinahl	1227	0	0	0
4	«Surgeons»	13.1.21	Cinahl	11093	0	0	0
5	«Checklists»	13.1.21	Cinahl	29987	0	0	0
6	«Teamwork»	13.1.21	cinahl	15820	0	0	0
7	«Communication»	13.1.21	Cinahl	79408	0	0	0
8	«Safety»	13.1.21	cinahl	28152	0	0	0
9	«Patient Safety»	13.1.21	Cinahl	62910	0	0	0
10	«Qualitative Sudies»	13.1.21	Cinahl	118262	0	0	0
11	#1 OR #2 OR #3 OR #4	13.1.21	Cinahl	33437	0	0	0
12	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9	13.1.21	Cinahl	205811	0	0	0
13	#11 AND #12	13.1.21	Cinahl	3387	0	0	0
14	#5 AND #10 AND #13	13.1.21	Cinahl	14	4	2	2

Artikkel 8:

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

Forfatter: Ingvarsdottir, E., & Halldorsdottir, S.

Årstall: 2018

Tidsskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences

Kilde: Ingvarsdottir, E., & Halldorsdottir, S. (2018). Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 951-960. [10.1111/scs.12532](https://doi.org/10.1111/scs.12532)

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	«Perioperative care»	10.12.20	Cinahl	11040	0	0	0
2	«Perioperative nursing»	10.12.20	Cinahl	12282	0	0	0
3	«Operating rooms»	10.12.20	Cinahl	8948	0	0	0
4	«Operating system»	10.12.20	Cinahl	348	0	0	0
5	«Checklist»	10.12.20	Cinahl	29724	0	0	0
6	«Patient safety»	10.20.20	Cinahl	62785	0	0	0
7	#5 or #6	10.12.20	Cinahl	91379	0	0	0
8	«Communication»	10.12.20	Cinahl	79273	0	0	0
9	#1 or #2 or #3 or #4	10.12.20	Cinahl	84980	0	0	0
10	#7 and #8 and #9	10.12.20	Chinal	299	0	0	0
11	#5 and #10	10.12.20	Cinahl	89	45	17	2

Artikkel 9:

Tittel: Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery.

Forfatter: Sandelin, A & Gustafsson, B.

Årstall: 2015

Tidsskrift: Nordic journal of nursing Research

Kilde: Sandelin, A., & Gustafsson, B. Å. (2015). Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(3),179-185. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0107408315591337>

#	Søkeord	Dato	database	Antall treff	Leste sammendrag	Lese artikler	Inkludert
1	«Operasjonssykepleie»	15.1.21	Svemed+	247	0	0	0
2	«Operating room nursing»	15.1.21	Svemed+	244	0	0	0
3	«Anestesisykepleier»	15.1.21	Svemed+	7	0	0	0
4	«Nurse Anesthetits»	15.1.21	Svemed+	5	0	0	0
5	«Kirurg»	15.1.21	Svemed+	106	0	0	0
6	«Surgeons»	15.1.21	Svemed+	16	0	0	0
7	#2 OR #4 OR #6	15.1.21	Svemed+	265	0	0	0
8	«Trygg kirurgi»	15.1.21	Svemed+	5	0	0	0
9	«Checklist»	15.1.21	Svemed+	3	0	0	0
10	«Samarbeid»	15.1.21	Svemed+	1380	0	0	0
11	«Teamwork»	15.1.21	Svemed+	31	0	0	0
12	«Kommunikasjon»	15.1.21	Svemed+	3307	0	0	0
13	#8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12	15.1.21	Svemed+	4521	0	0	0
14	#7 AND #13	15.1.21	Svemed+	28	0	0	0
15	«Kvalitativ»	15.1.21	Svemed+	1557	0	0	0
16	«Qualitative research»	15.1.21	Svemed+	1452	0	0	0
15	#14 AND #16	15.1.21	Svemed+	4	2	1	1

Artikkel 10:

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

Forfatter: O'Brien, Brid; Graham, Margaret M.; Kelly, Sile Mary;

Årstall: 2016

tidsskrift: Journal of Nursing Management

Kilde:

#	Søkeord	Dato	Database	Antall	Leste	Leste	Inkludert
---	---------	------	----------	--------	-------	-------	-----------

				treff	sammendrag	artikler	
1	«Perioperative Nursing»	13.1.21	Cinahl/Medline	37009	0	0	0
2	«Operating rooms»	13.1.21	Cinahl/Medline	82009	0	0	0
3	«Anesthesia Nursing»	13.1.21	Cinahl/Medline	3736	0	0	0
4	«Surgeons»	13.1.21	Cinahl/Medline	390094	0	0	0
5	«Checklists»	13.1.21	Cinahl/Medline	127864	0	0	0
6	«Teamwork»	13.1.21	cinahl/Medline	82281	0	0	0
7	«Communication»	13.1.21	Cinahl/Medline	835254	0	0	0
8	«Safety»	13.1.21	cinahl/Medline	1237945	0	0	0
9	«Patient Safety»	13.1.21	Cinahl/Medline	271199	0	0	0
10	«Qualitative Studies»	13.1.21	Cinahl/Medline	262609	0	0	0
11	#1 OR #2 OR #3 OR #4	13.1.21	Cinahl/Medline	33437	0	0	0
12	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9	13.1.21	Cinahl/Medline	493467	0	0	0
13	#11 AND #12	13.1.21	Cinahl/Medline	48651	0	0	0
14	#5 AND #10 AND #13	13.1.21	Cinahl database	100	4	1	2

10.2 Vedlegg - CASP skjema

Sjekkliste kvalitative studier

Del A: Innledende vurdering

Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

10.3 Vedlegg- Sentral forskning

	Forfatter, tittel, land og årstall	Hensikt med studien	Metode	Kontekst	Deltakere	Hovedresultat	Kvalitet
1	T. Holmes, A. Vifladt, R. Ballangrud "A qualitative study of how inter-professional teamwork influences perioperative nursing" Norge 2019 Indeksstudie	Hensikten med studien var å utforske norske operasjonssykepleieres oppfatning av hvordan teamkompetanse i et operasjonsteam påvirker perioperativ sykepleie i forhold til pasientsikkerhet.	Kvalitativt induktiv innholdsanalyse	Operasjonssykepleiere ansatt i 4 norske sykehus	(N=10) operasjonssykepleiere	Funnene viser at teamferdighetene til hele operasjonsteamet har innvirkning på ytelsen til perioperativ sykepleie og pasientsikkerhet. Bedre teamferdigheter, som kan oppnås gjennom tverrfaglig teamtrening, kan bidra til bedre kvalitet og fremdrift av perioperativ sykepleie og et bedre arbeidsmiljø på operasjonsstuen. Operasjonsteamet kan fremme pasientsikkerhet ved å kommunisere om sammenhengene mellom teamferdigheter, arbeidskvalitet og arbeidsmiljø. Studien kom frem til at det var tre strategiske kategorier som telte inn: (1) Operasjonssalenes	CASP 10

						teamkompetanse påvirker kvaliteten på perioperativ, (2) fremdriften i perioperativ sykepleie og (3) operasjonssykepleiernes arbeidsmiljø i operasjonsstuen.	
2	Ziman, R., Espin, S., Grant, R.E. & Kitto, S "Looking beyond the checklist: An ethnography of interprofessional operating room safety cultures" Canada 2018	Hensikten med studien var som mål å få innsikt i hvordan operasjonsteamets oppfatninger, holdninger og praksis rundt sjekklisten er innenfor ortopedisk kirurgi. Etnografisk metode ble valgt for å kunne observere adferd, intervju og dokumentere hverdagen deres.	En etnografisk studie med 10 semistrukturerte intervjuer	En blanding av canadisk og utenlandsk-helsepersonell på et undervisningssykehus i Ontario, Canada.	(N=10) 3 sykepleiere, 4 OT kirurger, 3 anestesileger	Deltakerne ga uttrykk for at orienteringen var den viktigste delen av sjekklisten. Det mest brukte og omtalte i sjekklisterelementene var antibiotika, ASA-klasse, allergier og prosedyrer, spesielt hva som skulle opereres. Relevant medisinsk historie og screening ble også noen ganger inkludert. Likevel blir det stilt spørsmål til om sjekklisten alene ikke er tilstrekkelig løsning og at den noen ganger kan komme i konflikt med arbeidspraksis. Studien sier også noe om at det er viktig at sjekklisten må brukes på et tidspunkt der alle i operasjonsteamet kan delta aktivt og ikke blir forstyrret av	Casp 10

						andre oppgaver. En tilpasning av sjekklisten til hver enkelt enhet kan bidra til å forbedre teamarbeidet og pasientsikkerheten.	
3	Korkiakangas, T. "Mobilising a team for the WHO Surgical Safety Checklist: a qualitative video study" England 2017	Hensikten med studiet var å observere teamets deltagelse i trygg kirurgi, samt oppdage hvordan mobilisere et helt team til å delta på trygg kirurgi gjennomgangen.	Kvalitativt studie med videopptak, lydopptak og observasjoner.	Teamet inkluderer kirurger, sykepleiere, anestesileger på et britisk sykehus.	Det ble gjennomført 20 videoobservasjoner	Funnene viste at timing og tilstedeværelse var avgjørende faktorer for en nøyaktig gjennomgang av sjekklisten. Time-out burde bli utført når alle i teamet var klare for det, men at dette mange ganger krasjet med teammedlemmers arbeidsoppgaver. Det ble observert at andre arbeidsoppgaver ble utført samtidig som trygg kirurgi sjekklisten ble gjennomgått. Time-out ble utført 19 av 20 ganger. Studiet kommer frem til at alle teamets medlemmer måtte få beskjed før time-out skulle gjennomføres.	CASP 10
4	E.T. Willassen, I.. L. S. Jacobsen, S. Tveiten	Hensikten med studien er å belyser	Kvalitativ studie med datainnsamling i	Utført på et stort universitetssykehus	Ikke oppgitt antall deltakere.	Bruken av verdens helseorganisasjons	CASP 10

MKS591. Kandidatnummer: 481 og 484

<p>“Safe Surgery Checklist, Patient Safety, Teamwork, and Responsibility-Coequal Demands? A Focus Group Study”</p> <p>Norge 2018</p>	<p>operasjonssykepleiernes erfaringer og meninger om gjennomføring og etterlevelse av trygg kirurgi sjekklisten.</p>	<p>fokusgruppeintervjuer</p>	<p>i Norge</p>	<p>Operasjonssykepleiere og studenter deltar i fokusgruppeintervjuer 2 ganger.</p>	<p>trygge kirurgi sjekklisten har en etablert praksis over hele verden og skal bidra til å sikre pasientsikkerhet og tverrfaglig samarbeid. Forskerne kom frem til at Trygg kirurgi sjekklisten hadde varierende innflytelse på teamarbeid og pasientsikkerhet, og at det å ta ansvar for gjennomføringen av sjekklisten kunne medføre praktiske og etiske utfordringer. Erfaringene til operasjonssykepleierne og deres studenter avslørte forskjeller i praksis. Holdninger til sjekklisten og intensjonene ved sjekklisten var også varierende. Denne variasjonen var knyttet til faglige og kulturelle avstander mellom teammedlemmene og deres forståelse av trygg kirurgi sjekklisten som et verktøy for pasientsikkerhet.</p>	
--	--	------------------------------	----------------	--	--	--

MKS591. Kandidatnummer: 481 og 484

5	<p>A. Nordström, M. Wihlborg</p> <p>“A Phenomenographic Study of Swedish Nurse Anesthetists' and OR Nurses' Work Experiences”</p> <p>Sverige 2019</p>	<p>Hensikten er å undersøke hvordan anestesisykepleiernes og operasjonssykepleierne opplever sitt arbeid på operasjonssalen.</p>	<p>Kvalitativt studie med en fenomenografisk tilnærming.</p>	<p>Studiene ble utført ved ett universitetssykehus i Sverige og ett regionssykehus i Sverige.</p>	<p>Deltakernes alder varierte fra 34-60 år, kjønn varierte. Kriterie var enten anestesisykepleier eller operasjonssykepleier med minimum 3 års erfaring. 12 personer ble valgt ut til å delta,</p>	<p>På operasjonsstuen må operasjonsteamet øve på kommunikasjon og samarbeid for å sikre trygg pleie av høy kvalitet. Manglende samarbeid mellom fagpersonene i operasjonsstuen under operasjonen kan resultere i ineffektivitet, økt spenning og suboptimal pasientbehandling. Forskerne fant ut at sykepleiernes arbeidserfaring på operasjonsstuen var mangesidig og handlet mye om samarbeid, sikkerhet og kommunikasjon. Og at sjekklisten førte til lagfølelse, et slags fellesskap som førte til bedre kommunikasjon og høyere stander på samarbeidet. Ved å bruke sjekklisten systematisk var de bedre forberedt på kritiske hendelser i prosedyren.</p>	<p>CASP 10</p>
---	---	--	--	---	--	---	----------------

MKS591. Kandidatnummer: 481 og 484

6	<p>Wæhle, Haugen, Wiig, Søfteland, Sevdalis, Harthug.</p> <p>“How does the WHO Surgical Safety Checklist fit with existing perioperative risk management strategies? An ethnographic study across surgical specialties”</p> <p>Norge 2020</p>	<p>Denne studien hadde som hensikt å utforske hvordan medlemmer av det tverrfaglige kirurgiske teamet integrerer sjekklisten i sine risikostyringsstrategier.</p>	<p>En prospektiv etnografisk studie.</p>	<p>Studien ble gjennomført på et universitetssykehus og et sentralsykehus i Norge.</p>	<p>Deltakerne er med i det tverrfaglige teamet på en operasjonsstue og det ble gjennomført 40 timer observasjonsstudie på operasjonssalen og 17 dybdeintervjuer i etterkant.</p>	<p>Det ble identifisert tre temaer som gjenspeiler integrering av sjekklisten i daglig kirurgisk praksis. 1. Opplevd brukbarhet- Hvordan naturlig fordeling av sjekklisten har praktisk nytte i forhold til relevant arbeid. 2. Modifikasjon av implementering: Hvor observasjoner identifiserte variasjoner i forskjellige gjenstander og deler av sjekklisten ble utført- inkluderer også den elektroniske registreringen av sjekklisten. 3. Kommunikasjon utenfor sjekklisten: Risikokommunikasjon og kritisk informasjon utveksling under den perioperative behandlingen- formelle og uformelle. Studien viser til at når sjekklisten ikke er integrert i eksisterende risikostyringsstrategi, men heller oppfattes som et tillegg, vil</p>	<p>CASP 10</p>
---	---	---	--	--	--	---	----------------

						troverdigheten bli mindre og begrenser den kliniske effektiviteten. Derfor bør sjekklisen bli integrert som et risikostyringsverktøy i en del av utdanninger og opplæring i risikostyring. Dette kan forbedre risikokommunikasjon, fremme gjensidig forståelse av sikkerhet og forbedre sjekklisearchiveret implementeringen.	
7	Wæhle, Haugen, Søfteland, Hjälmhult "Adjusting team involvement: a grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as experienced by nurses in the operating" Norge 2012	Hensikten er å utforske utfordringene og strategiene for å utførelsen av WHO's sjekklisearchiveret.	En grounded theory studie hvor det ble brukt observasjoner og fokusgruppeintervjuer.	Studien ble utført på et større sykehus på vestlandet, Norge.	(N=14) sykepleiere fra anestesi og operasjon er inkludert fra det kirurgiske teamet. 2 menn, 12 kvinner med ulik arbeidspraksis.	Det kommer frem at sykepleiernes største utfordring i forhold til sjekklisearchiveret er "hvordan oppnå profesjonell og sosial aksept i teamet". Studien består av tre strategier: 1. distansering, 2. Moderering og 3. engasjerende team engasjement. Bruken av disse strategiene forklarer hvordan de løste utfordringer. Strategiene hadde betingelser og konsekvenser, bestemt overholdelse av sjekklisearchiveret og hvordan sjekklisearchiveret	CASP 10

						ble brukt. Det kommer frem at sykepleierne har en lojal holdning til sjekklisten i forhold til oppgaver, praktiske, sosiale og det profesjonelle forhold i arbeidsmiljøet, noe som kan føre til at det også blir ufullstendig bruk og overholdelse grad. Funn sier også noe om viktigheten av 1. ledelsesstøtte ved implementering av sjekklisten, 2. utdanningstilnærming ved lokal tilpasning av sjekklisten.	
8	Ingvarsdottir, E., & Halldorsdottir, S. "Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses" Island 2017	Hensikten med denne studien var å identifisere hvordan pasientsikkerheten kan fremmes på operasjonsstuen basert på erfarne operasjonssykepleieres perspektiver. Artikkelen sier noe om hvordan operasjonssykepleierne bruker sjekklisten, og hvordan de tilpasser den etter situasjoner	Fenomenologisk kvalitativ studie	På et sykehus, står ikke mer informasjon.	(N=11) 10 kvinner og 1 mann. Med ulik arbeidserfaring.	I studien kommer det frem at deltakerne kontinuerlig prøver å unngå pasientskade ved å håndtere risikoer som kan oppstå. Det vil si at de hele tiden tenker på pasientens sårbarhet, å være oppmerksom på pasienten til enhver tid og spesielt når pasienten mister all kontroll når de er sedert. For å kunne gjennomføre dette perioperativt vil operasjonssykepleier	CASP 10

						ne gjøre nøye forberedelser ved bruk av protokoller og sjekklister og iverksatt tiltak for å hindre at det oppstår komplikasjoner og skade. Ved å gjennomføre dette bidrar også operasjonssykepleierne til å opprettholde sikkerhet rundt operasjonsteamet.	
9	Sandelin, A & Gustafsson, B "Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery" Sverige 2015	Målet med denne studien var å beskrive operasjonssykepleierens erfaring med teamarbeid i det kirurgiske teamet, med hensyn til pasientsikkerheten.	Et kvalitativt beskrivende design med intervju.	Studie fra sykehus i Sverige, står ikke mer informasjon.	(N=16) Operasjonssykepleiere fra Sverige.	I det kirurgiske teamet er sikkerheten til pasienten viktig. Sikker Kirurgi for pasientene baserer seg på at teamet har en sikkerhet mellom seg. Operasjonssykepleierne bidrar til sikker kirurgi ved profesjonell perioperativ sykepleie virksomhet og ved deltakelse i det kirurgiske teamet. En kvalitativt beskrivende design med intervju av 16 operasjonssykepleiere i Sverige. Resultatet er representert i tre ulike temaer i forhold til pasientsikkerhet-	CASP 10

						<p>Teamarbeid som bidrar til pasientsikkerhetsteamarbeid, personsentrert sykepleie og gjensidig samarbeid og kjennskap til fagpersonens ferdigheter. Korte møter, ukjente fagpersoner, raserianfall og opplevelse av ekskludering ble motvirkende for pasientsikkerheten. Ifølge studien er det lite forskning på erfaringer med teamarbeid i det kirurgiske teamet sett fra en operasjonssykepleiers perspektiv.</p>	
10	<p>O'Brien, Brid; Graham, Margaret M.; Kelly, Sile Mary; "Exploring nurses' use of the WHO safety checklist in the perioperative setting" Irland 2016</p>	<p>Hensikten med studien er utforske sykepleierens bruk av WHO's sjekklister i perioperative omgivelser. Undersøkelsen viser til forskjellige barrierer og problemstillinger i innføringsfasen</p>	<p>Et kvalitativt beskrivende forskningsdesign.</p>	<p>En åpen invitasjon til Ulike regionale perioperative omgivelser ble brukt som datainnsamling.</p>	<p>(N=10) Studiet gjennomført ved semistrukturerte intervjuer av 10 sykepleiere fra flere operasjonsavdelinger.</p>	<p>Konklusjonen peker på at det krever en koordinert planlegging fra ledelsen og innsats fra alle teammedlemmer for å få trygg kirurgi sjekklister til å fungere. I starten når trygg kirurgi ble innført på de irske sykehusene møtte den både motstand og støtte. Personalet</p>	CASP 10

					<p>opplever dette som å få tredd et nytt verktøy og rapporteringsverktøy ned over hodet og å se at dette kunne være nyttig for avdelingen. Over tid endrer opplevelsen seg, og en nytteverdi ble sett og fokuset flyttet seg mer mot hvem som burde lede dette og at alle i teamet må bidra. Endringer i holdninger viste seg raskere hos personalet som var kjent med prinsippet om trygg kirurgi sjekkliste fra andre sykehus, enn for de som har sitt første møte med dette.</p>	
--	--	--	--	--	---	--