

UNIVERSITETET FOR MILJØ- OG BIOVITENSKAP



SAMMENDRAG s.1

ABSTRACT s.3

FORORD s.4

1.0. INNLEDNING s.6

2.0. BAKGRUNN OG TEORI s.9

2.1. Pasient s.9

2.2. Operasjonsteam s.9

2.3. Pasientsikkerhet s.10

2.4. WHO's sjekkliste for trygg kirurgi s.12

2.5. Human errors og risiko for menneskelig svikt s.14

3.0. DESIGN s.17

4.0. METODE s.18

4.1. Det kvalitative forskningsintervjuet s.18

4.2. Målgruppen s.18

4.3. Rekruttering s.19

4.4. Utvalget s.20

4.5. Intervjuguide s.22

4.6. Pilotundersøkelsen s.23

4.7. Gjennomføringen s.23

4.8. Analyse og tolkning av data s.25

5.0. UNDERSØKELSENS KVALITET s.29

5.1. Troverdighet og forskerens rolle s.29

5.2. Pålitelighet og gyldighet s.30

5.3. Å intervju kjente s.31

5.4. Forskningsetikk s.32

6.0. RESULTATER s.34

- 6.1. Hvordan definerer respondentene pasientsikkerhet? s.34
- 6.2. Hvordan vurderes pasientsikkerhet og arbeidsrutiner ved respondentenes avdelinger? s.35
- 6.3. Hva styrker pasientsikkerheten ved respondentenes avdelinger? s.36
- 6.4. Hva er årsaken til feil? s.37
- 6.5. Hvilke pasientsikkerhetstiltak benyttes på operasjonsavdelinger? s.39
- 6.6. Sjekklisten vurdert som et nytt verktøy s.40
- 6.7. Erfaringer med bruk av sjekklisten s. 42

7.0. DISKUSJON 4 s.70

- 7.1. Hvilke tanker og erfaringer har anesthesi- og operasjonssykepleiere omkring pasientsikkerhet ved deres avdeling? s.47
- 7.2. Hvilke tanker og erfaringer har respondentene om den eksisterende pasientsikkerhetskulturen og hva som eventuelt bør endres for å bedre pasientsikkerheten ved deres avdeling? s.49
- 7.3. Hva mener respondentene om årsaker til at feil oppstår? s.52
- 7.4. Hvilke tanker har anesthesi- og operasjonssykepleiere fra sykehus hvor sjekklisten ikke er innført, om å innføre denne sjekklisten ved deres avdeling? s.56
- 7.5. Hvilke tanker og erfaringer har respondentene fra sykehus hvor sjekklisten er innført, om bruken av denne? s.57

8.0. KONKLUSJON s. 60

REFERANSER s.61

VEDLEGG 1 Intervjuguide s.66

VEDLEGG 2 Informasjon til prosjektdeltagere og samtykkeerklæring s.67

VEDLEGG 3 Forespørsel til ledere ved operasjonsavdelinger s.69

VEDLEGG 4 Surgical Safety Checklist s.70

VEDLEGG 5 Sjekkliste for trygg kirurgi s.71

VEDLEGG 6 Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS s.72

VEDLEGG 7 Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk sør-øst D s.73

SAMMENDRAG

Innledning.

Hvert år utsettes pasienter for invalidiserende skader eller død på grunn av utrygg kirurgisk behandling. Det finnes ikke samlede data for forekomst av kirurgiske feil i Norge, men det er grunn til å anta at problemet er utbredt. WHO har etablert en sjekkliste for trygg kirurgi med det mål å bedre pasientsikkerheten på operasjonsavdelinger. Flere land har tatt sjekklisten i bruk, og i Norge har den vært under utprøving siden 2009. I forbindelse med dette er det interessant å få øket kunnskap om hvorledes ansatte på operasjonsavdelinger opplever sikkerhetsrutinene og pasientsikkerheten på sin avdeling.

Målsetning

Hensikten med undersøkelsen er å få mer kunnskap om pasientsikkerhetskulturen blant anesthesi- og operasjonssykepleiere ved norske operasjonsavdelinger samt deres syn på WHOs sjekkliste for trygg kirurgi, dette gjelder både sykepleiere som har erfaring med sjekklisten og de som ikke har erfaring med denne. Det er mål å innhente opplysninger om hva som kan være årsaker til pasientskader og hvorvidt bruk av sjekklisten kunne bidra til reduksjon av disse.

Metode

En kvalitativ metode ble benyttet. Det ble gjennomført semistrukturerte forskningsintervjuer med til sammen 5 anesthesi- og 5 operasjonssykepleiere fra 6 offentlige sykehus. Blant disse hadde 5 erfaring med bruk av sjekklisten, og 5 hadde ingen erfaring med denne. Spørsmålene som ble stilt var hvilke tanker og erfaringer respondentene hadde omkring pasientsikkerhet på deres avdeling og bruk/ potensiell bruk av WHOs sjekkliste for trygg kirurgi.

Resultater

Respondentene opplever pasientsikkerheten som høy ved sine avdelinger. Samtidig uttaler de at fokus på pasientsikkerhet er en viktig del av behandlingen, spesielt med bakgrunn i økte krav til effektivitet. Tidspress, stress i samspill med menneskelig feilbarhet pekes ut som de hyppigste årsaker til oppståtte feil på en operasjonsavdeling. Respondentene som bruker sjekklisten er fornøyd med dette verktøyet, men viser til mindre problemer i innføringsfasen. I gruppen som ikke bruker listen er de fleste respondentene positive til å ta den i bruk, men noen mener at de eksisterende retningslinjer er tilstrekkelige for å oppnå høy pasientsikkerhet.

Relatert til økte krav kort til behandlingstid, kom det fram at det er viktig å tenke på effektivitet parallelt med sikkerhetstiltak som er tilpasset arbeidstempo og pasientpågang.

ABSTRACT

Background

Each year tens of millions of patients worldwide suffer disabling injuries or death as a result of unsafe surgical care. The World Health Organisation (WHO) estimates that annually one in ten patients is harmed whilst receiving health care.

The Norwegian Health Directorate suggests that some 1.4 million Norwegians are treated annually in hospitals, and whilst there are no confirmed statistics for the incidence of surgical errors in Norway there is good reason to believe that not all surgeries are carried out without harm to patients.

The WHO has established a checklist for safe surgery aimed at improving patient safety in the operating departments. Several countries have begun to utilise this checklist at a national level. In Norway, the checklist has been used on a trial basis since 2009

Objectives

To gain more knowledge about the patient safety culture among nurse anesthetists and scrub nurses in Norwegian surgical units and to get their views on the WHO checklist for safe surgery. The goal is to obtain information about the main causes for injuries to patients and to determine whether the use of the checklist would reduce them.

Method

A qualitative study with semi-structured interviews.

Participants

5 nurse anesthetists and 5 scrub nurses from 6 public hospitals were selected as participants in this study. Within both of these groups some of individuals interviewed had experience with the use of the checklist and some did not.

Results and conclusion

Those interviewed describe the level of patient safety at their units as being high. At the same time they state that there is a need for stronger focus on patient safety as an important part of the hospitalization process, and particularly when taking into account the continuing demand

to improve efficiency. Shortage of time, stress, and human error has been pointed out as the most frequent causes of errors encountered in the operating department. Respondents who use the checklist are satisfied with this tool, but refer to minor problems in the implementation phase.

Amongst those interviewed that currently do not use the list, most individuals were positive to using it in the future, however some claim that existing guidelines are sufficient to achieve a high level of patient safety.

Forord

Denne masteravhandlingen utgjør siste studieavsnitt ved Mastergradstudiet i Folkehelsevitenskap ved Universitetet for miljø og biovitenskap i Ås.

Masteravhandlingen består av teoretisk og praktisk arbeid. Jeg har gjennom dette arbeidet fått muligheten til å fordype meg i et tema jeg har vært opptatt av siden 2003, da jeg fullførte min videreutdanning i anesthesisykepleie ved Høyskolen i Østfold. Tema for oppgaven er **pasientsikkerhet på operasjonsavdelingen**. Jeg arbeider som klinisk spesialist i anesthesisykepleie ved Volvat Medisinske Senter i Oslo og håper at ervervet kunnskap vil kunne brukes i pasientrelatert klinisk praksis

Post doktor Ruth Kjærsti Raanaas har vært min veileder, og har gitt meg gode råd og hjelp underveis i arbeidet. Jeg ønsker også å takke alle som har bidratt i arbeidet med dette prosjektet: respondenter, Rolf Kihlman som hjalp meg med råd og synspunkter i forbindelse med den avsluttende korrekturprosessen.

Oslo, 09.04.2011

Renata Norton

1. INNLEDNING

Verdens Helseorganisasjon, WHO rapporterer at det årlig utføres ca. 234 millioner større kirurgiske inngrep i hele verden (Weiser et al. 2008). Basert på data fra Statistisk Sentralbyrå for 2008 ble det utført 814 667 døgnbehandlinger ved norske somatiske sykehus. I tillegg til dette kommer tall for behandlinger ved dagkirurgiske sentre. Disse estimeres til ca. 572 000 for spesialisthelsetjenesten i somatiske institusjoner (SSB 2010). Dette tyder på at ca. 1.4 millioner Nordmenn besøker sykehus, dagkirurgisk avdeling, skadestue, opptreningsinstitusjon eller fødestue hvert år. Ikke alle disse inngrepene skjer uten skader på pasientene. WHO rapporterer at på verdensbasis utsettes en av ti pasienter for skade under kirurgisk behandling (WHO 2010). Data fra nordiske land viser til forekomst av uønskede hendelser ved operasjonsavdelinger på 8,6% i Sverige og 9% for Danmark (Soop et al. 2008). Til sammenlikning er forekomsten av registrerte medisinske feil så lav som 3,2 – 5,4% i USA (Hjort 2007 s.11). Dette skyldes sannsynligvis omfattende endringer i sikkerhetsrutiner igangsatt etter publikasjon av data presentert i 2000 i boken ”To Err is Human” (Kohn et al. 2000). Boken ble skrevet i samarbeid med Institute of Medicine of the National Academies og presenterte resultater av to studier gjennomført i delstatene Colorado og Utah i 1997.

“When extrapolated to the over 33.6 million admissions to U.S. hospitals in 1997, the results of the study in Colorado and Utah imply that at least 44,000 Americans die each year as a result of medical errors. The results of the New York Study suggest the number may be as high as 98,000. Even when using the lower estimate, deaths due to medical errors exceed the number attributable to the 8th-leading cause of death. More people die in a given year as a result of medical errors than from motor vehicle accidents (43,458), breast cancer (42,297), or AIDS (16,516) (Kohn et al 2000, s 1.).

Det finnes ikke samlede data for forekomst av behandlingssvikt ved kirurgiske inngrep i Norge. Dersom vi antar at statistikken i Norge er omtrent den samme som i de andre nordiske land, kan dette bety at 80 000 pasienter årlig utsettes for uønskede hendelser på norske somatiske sykehus. Dette vil i så fall innebære ca. 2000 dødsfall årlig, 490 000 ekstra liggedøgn og ca 2 milliarder kroner i ekstra kostnader, i følge Hjort (2007 s.11). For å redusere antallet skader og avvik og inspirert av boken ”To Err is Human” (Kohn et al. 2000), etablerte WHO i 2008 Surgical Safety Checklist (vedlegg 4).

Denne sjekklisten har vært utprøvd i en stor multinasjonal studie som rapporterte reduksjon av komplikasjoner og dødsfall i forbindelse med kirurgi. Sjekklisten er innført ved mer enn 3900 sykehus i 122 land (WHO 2011) og brukes på nasjonalt nivå blant annet i USA, UK, Sverige og Nederland. Den har også vært under utprøving i Helse Vest siden sommeren 2009 og vurderes innført i resten av landet i løpet av 2011.

Et sentralt element ved sjekklisten er at den kan bedre kommunikasjonen og samspillet mellom ulike profesjoner i operasjonsteamet og gjøre dem mer oppmerksomme på de sidene ved inngrepet som må kontrolleres. Norske operasjonsavdelinger har mange gode, liknende prosedyrer, men operasjons- og anestesipersonalet jobber adskilt med signering av sine egne sjekklister. Etersom sjekklisten vurderes innført over hele Norge er det interessant å få kunnskap om erfaringer med denne listen blant de som allerede har prøvd den her i landet. Samtidig er det interessant å få dypere innsikt i holdningene til denne listen blant de som ikke har noen erfaring med bruken av dette hjelpemiddelet. Målet med denne studien er derfor å få bedre kunnskap om den eksisterende pasientsikkerhetskulturen blant operasjons- og anestesisykepleiere på norske operasjonsavdelinger. Det er også et mål å undersøke hvorvidt det er behov for nye sikkerhetsrutiner og om forslaget for en slik rutine som er utarbeidet av WHO, anses som et nyttig arbeidsverktøy blant spesialsykepleiere på operasjonsavdelingen. Ved å få innblikk i sykepleierens tanker og erfaringer, håper jeg å kunne utforske hva slags rutiner de har for å beskytte sine pasienter mot feil og skader. Samtidig ønsker jeg å få innsikt i de samme respondentenes tanker om hva som eventuelt bør endres for å øke pasientsikkerheten. WHOs sjekklister er allerede innført som et prosjekt ved to operasjonsavdelinger i Helse Vest siden 2009. Det er et mål å få større forståelse for hva slags erfaringer anestesiansvarlige ved dette sykehuset har ervervet seg. Ved å samle data om deres erfaringer med bruk av WHOs liste, blir det mulig å få kunnskap om hvordan dette tiltaket fungerer i klinisk praksis.

Følgende problemstillinger er derfor formulert:

- Hvilke tanker og erfaringer har anesthesi- og operasjonssykepleiere omkring pasientsikkerhet ved sin avdeling?
- Hvilke tanker og erfaringer har de samme respondentene om hva som eventuelt bør endres for å øke pasientsikkerheten ved deres avdeling?

- Hvilke tanker har anesthesi- og operasjonspersonale på sykehus hvor WHO's sjekkliste ikke er innført, om det å innføre denne sjekklisten ved deres avdeling?
- Hvilke tanker og erfaringer har respondentene på sykehus hvor det er innført WHO's sjekkliste, om bruken av denne listen?

2. BAKGRUNN OG TEORI

I dette kapittelet presenteres definisjoner, teori og tidligere forskning om pasientsikkerhet, menneskelig svikt og WHO's sjekkliste. Forklaringen av begrep "pasient" og "operasjonsteam" presenteres for å gi et klart bilde av hvordan en operasjonsavdeling fungerer. Dette er viktig for å kunne forstå hvorfor og hvordan feil skjer under kirurgi.

2.1. Pasient

WHO (2009) definerer pasient på følgende måte:

"A patient is a person who is recipient of healthcare, itself defined as services received by individuals or communities to promote, maintain, monitor or restore health" (WHO 2009 s.15).

Pasient er med andre ord mottaker av helsetjenester. Begrepet brukes ofte i relasjon til sykdom og behov for behandling, men i dagens samfunn møter vi mennesker som betegner seg selv som friske, selv om de ønsker behandling på sykehuset. For eksempel ville en frisk høygravid kvinne som møter opp til planlagt keisersnitt, bli beskrevet som en pasient. I denne oppgaven refereres det til pasienter som møter opp til kirurgisk behandling på dagkirurgisk post eller operasjonsavdeling på norske sykehus.

2.2. Operasjonsteam

Med operasjonsteam menes en gruppe leger og spesialsykepleiere på en operasjonsavdelingen som samarbeider for å nå et felles mål, det vil si gi pasientene optimal behandling, kirurgiske inngrep, diagnostiske undersøkelser eller andre former for medisinsk behandling. I et operasjonsteam er alle teammedlemmer avhengige av hverandre. Kirurgi må oftest gjennomføres under narkose og et tett samarbeid mellom kirurger, anestesipersonale, radiologer og bioingeniører er nødvendig for å oppnå felles mål.

Størrelsen på operasjonsteamet kan variere. Små inngrep krever vanligvis 3-6 personer: hovedoperatør (kirurg), assisterende kirurg eller operasjonssykepleier, anestesilege eller anestesisykepleier. I de fleste tilfeller er det i tillegg behov for operasjonssykepleier som går

”til hånde”, det vil si assisterer ikke ved selve inngrepet men står for tilrettelegging av nødvendig utstyr, oppkobling av dette, kommunikasjon med annet personale, innhenting av laboratoriesvar, røntgenbilder eller annet. Sammensetningen av operasjonsteamet kan endre seg under inngrepet. Ved oppstart av narkose er det vanlig at to anestesikyndige er tilstede. Deretter er det vanligvis anestesisykepleieren alene som gjennomfører narkosen. Unntaket er situasjoner der pasientens helsetilstand eller type inngrep krever at både anestesilegen og en eller flere anestesisykepleiere er tilstede. Hovedforskjellen mellom et team og en gruppe leger og sykepleiere, er at teamet samarbeider og kommuniserer på en strukturert, innøvd måte, der alle kjenner sin plass, sin rolle og det utstyret de skal bruke. Medlemmer av et operasjonsteam kan gjerne ha tilhørighet til andre ”team” som for eksempel ved hjerte-lungeredning og uttrykning til andre avdelinger eller med ambulanse. Fordeling av arbeidsoppgaver i et operasjonsteam innebærer en hensiktsmessig fordeling av ansvar slik at tilhørighet til andre team kan ivaretas, som for eksempel ved uttrykning til traumer.

Akutt, kritisk syke pasienter, transplantasjonskirurgi, traumer eller komplikasjoner krever vanligvis større operasjonsteam enn planlagt kirurgi. Et stort sykehus har opptil 20-30 operasjonsstuer fordelt mellom flere etasjer og bygg. Det er sjeldent at alle operasjonsstuer tas i bruk samtidig, men det er ikke uvanlig at 6-12 operasjonsteam jobber samtidig på dagtid, kveldstid og ved akutt kirurgi om natten. Operasjonsteam samarbeider på tvers av de kirurgiske spesialitetene som for eksempel: ortopedi, nevrokirurgi, gastroenterologi eller hjerte-karkirurgi. Kirurgene jobber vanligvis innen valgte medisinske grener som de har spesialisert seg i, mens operasjonssykepleiere er utdannet til å kunne arbeide innen all kirurgi. Det samme gjelder anestesipersonell. Både leger og anestesisykepleiere gir narkose ved ulike inngrep.

2.3. Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet kan beskrives som reduksjon av risiko for unødig skade som følge av helsetjenester, sykehusbehandling eller mangel på slike til et akseptabelt minimum. Den kan undersøkes som ett aspekt ved kvalitet, samtidig som det kan sees som et resultat av arbeid med kvalitet. En annen tilnærming er å se på pasientsikkerhet som en forutsetning for kvalitet. WHO (2009 s.15) gir følgende definisjon:

“Patient safety is the reduction of risk of unnecessary harm associated with healthcare to an acceptable minimum. An acceptable minimum refers to the collective notions of given current knowledge, resources available and the context in which care was delivered weighed against the risk of non-treatment or other treatment.”

Skade som oppstår som naturlig følge av sykdom, forutsigbare komplikasjoner eller konsekvenser av behandling som ikke virker, omfattes ikke av denne definisjonen.

Eksempelvis vil postoperativ sårinfeksjon ikke automatisk defineres som skade på pasient fordi det alltid er en viss risiko for infeksjon ved ethvert kirurgisk inngrep. Infeksjon vil bli definert som pasientskade i tilfeller hvor det forekommer svikt i rutiner, som for eksempel ved manglende premedikasjon med antibiotika, eller bruk av usterilt kirurgisk utstyr. WHO viser også til begrepet ”unnecessary harm” – altså skade som oppstår ved feil, uhell, manglende rutiner eller ved feilaktig/manglende behandling. Skade som kirurgisk sår ved fjerning av blindtarmen, betegnes som ”nødvendig skade”, det vil si som en forutsigbar følge av sykdom, der kun kirurgisk behandling er effektiv og utfallet ved ”ikke behandling” er risikabel, i verste fall dødelig.

Studiet ”Sikkerhetsklima i operasjonsavdelingen” utført av Haugen og Søfteland (2010) undersøkte hvordan kirurgisk personale ved Haukeland Universitetssykehus (HUS) oppfattet pasientsikkerhet. Studien er kvantitativ og ”cross-sectional” og innebar bruk av Hospital Survey on Patient Safety spørreskjema. Det ble samlet svar fra 575 ansatte. Konklusjonen var at pasientsikkerhet oppfattes noe ulikt mellom profesjonene i operasjonsavdelingen ved HUS. Anestesipersonale, leger og sykepleiere vurderte sikkerheten høyest, mens støttepersonale som portører og pleiemedhjelpere som lavest. Mens resultatet for generell pasientsikkerhet så ut til å være ganske lik, var det ganske lavt på dimensjonen som målte ansattes opplevelse av toppledelsens støtte til pasientsikkerhet.

En annen kvantitativ studie hvor målet var å undersøke hva helsepersonell mente om sikkerhetskulturen, ble gjennomført ved Universitetssykehuset i Stavanger (Olsen 2007). Studien ble foretatt blant 1919 helsearbeidere som svarte på Hospital Survey on Patient Safety skjema som også ble brukt ved HUS studien. Resultatene viste at kun 50% av respondenter oppfattet sikkerhetskulturen som meget god eller framragende, samtidig som de uttrykker at det finnes et behov for å forbedre sikkerhetskultur og pasientsikkerhet i norsk helsevesen.

2.4. WHO's sjekkliste for trygg kirurgi

I juni 2008 lanserte WHO kampanjen Safe Surgery Saves Lives. I forbindelse med den har WHO sammen med en internasjonal ekspertgruppe utarbeidet en sjekkliste for trygg kirurgi (videre betegnet som "sjekklisten") og en veileder for innføring og bruk av denne. Målet med listen er å redusere antall skader og komplikasjoner forbundet med kirurgi. Bruken av sjekklisten innebærer at ett medlem av operasjonsteamet leder teamet gjennom den tredelte listen ved å lese opp punktene høyt, mens teamet svarer høyt og tydelig, punkt for punkt. Første del gjennomgås før oppstart av anestesi, helst mens pasienten er våken. Et sentralt sjekkpunkt er at pasienten bekrefter sitt navn, fødselsdato og operasjonstype. I den andre delen, "Time-out", er hele operasjonsteamet involvert og gjennomgår blant annet risikofaktorer og infeksjonsforebyggende tiltak. Tredje del, "Avslutning", gjennomføres før hovedoperatør forlater operasjonsstuen og innebærer kontroll av at intet kirurgisk materiale er gjenglemt i såret, marking av prøvemateriale og anbefalinger for postoperativ behandling. Sjekklisten ble testet i en multinasjonal pilotstudie hvor en betydelig reduksjon av komplikasjoner og dødsfall i forbindelse med kirurgi ble rapportert. Den norske utgaven av sjekklisten er utarbeidet av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet i samarbeid med Helse Vest (vedlegg 5). Den tar utgangspunkt i WHO's sjekkliste men inneholder også endringer utformet for England og Wales.

De to mest omfattende studier som undersøkte sjekklistens effekt viser til at sykehus som tok listen i bruk nesten halverte pasientenes mortalitet og morbiditet etter gjennomgått kirurgi (Haynes et al. 2009; Haynes et al. 2011). Resultatene varierte noe mellom sykehusene, men det endelige resultatet tydet på at bruk av listen øker pasientsikkerheten betraktelig. WHO er den første organisasjon som har utført en omfattende test av sjekklisten, foretatt fra september 2007 til oktober 2008 blant 7688 pasienter i åtte land (Haynes et al. 2009). Studien var prospektiv, ikke randomisert og rapporterte om dødsfall og alvorlige komplikasjoner hos 3733 pasienter før sjekklisten ble innført og 3955 pasienter ved kontroll etter avsluttet prosjekt. Studien ble utført ved åtte offentlige sykehus i åtte land: Tanzania, Filippinene, India, Jordan, USA, Canada, UK og New Zealand. Sjekklisten ble brukt i seks måneder og deretter evaluert. Antall dødsfall ble samlet sett redusert fra 1,5 % før den ble innført til 0,8 % ved kontroll etter. Antall komplikasjoner ble samlet sett redusert fra 11 % til 7 %. Reduksjonen var størst for de fire involverte lavinntektsland. Studien viste til positive resultater for alle deltagende

sykehus, uten å gi grunnlag for å avgjøre hvilke spesifikke komplikasjoner som ble redusert mest etter innføring av sjekklisten. Studien viste at innføringen av tiltaket gikk raskt (under en måned) og krevde ingen større strukturelle endringer eller investeringer.

Sjekklisten ble så videre tilpasset bruken på nederlandske sykehus. Effekten av Surgical Patient Safety System (SURPASS) sjekklisten ble undersøkt i en kontrollert, multisenter, prospektiv studie som sammenlignet resultater før og etter innføringen av sjekklisten, i perioden mellom oktober 2007 til mars 2009 (de Vries et al. 2010). Forfatterne evaluerte effektene av innføring av sjekklisten blant både regionale sykehus og universitetssykehus i Nederland. I kontrast til i WHO studie, involverte dette prosjektet også en kontrollgruppe på fem sykehus som ikke brukte sjekklisten. De deltagende sykehus hadde omtrent lik baselinescore for pasientmortalitet og forekomst av kirurgiske komplikasjoner før innføringen av listen. Data om pasientens alder, kjønn, American Society of Anesthetist (ASA) score (et mål på generell helsetilstand), lengde på sykehusoppholdet og type utført kirurgi ble samlet. Sjekklisten ble så tatt i bruk i tre måneder. Gruppen før innføringen av sjekklisten bestod av 3760 pasienter, hvorav 10,2% gjennomgikk mer enn en prosedyre. Det totale antall kirurgiske inngrep i denne gruppen var 4364. I gruppen etter innført sjekkliste var det 3820 pasienter og 4387 prosedyrer. Det vil si at 9,7% gjennomgikk mer enn ett inngrep. I gruppen der sjekklisten ble brukt, var antall komplikasjoner redusert fra 27,3 per 100 pasienter til 16,7 per 100 pasienter. Det var allikevel store ulikheter mellom sykehusene med hensyn til effekten av sjekklisten, da reduksjonen i antall komplikasjoner varierte fra 0,3 til 19,5 per 100 pasienter. Mortaliteten sank fra 1,5% til 0,8%. I de fem kontrollsykehusene forble komplikasjoner og dødelighet i det vesentlige uendret gjennom hele studieperioden. Antall komplikasjoner var 30,4 per 100 pasienter i løpet av den første studien, sammenlignet med 31,2 per 100 i den andre. Dødeligheten var 1,2%, mot 1,1% i den andre. Reduksjonen i komplikasjoner vedvarte i mer enn 3 måneder etter innføringen av sjekklisten, og forble signifikant etter seks og ni måneder. I samme periode har resultatene for de fem kontrollsykehus forblitt uendret. Dette styrker sannsynligheten for at nedgangen i komplikasjoner var et resultat av innføringen av sjekklisten. Denne hypotesen støttes videre av at det var betydelig lavere forekomst av komplikasjoner ved inngrep der 80% eller mer av sjekklisten ble gjennomført, enn blant de som hadde færre kontrollerte poster.

I 2011 kom det nye resultater fra en studie (Haynes et al. 2011) som undersøkte hvilke endringer i holdninger til pasientsikkerhet som fulgte innføringen av sjekklisten for trygg

kirurgi. Leger fra de samme 8 sykehus som deltok i WHO's utprøvingen av sjekklisten ble også inkludert i dette studiet. De svarte på Safety Attitude Questionnaire (SAQ). Av de 257 leger som har fullført postintervensjon av undersøkelsen, mente 80,2% at sjekklisten var lett å bruke, mens 19,8% mente at det tok lang tid å fullføre. Et flertall var enig om at sjekklisten forbedret både pasientsikkerheten og kommunikasjonen (80,2% og 84,8% henholdsvis), og 78,6% mente at sjekklisten hjalp når det gjaldt å unngå feil på operasjonsavdelingen. Et stort flertall (93,4%) ønsket at sjekklisten skulle brukes hvis de selv skulle gjennomgå kirurgi. Kun fire respondenter (1,6%) var uenig i denne påstanden. Klinikere som brukte sjekklisten, hadde generelt en positiv holdning til den. Resultatene kan forklares av en rekke mekanismer (Birkemeyer et al. 2010). Sjekklisten er utformet for å kunne gi et helhetlig rammeverk for kirurgi, minimere tap av informasjon under overføring fra ett behandlingsstadium til den neste, og fremme god tverrfaglig kommunikasjon.

2.5. Human errors og risiko for menneskelig svikt

WHO rapporterer at feil på sykehus forekommer ved hver tiende innleggelse (WHO 2010). I tilgjengelig engelsk faglitteratur er "human errors" og "human factors" brukt om hverandre som referanse til "medical errors". En menneskelig feil kan beskrives som en utilsiktet og uønsket handling som har sin årsak i helsetjenestens ytelser og ikke i sykdomsprosesser. Den er vurdert som avvik fra gjeldende regelverk eller standarder. Det som kjennetegner menneskelige feil i motsetning til system- eller tekniske feil er at individet som har gjort feil, handlet aktivt eller passivt i strid med anbefalte retningslinjer, hadde mulighet til å velge et annet handlingsmønster og utfallet av denne handlingen var verken ønsket eller planlagt (Vincent 2006 s.83-84). Betegnelsen om "aktiv eller passiv handling" er viktig for forståelsen av årsaker til medisinske feil, som ofte også er resultat av manglende tiltak. Utelatelse er således en av årsakene til feil i helsevesenet. Utfallet av feil kan resultere i et forlenget sykehusopphold, til varig tap av funksjon eller død.

Mennesket har en begrenset evne til å være oppmerksom på flere ting samtidig og kan lett ta feil dersom inntrykkene blir for mange eller for sterke. Selv om ansatte har høy kompetanse og erfaring, vil uønskede hendelser skje som følge av at omgivelser og systemer ikke alltid kan ta høyde for menneskelig feilbarhet. Opptil 80% av ulykker og feil på sykehus skjer som følge av menneskelig svikt (Flin et al. 2008). En undersøkelse foretatt av Donchin et al. (2003) på en stor, intensiv avdeling registrerte medisinske feil begått av leger og

spesialsykepleiere over en fire måneder lang periode. Forfatteren av studien antyder at det er menneskelig å ikke melde fra om feil, og at sykehusene bruker mer ressurser på å beskytte seg juridisk mot søksmål enn på utvikling av systemer som forebygger feil. Det kan også være forklaringen på det lave antallet rapporter om registrerte sykehusfeil.

Mange land, inklusivt Norge, har ingen statistikk over det aktuelle antallet begåtte medisinske feil. Studien innebar observasjon av medisinsk personell foretatt av forskere - leger og sykepleiere med spesiell trening og erfaring innen intensiv medisin. Studien (Donchin et al. 2003) viste blant annet at 29% feil var så alvorlige at det kunne ha påvirket pasientens helse dersom han/hun ikke ble behandlet innen 24 timer. Leger var ansvarlig for 46% av rapporterte feil og sykepleiere var ansvarlige for 54%. Det var registrert høyere rate av feil blant leger, da de sto ansvarlig for 4.7% av pasientrelatert pleie og prosedyrer, mens sykepleiere hadde ansvar for 84% av slike arbeidsoppgaver. Sykepleiernes arbeidsoppgaver ble beskrevet som rutinepreget og automatisk. Legene var nødt til å ta initiativ, konfrontere og reagere, det vil si utføre handlinger som gir uforutsigbare utfall og kan resultere i høyere stressnivå enn i sykepleiergruppen. Legene var også oftest avbrutt i sitt arbeid. Studien viste til at jo større gruppe pasienter deltagerne hadde ansvar for, desto høyere var risikoen for å gjøre feil. De fleste feil ble begått under legevisitten (mellom kl 10.00-12.00) for leger, og ved vaktskiftet for sykepleiere, hovedsaklig kl 08.00 og 16.00. Den laveste forekomsten av feil var registrert for nattevaktene ved midnatt. Det som er interessant når det gjelder denne oppgaven er at studien viste til at sykepleiere eller leger som tok avgjørelser og handlet alene, gjorde dobbelt så mange feil som de som jobbet med en kollega. Dette resultatet kan tyde på at samarbeid eller bruk av sjekklister som involverer teammedlemmer, kan være med på å styrke pasientsikkerheten på operasjonsavdelingen.

Det er mulig å redusere menneskelige feil ved å innføre en rekke sikkerhetstiltak i arbeidet, gi riktig opplæring og å følge pålagte sikkerhetsrutiner. Det som påvirker kvaliteten av arbeidet som blir utført på en operasjonsavdeling er: god situasjonsforståelse, evnen til å ta riktige beslutninger, god kommunikasjon på arbeidsplassen, vellykket teamwork, god ledelse, evne til å arbeide under stress og å håndtere tretthet (Flin et al. 2008). De mest effektive tiltak for reduksjon av feil innebærer grundig opplæring av ansatte, at strenge sikkerhetsrutiner blir innført og støttet av ledelsen, analyse av tidligere feil samt forbedring av eksisterende rutiner (ibid). På operasjonsavdelingen sikres de fleste rutiner mot systemfeil, menneskelig- og teknisk svikt. Eksempler på slike tiltak kan være: felles brannopplæring, planlegging av katastrofeberedskap, identifikasjon av pasienter med navnebånd og strekkode, prosedyrer for

kontroll av medisinsk-teknisk utstyr, retningslinjer for håndtering av informasjon om uidentifiserte pasienter, dobbeltsjekking av blodprøver ved blodtransfusjon, innføring av skriftlige prosedyrer og distribusjon av disse gjennom ”håndbøker” for turnusleger og sykepleiere eller gjennom ulike datasystem. Flere av ovennevnte sikkerhetstiltak har et felles fokus - lik tenkning i et team er ønskelig for å unngå usikkerhet, uenighet og forsinkelser. Det finnes allikevel ingen garanti mot feil som følge av snikende farer som gradvis øket toleranse for utelatelse, passiv aksept for mindre feil, store organisatoriske endringer og uforutsigbare resultater av disse i samspill med lokale, etablerte kulturer. I moderne forskning forsøker man å ikke eliminere den menneskelige faktor. Det er mennesket som er nøkkelen til økt pasientsikkerhet. Av den grunn er det behov for utvikling av systemer og tekniske løsninger basert på menneskelige forutsetninger, som bidrar til å fatte riktige beslutninger i vanskelige situasjoner og som advarer oss når vi er i ferd med å gjøre feil.

3.0. DESIGN

Å velge et riktig forskningsdesign viste seg å ikke være problemfritt, da mange forhold spilte inn og påvirket det endelige valget. Det opprinnelige fokuset var på media og hvilken rolle de spiller i samfunnets oppfatning av sykdom og helse. Dette innebar gjennomgang av relevant mediestoff med etterfølgende interesse for WHO's arbeid innen pasientsikkerhet. I denne undersøkelsen er det valgt en utforskende design, da problemstillingen i denne oppgaven er veldig grov og det er umulig å stille opp noen klare hypoteser. Det er derimot ønskelig med mer informasjon om fenomenet, det vil si mer opplysning om hvordan spesialsykepleiere opplever pasientsikkerheten på sine respektive arbeidsplasser og hvordan de vurderer WHO's sjekkliste som arbeidsverktøy. Problemdefinisjonen er å skaffe ny kunnskap i tillegg til svar fra kvantitative undersøkelser. Målet var å samle data som kunne gi innsikt og en helhetsforståelse av respondentenes vurdering av egen situasjon, synspunkter og vurderinger.

Jeg var nokså usikker på hvordan problemet skulle analyseres. Kartleggingen av hvilken type data og informasjon som var nødvendig, innebar vurdering av metode for innhenting av data samt valg av informasjonskilder. Den opprinnelige planen for informasjonskilder, var å velge en liten gruppe respondenter innen anestesi, både leger og sykepleiere som spesialiserer seg innen pasientsikkerhet i sin kliniske praksis. Tanken var å be ekspertene om å vurdere sjekklisten på bakgrunn av deres erfaring innen anestesi. Anbefalingen fra sensor som vurderte prosjektbeskrivelsen var allikevel å sette fokus på en større gruppe som spesialsykepleiere, for å gjøre oppgaven mer spennende. Målgruppen ble dermed endret og utarbeidelsen av utvalgsplan startet.

4.0. METODE

Basert på problemstillingen ble det valgt en kvalitativ metode for å utdype temaer og å få svar på spørsmålene om pasientsikkerhet og bruk av WHO's sjekkliste.

4.1. Det kvalitative forskningsintervjuet

Formålet med denne undersøkelsen er å få en dypere forståelse for operasjonsteamets tanker og erfaringer omkring pasientsikkerhet samt deres holdning til bruk av WHO's sjekkliste. For å samle informasjon, er det valgt kvalitativ metode og bruk av semistrukturerte forskningsintervjuer. Målet var å bedre forståelsen av noen fenomener, i stedet for forklaring, og at respondentene kunne fortelle mest mulig selv. Samtidig var det ønskelig å få svar på noen bestemte spørsmål. Som resultat av systematisk, kritisk refleksjon ble det valgt en mellomvariant hvor spørsmålene på forhånd var satt opp i tilfelle respondenten valgte å si lite, men hvor det var en mulighet for respondentene å "ta ordet" og styre innholdet i intervjuet selv.

4.2. Målgruppen

Det var ønskelig å få en så bredt sammensatt respondentgruppe som mulig for å få frem ulike oppfatninger om pasientsikkerhet fra ulike institusjoner. Planen innebar seleksjon av tolv respondenter, seks operasjons- og seks anestesisykepleiere. Respondenter i den første gruppen skulle være uten erfaring med sjekklisten, mens den andre gruppen skulle ha prøvd sjekklisten og dannet seg et bilde av dens betydning i praksis. For å skape en mest mulig representativ gruppe, ble det bestilt informasjon om medlemsmassen i fagorganisasjoner for anesthesi- og operasjonssykepleiere for å danne bilde av alder- og kjønnsammensetning i begge grupper. Ideelt sett skulle hver gruppe gjenspeile sammensetningen som fantes i fagorganisasjonen. I utgangspunktet var det ønskelig med minst 10 års klinisk erfaring. Erfaring er en forutsetning for å kunne uttale seg om, og sammenlikne ulike sikkerhetsmodeller på operasjonsavdelingen. Dette ble allikevel revurdert. Respondenter med kortere erfaring hadde også en viktig funksjon på sin arbeidsplass, på lik linje med de erfarne, og måtte ta stilling til sikkerhetsrutiner. Det skulle ikke tas hensyn til etnisk og kulturell bakgrunn, videreutdanning, eller tilleggsfunksjon som for eksempel fagansvarlig eller leder. Jeg mente at det optimale var å intervju personer man ikke kjente fra før, men dette ble heller ikke et eksklusjonskriterium.

Stillingsbrøk og ansettelsestype (fastansatt, vikar) ble ikke tatt hensyn til. Det var adskillig flere sykehus som ikke brukte sjekklisten enn de som brukte den. Samtidig var det viktig at deltagende sykehus hadde noenlunde lik profil med hensyn til behandlingstilbud. Ettersom noen av spørsmålene var rettet mot vurdering av sikkerheten på egen arbeidsplass, kunne det resultere i feildata, da enkelte respondenter potensielt kunne utelate kritikk i sine utsagn. Derfor var det ønskelig å finne respondenter som var på vei ut av yrkeslivet. Repstad (2007 s. 59) nevner en interessant gruppe av respondenter som ble ønsket inkludert i denne oppgaven.

“En interessant type informant er den som har trukket seg tilbake fra feltet, eller er i ferd med å gjøre det. Den som er på vei ut, har ofte en frihet til å kommentere som gjør hans eller hennes iakttagelser spesielt verdifulle (...). Den beste samtalepartneren er vel den erfarne, men avslappede veteran, som ikke lenger legger prestisje å forsvare systemet”

For å kunne imøtekomme inkluderingskriterier med hensyn til kjønn, alder og erfaring, var det planlagt å få hjelp fra avdelingsledere i valget av passende informanter. Ledere var selv velkomne til å stille opp i undersøkelsen dersom de ønsket det. Med hensyn til oppgavens størrelse på 30 stp var det allikevel nødvendig å innføre en viss begrensning med tanke på antall respondenter.

4.3. Rekruttering.

Initialt var det tre sykehus som ble kontaktet skriftlig. To av disse brukte ikke listen mens den tredje var midt i utprøvingen av sjekklisten. Det ble sendt en e-post som inneholdt forespørsel til avdelingsledere om tillatelse til å gjennomføre et intervju med 3-6 spesialsykepleiere på operasjonsavdelingen. Vedlagt var informasjonsskriv, samtykkeerklæring og kopi av godkjenninger fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste NSD, Universitetet for miljø og biovitenskap UMB, samt intervjuguide. To av sykehusene svarte ikke og det tredje, som brukte listen, hadde ikke kapasitet på grunn av stort antall pågående studentprosjekter. Telefonhenvendelser for å opprette muntlig kontakt resulterte ikke i videre fremgang. Henvendelser til sykehus ble planlagt og gjennomført etter Repstad (2007 s. 44-54) sitt prinsipp som skriver utfyllende om “å vinne innpass i feltet”. E-posten inneholdt presentasjon av problemstillingen, kort og konsis informasjon om lederens bakgrunn, taushetsplikt samt prosjektets mål og fremgangsmåte. Det ble søkt om mulighet til å gjennomføre intervjuene i

arbeidstiden, men dersom det var vanskelig var det mulig å gjennomføre dem etter arbeidstid, med avtale om utdeling av Flax lodd.

Ettersom denne taktikken ikke førte frem, ble det foretatt et nytt forsøk på å kontakte tre andre sykehus, både med og uten bruk av sjekklisten. Samtidig ble antall respondenter vurdert til å bli så lavt som åtte, men helst ti, da det kunne være vanskelig å få tillatelse til å intervju en gruppe på opptil seks respondenter på ett og samme sykehus. En avdelingssykepleier svarte til slutt på henvendelsen. Avtalen gikk ut på at intervjuene med to operasjonssykepleiere og en anesthesisykepleier kunne gjennomføres under Norsk Dagkirurgisk Forum konferansen NORDAF i januar 2011. Respondentene var deltagere på den samme konferansen.

I samarbeid med hovedveileder ble også en annen rekrutteringsmetode valgt. Under samme konferanse for medisinsk personale – leger og spesialsykepleiere ble det opprettet kontakt med spesialsykepleiere som var villig til å delta i undersøkelsen. Jeg holdt et foredrag på konferansen og benyttet anledningen til å presentere kort den pågående undersøkelsen. Det ble opprettet kontakt med representanter fra ulike sykehus i Norge som var interessert i samme tema og som var villige til å delta. Lederen for operasjonsavdelingen ved et av disse sykehusene ble formelt kontaktet og bidro med hjelp i valg av respondent – en operasjonssykepleier. Respondenter som ble rekruttert på konferansen fikk med seg informasjonsskjema og samtykkeerklæring.

4.4. Utvalget

Utvalget i denne undersøkelsen er 10 yrkesaktive anestesi- og operasjonssykepleiere ved 6 ulike sykehus i Østfold, Buskerud, Akershus, Oslo og Hordaland. Fire respondenter er valgt av sine ledere, mens seks ble kontaktet på NORDAF konferansen. Alle sykehus har akuttfunksjon. Halvparten av respondentene er ansatt på dagkirurgiske poster, mens halvparten jobber turnus. Stillingsbrøken er over 70% for alle respondenter. En av dem ble pensjonist i slutten av 2010. Data levert fra Norsk Sykepleierforbund NSF viser kjønns- og aldersfordelingen blant operasjons- og anesthesisykepleiere.

På grunn av rekrutteringsproblemer, var det vanskelig å oppnå ønsket kjønns- og aldersfordeling, men tallene i tabell 1, 2 og 3 viser at fordelingen av respondenter er i nærheten

av data tilsendt fra NSF. Begge faggrupper er likt representert, det vil si at det er fem respondenter innen anestesi- og fem innen operasjonssykepleie.

Tabell 1. Kjønnfordeling av medlemmer i ALNSF og NSF landsgruppe av operasjonssykepleiere per 01.01.2011 og i respondentgruppen

| Kjønn | Anestesisykepleiere | | Operasjonssykepleiere | |
|-------------------|---------------------|-----------|-----------------------|---------|
| | Kvinner | Menn | Kvinner | Menn |
| Medlemmer NSF | 1217 (75%) | 392 (25%) | 1500 (96%) | 61 (4%) |
| Respondentgruppen | 3 (60%) | 2 (40%) | 5 (100%) | 0 |

Tabell 2. Aldersfordeling i faggruppe for anestesisykepleiere og blant respondenter i anestesigruppen per 01.01.2011

| Alder | Faggruppen totalt 1602 | Respondentgruppen 5 |
|---------|------------------------|---------------------|
| 20-29 | 12 (1%) | 0 |
| 30-39 | 234 (15%) | 0 |
| 40-49 | 456 (28%) | 2 (40%) |
| 50-59 | 643 (40%) | 2 (40%) |
| over 60 | 257 (16%) | 1 (20%) |

Tabell 3. Aldersfordeling i faggruppe for operasjonssykepleiere og blant respondenter i anestesigruppen per 01.01.2011

| Alder | Faggruppen totalt 1602 | Respondentgruppen 5 |
|---------|------------------------|---------------------|
| 20-29 | 7 (0,5%) | 0 |
| 30-39 | 196 (13%) | 0 |
| 40-49 | 384 (25,5%) | 2 (20%) |
| 50-59 | 663 (44%) | 1 (40%) |
| over 60 | 271 (18%) | 2 (40%) |

Klinisk erfaring for deltagerne har vist seg å være ganske lang og variert. Respondenten med kortest erfaring har jobbet innen faget i seks år, tre har 7-15 års erfaring, fire har 15-25 års erfaring, mens tre har jobbet i faget i mer enn 25 år. For å illustrere måten respondentene ble intervjuet på, er data lagret i tabell. Videre opplysninger om kjønn, alder og yrkeserfaring ble slettet fra denne tabellen da det kunne svekke respondentenes anonymitet.

4.5. Intervjuguide

Intervjuguide er et hjelpemiddel for å holde fokus på det som skal utforskes. Den halvstrukturerte intervjuguiden (vedlegg 1) ble valgt på grunn av spørsmålsstillingen i oppgaven. Den har en deskriptiv form med hovedsakelig hva- og hvordan- spørsmål. Intervjuguiden ble utarbeidet med en felles del for begge respondentgrupper. DEL A gjelder eksisterende sikkerhetskultur på respektive operasjonsavdelinger. Respondentene blir spurt om felles rutiner og bruk av egne uformelle sikkerhetstiltak. DEL B av intervjuguiden er tilpasset den gruppen av respondenter som ikke har erfaring med sjekklisten for trygg kirurgi. Respondentene i denne gruppen ble spurt om å lese den norske utgaven av listen og vurdere hvorvidt innføringen av denne ville være et positivt tiltak på deres arbeidsplass. Spørsmålet om samarbeide og felles ansvar for gjennomgangen av listen og tettere samarbeid er sentral i denne delen av intervjuguiden. De ble spurt om å vurdere hvorvidt en eventuell innføring av sjekklisten på deres egen arbeidsplass ville oppleves som krevende eller enkel. DEL C av intervjuguiden er rettet mot respondentgruppen som allerede har brukt sjekklisten. De fem

respondentene i denne gruppen ble bedt om å fortelle om sine erfaringer med innføring av denne på avdelingen og å gi eksempler på positive eller negative aspekter ved innføring av listen på sin egen arbeidsplass. I etterkant kunne det være interessant å be respondentene om å anslå tall for antatt antall dødsfall og varige skader som følge av sykehusfeil, for å sammenlikne det med beregninger utført av WHO og Hjort (2007). Informasjon om tall for skader på pasienter som respondentene anser som akseptable for å kunne beskrive pasientsikkerheten som god, kunne også være av interesse. Det burde også fremkomme tydeligere hvordan respondentene oppfatter sjekklisten sammenliknet med andre sikkerhetstiltak med hensyn til gjennomførbarhet, kostnader og forventet effekt.

4.6. Pilotundersøkelsen

Pilotundersøkelsen ble gjennomført med en anesthesisykepleier og en operasjonssykepleier som ikke deltok videre i prosjektet. Intervjuguiden ble justert etter anbefalinger fra disse to respondentene. Sjekklisten fra WHO ble sendt til respondenter enten i forkant av et intervju, ved personlig henvendelse, eller ble forklart i tillegg til presentasjonen ved selve intervjuet. Deltagerne av pilottesten mente at det er positivt å ha litt tid til å tenke på utformingen av listen før de kunne uttale seg om listens nytteverdi og foreslå eventuelle endringer. Siden fem av respondentene ikke kjente til listen fra før, fikk de eksemplaret utdelt noen dager før intervjuet, eller de mottok den som vedlegg i en e-mail.

4.7. Gjennomføringen

Tre respondenter uten erfaring med sjekklisten ble intervjuet under NORDAF konferansen. De foreslo selv fokusgruppe som foretrukket intervjuform. Deres ønske ble imøtekommet. I løpet av den første uken etter konferansen ble det også opprettet avtaler med andre respondenter som var rekruttert på konferansen. De fikk informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen med seg. En av respondentene bidro med hjelp til å kontakte avdelingssykepleier på sitt arbeidssted. Denne avdelingssykepleieren ble kontaktet via e-post med forespørsel om hjelp til rekruttering av deltagere til undersøkelsen. Denne kontakten resulterte i ett telefonintervju. Totalt ble det foretatt tre telefonintervjuer, alle i respondentenes arbeidstid og alle i gruppen som bruker sjekklisten. En respondent ble intervjuet i fritiden, i sitt hjem. Fire ble intervjuet i arbeidstiden eller i etterkant av vakt. Alle i gruppen som ikke bruker listen ble intervjuet ved personlig møte med forskeren, mens i gruppen som bruker

sjekklisten var det tre telefonintervjuer og to intervjuer som innebar møte mellom respondent og forsker. Årsaken til dette var både lang geografisk avstand og det faktum at telefonkontakt gir en fleksibilitet som ikke krever strenge avtaler og flyreise med etterfølgende biltur. Det har skjedd at telefonavtaler er blitt avlyst og forskjøvet på kort varsel av respondenter, på grunn av uforutsigbar arbeidspågang på operasjonsavdelingen. Det er kun en respondent som aldri har møtt forskeren personlig. Andre ble møtt enten i arbeidstiden eller under NORDAF konferansen. Fokusgruppeintervju viste seg å være nyttig da respondentene hørte på hverandres svar og følte seg kanskje utfordret til å tilføye noe de andre ikke hadde svart utfyllende. Personlig intervju resulterte i ulike svar, men det var en del gjentakelser. For å illustrere dette bedre, presenteres data i tabell 4.

Tabell 4. Intervjuform i respondentgruppen.

| | Anestesisykepleiere | | Operasjonssykepleiere | |
|---------------------|---------------------|---|-----------------------|---|
| | + | - | + | - |
| Bruk av listen | + | - | + | - |
| Fokusgruppeintervju | | 1 | | 2 |
| Direkte intervju | 1 | 2 | 1 | |
| Telefon intervju | 1 | | 2 | |

Hvert intervju tok mellom 20-60 minutter. Alle intervjuene startet med å hilse på respondenten, presentere seg selv og gi en kort informasjon om hva intervjuet skulle handle om, vise båndspilleren, så spørre om respondentene hadde noen spørsmål, før det emneintroduserende spørsmålet ble stilt. Respondentene ble informert om at deres anonymitet ble garantert og at de kunne avbryte intervjuet når som helst. De ble også informert om at de kunne trekke seg i etterkant og at deres svar da ville bli slettet fra oppgaven. Spørsmål om respondentens erfaring i faget og alder kom i starten av de første 3 intervjuene, men ble flyttet til andre faser av etterfølgende intervjuer. Jeg observerte at det ble gitt mye informasjon til deltagerne, rett fra starten - i en fase hvor det etableres relasjon og tillitsforhold mellom informant og respondent. Innhenting av personlige opplysninger som alder og erfaring skapte kanskje et noe anspent utgangspunkt for intervjuet. Jeg prøvde å avslutte intervjuene med å invitere respondentene til å komme med avsluttende kommentarer, oppklare eventuelle uklarheter, gi anledning til å stille spørsmål og å komme med egne innspill. Under intervjuene ble det brukt elektronisk lydopptaker Olympus VN-5500PC med sensitiv mikrofon og 37 timers innspillingstid. Den er liten og nett, men intervjusituasjonen var allikevel preget av at

denne ble brukt. Enkelte respondenter virket noe nervøse og situasjonen var kunstig de første minuttene, men så virket det som om båndopptageren etter hvert ble glemte. Lydopptakene var av god kvalitet og det innebar en rask og ukomplisert transkribering, også ved telefonintervju.

Spørsmålene som ble brukt var åpne "hva-" og "hvordan-" spørsmål med vide svarmuligheter. Oppfølgingsspørsmålene var eksplorerende og utdypende for å få tydeligere innsikt i hva respondenten mente, eller hadde form av spørsmål om forskerens forståelse av hvorvidt det som ble sagt var korrekt. Straks etter intervjuene ble det gjort skriftlige notater om intervjuets kontekst, fremdrift, inntrykk av hovedbudskap, nonverbal kommunikasjon og andre momenter som ble oppfattet som kompletterende til lydopptak og senere tekstmateriale. Ordrett transkribering til tekst ble gjort kort tid etter. Sitatene presenteres etter Repstads anbefalinger (2007 s.150-151), det vil si i en form som er rensket for dialekt og ord som for eksempel: liksom, sånn, tja, jo, si det. Respondentene som var uten erfaring med WHO's sjekklister, besvarte spørsmål formulert i DEL A og DEL B. Respondentgruppen som hadde erfaring i bruk av sjekklister, besvarte spørsmål i DEL A og Del C.

4.8. Analyse og tolkning av data

Ettersom målet med denne undersøkelsen er å utvikle nye beskrivelser av et fenomen som pasientsikkerhet og bruk av en sjekklister og ikke utvikling av nye teorier ble det valgt en fenomenologisk analyse av innsamlede data. Fenomenologi blir ofte beskrevet som læren om fenomener, men i filosofisk sammenheng har den flere betydninger (Malterud 2008).

I denne undersøkelsen refereres det både til empirisk og til deskriptiv fenomenologi. Deskriptiv fenomenologi innebærer at forskeren inntar en beskrivende holdning og presenterer innsamlede data slik de ble fortalt av informantene, uten selv å vurdere om de er sanne og riktige. Det som er utfordringen i en slik sammenheng er å skape tillitsfull ramme for innsamling av data som gir grobunn for godt samspill og gjensidig tillit mellom respondent og forsker. Min egen oppfatning kan også være en forstyrrende faktor og erkjennelsen av å påvirke mitt eget prosjekt må være tydelig slik at forskeren kan selv redusere denne innflytelsen. En fordomsfri beskrivelse er derfor forutsetningen for riktig tolkning av data og videre til ny kunnskap. Malterud (2008 s. 52) understreker at det er spesielt viktig at forskeren i analysefasen erkjenner sitt ståsted mellom beskrivelse og tolkning. Dette for å kunne vurdere om fokus på enkelte data kan ha påvirket det endelige

resultatet. Fenomenologisk analysemetode ble utarbeidet blant annet av Giorgi i 1985. Hans deskriptive fenomenologisk metode består av fire trinn, der stikkordene er: å danne seg et helhetsinntrykk, å identifisere meningsbærende enheter, å abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene og til slutt å sammenfatte betydningen av dette (Malterud 2008 s. 99-100). Disse trinnene er selve strukturen i systematisk tekstkondensering. Det første trinnet innebærer å bli godt kjent med innsamlede data og danne seg et helhetsbilde av materialet. Etter at alle intervjuene ble ferdig transkribert, ble de merket med symbol **S+** (gruppen som bruker sjekklisten) og **S-** (gruppen som ikke bruker sjekklisten). Tilleggs-koden **A** for anestesi og **O** for operasjonssykepleier ble lagt inn for å se om de to faggruppene vurderer listen ulikt. Kodene **AS-** betyr for eksempel at svaret kommer fra anestesisykepleier som ikke bruker sjekklisten. Respondentene har også fått fiktive navn som brukes i resultatdelen. Dette ble gjort for lettere å finne frem til data om bruk av sjekklisten i de ulike respondentgrupper.

Samtidig forsøkte jeg å legge min egen forforståelse til side og å ikke prøve å vurdere svarene før alt materialet var ferdig gjennomlest. Den andre fasen innebærer søk etter meningsbærende enheter og kalles åpen koding. Teksten ble lest, og ved overgang av meninger ble det satt et lite merke på arket, i et forsøk på å gripe *mangfoldet* av dimensjoner i materialet. Det som fremsto som særlig betydningsfullt: utsagn, ord, beskrivelser og erfaringer med og uten kirurgisk sjekkliste ble også merket. Meningsenhetene varierte i lengden, noen var bare enkelte ord, mens andre var lengre avsnitt. Noen viste seg å være for snevre, andre for vide. I tillegg var noen av dem kontekstavhengige og måtte skilles varsomt ut fra teksten for å beholde meningen. Nesten hele teksten ble delt i merkede avsnitt. Innsamlet materiale besto av mer enn 60 ark, og det ble vanskelig å få en endelig oversikt over de meningsbærende enhetene uten bruk av ulike farger og merkelapper. Under selve intervjuene skjedde det at respondentene ubevisst valgte en annen spørsmålsrekkefølge enn i intervjuguiden. Svar rundt samme emne ble derfor markert med lik farge etter en ny gjennomgang av materialet. Det ble til sammen brukt flere farger og merkelapper. På denne måten ble teksten systematisert, komprimert og fri for den delen av samtalen i intervjuene som ikke hadde betydning for undersøkelsen. Noen svar inneholdt interessante opplysninger som dukket opp under intervjuet, men som ikke passet inn under noen av intervju spørsmålene. Disse ble lagret i et eget dokument for senere vurdering. Det reduserte materialet ble så lest på nytt for å se om noen svar omhandlet det samme. Originalteksten ble beholdt og brukt ved senere analyse, da det skjedde at noen av de meningsbærende enheter ga en annen mening etter å bli klippet ut av teksten. Det ble foretatt en kontroll før videre bruk

av disse som sitater eller fortolkninger.

Det tredje trinnet ved Georgis fenomenologiske analyse innebærer en overgang fra koder, eller meningsbærende enheter, til mening. Dette betyr at teksten må ”kondenseres” eller komprimeres. Det var mulig å skissere tre meningsgrupper som omhandlet pasientsikkerhet og fem meningsgrupper som omhandlet respondentenes tanker omkring WHO’s sjekklisten. Det ble laget en tabell med to kolonner og åtte rader, en rad for hver meningsgruppe. Alle meningsbærende enheter ble plassert i tabellen under kategoriene de tilhørte, etter ”klipp og lim” prinsippet. Opprinnelig var dette et ganske omfangsrikt dokument. Noen meningsenheter var like, eller gjaldt de samme opplysningene. Disse ble systematisert i egne subgrupper. Av den reduserte teksten som først ble navngitt med informantens egne ord – ”in vivo” var det mulig å danne disse subgruppene for videre arbeid med teksten (Malterud 2008 s.106-107). Det ble forsøkt å danne en ”essens” av det som respondentene uttrykte, for å kunne presentere det i et kunstig sitat, gjengitt i presentasjon av resultatene.

I analysens fjerde trinn ble alle de reduserte tekstenhetene satt sammen igjen – rekonstruert. Resultatene ble samlet i meningsgrupper. Med utgangspunkt i disse, ble det laget en kort innholdsbeskrivelse for hver gruppe. Under skriveprosessen viste det seg at noen meningsgrupper hadde mer utfyllende innhold enn andre. Resultatene av svar som respondentene ga uten at det hørte til i intervjuguiden ble også med. Disse gjaldt variasjoner av rutiner ved ulike arbeidssteder, og representerer eksempler på situasjoner fra respondentenes praksis. Ved å syntetisere de transformerte meningsenhetene ble det dannet et struktur til et nytt dokument som inneholdt både sitater og beskrivelser av det respondentene sa. Det er foretatt et veloverveid valg om å presentere sitater uten bruk av dialekt og fjerne de fleste uttrykk som ”tja” og ”vel”. Det er flere årsaker til dette. Det første er informantens anonymitet som måtte ivaretas. Det andre er en kommentar fra en respondent som uttrykket sin forferdelse etter å ha lest det ordrettranskriberte materialet

” Å Gud! Dette ser veldig snålt ut. Snakker jeg virkelig sånn? Du må love meg at du rydder litt opp i denne teksten før det publiseres”.

Dessuten følte det vanskelig å gi dialektene full rettferdighet uten å ha erfaring med disse selv. Innholdet ble bevart, men sitatene gjengis i bokmål. Dette gjøres etter anbefalinger gitt av Repstad (2007 s 150-151).

Analysen førte til et uventet funn. Ved intervju har mange respondenter uttrykt interesse for

bruk av sjekklisen. Ved nærmere analyse så det ut som om de samtidig oppga flere grunner for å ikke bruke listen, enn for å ta den i bruk.

5. UNDERSØKELSE KVALITET

5.1. Troverdighet og forskerens rolle

Vurderingen av troverdigheten i det kvalitative forskningsintervjuet kan avhenge av forskerens refleksjon og kritiske blikk på egen rolle, valg av metoder, møte med respondentene, analyse og fortolkning. Jeg er selv en 40 år gammel kvinne, en anestesisykepleier som identifiserer seg med respondentene i mange av deres fortellinger og svar, men stiller seg nøytral til introduksjon av kirurgisk sjekkliste på norske operasjonsavdelinger. Allikevel finnes det knapt noe som er allment anerkjent som objektivt gjeldende. Av den grunn tilstrebes det i presentasjonen av funn og konklusjon å presentere mangfoldet av sannheter, sett gjennom respondentens øyne fremfor en fortolkning utført av forskeren. Faktum er at forskerens egne og respondentenes erfaringer og synspunkter i enkelte tilfeller var vidt forskjellige. I situasjoner der forskeren har samme yrkesbakgrunn som respondentene, kan det oppstå fare for at egne synspunkter kan påvirke innsamlede data. Før undersøkelsen ble påbegynt ble tema for oppgaven presentert på UMB. Jeg ble oppfattet som en tilhenger av innføring av sjekklisten i norske sykehus. Dette var det en fordel å vite i forkant av intervjuene, for å forsøke å åpne hver intervjusituasjon med å understreke at det finnes personlige preferanser men at jeg stiller opp som nøytral tilskuer. En god kunnskap produseres gjennom upartiskhet, hvor det som er sant eller falskt avhenger av øynene som ser. Det foreligger alltid en risiko for en indirekte signalisering om eget standpunkt - enten gjennom oppgavens tema, eller forelesning på NORDAF konferansen om pasientsklager ved NPE. Alt dette kan være med på å skape en antagelse om at forskeren må være en person som er interessert i data om pasientskader. På den annen side ble noen respondenter intervjuet på sin egen arbeidsplass, i et transparent miljø. Dette kunne resultere i ukorrekte data, spesielt hvis det gjaldt kritikk av systemet på arbeidsplassen. Spørsmål om vurdering av nyinnførte rutiner på egen arbeidsplass kunne kanskje oppleves som nærgående. Det å åpne seg og uttale kritikk av retningslinjer og rutiner som er i bruk på arbeidsplassen, kan være vanskelig under korte møter med en ukjent person/forsker. Derfor ble det viktig å involvere en eller flere respondenter som var i ferd med å forlate sykehusmiljøet, men uten at de hadde mistet oversikten over gjeldende rutiner og retningslinjer. Under et kvalitativt intervju er det forskeren selv som er måleinstrumentet (Kvale og Brinkmann 2009) og måleinstrumentet må være "nullstilt" for å kunne utføre troverdige målinger. I denne undersøkelsen har forskeren

og de intervjuede samme yrkesbakgrunn. Dette innebærer maktsymmetri mellom forsker og respondent med hensyn til yrkesmessig posisjon og lik forståelse av terminologi.

Jeg mener at felles yrkesbakgrunn med respondenter kan påvirke datainnsamling og analyse både positivt og negativt. Som en ”innsider” kjenner jeg miljøet og forstår de fleste utsagn bedre enn utenforstående. Faren for feiltolkning er derfor liten. Samtidig kan jeg oppfattes som et kontrollorgan som ved datainnsamling sammenlikner flere operasjonsavdelinger og kvaliteten på arbeidet som utføres der. Det foreligger en fare for at respondenter fremstiller egen arbeidsplass i overdrevet positivt lys - mer eller mindre bevisst. Lojalitet til arbeidsgiver og kollegaer kan påvirke opplysninger som gis i undersøkelsen. En vanlig utfordring for en forsker som primært søker kunnskap via kvalitativt orienterte metoder, handler om hvordan (han/)hun skal få adgang til feltet. Praktiske fordeler ved å forske på en kultur man allerede kjenner, er at man har adgang til operasjonsavdelingen fra før. Det er vanskelig for personer uten spesiell opplæring å tre inn på en operasjonsavdeling. Klær må byttes til grønn drakt, håret må tildekkes med hette, smykker fjernes og sko byttes til avdelingens sko. Samtidig har man kunnskap om miljøet, at det er travelt og at det er vanskelig å ha en rigid avtale, da vakter byttes og forskyves og callingssystemet er nådeløst. Dette er også enklere, fordi en forsker som samtidig er en innsider kan fortsette å bruke en rolle som man har hatt i dagliglivet ellers – anestesisykepleier, kollega, likestilt med respondenten, men nå i et noe annerledes ærend, som forsker.

5.2 Pålitelighet og gyldighet

Kvale og Brinkmann (2009) mener at verifikasjon av pålitelighet og gyldighet må foregå som en løpende kvalitetskontroll gjennom hele forskningsprosessen. Gjennom alle faser av denne undersøkelsen har det vært utført en løpende kontroll av at det er samsvar mellom forskningsspørsmål, teori, metode og resultater. Analysen og diskusjonen av resultatene er gjort i henhold til Malteruds “Sjekkliste for kritisk lesing av kvalitative studier” (2008 s. 213-214). Sjekklisten gir god oversikt over alle elementer av i velskrevet kvalitativ studie og ble brukt som veiledning.

Pålitelighet i kvalitativ forskning innebærer konsistens og nøyaktighet i de presenterte resultater. Påliteligheten styrkes ved at alle praktiske forhold vedrørende forskningsintervjuene som for eksempel lyd kvalitet på intervjuopptak, er nøye gjennomtenkt.

Bruk av ledende spørsmål, feil transkriberingsmetode, kategorisering av svar og respondentens subjektivitet, reduserer oppgavens pålitelighet. Det forsøkes å gi leseren en inngående beskrivelse av konteksten og fremgangsmåten under hele forskningsprosessen. Jeg har gjennomført forberedelser ved litteraturstudier, pilotintervju og dialog med veileder ved UMB. Intervjuene fokuserte på respondentenes situasjon og deres erfaringer om emnet. Usikkerhet i svarene ble fulgt opp med spørsmål hvorvidt respondenten kunne utdype sine utsagn ytterligere. I etterkant kan man se at det kunne ha vært stilt flere oppfølgingsspørsmål for å få frem enda bedre forskningsdata. Dette skyldes min begrensede erfaring med å gjennomføre et forskningsintervju.

Gyldighet peker på hvorvidt man har undersøkt det man skulle undersøke og er et utsagn om oppgavens sannhet og korrekthet. Gyldighet i et forskningsintervju innebærer at forskeren forsikrer seg underveis om at det som er registrert ble oppfattet riktig og om valgt metode registrerer det den er ment å registrere. Det er viktig at råmaterialet samsvarer med respondentens og forskerens oppfatning av det som ble sagt. Det ble derfor foretatt respondentvalidering. Respondentene fikk transkribert materiale tilsendt elektronisk eller i posten for å verifisere forskerens fortolkning, og vurdere om det som ble nedskrevet var i samsvar med det de ønsket å uttrykke. Det ble ikke gjort vesentlige endringer i det transkriberte materialet. Kun 2 av 10 respondenter rettet på enkelte ord, men ikke på selve innholdet i teksten. Respondentene beskrev telefonintervju som praktisk, lettvinnt og at det krevde lite av dem å stille opp. Det kunne gjennomføres på et sted og et tidspunkt som utelukkende var styrt av respondenten. Ved fokusgruppeintervju har de tre respondentene utfordret hverandre med å komme med varierte svar. Intervjuet bar preg av samtale dem imellom, og min rolle ble mindre dominerende i denne situasjonen. I et personlig intervju med en enkelt respondent var det kanskje større mulighet for å åpne seg, enn ved gruppe intervju. Samtidig ble det registrert en del like svar på enkelte av spørsmålene.

Forskervalidering er en annen måte å styrke materialets gyldighet. Min veileder ved UMB var behjelpelig med å vurdere oppgaven ved flere anledninger, utfordre den og peke ut områder som måtte forbedres. Kvale og Brinkmann (2009) nevner en "ekstern gyldighet". Denne støttes av at funn i tidligere forskning om emnet er i samsvar med funn i denne undersøkelsen, uten å være de samme. Mange av funnene i denne undersøkelsen samsvarer med funn gjort i andre undersøkelser, og dette samsvaret sannsynliggjør og styrker disse funnene.

Overførbarhet. Det er forsøkt så langt det var mulig å gi en grundig oversikt over alle trinn i analyse- og fortolkningsprosessen samt innsikt i forskerens tenkemåte. I kvalitative studier vil resultatene noen ganger være avhengig av situasjonen og er således ikke direkte bekreftbare. Dette på grunn av nye erfaringer og vurderinger respondentene kunne ha gjort i tiden mellom to undersøkelser. Resultatene er ikke overførbare da utvalget i utgangspunktet er for lite og heller ikke tilfeldig valgt. Betingelsene for at resultatene har overføringsverdi er ikke oppfylt da studien kun gjaldt noen få sykehus og ikke nødvendigvis gjenspeiler forholdene ved alle norske sykehus.

5.3. Å intervju kjente.

På grunn av tidligere arbeidsforhold i ulike fylker, både som fastansatt og vikar, ble jeg kjent med flere spesialsykepleiere som jobber innen akuttmedisin. Tidligere nevnte problemer med rekruttering resulterte i kontakt med respondenter ved å omtale prosjektet på NORDAF konferansen. Dermed er en del respondenter som har deltatt, mine bekjente. Det dreier seg om tidligere arbeidskollegaer som jeg på nåværende tidspunkt har lite eller ingen kontakt med. Problemet med inkludering av respondenter jeg kjenner, er at det kan komme inn lojalitetsbånd samt tidligere positive og negative sider ved samarbeidet som kan forstyrre forskningen. Det kan dog være lettere å være spontan og åpen, samtidig som det kan resultere i ugyldige data dersom respondentene forsøker å gi svar som de tror forfatteren ønsker å få. I den første delen av intervjuene ble respondentene forklart mitt nøytrale standpunkt med tanke på sjekklisten. De ble bedt om å tenke på hele sin karriere når de svarte på spørsmålene, ikke bare på nåværende arbeidsforhold.

Så langt det er mulig å bedømme de konkrete intervjuene var det ingen vesentlig forskjell på intervjuer foretatt med kjente, og intervjuer foretatt med ukjente. Det tok omtrent like lang tid, men de "kjente" var mer spontane og intervjuene bar mer preg av samtale enn undersøkelse, dels på grunn av at denne gruppen ble intervjuet sist, og at jeg hadde opparbeidet meg litt erfaring med selve intervjuprosessen.

5.4. Forskningsetikk.

Forskningsetikk omfatter prinsipper, regler og retningslinjer som kreves for vurdering av forskerens handlinger som rette eller gale. Søknad til Regional komité for medisinsk

forskningsetikk REK ble sendt den 14.12.2010 og besvart den 14.02.2011.

Forskningsprosjektet er vurdert som ikke meldingspliktig (vedlegg 7). Forskningsprosjektet behandler personopplysninger og ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig database NSD den 24.05.2010 og besvart den 05.08.2010 (vedlegg 6).

Respondentene og deres ledere ble informert muntlig og skriftlig om prosjektets metode, mål, og evaluering. De som ønsker kopi av den ferdige oppgaven får tilsendt elektronisk utgave når den er ferdigskrevet. Bruk av eksempler forekommer i teksten, og eventuelle opplysninger som kan identifisere respondenten eller pasienten er anonymisert. Respondentene ble først knyttet til datamaterialet med et referansenummer og dato for intervjuet. Denne ble koblet til listen med navn. Denne listen ble oppbevart som papirkopi. Lydopptaket ble transkribert kun av meg selv. Alle opptak slettes ved prosjektets slutt. Ferdig transkriberte fil oppbevares på bærbar passordbeskyttede PC og som papirkopi inntil prosjektets slutt. Materialet blir deretter forsvarlig destruert. Oppgavens tekst blir i tillegg oppbevart på passordbeskyttet eksterndisk.

6.0. RESULTATER

6.1. Hvordan definerer respondentene pasientsikkerhet?

Samtlige av respondentene dvelte ved dette spørsmålet. Tilsynelatende var det lettere å beskrive resultater av mangel på pasientsikkerhet, enn å danne en oppfatning av hva selve pasientsikkerhet er. En av respondentene sa at det var fravær av farer, det vil si et miljø som ikke truer pasientens liv, helse og velvære. En annen respondent sa at det var det optimale miljø der ingen feil kunne skje. Alt arbeid som sykepleierne utførte; kontroller, rutiner, prosedyrer og riktig utstyr til riktig inngrep var viktige bestanddeler av det som ”pasientsikkerhet” betydde for henne.

- *Begrepet kan jo være ganske mangeartet, men først og fremst tenker jeg på at det som foregår på operasjonsavdelingen er trygt og sikret, at det tas forholdsregler i forhold til bruk av medisinsk-teknisk utstyr, at anestesi har kontroll på sine ting, at vi er nøye med å kvalitetssikre alt av utstyr og medikamenter, og alle de tingene vi skal bruke, i tilknytning til pasienten. At alt er planlagt og gjennomført i forhold til reglementet med riktig leiring og slike ting. Det er hele spekteret. ”Elisabeth” OS+*

Samtlige respondenter fortalte at et vellykket samspill mellom multiple variabler var avgjørende for høy pasientsikkerhet på operasjonsavdelingen. Det kunne dreie seg om både tilgjengelighet på erfarent personale, og at samspillet mellom teammedlemmer var godt. Arbeidsstandarder, rutiner og reglement ble vurdert som et meningsfylt og positivt innslag i en ellers noe uforutsigbar arbeidssituasjon. De fleste respondentene uttrykte at nøye planlegging av alle inngrep var en viktig del av det skadeforebyggende arbeidet. Alle svar refererte til tiden pasienten tilbrakte på operasjonsavdelingen. Kun en respondent tenkte på hele oppholdet når han uttalte seg om pasientsikkerhet:

”Oppholdet på sykehuset skal være tryggest mulig for pasienten.” Arne AS-

Resten av respondentene refererte til tiden pasienten tilbrakte på operasjonsavdelingen.

6.2. Hvordan vurderes pasientsikkerhet og arbeidsrutiner ved respondentens avdelinger?

Alle respondentene svarte raskt og spontant at pasientsikkerheten på norske operasjonsavdelinger var god. Samtidig fortalte noen at det er behov for forbedringer særlig i lys av økte krav til effektivitet. Fornyelse og justering av eksisterende tiltak ble av noen betegnet som del av et kontinuerlig kvalitetsarbeid og en nødvendig del av utviklingen innen klinisk sykepleiepraksis.

- *Vi har gode rutiner i dag, men man må hele tiden tenke forbedring og kvalitetssikring, spesielt i forhold til kravet om effektivitet. Det er viktig at ting er sikret, at man har gode prosedyrer på alt og det krever at man fornyer seg og tenker nytt. Det er viktig å tenke praktisk og samtidig tenke sikkerhet". "Kristin" OS-*

To andre respondenter sa at endringer ofte førte til forvirring, da det allerede var altfor mye informasjon som de måtte forholde seg til; både muntlig, skriftlig og elektronisk.

Deltidsansatte sto i følge respondenten spesielt i fare for ikke å få med seg de nyeste oppdateringer. Den kontinuerlige endringsprosessen ble betegnet som både slitsom og irriterende. Det var ikke tid til grundig evaluering før nye endringer trådte i kraft. To av respondentene sa at de hadde problemer med å få meg seg alt i tide. Tre av anestesisykepleierne fortalte at rutiner varierte både i utformning og oppfølging på ulike arbeidssteder. Ved ulike vikaroppdrag brukte de alltid Standard for Anestesi i Norge som veiledende retningslinjer.

- *Hvis du følger anestesiskjemaet så har du ganske klare retningslinjer og spørsmål som skal dekke det meste. Men det blir aldri 100%. Det kommer alltid ett spørsmål som du burde ha stilt, men som ikke kommer her. Det er også grunnen til at vi forandrer skjemaene av og til. Ulike sykehus har ulike prosedyrer, ulike skjemaer, men en noenlunde standard er det". "Roar" AS-*

Rutiner har en funksjon dersom alle ansatte i sykehussystemet ”gjør jobben sin ”.

Respondenten refererte til mindre slurv som raskt kunne utvikle seg til tendenser og til slutt til trender. Dette var rettet spesielt mot mangler i operasjonsskjemaet, det vil si et dokument der kirurgen skriver ned behov for utstyr, leiring på operasjonsbordet, rekvirering av blodprøver

eller røntgenbilder. Mangler eller feilopplysninger i dette skjemaet var hyppig nevnt som årsak til mange misforståelser og feil under inngrepet. Det er vanligvis ingen som kontrollerer innholdet i operasjonsskjemaet. Sykepleiere kunne kontakte kirurgen på telefon, men i tilfeller hvor vedkommende var opptatt var det vanskelig å forholde seg til manglende opplysninger.

6.3. Hva styrker pasientsikkerheten ved respondentenes avdelinger.

Både operasjons- og anestesisykepleiere var entydige på at nødvendig utstyr måtte være på plass, kontrollert og at personellet hadde fått nødvendig opplæring i bruk av dette.

- *Lovpålagt, kontinuerlig opplæring og undervisning i bruk av medisinsk-teknisk utstyr er nødvendig. Det er også viktig å overvåke og monitorere kvaliteten på det vi gjør og å ha tiltak for å identifisere risikofaktorer "Arne" AS+*

Dette sitatet passer godt for mange av respondentene. Det var forskjeller mellom hvilke maskiner operasjons- og anestesisykepleiere vurderte som potensielt høyrisikoutstyr. Tradisjonelt viste det seg at anestesipersonell sjekket respirator, defibrillator, utstyr til blodtransfusjon samt alle medikamenter som er nødvendig for narkose og behandling av akutte tilstander. Operasjonssykepleiere nevnte oftest diatermiapparatet som kilde til skader på pasienter. Flere respondenter fortalte om nøyaktige prosedyrer for sjekking av maskinenes funksjon. De snakket om sine rutiner for grundig identifikasjon av pasienter med navnebånd plassert rundt håndleddet, muntlig bekreftelse av identiteten, enten av pasienten selv eller fra pårørende/politi/andre sykehusansatte. En annen respondent sa at evnen til "å se helheten" var avgjørende for å hindre at feil skjer. Da hun ble spurt om å forklare nærmere, svarte hun at det var viktig å "heve blikket" og sjekke at alt personell var klar til å ta imot pasienten. Det å samarbeide tett og "passe på" hverandre kunne være avgjørende for å oppdage feil i tide og avverge krise.

- *"Vi har alle gode og dårlige dager. Slik er det bare. Av og til passer jeg på andre, av og til passer de på meg. Det er ekstremt viktig å se helheten og gå videre etter det. Jeg mener å se både pasienten og kollegaer, se hele situasjonen. Spesielt viktig er det å*

observere pasienten da det ofte skjer at journalen ikke sier alt. Da må man ofte improvisere litt". "Marie" OS-

Samme respondenten fokuserte på betydningen av lang erfaring og faglig skjønn for pasientsikkerheten. Hun skilte mellom det å være kunnskapsrik og klok, og henviste videre til "taus kunnskap". I følge respondenten kom den med tiden og var en blandning av erfaring, dyktighet og sunn fornuft. Man kunne ofte besitte denne "tause kunnskapen" uten å være klar over det. Den resulterte i at en ofte kunne kjenne og ane at noe var riktig eller galt når det gjaldt å ta avgjørelser under press. Hun fortalte at ingen rutiner kunne erstatte sunn fornuft og klinisk blikk, da flere situasjoner var så komplekse at en alternativ tankemåte måtte brukes for å redde liv.

6.4. Hva er årsaken til feil?

Årsaker til feil som respondentene nevnte oftest var tidspress, og stress i forbindelse med dette. Respondentene snakket ikke om stress i akutsituasjoner som årsaken til feil. De refererte til langtids hverdagsstress som skyldes forsinkelser eller altfor stor arbeidsmengde. I den komplekse hverdagen på operasjonsavdelingen, med mye teknisk utstyr og kompliserte oppdrag, er det alltid risiko for å gjøre feil. Respondentene fortalte at feil skjedde oftest som følge av at "det kuttes hjørner" for å få ting til å gå raskere. Feil kunne oppstå som resultat av stress, av å være sliten og av ikke å følge retningslinjer enten for å skynde seg eller på grunn av ren forglemmelse. En av respondentene beskrev tilfellet der han tok en pasient på feil operasjonsstue:

- Jeg synes det er oftest stress som er årsaken til feil. Konsentrere seg - det er det man skal gjøre. Når jeg gjorde denne feilen jeg gjorde, nå har jeg gjort flere feil men akkurat det å ta feil pasient - det var stress. Vi hadde sju inngrep denne dagen, alle operasjonsstuer lå etter, så det var mange folk på venterommet, og akkurat to med samme navn. Men det er stress og ukonsentrert som gjør at det blir feil. Det er ikke bare at vi tar feil pasient. Det kan være ombytte av sprøyter, der man setter dem i feil pumpe. Det kan skje flere ting når du ikke konsentrerer deg. Også anestesi er et yrke hvor konsentrasjon må være tå topp. "Roar" AS-

To respondenter nevnte også personlige egenskaper og organisatoriske trekk ved arbeidsstedet som kunne skape risikofylte situasjoner.

*- Det er nonchalance, at en ikke er fokusert på pasienten sin. Man har for mange nyansatte i operasjonsavdelingen og for få erfarne. Noen tar initiativ uten å ha kunnskaper. For lite folk. Og dårlig kommunikasjon mellom stab, dårlig orientering fra kirurgen om hva han skal ha. Da kan det bli stopp og forlenge operasjonstiden.
"Marie" OS-*

Flere respondenter nevnte manglende kompetanse som årsak til feil, forsinkelser og frustrasjon blant teammedlemmer. En av respondentene mente også at risiko for feil økte i situasjoner hvor pasienten ble overlevert mellom flere institusjoner eller avdelinger. Gjentatt rapportering gjorde at mange opplysninger kunne gå tapt eller bli misforstått. Gode rutiner som prosedyrer for inntak og overlevering samt identifisering av pasient med navnebånd og gjennomgang av journal, kunne være med på å forebygge feil.

Forskjellen på systemfeil og menneskelig svikt ble beskrevet som uklar, samtidig som forskeren og respondentene snakket sammen om hendelser og forsøkte å klassifisere disse. Konklusjonen var at ofte ble det en kombinasjon av "slurv", stress og personlige egenskaper.

- *Hvis man glemmer å gjøre eller ta frem utstyr så er det egentlig en menneskelig feil men samtidig så kan man spørre seg om systemet er lagt opp slik at tidsmarginer presser oss til å tenke hele tiden at vi skal være effektive. Vi skal ikke miste tid. Vi har dårlig tid og vi skal rekke barnehagen på slutten av dagen. I effektivitetens tankegang tror jeg at det ligger mange farer fordi at vi kutter hjørner. Det skal ikke skapes overtid og vi skal være raske og klare å komme gjennom dagen uten forsinkelser. Der ligger det muligheter for å gjøre feil. Men om det skal defineres som menneskelig feil eller systemfeil det kan man diskutere. "Arne" AS+*

En annen kommentar gjaldt planleggingsprosessen for bestilling og gjennomføring av kirurgi. Respondenten fortalte at operasjoner ble bestilt og lagt i et køsystem mange måneder i forveien. Når pasientene møtte opp til operasjon, skjedde det hyppig at det var en annen kirurg som skulle utføre inngrepet, med et annet utstyr enn det opprinnelig bestilte. Det som også kunne skje var at pasientens tilstand forandret seg under ventetiden, noe som resulterte i overraskende utfordringer. Samme respondent sa at årsaken til feil var at systemet åpnet for

ulikheter i måten personalet utførte sine arbeidsoppgaver. Noe variasjon var positiv, men mangel på klare retningslinjer og strenge avtaler åpnet i følge respondenten for feil og uønskede hendelser.

6.5. Hvilke pasientsikkerhetstiltak benyttes på operasjonsavdelinger?

Respondentene uttaler seg om sikkerhetstiltak på sine arbeidsplasser i relasjon til tre områder: system, organisasjon og ledelse samt utforming av retningslinjer.

Organisasjon av systemet som en overordnet instans for å hindre feil, kjenne til risikomomenter og å velge passende tiltak, ble beskrevet som nøkkelen til vellykket intervensjon. Som det hyppigst brukte tiltaket nevnte anestesisykepleierne Standard for Anestesi i Norge (ALNSF 2011). Respondentene i anestesigruppen fortalte at standarden var godt likt og kjent av alt anestesipersonell, både leger og sykepleiere. Operasjonssykepleierne har per dagens dato ingen liknende, systematisert standard for sitt arbeid, og to av respondentene har uttrykt ønske om å få et liknende sett med retningslinjer. Samme respondent i anestesigruppen fortalte om behovet for lovpålagt, obligatorisk og standardisert undervisning av operasjonspersonell i bruk av medisinsk-teknisk utstyr, samt overvåking og monitorering av kvaliteten på utførte behandlinger og innførte fagprosedyrer. Samtlige respondenter hadde problemer med å besvare spørsmålet om bruk av uformelle rutiner, og forskeren måtte bruke eksempler på slike. Det kan virke som om automatisk bruk av uskrevne regler er resultat av taus kunnskap, erfaring og ”tips” fra kollegaer. Slik forskeren tolker eksempler på slike uskrevne rutiner, dreier det seg om videreutvikling av eksisterende rutiner, tilpasning og omformulering av det som anses for å være aktuelle for spesialsykepleiere, men kanskje uten mening og innhold for pasientene. Eksemplene dreier seg om tilleggssjekk av utstyr der kommunikasjon med tidligere vakt er noe usikker, eller at spørsmålene som blir stilt til pasienten formuleres på et mer forståelig språk, for å sikre at pasienten oppfattet spørsmålet riktig.

- Jeg pleier aldri å spørre ”er du fastende?” da de fleste pasienter er usikre på hva dette betyr, men de svarer ”ja” allikevel, hvis det ligger en viss forventning i stemmen vår. Mye bedre å spørre ”når spiste du sist”. Da får man vite både hva og når.

”Roar” AS-

Ingen av respondentene har uttrykt at de handler i strid med rutiner, men heller at de gir noe ekstra for å være ”på den sikre siden”. Uformelle rutiner kan derfor oppfattes som potensielt nyttige så lenge de ikke strider med opplæringen hele teamet har gjennomgått. Av og til kan de komme til uttrykk som uskrevne avtaler mellom teammedlemmer og kan gjøre seg gjeldende for en hel avdeling.

- På (sykehus X) når kirurgen markerer operasjonsfeltet så pleier de å skrive dato og sine initialer (på pasientens hud, der det kirurgiske snittet er planlagt). Dette er fordi at ofte blir pasientene støkket om, og det kommer traumer, så av og til blir pasienten operert av en annen kirurg, et annet team og på et senere tidspunkt. ”Marie” OS-

Uformelle rutiner varierer i omfang, men de har det til felles, at de ikke dokumenteres i journalen. Plikten til å forebygge leiringskader ved kirurgi ble nevnt som et eksempel. Respondenten sa at det var et stort og krevende arbeid som involverte flere teammedlemmer. Risikoen var at pasientene kunne utvikle varige lammelser og trykkskader ved feil leiring under kirurgi. Det krevde allikevel ingen spesiell dokumentasjon på hvordan dette problemet ble løst av operasjonsteamet. Respondentgruppen som brukte sjekklisten for trygg kirurgi fortalte om hvilken betydning den hadde for pasientsikkerheten og hvordan den ble brukt og tilpasset virksomheten på deres sykehus.

6.6. Sjekklisten som et nytt arbeidsverktøy.

Til sammen har fem respondenter uttalt seg om sjekklisten som et nytt verktøy, og vurderte den både som dårlig og bra. En respondent fokuserte på listens nytteverdi sammenliknet med den eksisterende dokumentasjon for anestesi. Det var mange gjentakelser og respondenten mente at en av listene måtte tas bort. Han vurderte sjekklisten negativt, mens fire andre respondenter stilte seg nøytrale eller var positive til bruken av den. De fortalte at sjekklisten i seg selv var god, men de var i tvil om hvorvidt den var egnet for deres arbeidsplasser. Det antatte tidsforbruket på gjennomgang ble antydning til å ta ”noen minutter”, eller ”ikke så veldig lenge”, men i lys av at dette skulle gjentas flere ganger daglig har respondentene uttrykket bekymring for det totale tidsforbruket. Respondenten som var negativ til sjekklisten, mente at det ikke var mulig å gjennomføre avsjekkingen i akutsituasjoner og knapt i hverdagen. Han forklarte at sjekklisten ville komme på toppen av allerede benyttede tiltak og ville medføre dobbeltarbeid.

- *Vil denne sjekklisten passe både på traumesykehus og småsykehus, private sykehus? Nei, egentlig ikke. Jeg tror dette tar for lang tid å gå igjennom for å få noen gevinst av det. I "anestesisjekk", er det ingen spørsmål om faste eller tannstatus. Det kunne være greit å sette disse spørsmål inn i listen. Vi trenger jo ikke flere papirer. Det er mer enn nok papirer å holde styr på. Det bare mangler å få en til. Avslutningen og forberedelsene er greie. Det som kunne ha gått ut er at alle i operasjonsteamet skal presentere seg med navn. Ser ikke poenget med det. Er det store kriser så har du ikke tid til å lese opp lister som denne. Forventet blodtap – uhyre vanskelig å anslå før en operasjon. Ofte kan man jo svare "null", men mye kan skje underveis. Pasienten sover når kirurgen kommer, men det står "kirurg, anestesi spl, operasjonsspl, anestesi lege bekrefter muntlig riktig prosedyre". Det klarer vi ikke, spesielt når tre til fem (fjernet 1 space) stuer starter samtidig. Jeg ser ikke for meg at vi har nok anestesileger til å være med på alle sjekk, på alle stuer. Det lar seg ikke gjennomføre i praksis. "Roar" AS-*

En annen respondent fortalte om problemer hun opplevde med "ukjente" på operasjonsstuen og hennes vurdering viste til et positivt syn på sjekklisten. Respondenten har opplevd at pasientene ble operert av en kirurg de selv ikke kjente og at kirurgen ikke kjente operasjonsteamet. Klar og tydelig kommunikasjon er spesielt viktig på sykehus hvor bruk av vikarer er utbredt. Operasjonsteamet som presenterer seg for hverandre med navn og funksjon kan allikevel ha en nyttig funksjon.

- *Akkurat denne "teamfølelsen", denne gjensidige respekten for hverandre, det synes jeg er kanskje det beste vi får ut av det. Tenk at av og til så vet vi ikke engang hvem som skal operere. Du ser et navn på et skjema eller at det plutselig kommer et menneske som skal assistere. Du aner ikke hvem det er. Du har aldri sett dem før, ingen som presenterer seg. Hvem er du, tenker jeg? "Hanne" AS-*

Samtlige respondenter bekreftet at det var en stor mengde påkrevd dokumentasjon under hver operasjon. Innføringen av sjekklisten ville innebære ikke bare bruk av tid, men også utfylling og arkivering av ett ekstra skjema. Samtidig som respondentene betegnet listen som et nyttig verktøy, har de uttrykket bekymring for den organisatoriske delen ved en introduksjon av listen i deres hverdag på operasjonsavdelingen. På spørsmål om behovet for nye rutiner svarte

tre respondenter at det var viktig med kontinuerlig arbeid i søk etter optimale løsninger for å kunne ivareta pasientsikkerheten.

- *Det er viktig å tenke praktisk og samtidig tenke sikkerhet. Akkurat når det gjelder pasientsikkerhet så blir vi aldri gode nok på det. Ikke minst i forhold til tempo, for du skal ha mange baller i luften på en gang. ”Kristin” OS-*

De var positive til å bruke listen selv. En respondent sa at innføringen ville innebære en formalisering av teamansvaret dersom sjekklisten var ment som et journaldokument signert av hele operasjonsteamet. Respondentene vurderte listen som et bra tiltak, men ikke vesentlig bedre enn eksisterende rutiner. Følgende sitat ble valgt da flere respondenter formulerte sine utsagn på omtrent samme måte:

- *Jeg tror det er mye bedre å stramme inn på rutiner som folk allerede kjenner enn å innføre nye rutiner når de gamle rutiner ikke fungerer 100%. Det ville være mye bedre å bruke denne energien som skal brukes på listen til å ha kvalitetssikringsmøter kanskje litt oftere. Så jeg er mer for å støtte gamle sikkerhetstiltak enn å innføre nye. ”Roar AS-*

Når respondentene ble spurt om de ville innføre noen endringer umiddelbart, var det en som savnet informasjon om hvorvidt pasienten hadde smittsomme sykdommer. Hun mente det var noe som potensielt berørte alle involverte samt andre pasienter, og var en viktig del av informasjon med hensyn til å kunne håndtere smitte etter gjeldende prosedyrer for dette.

6.7. Erfaringer med bruk av sjekklisten.

Til sammen var det fem respondenter som fortalte om sine erfaringer med bruk av sjekklisten. Respondentene fortalte at de bruker i snitt fem minutter på gjennomgang av sjekklisten. Dette varierte, da det var innført flere endringer i listens innhold, måten avsjekkingen ble utført på og oppfølging av innføringsprosessen. En anestesisykepleier fortalte at tiden som ble brukt på avsjekkingen initielt kunne oppleves som lang, men etter 2-3 måneders bruk, kunne operasjonsteamet gå igjennom sjekklisten på ca 1-2 minutter. Et sykehus brukte kun TIME OUT delen ved utvalgte, det vil si store, inngrep. Respondenten beskrev formålet med listen som korrekt identifisering av pasient og introduksjon av ukjente ansatte som for eksempel

innleide vikarer, studenter og nyansatte. To andre respondenter uttrykte at listen var altfor omfattende til å bruke ved kortvarige inngrep.

- Jeg synes vi skyter over mål i noen sammenhenger. La oss si at vi skal utføre et lite inngrep i lokalanestesi på dagkirurgen. Det som er da viktig da er det anesthesiologiske. Det kunne kanskje holdt med vanlig anestesissjekkliste. "Elisabeth" OS+

Ved ett sykehus arkiveres sjekklisten i pasientjournalen. Den signeres ikke, men en sykepleier var ansvarlig for gjennomført sjekk. Ansvar for oppløsning av listen ble fordelt mellom medlemmene i operasjonsteamet. Respondentene svarte at det var hovedsakelig operasjonssykepleiere som hadde ansvaret, men anesthesisykepleiere gikk igjennom den første delen av sjekklisten i noen tilfeller. Innføringen av sjekklisten varierte både i planlegging og gjennomføring. Sykehus X brukte ca to uker på informasjonsmøter mellom ledelse og ansatte på operasjonsavdelingen. De hadde snakket sammen, presentert sjekklisten med forskningsresultater og viste video om riktig innføring av sjekklisten. Fagansvarlige sykepleiere var behjelpelig med rådgivning den første uken etter introduksjon av sjekklisten. Hele innføringsprosessen tok omtrent fire uker med trinnvis innføring på stadig flere avdelinger. Respondentene fra sykehus Y fortalte om blandet mottagelse av den nyinnførte sjekklisten:

- Vi startet med en gang men det har vært en lang periode der folk ikke ville være med og jobbet litt imot. Det tok lang tid. Nå går det greit. Det er fortsatt ikke alle som er like ivrige, men vi får gjennomført det. Men vi har fortsatt noen kirurger som sier "er dette virkelig nødvendig?". "Elisabeth" OS+

Respondentene fra dette sykehuset husket ikke nøyaktig hvor lang tid innføringen av listen tok, kun at listen var i bruk i nesten to år og at den ble tilpasset avdelingens rutiner i løpet av denne perioden.

Respondentene i gruppen som brukte sjekklisten var positive til videre bruk av den. En av argumentene fra en anestesisykepleier var at man kunne dele ansvaret for sjekk av pasientens id med andre i teamet.

- Jeg sjekker identiteten når jeg henter pasienten, men det er ingen andre som vet enn jeg. Det er ingen andre som gjør dette formelt. For tradisjonsmessig så er det anestesiens ansvar å sjekke identitet og allergi og så har operasjonssykepleiere sitt ansvar for markering av operasjonsfeltet. Teamet blir mer samlet. Helhetlig samlet om pasienten. "Nora" AS+

At operasjonsteamet ville bli mer samlet ved bruk av sjekklisten, var det flere som sa. I gruppen som ikke hadde erfaring med listen var det to respondenter som sa at dette ville være et positivt resultat. Samtlige respondenter i denne gruppen fortalte om behovet for justering av listens innhold, da den var altfor omfattende i den originale formen.

- Vi er mange mennesker som jobber sammen, og det er blitt gjort feil og det skal det helst ikke være i denne bransjen. Så jeg tror det er en god måte å sikre riktig pasient, riktig behandling og at vi er oppmerksomme på en del ting som det er viktig å være oppmerksom på. Det som gjøres nå har fått en ny vinkling, men det er ting vi har sjekket før og, men kanskje litt mer "spredt". Nå er det en helt annen systematikk i det. Men kontrollen av pasientens identitet, medisinsk tilstand, operasjonsfelt og tidligere sykdommer – det har ikke kommet med denne sjekklista. "Elisabeth" OS+*
- Jeg synes det er veldig bra. Har dette vært brukt før så hadde vi kanskje sluppet mye av dette som har skjedd. Blant annet feiloperasjoner, feilsider, for det skal jo være merket på forhånd og pasienten skal vite hvor de skal opereres. Kirurgene er mer skjerpet på det å snakke med pasienten, bekrefte at det er dette inngrepet som skal gjøres og at det er ordentlig merket. Etter at listen ble innført ble de mer "obs" på det. "Anne" AS+*

Under intervjuene kom det frem at gjennomgangen av listen tok en del tid. Selve avsjekkingen var ikke det mest tidskrevende, men flere respondenter fortalte at sammenkalling av hele teamet krevde både tid og tålmodighet. Fire respondenter beskrev vanskeligheter med å få oppmerksomhet under opplesning av sjekklisten, noe som gjorde at det var en vanskelig og upopulær rolle å ta i teamet.

- Det som er vanskelig er man ikke klarer å samle hele teamet, at noen jobber med sitt og står med ryggen til, og at man må heve stemmen for å bli hørt. Og så er det ikke alle blant oss som klarer å heve stemmen. Noen synes det er vanskelig å ta en slik rolle i teamet. Og det skjønner jeg – er man litt forsiktig og litt beskjeden og der står det to kirurger, sykepleiere og kanskje anestesilege. Så skal du stille dem spørsmål og få deres oppmerksomhet – det er ikke alle som synes det er helt greit. Men vi får det til å fungere sånn noenlunde. Vi kjører sjekklista med de som er der. Vi venter ikke på anestesilegen, fordi de må gå fra stuen. Anestesisykepleier er jo alltid der. Og da er det han eller hun som svarer på om det med apparatsjekken, om den er OK og om medikamentene er OK. Så det tar vi litt forsiktig, for det var jo en del motstand, det var veldig stor motstand. Mange sier dette er noe som operasjonssykepleiere holder på med. Så det er ikke alle som er like positive til det, selv om vi, ifølge vår kvalitetsansvarlige, har veldig gode resultater etter innføring av dette. Det er en jobb å få det gjennomført "Elisabeth" OS+

Sitatet viser til at sjekklisten gjennomføres med de teammedlemmer som er tilstede. Dette kan tyde på at de ansatte valgte en uformell tilpasning av sjekklisten til hverdagen på avdelingen. En annen respondent fortalte om enda større utfordringer forbundet med situasjoner der det er dårlig bemanning. Valget sto mellom å ikke gjennomføre avsjekkingen, eller å ta kun deler av den i situasjoner der det kun er en anesthesi- og en operasjonssykepleier tilstede under hele inngrepet.

- I den hverdagen vi har i dag så er det veldig viktig at vi har disse listene, men de må være enkle. Ellers vil de i en stresset situasjon bli "hoppet over". Og det ser jeg hos oss, blir det for mye, blir det for få ressurser – det er kanskje bare en anesthesi- og en operasjonssykepleier på stua så blir det utelatt. Med mindre noen sier "nei, nå må vi ta det". "Anne" AS+*

En av respondentene observerte at bruken av sjekklisten resulterte i at andre rutiner ble skjøvet bort, på grunn av gjentakelser og store likheter ved disse. Slik ”Roar” sa at han ikke så meningen med å bruke to like prosedyrer etter hverandre, har også andre observert at det som ikke oppleves som meningsfullt for personellet, velges bort.

- *Det som er faren og det vi tenkte litt over er at når du innfører en sjekkliste, så får du fokus på det som ligger i sjekklisten og vekk fra andre gode rutiner. Vi ønsket ikke å se bort fra andre rutiner. Men så innfører man noe nytt, og så forsvinner de gode rutiner ut. Det kan være en fare med å bruke sjekklisten. ”Arne” AS+*

Samme respondenten fortalte at formålet med sjekklisten var å få alle til å jobbe likt, ha samme forståelse av situasjonen, og ikke minst forstå hvorfor dette var så viktig for pasientsikkerheten. Det viste seg å være en barriere å forvente at alle skulle innse nytten av innføringen av sjekklisten, selv om data fra flere studier viste til meget gode resultater. Ledelsens rolle beskrives som utrolig viktig for en vellykket implementering av sjekklisten. Sterk og synlig ledelse var i følge respondenten helt nødvendig for at tiltaket hadde mulighet til å ”feste seg” på avdelingen. Den opprinnelige utgaven av listen var det ingen respondenter som brukte etter 1-2 års bruk. Endringene varierte fra utvidelse av enkelte rubrikker til fjerning av alt utenom TIMEOUT delen. Flere respondenter hadde vansker med å huske hvilke endringer som ble innført. Det de kunne fortelle om, var utvidelser som gjaldt inkorporering av informasjon om vannlating i forkant av en operasjon.

7.0. DISKUSJON

I dette kapittelet diskuteres resultatene fra intervjuene i lys av relevant teori og tidligere forskning. Diskusjonen forsøker å besvare problemstillinger som er utformet i kapittel 1. Spørsmålet om hvorvidt de antatte årsaker til feil presenteres i diskusjonsdelen allikevel, da svarene har betydning for drøftingen av sjekklistens nytte for reduksjon av feil på operasjonsavdelingene. Teori knyttet til stress er ikke presentert tidligere i oppgaven, men er på plass da alle respondenter uttalte at stress er hovedårsaken til begåtte feil.

7.1. Hvilke tanker og erfaringer har anesthesi- og operasjonssykepleiere omkring pasientsikkerhet ved deres avdeling?

Både anesthesi- og operasjonssykepleierne som deltok i denne undersøkelsen beskriver pasientsikkerheten ved norske operasjonsavdelinger som meget god. Det ser imidlertid ut til å være noe forskjell i oppfatning blant de to gruppene. To av operasjonssykepleierne sier også at pasientsikkerheten kan bli bedre. Dette relateres til økte krav til effektivitet. Denne forskjellen i oppfatning av pasientsikkerhet blant de ulike profesjonene på en operasjonsavdeling reflekteres også i en kvantitativ studie utført av ved Haukeland Universitetssykehus (Haugen et al. 2010) viser til forskjeller i oppfatning av pasientsikkerhet blant de ulike profesjoner på operasjonsavdelingen. Anestesisykepleiere vurderte den som høyere enn hva operasjonssykepleiere gjorde. Dette svaret kan begrunnes med basis i data fra Norsk Pasientskadeerstatning. Ortopedisk og gastroenterologisk kirurgi toppet pasientklagestatistikken i 2010 med 997 klager på behandling. Av disse fikk 388 medhold fra NPE. Anestesi-relaterte klager utgjorde 49 saker hvorav 13 fikk medhold (NPE 2011). Det er altså færre klager knyttet til anesthesi, enn til visse typer operasjoner. Det kan således se ut som det er en sammenheng mellom profesjonens oppfatning av pasientsikkerhet og omfanget av feil og skader som oppstår.

Dette kan forklares med at anesthesi som fag har vært underlagt omfattende endringer med hensyn til øket pasientsikkerhet. Gaba (2000) viser til at i USA er anesthesi anerkjent som den ledende medisinske spesialitet i spørsmål knyttet til pasientsikkerhet. Innførte løsningsstrategier omfatter ny teknologi, standarder og retningslinjer knyttet til menneskelig feilbarhet. Endringer omfattet tekniske løsninger der det for eksempel ikke er mulig å feilkoble gasslanger i respirator, det er pålagt å bruke bestemt type utstyr som monitorerer

pasientens tilstand under hele oppholdet på operasjonsstuen. Siden 1980-tallet ble er det også blitt innført standard for anestesi i USA, og er raskt blitt adoptert i andre land. Det som var mest avgjørende, ifølge Gaba (2000) var åpenhet omkring ufullkomne pasientsikkerhetssystemer på amerikanske sykehus og at dette problemet kunne utredes og tiltak planlegges for å oppnå bedre resultater. Anestesiutdanningen innebærer et sterkt fokus på kritiske hendelser, forebygging av feil og innebærer bruk av interaktiv pasientsimulator, opplæring i teamarbeid og ukjente lokaliteter (ambulanse, helikopter, ute i terrenget). Forventede anestesikomplikasjoner er også mer avgrenset enn komplikasjoner som kan oppstå ved kirurgi og derfor er det enklere å innføre målrettede tiltak.

Det er imidlertid viktig å påpeke at i denne undersøkelsen vurderer respondentene i begge faggrupper pasientsikkerheten som høy. Dette er et interessant funn i lys av hva vi vet om norske pasienters holdninger til behandling og pasientsikkerhet ved norske sykehus. Hvert år siden 1998 har stiftelsen Commonwealth Fund gjennomført en helsesystemundersøkelse blant et representativt utvalg av den voksne befolkningen i 11 land - Australia, Canada, Frankrike, Tyskland, Nederland, New Zealand, Norge, Sverige, Sveits, Storbritannia og USA. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten var ansvarlig for bearbeiding av data samlet ved 1058 telefonintervjuer, samt analyser og tolkninger av de norske tallene (Skudal et al. 2010 s.41- 44). Områder som vurderes i disse undersøkelsene er blant annet: generelt syn på helsevesenet, omfanget av brukeropplevde medisinske feil, vurdering av sykehusene ved utskriving samt de intervjuedes egenvurderte helsetilstand. Et hovedfunn for Norge er at pasientsikkerheten er dårligere enn gjennomsnittet for alle de ti øvrige landene som er med i undersøkelsen. Omtrent 16 prosent av utvalget i Norge har opplevd én eller flere av disse feilene: å ha fått feil medisin eller dose og feil i medisinsk behandling eller pleie. For de øvrige landene er gjennomsnittet 10 prosent. Også på spørsmål om feilbehandling kom Norge dårligst ut, hvor nesten 11 % oppgir å ha blitt utsatt for feil de siste 2 årene. Dette er nesten dobbelt så stor andel som gjennomsnittet for Europa (Skudal et al. 2010). Det mest interessante er allikevel at svarene tyder på at 82,9% av feilene ble oppdaget etter utskrivelse fra sykehuset. Et slikt resultat kan forklare hvorfor anestesi- og operasjonssykepleiere oppfatter pasientsikkerheten på operasjonsavdelingen som god. Det er flere mulige forklaringer på at svarene fra pasienter og sykepleiere om pasientsikkerhet er så ulike. Operasjonsteammedlemmer mangler ofte informasjon om pasientens rekonvalesens og videre behandling i sykehussystemet. Tiden som pasientene tilbringer på en operasjonsavdeling er vanligvis 1-5 timer avhengig av inngrepets art, mens

rekonvalesensperioden og videre oppfølging fra helsevesenet er en langvarig prosess som operasjonsteamene ofte ikke kjenner til. Det er også grunn til å tro at feil som skjer under kirurgi først blir oppdaget etter noen dager. Dette gjelder spesielt infeksjoner. På det tidspunktet kan det være vanskelig å avgjøre hvorvidt infeksjonen skyldes mangelfull hygiene under inngrepet eller pleie i den postoperative fasen. Pasientene klarer heller ikke å registrere feil på operasjonsavdelingen da de enten er under narkose, sedasjon eller påvirket av medisiner de får før inngrepet. Det er dessuten vanskelig å tolke alle signaler og inntrykk fra et høyteknologisk miljø som på en operasjonsstue. Operasjons- og anestesisykepleiere blir rutinemessig informert om større komplikasjoner ved inngrep de deltok i, men de har sjelden oversikt over hendelser på behandlingsposter eller etter at pasienten blir utskrevet. Dette kan være forklaringen på de store forskjeller i hvordan pasientene og operasjonspersonale oppfatter pasientsikkerheten.

NPE informerer om at antallet meldte skader fra pasienter har blitt nesten 20-doblet siden oppstarten i 1988 og resulterte i 2010 i 4352 mottatte klager. NPE mener allikevel at økningen i antallet klager ikke skyldes nedsatt kvalitet på sykehusbehandling, men heller bedret informasjon om ordningen samt at pasientene er mer bevisste sine rettigheter som følge av dette. NPE vurderer sykehussikkerheten som god og understreker at det ikke er grunn til å tro at sikkerheten er svekket med bakgrunn i det økende antallet klager fra pasientene.

7.2. Hvilke tanker og erfaringer har respondentene om den eksisterende pasientsikkerhetskulturen og hva som eventuelt bør endres for å bedre pasientsikkerheten ved deres avdeling?

De fleste respondentene (9 av 10) fokuserte i sine utsagn på tre typer tiltak som de benytter daglig for å unngå feil på operasjonsavdelingen: identifikasjon av pasient, kontroll av operasjonsfelt og nødvendig kirurgisk utstyr. Det er flere pasientsikkerhetstiltak i bruk som ikke ble nevnt av respondentene, som for eksempel: obligatorisk brannopplæring, utarbeidelse av katastrofeberedskap, retningslinjer for behandling av uidentifiserte pasienter, dobbeltsjekking av blodenheter ved blodtransfusjon, innføring av prosedyrehåndbøker og distribusjon av disse til de ansatte. Årsaken til at respondentene ikke nevnte disse tiltakene kan være at de har vært i bruk lenge og at ingen registrerte innføringen. Derfor ble tiltaket oppfattet som en del av det eksisterende ”systemet”. Systemet for pasientsikkerhet ble nevnt

av enkelte respondenter og ble beskrevet som det mest grunnleggende settet med retningslinjer ved en helseinstitusjon, gjerne med felles trekk for alle helseforetak. Et eksempel på dette kan være Standard for anestesi i Norge som både operasjons- og anestesirespondentene nevnte ved flere anledninger i undersøkelsen. Standarden har vært i bruk siden 1991. Målet var å sikre tilfredsstillende anesthesiologisk praksis i hele landet og å gi klare retningslinjer om blant annet ansvarsfordeling, opplæring, kontroll av medisinsk utstyr og gjennomføring av narkose. Anestesipersonell har klare retningslinjer beskrevet i ”Standard for anestesi i Norge” (ALNSF 2011) men operasjonspersonalet må forholde seg til mange ulike prosedyrer. Operasjonssykepleiere fortalte at noen prosedyrer var veldig generelle og åpnet for ulik tolkning. Dette var årsaken til misforståelser for eksempel ved samarbeid med vikarer som var vant til andre retningslinjer i fylkene der de jobbet fast. Det kunne resultere i feil fortyning av medikamenter, feil leiring av pasienten, usikkerhet omkring bruk av antibiotika eller avtale om videre oppfølging av pasienter i sykehussystemet. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har sommeren 2009 undersøkt hvorvidt sykehusenes fremgangsmåter ved ulike behandlinger var samkjørt (Eiring et al. 2010). En styrke ved undersøkelsen er at alle unntatt ett av de 30 helseforetakene som ble spurt, ga svar. Studien viser til at det parallelt benyttes mer enn 46.000 fagprosedyrer eller beskrivelser av hvordan man går fram ved en bestemt behandling. Studien konkluderte med at 22 av 29 foretak ikke koordinerer sine prosedyrer med andre sykehus. Bare halvparten oppgir at de systematisk kvalitetssikrer sine prosedyrer, mens kun 6 av 29 foretak har felles fagprosedyrer for hele foretaket. Overvåking og måling av ansattes bruk av fagprosedyrer pågår kun ved 32% av institusjonene, mens 71% av institusjonene aldri har målt brukervennligheten av systemet for formidling av faglige prosedyrer (Eiring et al. 2010 s.10-11). Det kan tenkes at mangfoldet og ulik kvalitet på fagprosedyrer kan øke risikoen for feil, spesielt i en sykehusmodell hvor pasientene behandles ved flere institusjoner for en og samme lidelse, og er nødt til å forholde seg til ulike behandlende instanser samtidig. Bruk av vikarer fra andre land og fylker kan også være stor ved enkelte sykehus. En av respondentene sa at av og til kjenner ikke operasjonsteamet kirurgen, og møter vedkommende for første gang på operasjonsstuen. Fordelen med lokale prosedyrer er muligheten for sterk forankring i de tilgjengelige ressurser, er preget av god kompetanse og har antatt høy brukervennlighet. Spørsmålet om etablering av felles medisinsk-teknisk plattform for å dele fagprosedyrer og danne et minimumskrav for kvalitet og utforming av grunnleggende retningslinjer, slik som ved Norges standard for anestesi, kan være aktuelt i fremtiden også for operasjonssykepleiere. En av respondentene uttrykte et klart behov for slike standarder også for sin faggruppe.

På spørsmålet om behovet for strengere sikkerhetsrutiner spriker svarene i denne undersøkelsen. Noen respondenter uttrykker behov for strengere rutiner mens andre uttrykker det motsatte - at ingen rutiner burde være så strenge at de umuliggjør bruk av ”sunn fornuft”. Dette bringer frem spørsmålet om bruk av de såkalte uformelle prosedyrer, det vi si uskrevne retningslinjer for gjennomføring av behandling. Svar fra undersøkelsen tyder på at slike prosedyrer ofte er et resultat av lokal tilpasning, som utbedring av eksisterende retningslinjer, for eksempel ved omformulering av spørsmål om faste, rettet til pasienter. En annen respondent fortalte derimot at det sikreste for pasienten var at medlemmer av et operasjonsteam tenker likt og handler likt. Denne tankegangen støttes av Vincent (2006 s.78-79) hvor han drøfter farer ved at det eksisterer subkulturer i høyrisikosystemer som helsesektoren, militæret, brannvesenet eller i luftfarten. Subkulturer som får mulighet til å eksistere og utvikle seg parallelt med de offisielle retningslinjene er vanskelige å kontrollere og utfallet kan være fatalt (Vincent 2006). Samtidig understreker forfatteren at arbeidet som pågår på operasjonsstuen krever strategisk tenkning, omtrent som ved militære operasjoner da mange faktorer spiller inn, situasjonen er uforutsigbar og den endrer seg kontinuerlig. Dette krever strategisk men også kreativ tenkning, strenge rutiner men mest av alt god kommunikasjon mellom teammedlemmene. Enkelte kroniske sykdommer som for eksempel diabetes kan bli behandlet etter forhåndsbestemte regler. Dette gjelder dessverre ikke ved traumer eller ved latentliggende sykdommer som kan skape komplikasjoner under rutinemessige undersøkelser eller kirurgiske inngrep. Innføring av sjekklisten på norske operasjonsavdelinger ville, i følge de fleste respondenter, skape et godt utgangspunkt for felles rutiner gjeldende for hele landet. Det er allikevel behov for spesielle lokale fagprosedyrer, og innholdet i sjekklisten må revurderes da det ble fortalt at den opprinnelige formen medfører en del dobbeltarbeid, spesielt for anestesisykepleiere. En respondent vurderte å samkjøre anestesisjekk med WHO's sjekkliste for å unngå altfor mange dokumenter. Blant positive utsagn er at listen var oversiktlig og ville kunne bedre ”teamfølelsen” og samarbeidet i teamet. Disse utsagn tyder på at respondentene ønsker en enkel, brukervennlig løsning, uten en økt mengde papirarbeid som vil kreve deres oppmerksomhet.

Med hensyn til forslag til eksisterende rutiner har to respondenter foreslått loggføring av nødvendig elementer av en preoperativ sjekk av utstyr, pasientidentifikasjon og, type inngrep samt hvem som deltar i inngrepet. Dette svaret kom fra en respondent som ikke bruker sjekklisten, og betyr i så fall at bruk av systematiske skriftlige sjekk etterlyses. En respondent

fortalte at registrering og melding om feil er viktig for å unngå at samme feil blir gjentatt. ”Hanne” AS- sa at å melde avvik er en måte å bedre pasientsikkerhet på. De fleste helseinstitusjoner i Norge har systemer for registrering, analyse og forebygging av uheldige hendelser. Hensikten med dette er å opprette et meldingssystem som har kvalitetsforbedring og ikke staffereaksjon som formål. Holdningsendringer i retning av større åpenhet bør slik at de ansatte ikke vegrer seg for å melde avvik og feil. De ansatte som melder avvik bør få en positiv tilbakemelding om meldingen, og ikke sanksjoner fra arbeidsgiveren. Dette nevnes også av flere respondenter. En ikke-staffende kultur er nødvendig for at feil meldes. Samtidig som pasientsikkerheten beskrives som god, uttrykker to respondenter at arbeidet på en operasjonsavdeling er så kompleks at det er umulig å sikre seg 100% mot feil.

7.3. Hva mener respondentene om årsaken til at feil oppstår?

Enkelte av svarene i undersøkelsen tyder på at det sjeldent finnes en enkelt årsak til at feil oppstår. Respondentene forteller om en kombinasjon av flere faktorer som ”stress”, ”tidspres”, ”menneskelig feil”, ”rutiner som ikke følges”, ”dårlig opplæring” eller at ”systemet åpner for at ting kan gjøres ulikt”.

Menneskelig feil og systemfeil er årsaksgrupper av feil som er oppgitt av respondentene. Forskjellen mellom de to synes ikke å være tydelig. ”Arne” forklarer at dersom en person gjør feil og systemet ikke hindrer at feil oppstår, så er det vanskelig å sette en klar grense mellom person eller systemfeil. Samme respondent understreker at det i følge ham er viktig med et ikke-straffende miljø og full åpenhet rundt begåtte feil, da de utgjør en viktig kilde til læring. Menneskelig svikt er unngåelig (Vincent 2005 s.92-93) og må ikke ses isolert, men med systemet som en arena hvor menneskelige feil utspiller seg. Feil på personnivå vil ofte gjelde en bestemt hendelse, mens systemfeil er mer latente og kan resultere i mange feil uten at de oppdages ved en grundig analyse. Eksempler på systemfeil er aksept for at personalet jobber doble vakter flere ganger per uke, dårlig opplæring av ansatte, utstrakt bruk av vikarer uten tilstrekkelig kjennskap til lokale prosedyrer, mangelfullt system for vedlikehold og kontroll av medisinsk utstyr. Menneskelige feil kan unngås ved at kunnskapen om deres årsaker deles med de øvrige medarbeiderne istedenfor en stille registrering av avvik. De fleste feil blir rapportert i følge respondentene. Det er dessverre ikke alltid at dette bidrar til større pasientsikkerhet. Rapportering av feil oppgis som et viktig tiltak for å eliminere repetisjon av feil i fremtiden. ”Hanne” forteller at rapportering av feil også er viktig for at ledelsen gjøres

oppmerksom på faremomenter ved arbeidet på operasjonsavdelingen og at det settes opp målrettede tiltak.

Stress og tidspress er to utsagn som har mye til felles, da mange respondenter uttrykker at dårlig tid skaper stress. Med stress menes kroppens reaksjon på ytre påvirkninger, en naturlig del av hverdagen og en nødvendig reaksjon for å kunne håndtere belastninger og utfordringer som er forbundet med arbeidet (Ursin 1984). Det skilles mellom positivt stress, det vi si en adekvat stressrespons som er nødvendig for å løse daglige utfordringer, og negativt stress, hvilket innebærer at reaksjonen overskrider det som er sunt og nyttig for individet. Dersom denne overdrevne reaksjonen fortsetter over tid, kan den være skadelig for kroppen (ibid). Fire respondenter fortalte at de prøver bevisst å eliminere alle stressende eller distraherende variabler i sitt arbeid. ”Anne” AS+ beskrev seg selv som ”nesten paranoid når det gjelder jobben” og fortalte at hun måtte lukke alle skuffer, fjerne alle unødvendige gjenstander fra arbeidsstasjonen og organisere jobben på sin egen måte for å kunne slappe av og føle at hun har kontroll. Dette fordi at stress skapes også av fysiske omgivelser (Ursin 1984) på enhver operasjonsstue: maskinell støy, varsellamper og alarmer, vibrasjon, stråling, gjentatte bevegelser og høyt arbeidstempo. Det kan se ut som respondenten prøver å begrense stressfaktorer til et minimum ved å skape et oversiktlig miljø for hennes arbeidssituasjon. Opplevelse av kontroll og mestring av arbeidet samt utfordringer, er viktig for å redusere stress (ibid). Noen respondenter fortalte at de har behov for en systematikk der de gjør seg ferdig med én oppgave før de begynner på den neste, og får det vanskelig når de har mange uavsluttede oppgaver på slutten av arbeidsdagen. En respondent fortalte at etter en stressfull vakt på jobben tar det langt tid før hun klarer å sovne, og ofte husker hun plutselig ting som ble glemt og må ringe avdelingen. Dette bekrefter at stress kombinert med høye krav til arbeidsmengde er med på å redusere den ansattes oppmerksomhet, hukommelse men også hans/hennes mulighet til å slappe av.

Svar fra respondentene viser til at arbeidsrelatert stress ikke bare skyldes effektivitetsjag og økning i antall arbeidsoppgaver, men også vissheten om at jobben ikke blir utført på en kvalifisert måte da tidsmarginene ikke tillater rutinemessig innhenting av pasientinformasjon. Redsel for å gjøre feil, i kombinasjon med risiko for å bli holdt ansvarlig for disse, spiller stor rolle for respondentenes oppfatning av årsaker til stress. Undersøkelsen som ble utført av Hustad (2007) handler om arbeidsrelatert stress blant anestesisykepleiere. Økt tidspress, økte krav til pasientproduksjon samt redusert bemanning, ble nevnt av flere respondenter på

samme måte som blant respondentene i denne undersøkelsen (2007 s. 29-31). Dårlig tid og stress forbundet med dette samt et ønske om å etterkomme ulike krav, kan videre resultere i nedsatt oppmerksomhet, lengre reaksjonstid og kanskje større tilbøyelighet til å feile (Peters&Peters 2006 s.71-72), som beskrevet av "Roar" AS- når han feilidentifiserte pasient på en meget stressfull vakt. Respondentene i denne undersøkelsen ble ikke spurt om tidspunktet for når det utrykte "økte kravet til effektivitet" fant sted, men sammenliknet med andre beskrivelser kunne dette dateres noen år tilbake i tid. Dette er den samme konklusjon som i studien til Hustad (2007 s. 28) hvor det vises til ulike omstillingsprosesser og økte krav fra politiske hold som tro i kraft i omkring 2003-2004. Data fra Statistisk Sentralbyrå (SSB 2009) for somatiske institusjoner, viser til at data for dagbehandlinger økte med nesten 16% i årene 2002-2009 (SSB-1 2009A), mens antallet oppholdsdøgn i samme perioden ble redusert med 9.1% (SSB-1 2009). De økende krav til effektivitet kan derfor ses som systemets bidrag til et mer stresset arbeidsmiljø og en potensielt økende risiko for at feil skjer på operasjonsavdelingene.

Flere respondenter fortalte at dårlig opplæring kunne være årsaken til feil. Dette gjaldt både opplæring i bruk av medisinsk-teknisk utstyr og opplæring i lokale retningslinjer for vikarer, deltidsansatte og nyansatte. En operasjonssykepleier, "Åse" OS+ fortalte at hun som heltidsansatt følte at hun hadde god oversikt over en konstant strøm av oppdateringer og informasjon til ansatte på avdelingen. Hun fortalte samtidig at de som jobbet deltid eller nattvakter kunne oppleve oppdateringen som mer utfordrende da endringer var innført hyppig og kurser ble organisert på dagtid. Dette kan tyde på ulik kompetansenivå hos medlemmer i et operasjonsteam, som resultat av stillingsbrøk og type turnus.

Opplæring innebærer en målrettet instruksjon eller veiledning utført på en formell og organisert måte (Peters & Peters 2006 s.67). Gjentatt opplæring er i følge forfatterne den beste oppskriften på forsterkning av eksisterende ferdigheter og kunnskaper, spesielt når vanemessig atferd ønskes erstattet med en strukturert måte å jobbe på (ibid). Opplæring gir best resultat når den omfatter alle ansatte, er obligatorisk og gjentas periodisk. Det finnes også en annen form for læring, en mer tilfeldig og uformell variant (Cofer 2000). Utfordringer og problemer i det daglige arbeidslivet kan skape ny forståelse ved at de bearbeides og mestres. Denne bearbeidelsen kan blant annet skje gjennom veiledning, diskusjoner med kolleger, og oppfølging.

I følge Cofer (2000) er det grunn til å tro at 70 prosent av all kunnskap om arbeidsplassen tilegnes på bakgrunn av samspill med de andre på arbeidsplassen. Samtidig er det store

variasjoner i læringsvilkårene mellom ulike operasjonsavdelinger. Uklare retningslinjer og utstrakt bruk av uformelle rutiner kan resultere i både øket stress og risiko for å handle feil. Respondentene ble ikke spurt om opplæringen ble økt eller redusert som følge av høyere krav til effektivitet. De har allikevel uttrykt at det er behov for mer opplæring. Dette gjaldt spesielt i situasjoner med altfor få erfarne i et operasjonsteam med altfor mange vikarer og nyansatte. Dette misforholdet i mengden lokal kunnskap resulterte i at vikarene ofte fikk kort opplæring av fastansatte mens de jobbet. Fastansatte respondenter sa at de følte en forpliktelse til å bidra med opplæring, foreta kontroll og ha ansvar for potensielle problemer som måtte oppstå. Med de nye helselovene som ble iverksatt i år 2001 kom kravet til forsvarlighet og ansvar mer direkte og tydelig fram enn tidligere. I følge Lov om helsepersonell, har sykepleiere plikt til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet, blant annet ved faglig oppdatering (LOV 64). Videre pålegger lovverket helseinstitusjonene å sørge for at helsepersonell gis opplæring, etter- og videreutdanning for å utføre et faglig forsvarlig arbeid (LOV 61). Det finnes ingen definisjon på hvor mye opplæring som skal gis for å oppnå forsvarlighet, og loven åpner for ulik tolkning.

Respondentene forteller også at enkelte personlighetstrekk kan være medvirkende faktor for at det oppstår feil. ”Marie” OP- nevner ”nonchalance”, ”initiativ uten kunnskaper” og manglende fokus på pasienten som uheldige egenskaper på en operasjonsavdeling. ”Marie” forklarte at kjernen ved problemet var en ikke-fungerende kommunikasjon, både med pasient og kollegaer, unnvikende holdning eller det motsatte, en impulsiv handling uten forankring i kunnskaper og erfaring. I boken ”Human Error – Causes and Control” (Peters & Peters 2006) analyseres ulike personlighetstyper og personlige egenskaper som mer eller mindre utsatt for å feile under spesielle omstendigheter. Dette er en omfattende teori og forklares ikke i detalj her. Konklusjonen er allikevel at enkelte personer kan være mer eller mindre egnet til bestemte stillinger (ibid s.50-52). De fleste operasjonsteam består av ulike typer arbeidere, med hensyn til alder, kjønn, temperament, evne til læring og kommunikasjon. Målet er ikke seleksjon av en bestemt type mennesker til å jobbe på en operasjonsavdeling, men å sikre et godt samspill og en god kommunikasjon. Peters & Peters (2006) beskriver hvordan stress, fatigue, samt familieproblemer, kan være med på å forsterke eksisterende problemområder og øke risikoen for å gjøre feil. ”Marie” svarer at hun kjenner sine kollegaer og at det viktige for henne er ”å ha overblikk” og ”å passe på hverandre”. Kollegial støtte og gjensidig hjelp er i følge denne respondenten nøkkelen til å redusere noe av den menneskelige feilbarheten.

7.4. Hvilke tanker har anesthesi- og operasjonssykepleiere på sykehus hvor WHO's sjekklister ikke er innført, om å innføre denne sjekklisten ved deres avdeling?

Respondentene i gruppen som ikke bruker sjekklisten uttrykker en klar interesse for å bruke den på sine arbeidsplasser. Kun en av fem mente at listen ikke har noen plass på norske operasjonsavdelinger, delvis på grunn av at det allerede finnes gode rutiner, delvis på basis av antatt høyt tidsforbruk. Noe skepsis til sjekklstens verdi kom allikevel til uttrykk hos de fire respondentene, spesielt når det gjaldt presentasjonen for hverandre før hvert inngrep. Det var vanskelig å gripe tak i årsaken til denne skepsisen, men basert på svar fra alle respondentene om pågående endringsprosesser, økende fokus på effektivitet og tilsvarende mindre tid til eksisterende sikkerhetsrutiner, kan det antas at respondentene er mindre villig til å påta seg flere arbeidsoppgaver og flere endringer. Hyppige endringer i helsesektoren kommer som en respons på multiple krav om innsparing og reorganisering, og kan utløse sterke emosjonelle reaksjoner hos de ansatte. Hvordan de ansatte reagerer på endringer, avhenger i stor grad av deres tidligere erfaringer og kan varierer fra glede og trygghet, til sinne og oppgitthet (Lines 2005). Samspillet mellom emosjoner, kognisjon og tidligere erfaringer innvirker på kategorisering og dannelse av holdninger til endringsprosessen. Når disse holdningene først er dannet, er de ekstremt vanskelig å endre. Norsk helsevesen har vært utsatt for store strukturelle endringer og det kan tenkes at respondentene uttrykker sin skepsis til nye endringer som de må tilpasse seg. Dersom tidligere endringer ble oppfattet som ubehagelige og ved gjentatte anledninger forbindes med følelse av tap (tap av arbeidsplass, inntekt og kontroll, arbeidsfelleskap, kompetanse) eller ubehag, kan dette på sikt resultere i assosiativ læring og unngåelsesatferd (Mikkelsen 2004). Unngåelsesatferd er ifølge Mikkelsen kjent for å være utholdende og varig og gir som resultat et manglende engasjement og mangel på involvering. Denne formen for assosiativ læring skjer ubevisst og har sin funksjon for å kunne skåne individet mot reelle farer, men i arbeidslivet kan det resultere i generell angst og motstand mot selv små endringer, som for eksempel innføring av et nytt tiltak. Det kan tenkes at mange av respondentene på grunn av sin lange klinisk praksis har opplevd at uansett organisasjonsstruktur eller tiltak de selv har forslått ved tidligere endringer, har det resultert i skuffelser i arbeidssituasjonen: flytting, oppsigelser, ensformige arbeidsoppgaver eller tap av kollegaer. Dette kan på sikt resultere i mistenksomhet og passivitet i liknende situasjoner (Mikkelsen 2004). Respondentene i undersøkelsen har uttrykt at de selv var for innføringen av listen, men at det var tydelige signaler og usagn om at dette kunne by på problemer ved innføring ved deres respektive avdelinger.

For øvrig fortalte to respondenter at de var skeptiske til innføring av nye regler og rutiner når de eksisterende ikke ble viet mye oppmerksomhet fra ledelsens side. I følge denne respondenten var det viktig å ha fokus på at eksisterende rutiner følges, læres og bli forstått ordentlig før eventuelle nye innføres. En annen respondent sa at innføringen av sjekklisten ville være ensbetydende med formalisering av teamansvaret. En respondent uttrykker at blant hennes arbeidskollegaer som kjenner til sjekklistens innhold er det blandede meninger om det forventede effekten. ”Marie” OS- sa at listen var en fin huskeliste som systematiserte en del gjøremål på avdelingen, men samtidig understreket hun at sjekklisten ikke må være altfor rigid. I følge denne respondenten er det bruk av faglig skjønn som var avgjørende for at pasientens sikkerhet ble ivaretatt på best mulig måte.

7.5. Hvilke tanker og erfaringer har respondentene på sykehus hvor WHO's sjekkliste er innført, og om bruken av denne listen?

Respondentene i denne gruppen sier at de er godt fornøyd med at sjekklisten ble innført på deres arbeidsplass. Fire av dem forteller allikevel om noe motvilje ved enkelte avdelinger og at det var vanskelig å få ansatte til å forstå hvorfor det er viktig å tenke likt. Respondentene i denne gruppen var godt kjent med sjekklistens positive effekter på pasientsikkerhet, men kjente ikke til hvorvidt resultatene ved deres egne avdelinger var like gode som ved testen av sjekklistens effekter av WHO i 2007. ”Elisabeth” OP+ nevnte at sikkerhetsansvarlig ved hennes avdeling fortalte om gode resultater ved innføringen sjekklisten. Hun kjente ikke til tall eller detaljer som støttet dette utsagnet. For å kunne vurdere effekten av pasientsikkerhetstiltak er det nødvendig å ha baseline-data for forekomst av pasientskader før innføring av tiltaket. Norge har per dagens dato ingen slike data, men Hjort (2007 s.11) beregner at kostnader forbundet med feil på norske sykehus utgjør ca 2 mrd. kroner per år. Dersom bruk av sjekklisten reduserer forekomsten av feil, kunne dette også gi utslag i reduksjon av kostnader, men siden data på begge områder mangler, kan det være vanskelig å evaluere tiltaket. Det finnes heller ingen data om effekten av eksisterende pasientsikkerhetstiltak. Det kan tenkes at de har ulik effekt på ulike sykehus, ettersom respondentene har bekreftet at rutiner varierer fra ett sykehus til et annet, både i utforming og gjennomføring.

Respondentene fortalte at innføringen av sjekklisten tok omtrent 4 uker, det vil si like lenge som på de 8 sykehusene som deltok i testing av sjekklisten i 2008 (Haynes et al. 2009). Implementeringsprosessen innebar en serie informasjonsmøter, samt visning av en film om korrekt innføring av sjekklisten. Deretter fulgte justering og tilpasning av sjekklistens innhold til de ulike avdelingens behov. Det ble ikke nevnt noen vesentlige problemer som oppsto i innføringsfasen. Samtidig fortalte alle respondentene i denne gruppen at sjekklistens innføring vekket litt misnøye blant enkelte ansatte. Årsaken til dette kan være vegring mot flere endringer fremfor reell motstand mot bruk av selve sjekklisten. To av respondentene sa at ledelsens rolle i innføringsprosessen var avgjørende for rask og vellykket implementering av listen.

Det er usikkert om de gode resultatene av sjekklisten varer lenger enn 6 måneder etter avsluttet prosjekt. Forfatterne av studien om sjekklistens effekter (Haynes et al. 2009) antyder at effekten av studien kan være et resultat av den såkalte Hawthorne-effekten.

Hawthorne-effekten er en form for reaksjon der individer forbedrer eller justerer aspekter av sin atferd når den blir utsatt for observasjon og eksperimentell måling (Landsberger 1958). Årsaken til dette er usikker. Deltagernes prestasjoner endres på grunn av forventninger, gitt oppmerksomhet og egen, kanskje misforstått, oppfatning av studiens mål. Begrepet ble skapt av Henry A. Landsberger (1958) etter analyse av eldre eksperimenter foretatt 1924-1932 ved fabrikken Hawthorne Works i nærheten av Chicago, USA. Fabrikken bestilte undersøkelser av tiltak som skulle øke arbeidernes produktivitet. Arbeidernes produktivitet syntes å øke når endringer ble gjort og sank da studien ble avsluttet. Responsen var uavhengig av type endringer som ble innført. Det ble antatt at økningen i produktivitet skyldes den motiverende effekten av observasjon og interessen som ble vist arbeiderne. Dermed brukes begrepet til å identifisere alle typer kortvarige økning i produktiviteten. Utsagn fra en av respondentene illustrerer dette. Nye tiltak som ble innført på avdelingen ble diskutert og fulgt opp en stund, for deretter å forsvinne, uten at de gamle retningslinjer ble viet noe oppmerksomhet. Det er fortsatt usikkert om de gode effektene av sjekklistens bruk vedvarer ved de 8 sykehus som ble valgt til å teste den i 2007. Det kan altså tenkes at de ansatte ved de sykehus som ble valgt av en anerkjent organisasjon som WHO til å delta i en test, ville mer eller mindre bevisst endre sin adferd under testen.

Respondentene i gruppen som bruker listen, har fortalt at sjekklisten ble endret etter noen ukers bruk for å passe bedre til avdelingens behov. Det ser ut til at en del av listen ikke

gjennomføres etter anbefalingene, uten at denne delen ble fjernet fra selve listen. Det gjelder dette at man skal presentere seg for hverandre før hvert inngrep. En respondent understreker det som gjøres daglig må fremstå som meningsfylt, ellers blir det ”droppet”. Et gjøremål kan forstås som meningsfylt når det samtidig oppfattes som viktig, hensiktsmessig og betydningsfullt (Ind 2010 s. 24). Alle respondentene har uttrykt at de opplever direkte pasientarbeid som svært meningsfylt, og at arbeidet på operasjonsavdelingen er spennende med det ansvaret som følger med, og de valg de er nødt å ta når de prioriterer arbeidsoppgaver. Det ser ut som om den første delen av sjekklisten, der teammedlemmer oppfordres til å presentere seg selv med navn og funksjon i forkant av hvert inngrep, ikke gir noen direkte mening for respondentene. Dette gjelder for ni av ti respondenter. De forteller at denne delen av sjekklisten kun gjennomføres når det er ukjente tilstede, eller ved oppstart av dagen dersom samme team skulle jobbe resten av dagen, eller ikke i det hele tatt. Enkelte respondenter fortalte om noen ukers innføring av sjekklisten der de kunne diskutere mål, innhold og se film av hvordan denne prosessen burde gjennomføres. Det kan se ut som deltakerne i løpet av denne prosessen ikke ble informert om meningen med å presentere seg for hverandre, eller at de opplevde dette som unødvendig i sitt arbeid.

8. KONKLUSJON

Spesialsykepleiere som ble intervjuet i denne undersøkelsen oppfatter pasientsikkerheten på operasjonsavdelingen som meget god. Blant operasjonspersonalet var det imidlertid flere som mente at sikkerheten kunne vært bedre, noe som ikke var tilfellet blant anestesipersonalet.

Ulikheten mellom de to profesjonsgruppene kan relateres til ulikheter i krav til sikkerhetsrutiner mellom de to gruppene.

Stress og tidspress oppgis som hovedårsaken til at feil skjer på operasjonsavdelinger. Data fra SSB (SSB-1) bekrefter økning i antall behandlinger og stadig kortere opphold på sykehusene, som altså betyr at det stadig behandles flere pasienter på kortere tid. Store endringer i sykehusstrukturen samtidig med innsparinger, kan altså innebære et økt stressnivå blant ansatte på operasjonsavdelingene, med en økt tendens til feil som resultat. I videre undersøkelser kunne det være nyttig å undersøke data for antall pasientbehandlinger fra andre land for å undersøke effektiviteten og antall meldte skader, både fra sykehusene og fra pasientene selv. Det er interessant å se hvorvidt norske operasjonsavdelinger behandler flere pasienter enn operasjonsavdelinger i andre land, med samme tilgjengelige økonomiske og tekniske ressurser.

Respondentene vurderer sjekklisten som et nyttig tiltak, både i gruppen som allerede bruker listen og i gruppen som ikke gjør det. Samtidig som de beskriver sjekklisten som nyttig og viktig, uttrykker de fleste en usikkerhet rundt forbruket av tid ved enda en oppgave i tillegg til andre krav om effektivitet. Tolkningen er slik at de fleste respondentene er positive til bruk av sjekklisten, forutsatt en god informasjon om formålet. Tiltaket bør helst oppleves som meningsfylt dersom den skal bli en fast del av avdelingens rutiner. Ved en stadig økning i antall pasienter og kortere behandlingstid, er det viktig å tenke på effektivitet parallelt med sikkerhetstiltak som er tilpasset arbeidstempo og pasientpågang.

REFERANSER

Aase, K. (2010). *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsevesenet*. Oslo, Universitetsforlaget, 316 s.

ALNSF (2011). *Standard for anestesi i Norge*. Oslo, Anestesisykepleiernes Landsforening av Norsk Sykepleierforbund. Lastet ned 06.03.2011
http://www.alnsf.no/images/Alnsf/Standard_for_anestesi_20101.pdf (lokalisert 27.03.2011)

Birkmeyer, J. D. & Birkmeyer, N. J. (2010). *Strategies for Improving Surgical Quality Checklists and Beyond*. The New England Journal of Medicine, 2010; 363:1963-1965
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe1009542> (lokalisert 24.04.2011)

Cofer, D.A. (2000). *Informal Learning in the Workplace: A Brief Review of Practice and Application*. The Ohio State University, Workforce Development and Education Section

Donchin, Y., Gopher, D., Badihi, Y., Blesky, M., Sprung, C.L., Pizov, R., Cotev, S. (2003). *A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit*. BMJ Quality & Safety Care, 2003;12:143-147
<http://qualitysafety.bmj.com/content/12/2/143.full> (lokalisert 23.04.2011)

Eiring, Ø., Pedersen Stolt, M., Borgen, K., Jamtvedt, G. (2010). *Prosedyrearbeid – meningsløs mangfold?* Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Flin, R., O'Connor, P., Crichton, M. (2008). *Safety at the Sharp End: A Guide to Non-Technical Skills*, Bodmin, Cornwall. Ashgate Publishing Company

Gaba, D. M. (2000). Anaesthesiology as a model for patient safety in health care. British Medical Journal 2000, 320, s.785-788

Gisvold, S. E. (2010). *Hvordan utvikle en god kultur for sikkerhet og kvalitet ved en avdeling? Økt fokus på ikke-tekniske ferdigheter*. NAForum, Tidsskrift for Norsk anesthesiologisk forening. DNLF, 23.1.2010.

Hallberg, L. R.M. (2002). *Qualitative methods in public health research theoretical*

foundations and practical examples. Lund, Studentlitteratur.

Haugen, A., Softeland, E., Eide, G.E., Nortvedt, M. W., Aase, K., Hartug, S. (2010) *Patient safety in surgical environments: Cross-countries comparison of psychometric properties and results of the Norwegian version of the Hospital Survey on Patient Safety.* BMC Health Services Research. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/279> (lokalisert 09.01.2011)

Haynes, A.B, Weiser, T.G., Berry, W.R., Lipsitz, S.R., Breizat, A., Patchen Dellinger, E., Herbosa, T., Sudhir J., Kibatala, P.L., Lapitan, M.C., Merry, A.F., Moorthy, K., Reznick, R.K., Taylor, B., Gawande, A. for the Safe Surgery Saves Lives Study Group (2009) *A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population.* The New England Journal of Medicine 2009; 360(5):491-499.

Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.R., Lipsitz, S.R., Breizat, A., Patchen Dellinger, E., Herbosa, T., Sudhir J., Kibatala, P.L., Lapitan, M.C., Merry, A.F., Moorthy, K., Reznick, R.K., Taylor, B., Gawande, A., for the Safe Surgery Saves Lives Study Group (2011) *Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implemenation of a checklist-based surgical safety intervention,* British Journal of Medicine Qual Saf 2011,20:102-107

Helsedirektoratet (2010) Norsk pasientregister, Aktivitetsdata for somatiske sykehus i 2. Tertiær 2010
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00313/Aktivitetsdata_soma_313019a.pdf (lokalisert 08.04.2011)

Hjort, P. (2007). *Uheldige hendelser i helstjenesten – en tanke-, lære- og faktabok.* Oslo, Gyldendal Norsk Forlag. 192 s.

Holme, I., Solvang, B. (1998). *Metodevalg og metodebruk.* Oslo, Tano.

Hrobjartsson, A., Gøtzche P. C. (2001). Is the Placebo Powerless? – An Analysis of Clinical Trials Comparing Placebo with no Treatment, New England Journal of Medicine 2001, 344, s.1594-1602

Hustad, J. (2007). *Hva opplever anestesisykepleiere som stressfylt i sitt arbeid, og hvordan påvirker dette dem?* Nordiska högskolan for folkhälsovetenskap, MPH2007:15, 66 s.

Håheim, L., Myhrstad M., Joner, G., Kristoffersen, D. T. (2008). *Beregning av volum av et utvalg av kirurgiske prosedyrer i spesialisthelsetjenesten for nettstedet Fritt*

sykehusvalg Norge. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten på oppdrag fra Helsedirektoratet. 14 s.

Ind, N., (2010). *Meaning at Work*. Latvia, Cappelen Damm AS, s.201

Kohn, L.T. (2000). *To Err is Human. Building a Safer Health System*. Comitee on Quality of Healthcare in America, Institute of Medicine, Washington D.C., National Academies Press. 312 s.

Kvale, S. & Brinkmann S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag. 344 s.

Landsberger, H. A. (1958). *Hawthorne revisited, Management and the Worker: its critics, and development in human relations in industry*. New York – Cornell University, Ithaca s.119

Langley, G.C, Nolan, K.M, Clifford, L., Loyd P., Nolan T.W. (1996). *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. San Francisco CA, Jossey-Bass Business and Mangement Series.

Lauvrak. V., Jeppesen. E., Krogstad, U. (2010). *WHO sjekkliste for trygg kirurgi*. Metodevarsel nr 1 - 2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Lines, R. (2005). *The structure and function of attitudes toward organizational change*. Human Resource Development Review, 4: 8-32
<http://hrd.sagepub.com/content/4/1/8.full.pdf+html> (lokalisert 20.04.2011)

LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell (Helsepersonelleoven)

LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven)

Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo, Universitetsforlaget. 240 s.

Mikkelsen, A. (2004). *Press og stress på ansatte i omstillingsfaser*. MAGMA, Econas tidsskrift for økonomi og ledelse, 4/2004, <http://www.econa.no/press-og-stress-paa-ansatte-i-omstillingsfaser>

Norsk Pasientskadeerstatning. (2009). *Erstatning for pasientskader i helsevesenet*. [http://www.npe.no/domino/npe/bildearkiv.nsf/lupgraphics/aarsmelding_NPE_web.pdf/\\$file/aarsmelding_NPE_web.pdf](http://www.npe.no/domino/npe/bildearkiv.nsf/lupgraphics/aarsmelding_NPE_web.pdf/$file/aarsmelding_NPE_web.pdf) (lokalisert 19.04.2011)

Olsen, E. (2007). *Ansattes oppfatning av sykehusets sikkerhetskultur*. Tidsskrift for Norske Lægeforening, 2007.20(127): p.2656-60 http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1599444 (lokalisert 01.03.2011)

Peters G.A., Peters B.J. (2006). *Human Error- Causes and Controll*. Boca Raton FL, CRC Press. 214 s.

Peters G.A., Peters B.J. (2008). *Medical Error and Patient Safety*. Human Errors in Medicine. Boca Raton FL, CRC Press. 232 s.

Repstad, P. (2007) *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo, Universitetsforlaget. 168 s.

Skudal, K.E., Bjertnes, Ø. A., Holmboe, O., Bukholm, G., Røttingen, J. A. (2010). *Commonwealth Fund – undersøkelsen 2010. Resultater fra en komparativ befolkningsundersøkelse i 11 land*. Rapport fra Kunnskapsenteret nr 21-2010, Oslo. Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenesten.

Soop, M., Fryksmark, U., Køster, M., Haglund, B. (2008). *Vårdskador på sjukhus ar vanliga*. Lakartidningen nr 23, volym 105, s.1748-1752 http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/9/9634/LKT0823s1748_1752.pdf (lokalisert 20.04.2011)

Syse, A., Førde, R., Førde, O.H. (2000). *Medisinske feil*. Oslo, Gyldendal Akademisk ANS. 208 s.

Statistisk sentralbyrå, SSB-1 (2009) *Spesialisthelsetjenesten. Aktivitet og døgnplasser, etter tjenesteområde. Helseregion og helseforetak* http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?Productid=03.02&PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/MenuSELP.asp&SubjectCode=03 (lokalisert 01.03.2011)

Statistisk sentralbyrå, SSB (2010). *Statistisk årbok 2010*
<http://www.ssb.no/aarbok/tab/tab-136.html> (lokalisert 20.04.2011)

Tinnå, M., Flesland, Ø. (2010). *Trygg kirurgi – sjekkliste. Hva er sjekkliste for trygg kirurgi? Hvordan ta den i bruk og hvorfor?*
<http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Pasientsikkerhet/trygg+kirurgi> (lokalisert 03.01.2011)

Ursin, H. (1984). *Stress*. Oslo, Tanum. Norli. 129 s.

Vincent, C. (2006). *Patient safety*. Churchill Livingstone, Elsevier Ltd. s.254

de Vries, E., Prins, H.A., Rogier, M., Crolla, M., den Outer, A., van Andel, G., van Helden, S., Schlack, W.S., van Putten, A., Gouma, D.J., Dijkgraaf, M.G.W., Smorenburg, S.M., Boermeester, M.A. (2010) *Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes*. The New England Journal of Medicine, 2010, 363:1928-1937
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0911535#t=articleResults> (lokalisert 20.04.2011)

Warburton R. (2005) *Patient Safety – how much is enough?* Health Policy, vol.71, s.223-232
[http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(04\)00195-2/fulltext](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(04)00195-2/fulltext) (lokalisert 10.02.1011)

Weiser, TG., Regenebogen, S.E., Thompson, K.D., Haynes, A.B., Lipsitz, S.R., Berry, W.R., Gawande A.A. (2008) *An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data*. Lancet 2008; 372: 13

World Health Organisation WHO (2009). *More than words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. Version 1.1*

World Health Organisation WHO (2010), *Ten facts on Safe Surgery*
http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf (lokalisert 12.12.2010)

World Health Organisation WHO (2011). *New scientific evidence supports WHO findings: a surgical safety checklist could save hundreds of thousands of lives*.
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist_saves_lives/en/index.html (lokalisert 11.11.2010)

VEDLEGG 1

Intervjuguide

I forbindelse med dette intervjuet ønsker jeg å få svar på din oppfatning av hvilken betydning avdelingens rutiner har for pasientsikkerhet på en operasjonsavdeling.

DEL A – felles for alle respondenter

- Hva legger du i begrepet ”pasientsikkerhet”? (evt hjelpespørsmål: rutinesvikt, utstyrfeil, menneskelig feil, manglende utstyr, manglende personell, annet?)
- Finnes det uformelle rutiner? Hvis ja, kan du nevne noen?
- Når bruker du uformelle rutiner?
- Kan du gi eksempler på tiltak som brukes daglig for å unngå feil eller uønskede hendelser på din avdeling?
- Hva synes du generelt er den hyppigste årsaken til feil, eller uønskede hendelser på operasjonsavdelinger?
- Hvis du skulle komme med forslag til forbedring av rutiner, hva ville du foreslå?

DEL B – for respondenter uten erfaring med WHO sjekklister for sikker kirurgi.

- Vennligst se på vedlagte sjekklister for trygg kirurgi utarbeidet av WHO.
- Hva er din umiddelbare inntrykk av den?
- Hva synes du om innføring av et slikt tiltak på din avdeling? Ville det være tidskrevende, vanskelig eller verdt forsøket?
- Har du forslag til eventuelle endringer som kunne gjøre sjekklister optimalt tilpasset arbeidet på norske operasjonsavdelinger?

DEL C – for respondenter som bruker listen.

- Hva synes du om dette tiltaket?
- Hva var mest vanskelig med innføringsprosessen? Hvor lang tid tok opplæringen?
- Hva er etter din mening de mest negative og positive aspekter ved bruk av denne listen på din avdeling?
- Har du forslag til evt. endringer som ville gjøre listen mer brukervennlig?

VEDLEGG 2

Informasjon til prosjektdeltakere og samtykkeerklæring

Du forespørres herved om å delta i et forskningsprosjekt i forbindelse med min masteroppgave. Jeg er student ved Universitetet for miljø og biovitenskap (UMB). Her tar jeg en mastergrad i folkehelsevitenskap. Jeg er også anestesisykepleier ved Volvat Medisinske Senter i Oslo.

Jeg er interessert i å høre fra anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere legger i ordet “pasientsikkerhet”, hvilke formelle og uformelle rutiner bruker de og hva de mener om en ny sjekkliste utarbeidet av WHO.

Formålet med denne studien er å undersøke hvilke sikkerhetstiltak som brukes ved ulike klinikker samt hvilke synspunkter informantene har om alternative tiltak. Vedlagt følger informasjon om WHOs sjekkliste for kirurgiske inngrep.

Jeg ønsker å intervjuer til sammen 12 anestesi – og operasjonssykepleiere ved 6 ulike sykehus i Norge. Intervjuet vil ta ca 1 time.

Jeg håper du vil delta i denne undersøkelsen.

Deltagelsen er frivillig og du vil kunne trekke deg fra prosjektet når du måtte ønske. Alle innsamlede data vil bli slettet etter at prosjektet er avsluttet. Data vil også bli slettet dersom du velger å trekke deg underveis i prosessen. Jeg er underlagt taushetsplikt og alle opplysninger vil bli behandlet strengt konfidensielt.

For å delta må du signere vedlagt samtykkeerklæring.

Resultatene vil bli presentert og publisert i en masteroppgave ved Universitetet for miljø og biovitenskap (UMB).

Dersom du har spørsmål så ta kontakt med meg på overnevnte adresse, eller med min hovedveileder:

Med vennlig hilsen

Masterstudent, UMB, Renata Norton tlf 450 20 697, email renatat@gmail.no

Veileder, Post. Doc. UMB, Ruth Kjærsti Raanaas 64 96 56 55/ 41 23 63 14

Samtykkeerklæring

Jeg har lest informasjon om prosjektet.

Jeg samtykker i å delta i prosjektet ved å svare på spørsmål i et intervju.

Jeg er klar over at deltakelsen er frivillig og at jeg kan trekke meg underveis i prosessen.

Dato:

Navn:

VEDLEGG 3

Forespørsel til ledere ved sykehus/operasjonsavdelinger

Renata Norton,
Daas gate 7a,
0259 Oslo

Oslo. (dato)

Oversykepleier/ Avdelingssjef.....ved operasjonsavdelingensykehus.

Forespørsel om å få gjennomføre en intervjuundersøkelse blant operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere ved operasjonsavdelingen.

Jeg er anestesisykepleier og arbeider ved Volvat medisinske Senter i Oslo. Siden høsten 2007 har jeg vært Mastergradstudent ved Universitetet for miljø og biovitenskap Ås.

Jeg er interessert i å intervju 2-4 respondenter og høre fra hva anesthesi- og operasjonssykepleiere legger i begrepet “pasientsikkerhet”, og hvordan dette kommer til uttrykk på en operasjonsavdeling. Jeg vil også spørre om deres synspunkter rundt en sjekklister for sikker kirurgi utarbeidet av WHO.

Intervjuene planlegges gjennomført i løpet november-desember 2010 frem til februar 2011. Hvert intervju kommer til å vare ca. en halv time. Jeg ber samtidig om tillatelse til at dette kan skje i arbeidstiden. Tidspunktet kan avtales til den tid som er mest praktisk for avdelingen. Jeg har taushetsplikt, og opplysninger som kommer frem vil bli anonymisert. Intervjuet er frivillig, og intervjupersonene kan trekke seg når de måtte ønske det, uten begrunnelse. Når intervjupersonen eventuelt takker ja, kommer jeg til å sende ut informasjonsskriv og samtykkeerklæring.

Med vennlig hilsen

Renata Norton

VEDLEGG 4

Surgical Safety Checklist



World Health
Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Before induction of anaesthesia

(with at least nurse and anaesthetist)

Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?

- Yes

Is the site marked?

- Yes
 Not applicable

Is the anaesthesia machine and medication check complete?

- Yes

Is the pulse oximeter on the patient and functioning?

- Yes

Does the patient have a:

Known allergy?

- No
 Yes

Difficult airway or aspiration risk?

- No
 Yes, and equipment/assistance available

Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?

- No
 Yes, and two IVs/central access and fluids planned

Before skin incision

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Confirm all team members have introduced themselves by name and role.

Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.

Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?

- Yes
 Not applicable

Anticipated Critical Events

To Surgeon:

- What are the critical or non-routine steps?
 How long will the case take?
 What is the anticipated blood loss?

To Anaesthetist:

- Are there any patient-specific concerns?

To Nursing Team:

- Has sterility (including indicator results) been confirmed?
 Are there equipment issues or any concerns?

Is essential imaging displayed?

- Yes
 Not applicable

Before patient leaves operating room

(with nurse, anaesthetist and surgeon)

Nurse Verbally Confirms:

- The name of the procedure
 Completion of instrument, sponge and needle counts
 Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)
 Whether there are any equipment problems to be addressed

To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:

- What are the key concerns for recovery and management of this patient?

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1 / 2009

© WHO, 2009

VEDLEGG 5

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

Sjekkliste for trygg kirurgi

Versjon 2.1/ 18 01 2010

VEDLEGG 6

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Ruth Kjærsti Raanaas
Institutt for plante- og miljøvitenskap
Universitetet for miljø og biovitenskap
Postboks 5003
1432 ÅS

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 05.08.2010

Vår ref: 24449 / 2 / MAB

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.05.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|----------------------|--|
| 24449 | <i>Pasientsikkerhet på anestesivdelingen. Kan WHO "Surgical Safety Checklist" bidra til øket pasientsikkerhet på norske anestesivdelinger?</i> |
| Behandlingsansvarlig | Universitetet for miljø- og biovitenskap, ved institusjonens øverste leder |
| Daglig ansvarlig | Ruth Kjærsti Raanaas |
| Student | Renata Norton |

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

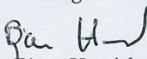
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 12.11.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Marte Bertelsen

Kontaktperson: Marte Bertelsen tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Renata Norton, Daas gate 7a, 0259 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TROMSØ: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

VEDLEGG 7



UNIVERSITETET I OSLO DET MEDISINSKE FAKULTET

Anestesisykepleier Renata Norton
Volvat Medisinske Senter Oslo
0370 Oslo

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk sør-øst D (REK sør-øst D)
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 85 05 93

Dato: 14.02.11
Deres ref.:
Vår ref.: 2010/3205-1

E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Nettadresse: <http://helseforskning.etikkom.no>

2010/3205-1 "Pasientsikkerhet på norske operasjonsavdelinger"

Vi viser til søknad av 14.12.10 for det ovenfor nevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet i komiteens møte 20.01.11.

Prosjektleder er Renata Norton

Forskningsansvarlig er Universitetet for miljø- og biovitenskap ved øverste administrative ledelse.

Prosjekttema:

Formålet med prosjektet er å bedre kunnskapen om pasientsikkerhetskulturen blant operasjons- og anestesisykepleiere. Man skal også underøke om det er behov for nye sikkerhetsrutiner og om forslaget for en slik rutine utarbeidet av WHO anses som et nyttig arbeidsverktøy blant disse spesialsykepleierne. 6-8 yrkesaktive spesialsykepleiere, fire innen anestesi og fire innen operasjonssykepleie, skal rekrutteres og data skal innhentes ved intervju.

Vedtak:

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk eller helsefaglig forskningsprosjekt og faller derfor utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningsloven § 2. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig, jf. helseforskningsloven § 10.

Komiteen vurderer slik at det ikke er prosjektets formål å fremskaffe kunnskap om helse og sykdom. Det er pasientsikkerhetskulturen blant ansatte i helsevesenet som skal undersøkes. Dermed er det ansatte som er i fokus i prosjektet. Prosjektets formål er avgjørende for å definere hvorvidt det faller innenfor rammene av helseforskningslovens virkeområde, hvilket det med dette fokuset ikke vurderes å gjøre.