

Anestesisykepleieres erfaringer med samarbeid og arbeidsdeling ved sjekklister for trygg kirurgi

Isabelle Lorentzen

Høgskolen i Molde, Norge

E-post: isabelle.l.lorentzen@himolde.no

Hildegunn Sundal

Høgskolen i Molde, Norge

Sammendrag

Bakgrunn: Anestesisykepleiere jobber i operasjonsteam med å ivareta operasjonspasienten ved kirurgiske inngrep. For å ivareta pasientsikkerheten ved kirurgiske inngrep benyttes sjekklister for trygg kirurgi. Verktøyet er tenkt benyttet ved alle kirurgiske inngrep, men studier viser at den ikke alltid benyttes som anbefalt.

Hensikt: Studiens hensikt var å få kunnskap om anestesisykepleieres erfaringer med samarbeid og arbeidsdeling i operasjonsteamet ved bruk av sjekklister for trygg kirurgi.

Metode: Det ble benyttet individuelle dybdeintervju av seks anestesisykepleiere. Analyse av datamaterialet ble utført ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Resultat: Tre tema og syv undertema ble identifisert: 1) Ansvarsdeling i operasjonsteamet: ivareta sjekklstens tre deler og uklare rutiner for utførelse. 2) Kommunikasjonens betydning: tørre å ta plass, situasjoner som utfordret, og å se hverandre. 3) Å skape uoppmerksomhet: samtidighetskonflikt og mangelfull utførelse, og barrierer for å gjennomføre.

Konklusjon: Anestesisykepleierne erfarte samarbeid og arbeidsdeling med sjekklsten for trygg kirurgi som et felles ansvar. Ansvarsdeling og kommunikasjonens betydning ved gjennomføringen av sjekklsten var sentralt for å ivareta pasientens sikkerhet. Anestesisykepleierne erfarte at uoppmerksomhet skapes av situasjoner rundt pasienten, og at sjekklsten settes helt eller delvis til side. Graden av øyeblikkelig hjelp til pasienten bidrar til uklare rutiner for utførelse av sjekklsten.

Nøkkelord: anestesisykepleier; erfaring; sjekklister for trygg kirurgi; intervju

Abstract

Nurse anesthetists' experience with the Safe surgery Checklist

Background: Nurse anesthetists work as part of a surgical team, providing care for patients during surgical interventions. A surgical safety checklist is used for all surgical interventions to ensure patient safety during these procedures. However, studies suggest that the checklist is not always implemented as recommended.

Aim: The purpose of this study is to acquire knowledge about nurse anesthetists' experiences of collaboration and task allocation when using the surgical safety checklist.

Method: Individual in-depth interviews were conducted with six nurse anesthetists. The obtained data was analyzed using systematic text condensation.

Result: The study identified three themes and seven subthemes: 1) Distribution of responsibilities in the surgical team: addressing all three parts of the checklist, and unclear procedures for execution. 2) The significance of communication: daring to speak up, challenging situations, and seeing each other. 3) Creating distractions: conflicts of simultaneity and inadequate execution, and barriers to implementation.

Conclusion: The nurse anesthetists experienced collaboration and task allocation following the surgical safety checklist as a collective responsibility. Distribution of responsibilities and the significance of communication during checklist implementation were crucial for ensuring patient safety. The nurse anesthetists experienced, that situations concerning the patient contributed to distractions, leading to the checklist being partially or entirely disregarded. The degree of urgency in attending to the patient contributed to unclear procedures for completing the checklist.

Keywords: *nurse anesthetist; experience; surgical safety checklist; interview*

Introduksjon

For å sikre pasienten trygg kirurgi og anestesi kreves det god kommunikasjon og godt samarbeid i operasjonsteamet. Operasjonsteamet består av ulike profesjoner som samarbeider om pasienten. For å oppfylle kravet om trygg kirurgi og anestesi utviklet Verdens helseorganisasjon (WHO) i 2008 en 19-punkts sjekkliste for trygg kirurgi. Å benytte sjekklisten er begrunnet i å redusere mortalitet og komplikasjoner under narkose og kirurgiske inngrep (1). Sjekklisten, *surgical safety checklist*, er oversatt til sjekkliste for trygg kirurgi, videre omtalt som sjekkliste. Innføringen av sjekklisten medførte signifikant reduksjon i mortalitet og komplikasjoner (2). En metaanalyse av syv intervensjons- og kohortstudier av 37 339 pasienter viste at standard praksis med sjekklistebruk reduserte forekomsten av komplikasjoner, sårinfeksjoner og tap av blod. Studien viste ikke signifikant reduksjon i mortalitet (3). Sjekklisten ble implementert i norske sykehus i 2010 av pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» for å øke pasientsikkerheten i norsk helsevesen (4).

Sjekklisten er inndelt i tre deler: forberedelse, time-out og avslutning. I alle delene utveksler operasjonsteamet viktig informasjon. Forberedelsen utføres ved mottak av pasient til operasjon av anestesisykepleier og operasjonssykepleier, samt sykepleier fra sengepost. Time-out utføres av operasjonsteamet etter innledet anestesi- og bedøvelse, men før det kirurgiske inngrepet starter. Avslutningen skjer i operasjonsteamet når det kirurgiske inngrepet er ferdig, ideelt før pasienten blir vekket fra narkose. Forberedelsen

består i å avklare om det er rett pasient, rett operasjon og rett operasjonsfelt. Time-out består blant annet av presentasjon av operasjonsteamet og repetisjon av pasientens identitet. Avslutningen består hovedsakelig av oppsummering av det kirurgiske inngrepet og postoperativ behandling. Det er anbefalt at sjekklisten gjennomføres ved alle kirurgiske inngrep, både små og store, planlagte og øyeblikkelig hjelp-inngrep. Dette for å ivareta pasientsikkerheten under narkosen og inngrepet. Pasienten er i en spesielt sårbar situasjon, og riktig bruk av sjekklisten kan trygge pasientsikkerheten (4).

WHO (5) har gitt spesifikke anbefalinger for gjennomføring av sjekklisten i operasjonsteamet. Det anbefales at medlemmene i operasjonsteamet stopper all aktivitet i tiden det tar å gjennomføre sjekklisten, slik at den gjennomføres med full oppmerksomhet. WHO understreker viktigheten av at alle punktene i sjekklisten blir gjennomgått og bekreftet verbalt av teammedlemmene. De skal oppmerksomt forholde seg til hverandres oppgaver og til hverandre. Det er av betydning om sjekklisten blir lest fra en plakatt, et skjema eller fra en PC for å huske alle spørsmålene. Det gir mindre systematikk dersom sjekklisten blir gjennomført ut fra hukommelsen (5).

Anestesisykepleiere jobber hovedsakelig ved sykehus i et operasjonsteam på operasjonsavdelinger der det gjennomføres kirurgiske inngrep på pasienter. I operasjonsteamet jobber de både selvstendig og i nært samarbeid med andre yrkesgrupper (6). Operasjonsteamet som arbeider direkte med pasienten består av operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere, kirurger av ulike spesialiteter (operatører) og anestesileger (7). Samarbeid forstås som en dynamisk prosess som involverer minst to helsepersonell, her operasjonsteamet. Deres felles mål for samarbeidet inkluderer vurdering, planlegging, utførelse og evaluering av pasientomsorgen (8). Pasientsikkerhet forstås som å ivareta pasienters sikkerhet slik at uønskede hendelser unngås. Det bidrar til å forhindre, forebygge eller begrense uheldige konsekvenser eller skader som følge av helsetjenester (9). Anestesisykepleieres spesifikke ansvar er å gjennomføre generell anestesi ved enklere kirurgiske inngrep hos ellers funksjonsfriske pasienter, der pasientens fysiske status er gradert til en og to av fem graderinger ut fra American Society of Anesthesiologists klassifiseringssystem (ASA). Dette forutsatt at anestesilege har klarert pasienten for anestesi og at de kan tilkalles ved behov og ved avvik fra det forventede. Ved behov og avvik plikter anestesisykepleiere snarest å varsle ansvarlig anestesilege. I ansvaret inngår det å benytte og samarbeide om sjekklisten (10).

Tidligere forskning viser stort sett til erfaringer fra hele operasjonsteamet ved bruk av sjekkliste for trygg kirurgi (11–18). Tre studier undersøkte sykepleiernes erfaringer (19–21), og to studier viser til anestesisykepleiernes erfaringer (22,23).

En systematisk review av 26 studier som vurderte operasjonsteamets oppfatninger av sjekklisten for trygg kirurgi, viste at sjekklisten forbedret deltakernes oppfatning av teamarbeid, kommunikasjon, pasientsikkerhet og personalets oppmerksomhet mot uønskede hendelser (17). Studier viste videre at å utføre sjekklisten bedret pasientsikkerheten (13,20,21), men at utfordringer med kommunikasjonen kompliserer gjennomføringen av sjekklisten (11,13,16,24). For eksempel kan manglende oppmerksomhet under

gjennomgangen av sjekklisten påvirke hvordan den ble gjennomført (12,15,16,21). En systematisk review (25) viste til effekten av sjekklistebruk, der få kvalitative studier har sett på måten sjekklisten ble gjennomført. Videre beskrev denne studien at kun 18 av 95 studier så på om operasjonsteamet fulgte med under gjennomgangen av sjekklisten. Elleve av studiene rapporterte at operasjonsteamet fulgte med under gjennomgangen, noe som førte til forbedring i kommunikasjon, forståelse og sikkerhetskultur (25). Det å ha felles ansvar for sjekklisten beskrives av sykepleiere som sentralt i utførelsen av sjekklisten (19). Sykepleierne i operasjonsteamet er lojale mot sjekklisten, men ansvar og rollefordeling i operasjonsteamet har innvirkning på om sjekklisten ble gjennomført (20). Over tretti prosent av anestesisykepleierne mener at operatørene er ansvarlige for gjennomføringen av sjekklisten (23). Anestesisykepleiere oppnådde en følelse av tilknytning til teamet og verifisering av egen rolle i operasjonsteamet ved bruk av sjekklisten (23).

Studier viser operasjonsteamets, sykepleieres og anestesisykepleieres erfaringer ved sjekkliste for trygg kirurgi, hvor bruk av sjekklisten bedrer pasientsikkerheten. Få kvalitative studier har undersøkt måten sjekklisten blir gjennomført på, og om operasjonsteamet følger med på gjennomgangen. Det viser til et behov for samarbeid og arbeidsdeling i operasjonsteamet ved bruk av sjekkliste for trygg kirurgi. En kvalitativ studie om samarbeid og arbeidsdeling i operasjonsteamet vil belyse måten sjekklisten utføres på og om operasjonsteamet følger med under utførelsen. Videre vil en studie om anestesisykepleieres erfaringer begrunnes med få kvalitative studier ut fra deres perspektiv i en norsk sammenheng. Det gir grunnlag for en studie som utdyper anestesisykepleieres erfaringer med samarbeid og arbeidsdeling i operasjonsteamet i forbindelse med gjennomføringen av sjekklisten for trygg kirurgi i en norsk sammenheng.

Hensikt

Hensikten med denne studien var å få kunnskap om anestesisykepleieres erfaringer med samarbeid og arbeidsdeling i operasjonsteamet ved bruk av sjekkliste for trygg kirurgi.

Metode og forskningsdesign

Anestesisykepleieres erfaringer med samarbeid og arbeidsdeling i operasjonsteamet ved bruk av sjekkliste for trygg kirurgi begrunner et kvalitativt design. Et kvalitativt design svarer på studiens hensikt om å få kunnskap om anestesisykepleieres subjektive erfaringer (26). Å forstå erfaringene forutsetter for forståelse, der forståelse av mening innebærer en bevegelse i forståelsen fra helhet til del og tilbake til helheten der forståelsen utvides (27). For forståelse er nødvendig for fortolkning og er en forutsetning for å forstå anestesisykepleieres erfaringer. Den teoretiske forståelsen av sjekklisten for trygg kirurgi innebærer en forståelse som gir grunnlag for fortolkning og forståelse. En hermeneutisk tilnærming ble benyttet for å studere anestesisykepleieres erfaringer for å synliggjøre forståelses- og fortolkningsprosessen. Det ble benyttet individuelle dybdeintervju som metode for å innhente anestesisykepleieres erfaringer (26,27).

Rekruttering og utvalg

Utvalget av deltakere til studien var basert på følgende inklusjonskriterier: de var utdannet anestesisykepleiere, hadde erfaring med bruken av sjekklisten i et operasjonsteam og med elektiv og øyeblikkelig hjelp-kirurgi. Begge kjønn var representert med variasjon i alder og i antall år med erfaringer med bruk av sjekklisten. Deltakerne var fra tre ulike lokalsykehus i et helseforetak der sjekklisten ble implementert rundt 2010/2011. Klinikksjefen ga tillatelse til å utføre studien og til å kontakte avdelingsledere som rekrutterte deltakerne.

Etiske vurderinger

Det ble innhentet skriftlig informert samtykke fra deltakerne til å delta i studien. De fikk informasjon om retten til anonymitet og konfidensialitet ved å delta, samt retten til å trekke seg fra studien uten negative konsekvenser (28). Norsk senter for forskningsdata (NSD) godkjente gjennomføringen av studien i samsvar med personopplysningsloven (ref.nr. 711658) (29).

Datasamling

Det ble gjennomført individuelle dybdeintervju for å samle data om anestesisykepleiernes erfaringer. En intervjuguide ble benyttet veiledende, basert på åpne spørsmål. Førsteforfatter gjennomførte intervjuene. Tema i intervjuguiden var: erfaringer ved innføring av sjekklisten, erfaringer med kommunikasjon, oppmerksomhet, samarbeid, arbeidsdeling, opplevelse av ansvar og tidsbruk under utførelsen av sjekklisten og erfaringer ved øyeblikkelig hjelp pasienter, utøvelsen i forhold til tid på døgnet, at sjekklisten ble fulgt / ikke fulgt og utførelsen utenfor operasjonsstuen. De seks deltakerne ble intervjuet (45–80 minutter) ansikt til ansikt på deres arbeidsplass. Intervjuene ble gjennomført høsten 2019, og det ble brukt lydopptak under intervjuene. Deltakerne ble informert om at lydopptaket ble slettet etter transkripsjon. Intervjuene ble transkribert ordrett.

Analyse

Det ble benyttet systematisk tekstkondensering i tråd med Malteruds (25) analysemetode, som består av fire analysetrinn. Førsteforfatter utførte analysene i samarbeid med medforfatter. Intervjuene ble aidentifisert ved nummerering. I første analysetrinn ble intervjumaterialet lest for å få et helhetsinntrykk, slik at man ble kjent med materialet og for å se etter foreløpige tema. I andre analysetrinn ble linje for linje lest for å se etter meningsbærende enheter. Her ble det også gjort et utvalg av relevant tekst ut fra studiens hensikt. Foreløpige tema ble til kodegrupper hvor de meningsbærende enhetene som ligner hverandre ble sortert inn i. I tredje analysetrinn ble det utarbeidet subgrupper innen hver kodegruppe og innholdet i meningsbærende enheter ble kondensert for å hente ut mening (tabell 1). I fjerde analysetrinn ble det utarbeidet en analytisk tekst ved hjelp av fortolkning, abstraksjon og sammenfatting av kondensatene i subgruppene. Kodegrupper og subgrupper ble til endelige tema og subtema (tabell 2).

Tabell 1 Eksempel på analysetrinn

Meningsbærende enheter	Kondensat	Subtema	Tema	Foreløpige tema
Først spør jeg pasienten (om identitet ved første del), så referere jeg til hele teamet	Innhenter pasientens identitet (første del) og informerer operasjonsteamet	Ivareta sjekklistens tre deler	Ansvarsdeling i operasjonsteamet	Å være oppmerksom til stede, ansvar
Når alle står klar, kirurgen står med kniven i hånda, da er det greit å ta «time-out»	Riktig tidspunkt for «time-out» er når kirurgen står med kniven i hånda	Tørre å ta plass	Kommunikasjonens betydning	Kommunikasjonens sentrale plass
Legene på utpost, de er ikke vant med trygg kirurgi	Legene på utpost kjenner ikke til sjekklisten for trygg kirurgi	Barrierer for å gjennomføre	Å skape uoppmerksomhet	Sikkerhet til pasienten og system

Tabell 2 Oversikt over tema og subtema

Tema	Subtema
Ansvarsdeling i operasjonsteamet	Ivareta sjekklistens tre deler
	Uklare rutiner for utførelse
Kommunikasjonens betydning	Tørre å ta plass
	Situasjoner som utfordrer
	Å se hverandre
Å skape uoppmerksomhet	Samtidighetskonflikt og mangelfull utførelse
	Barrierer for å gjennomføre

Resultat

Tre mannlige og tre kvinnelige anestesisykepleiere med erfaring fra fem måneder til over ti år med bruk av sjekklisten deltok (tabell 3).

Tabell 3 Oversikt over deltakere og erfaringer med sjekklisten trygg kirurgi

Deltaker	Kjønn	Ansiennitet
A	mann	Over 10 år
B	dame	5 måneder
C	mann	1,5 år
D	dame	Over 10 år
E	mann	1,5 år
F	dame	Over 10 år

Ansvarsdeling i operasjonsteamet

Ivareta sjekklistens tre deler

Anestesisykepleierne erfarte sjekklisten som et verktøy der de selv har og tar et tydelig ansvar for å gjennomføre den. De understreket det felles ansvaret operasjonsteamet har med å gjennomføre sjekklisten. Felles ansvar innebar at alle i operasjonsteamet

har ansvar for at de tre delene av sjekklisene skal være med: forberedelse, time-out og avslutning. Dette for å ivareta pasientens sikkerhet. Innholdet i sjekklisen var en gjensidig utveksling av informasjon i operasjonsteamet. Det å utføre sjekklisens tre deler bidro til anestesisykepleiernes opplevelse av faglig trygghet i jobben. For dem er det hele operasjonsteamet som «eier» pasienten, og de forventet samarbeid om sjekklisen. Det var viktig for anestesisykepleierne at operasjonsteamet hjalp hverandre med å huske på alle delene i sjekklisen. Gjennomføringen av den preges av om teammedlemmene så positivt eller negativt på verktøyet. Ved å utføre alle delene av sjekklisen ga det dem oversikt over operasjonsforløpet. Den ga en sikkerhet for pasienten og for egen yrkesutøvelse. Gjennomføringen av sjekklisen førte til at en unngikk feil.

Anestesisykepleierne hentet ofte pasientene alene i slusen hvor forberedelse gjennomføres. De kunne da legge til faglige spørsmål som ikke inngikk i sjekklisen. Anestesisykepleierne hadde et spesielt ansvar for å gjennomføre forberedelsen, noe som førte til en relasjonsbygging mellom anestesisykepleier og pasient. En anestesisykepleier sa følgende: «Det er litt skummelt at operasjonssykepleier gjør første del ... Jeg er veldig opptatt av å gjøre det selv.» I forberedelsen avdekket de om pasienten var nervøs, redd, innadvendt eller utadvendt, samt hvilket informasjonsbehov pasienten hadde. Anestesisykepleierne kjente på ansvaret for å gjennomføre sjekklisen, i tillegg til et juridisk ansvar om den ikke ble gjennomført som anbefalt. Likevel måtte de av og til gi fra seg ansvaret. Dette gjaldt spesielt hvis uforutsette situasjoner gjorde at operasjonssykepleiere tok imot pasienten alene i slusen og selv gjennomførte forberedelse. De spørsmålene som ble stilt der var viktige for hvordan anestesisykepleierne skulle håndtere anestesismetode til hver enkelt pasient. Operasjonssykepleierne kunne være opptatt når det passet å gjennomføre time-out, og da utførte anestesisykepleierne den. Det at de var fleksible på hvem som utførte time-out var en god måte å få gjennomført sjekklisen. Det var viktig at sjekklisen utføres riktig. «Hvis én slurver, slurver alle», var et utsagn. Anestesisykepleierne hadde spesielt ansvar for å gi beskjed videre til postoperativ avdeling om forordninger for pasientens videre behandling. De opplevde å ha gjort en dårlig jobb hvis de ikke hadde fått gjennomført avslutning.

Uklare rutiner for utførelse

Anestesisykepleierne uttrykte at det er uklart om det finnes skriftlige prosedyrer for gjennomføringen av sjekklisen i øyeblikkelig hjelp-situasjoner. I disse situasjonene var det spesielt utfordrende å avklare gjennomføringen, noe som medførte et mer uavklart ansvarsforhold i operasjonsteamet. Det ble uklart hvem som hadde ansvar for å gjennomføre sjekklisen. Det hadde konsekvenser for pasientens sikkerhet og operasjonsteamets fordeling av arbeidsoppgaver knyttet til sjekklisen. Standardisering av sjekkliseprosedyren i ulike øyeblikkelig hjelp-situasjoner kunne bidra til at dette ble unngått. I definerte situasjoner manglet det en avklaring på når en kan utelukke sjekklisen helt, eller hvilke spørsmål i forberedelse, time-out og avslutning som kan utgå. Det å gjøre avvik eller unntak. En situasjon beskrives slik: «På katastrofekeisersnitt går ting så fort at du

rekker knapt å spørre om identitet. Jeg tror ikke du får folk til å stoppe opp for å gjennomføre sjekklisten.» Ved øyeblikkelig hjelp-inngrep kunne pasienten ha smerter, være bevisstløs eller det kunne pågå en blødning. I slike tilfeller kunne deler av sjekklisten bli gjennomført, eller hele sjekklisten kunne bli utelatt. Anestesisykepleierne hadde erfaring med at når det skulle gå fort fra pasienten kom til hen skulle i narkose, rakk en ikke å gjennomføre hele eller deler av sjekklisten. Dette ble beskrevet slik: «To minutter med sjekkliste kan bety forskjellen på liv og død.» De situasjonene som også bidro til uklar deling av ansvar, var når operasjonssykepleier ikke var med ut i slusen fordi hen pakket opp utstyr eller ikke var tilgjengelig. Det bidro til at noen operasjonssykepleiere gjentok spørsmål fra forberedelse når pasienten kom inn på operasjonsstuen. Det ble også beskrevet at operatørene hadde hovedansvaret for at sjekklisten skulle gjennomføres, men noen operatører tok ikke initiativ til å gjennomføre den.

Kommunikasjonens betydning

Tørre å ta plass

Anestesisykepleierne erfarte at kommunikasjonen var sentral for gjennomføring av sjekklisten. Det førte til en inkludering av medlemmene i operasjonsteamet ved at alle skulle være oppmerksomme når den ble gjennomført. Oppmerksomhet bidro til sikkerhet for pasienten fordi flere yrkesgrupper måtte kommunisere og verifisere de forskjellige punktene i sjekklisten. «Det er en sikkerhet i sjekklisten ved at vi er flere som avkrefter/bekrefter spørsmålene», uttalte en anestesisykepleier.

Anestesisykepleierne erfarte flere situasjoner hvor kommunikasjonen var sentral under utførelsen av sjekklistens ulike deler. De var avhengige av at den som utførte sjekklisten snakket klart og tydelig. Et poeng som ble gjentatt var å tørre og ta ordet og si stikkordet «time-out» tydelig, noe som ofte var operasjonssykepleieres ansvar. Da fikk en et naturlig stopp og oppmerksomhet i teamet før sjekklisten gjennomføres. Anestesisykepleierne tok det ikke som personlig kritikk hvis noen snakket høyt til dem for å få oppmerksomhet.

Situasjoner som utfordret

Anestesisykepleiere erfarte at sjekklisten for trygg kirurgi påvirkes av kommunikasjonsformen og kommunikasjonsmåten i operasjonsteamet, i kombinasjon med pasientens tilstand og arbeidssituasjonen til teamet. Det var viktig at anestesisykepleierne gjentok svarene fra sjekklisten når de kom inn på operasjonsstuen etter forberedelsen. På den måten unngikk de at pasienten ble spurt på nytt med spørsmål som hadde blitt stilt i slusen, hvis operasjonssykepleier ikke deltok. Det var viktig at time-out ikke ble gjort hvis uforutsette hendelser skjedde under innledning av narkose, som når de ikke får luft i pasienten rett etter innledning.

Anestesisykepleierne erfarte at kommunikasjonen påvirkes av at teammedlemmer viste misnøye under gjennomføringen av sjekklisten. Misnøye kan oppfattes ved at det mumles svar på spørsmålene og svarene blir utydelige.

Graden av pasientens behov for øyeblikkelig hjelp påvirket også kommunikasjonen. Det sees ved gynekologiske hasteinngrep der operatørene kunne ramse opp svarene fra sjekklisten uten at de ble spurt. Hvordan teammedlemmene håndterte alvorlig hast og stress påvirket kommunikasjonen. «Det er en luksus hvis vi får gjennomført sjekklisten etter punkt og prikke i slike situasjoner», er et utsagn fra en av anestesisykepleierne.

Å se hverandre

Anestesisykepleierne beskrev kommunikasjonen mellom faggruppene i operasjonsteamet som viktig for å bli kjent med hverandres utfordringer. De poengterte også at tidspunktet for å gjennomføre sjekklisten ideelt bør passe for alle, noe som krever samarbeid. Når gjennomføringen gjøres var det viktig med øyekontakt med hverandre, en skal følge med og være oppmerksomme på hverandre. Det ga en følelse av å være inkludert og det var positivt å slippe det en hadde i hendene. En anestesisykepleier uttalte følgende:

Sjekklisten påvirker hverdagen min med at jeg får snakket med teamet. Ofte er teamet opptatt med det de skal gjøre, men på grunn av sjekklisten må vi snakke sammen. Den åpner opp for samarbeid og starter en prat inne på stuen. Noen er stille av natur, mens andre prater. Så alle må snakke, både anesthesi, operasjon og operatører. Jeg føler den bryter stillheten og starter «festen».

Det at sjekklisten har spørsmål direkte til hver yrkesgruppe, gjorde at anestesisykepleierne følte seg inkludert. Ut fra erfaring ønsket anestesisykepleierne på forhånd å få gitt beskjed om at det kan være problemer med luftveishåndtering, slik at alle i operasjonsteamet var kjent med det.

Å skape uoppmerksomhet

Samtidighetskonflikt og mangelfull utførelse

Anestesisykepleierne erfarte at å gjennomføre sjekklisten samtidig med andre oppgaver bidro til at fokuset ble borte på utførelsen. Det medførte at sammenhengen til spørsmålene ble borte og gjennomføringen ikke ble kronologisk. De erfarte situasjoner der sjekklisten ble utført etter hukommelsen hvor helheten manglet, og situasjoner der gjennomføringen glemmes. Dette bidro til situasjoner med redusert sikkerhet for pasienten. «Hvis en operasjonssykepleier virrer rundt i rommet og stiller ett spørsmål her og ett spørsmål der, mistes helheten», var et utsagn.

De praktiske oppgavene som utføres samtidig med sjekklisten var utpakking av utstyr og påkledning av kirurg. Det reduserte fokuset på gjennomføringen av sjekklisten. Andre oppgaver som tok oppmerksomheten og konsentrasjonen hos operasjonsteamets medlemmer var opplæring av studenter i de respektive yrkesgruppene i operasjonsteamet. Situasjoner som uunngåelig skjer i konflikt med sjekklisten var når operasjonsteamet var ved dagkirurgisk avdeling. Der kunne inngrepene vare i kort tid, fra fem til ti minutter, og anestesisykepleiere måtte dokumentere i pasientjournal samtidig som sjekklisten ble

gjennomført. Anestesisykepleierne erfarte også at anestesispørsmål kunne glemmes av operasjonssykepleierne.

Situasjoner som gjorde at hele eller deler av sjekklisten ble glemt, var når operasjonssykepleier ikke var medlem av teamet. Det foregikk på utposter ved tannbehandling, røntgen og ved enkelte skiftestuer hvor forskjellige inngrep ikke krevde operasjonssykepleier. Tidspress var også en faktor som påvirket gjennomføringsevnen av sjekklisten. Disse beskrives slik: «Det kan være at en tar en av delene og glemmer resten. Dette kan være fordi en er stresset på grunn av operasjonsprogrammet, eller at en ligger bakpå og det må gå fort.» Selv om alle delene hadde en risiko for å bli glemt, var det avslutningen som hadde størst sjanse for å bli utelatt.

Barrierer for å gjennomføre

For anestesisykepleierne ble situasjoner som påvirket gjennomføringen av sjekklisten tydelig, som når operasjonsaktiviteten skulle effektiviseres eller endres. Dette gikk ut over pasientsikkerheten. Det oppstod tidspress i operasjonsteamet ved innføringen av elektronisk pasientjournal og innføring av flytdager med økt antall inngrep per dag og mer tilgjengelig personell. Generelt påvirket det daglige tidspresset gjennomføringen av sjekklisten. Tidspress førte til at anestesisykepleierne utførte forberedelse idet pasienten ble transportert inn til operasjonsstuen. De erfarte en sammenheng mellom tidspress og innføringen av elektronisk pasientjournal, som hadde ført til at det ikke var pause mellom pasientene. Neste pasient lå klar og ventet i slusen før forrige pasient ble avlevert på postoperativ avdeling. Operasjonssykepleier ønsket å ta inn pasienten samtidig som pasientopplysninger bør journalføres av anestesisykepleierne. Resten av operasjonsteamet har ikke oppnådd innsikt i at forberedelsestiden har blitt forlenget for anestesisykepleierne etter innføring av elektronisk pasientjournal.

Når det ikke var sjekklister tilgjengelig på strategiske steder, som i slusen, operasjonsstuen og andre steder de gjennomførte anestesi, hadde det innvirkning på gjennomføringen. En anestesisykepleier påpekte at «når sjekklisten hang i slusen ble den gjort ganske skikkelig, men nå er den forsvunnet igjen da blir den tatt mer fra hukommelsen». Andre situasjoner som påvirket gjennomføringen av sjekklisten var når operatørene på utposter med tannbehandling, røntgen og skiftestuer ikke var kjent med sjekklisten. Det kunne også oppstå et bytte fra en operasjonsstue til en annen i løpet av dagen, slik at de fikk et annet operasjonsteam å forholde seg til. Dette gjorde at sjekklisten lettere kunne glemmes og at teammedlemmene mistet oversikten.

Diskusjon

Hensikten med studien var å få kunnskap om anestesisykepleieres erfaringer med samarbeid og arbeidsdeling i operasjonsteamet ved bruk av sjekklister for trygg kirurgi. Funnene viser ansvarsdeling i operasjonsteamet, kommunikasjonens betydning og det å skape uoppmerksomhet i operasjonsteamet med betydning for gjennomføringen av sjekklisten.

Anestesisykepleierne i studien erfarte en ansvarsdeling med å gjennomføre sjekklisten for trygg kirurgi med betydning for pasientens sikkerhet. De har et tydelig eget ansvar, samtidig som det er et felles ansvar i operasjonsteamet. Fordeling av ansvar skjedde ut fra et fast mønster ved gjennomføringen av de ulike delene, men det var fleksibilitet i operasjonsteamet på hvem som utførte delene av sjekklisten dersom praktiske hensyn tilsa det. Det synliggjør det felles ansvaret. Et felles ansvar blir understreket som viktig for pasientsikkerheten av Nordström og Wihlborg (19). Ifølge WHO's retningslinjer (5) er det gunstig at en person har ansvar for å gjennomføre de tre enkelte delene av sjekklisten, hvor det er naturlig at anestesisykepleieren har første del og operasjonssykepleier de to neste delene. WHO's anbefalinger samsvarer med studien til Pancieri (14). Den som har ansvaret bør ha full autoritet over den kirurgiske prosedyren, og må være i stand til å avbryte prosedyren eller forhindre kirurgistart hvis noe er utilfredsstillende (14). Ansvaret påvirkes av mangel på struktur, og det poengteres at man trenger fokus på samarbeid og kommunikasjon for å forbedre utførelsen av sjekklisten. Dersom forventning om samarbeid ikke ble adressert, kan sjekklisten reduseres til en avkrysningsøvelse, som igjen påvirker pasientsikkerheten (13,30). Viktigheten av at sjekklisten gjennomføres slik den er ment og at alle deler blir gjennomført, understrekes av anestesisykepleierne i denne studien og støttes av tidligere funn (19). Anestesisykepleierne i studien erfarer et mer uavklart ansvar med uklare rutiner ved bruken av sjekklisten i uforutsette og akutte situasjoner. Årsaken til dette er fordi sjekklisten tar tid, og at spørsmålet om hvem som har ansvaret er uavklart. Tidligere studier avdekker tilsvarende funn med mangel på struktur og at sjekklisten ble gjennomført mangelfullt eller ikke gjennomført (13,19). Anestesisykepleierne i denne studien utdypet også at for å ivareta pasientsikkerheten i akutte situasjoner, bør legene ha ansvaret for om sjekklisten skal gjennomføres eller ikke, noe som støttes av studier (15,23). En studie (31) beskriver kompleksiteten av samarbeidet i operasjonsteamet og presenterer fire hovedpunkter for et effektivt operasjonsteam: flyt, samlet innsats, kommunikasjon og positiv innstilling. Mens en annen studie (18) beskrev at en felles holdning om å gjennomføre sjekklisten faktisk ikke var til stede i operasjonsteamet. Det samsvarer med anestesisykepleiernes erfaringer i akutte situasjoner i denne studien.

Resultatene viser kommunikasjonens sentrale rolle ved gjennomføringen av sjekklisten, noe som bidrar til oppmerksom tilstedeværelse. Kommunikasjonsformen og -måten har stor påvirkning for hvordan sjekklisten blir gjennomført. Funn viser til at det å snakke fort, utydelig og lavt bidrar til mindre oppmerksomhet på utførelsen av sjekklisten. Dette samsvarer med andre studier der sjekklisten erfares som nyttig for samarbeid og kommunikasjon, men at den kan påvirkes av enkeltpersoner (11,24,31). Det diskuteres lite i tidligere studier hvor viktig det er å tørre å ta ordet. Det kommer frem i denne studien, ved at den som gjennomfører time-out tør å ta ordet og si «time-out» høyt og tydelig før man starter på sjekklisten. Da får operasjonsteamet et naturlig stopp i arbeidet, og selv om man holder på med noe blir det naturlig å følge med. Hvis resten av teamet er stille og observante i gjennomføringen, tvinger man også de som viser misnøye med å

gjennomføre sjekklisten. Disse funnene utdyper tidligere funn. Da får ikke enkeltpersoner bestemme hvordan sjekklisten skal gjennomføres, alle gjør det felles, jamfør studiene (11,20,24). Armstrong (25) beskrev at få studier har undersøkt hvordan sjekklisten faktisk ble gjennomført, og at viktigheten av holdninger i løpet av gjennomføringen ble studert. Videre ble det beskrevet at over halvparten av de inkluderte studiene fant positive holdninger til sjekklisten, mens få studier beskrev negative holdninger. Denne studien beskriver at det å vise misnøye med å utføre sjekklisten hos enkelte av teammedlemmene også kan relateres til negative holdninger (25). Wæhle (20) beskriver viktigheten av tydelig kommunikasjon og at man er oppmerksom på hverandre og hverandres roller i operasjonsteamet. Paige (31) underbygger viktigheten av tydelig kommunikasjon i operasjonsteamet og at dette vil påvirke effektiviteten. Det støttes av funn i denne studien med betydningen av kommunikasjon i operasjonsteamet ved å tørre å ta plass og se hverandre.

Anestesisykepleierne erfarte at det skapes uoppmerksomhet på gjennomføringen av sjekklisten på bekostning av pasientens sikkerhet ved at sjekkliste ikke var tilgjengelig på utposter, ved samtidighetskonflikter og mangelfull utførelse av sjekklisten. Gjennomføringen av sjekklisten utfordres også av situasjoner rundt pasienten som når operasjonssykepleier ikke er en del av operasjonsteamet. Dette underbygges av tidligere studier der tidspress, samtidighetskonflikter og ugunstige tidspunkt for når sjekklisten ble utført, påvirker gjennomføringen negativt (12,19).

Anestesisykepleieres erfaring og kunnskap om bruken av sjekkliste for trygg kirurgi kan forstås som en praktisk kunnskap i lys av filosofen Donald Schöns teori om praktisk kunnskap. Schön (32) beskriver praktisk kunnskap som viten, *kunnskap i handling*, hvor man har lært å gjøre noe og kan lett utføre fortløpende sekvenser av aktiviteten, og gjøre tilpasning uten at man tenker over det. Dette kan sees ved erfaringene til anestesisykepleierne når sjekklisten ble gjennomført riktig, med de tre delene. Dette gav faglig trygghet i jobben, og de reflekterte lite over situasjonen. Men når en kjent rutine ender med et uventet resultat, noe overraskende, inntreffer *refleksjon i handling*. Det er noe som ikke lever opp til ens forventninger, det oppstår ubestemte praksisser og problematiske situasjoner med usikkerhet, ifølge Schön (32). En må stoppe opp, *reflektere i handlingen*, og omforme handlingene og tilpasse de situasjonene. Når uoppmerksomhet på utførelsen av sjekklisten gikk på bekostning av pasientens sikkerhet, erfarte anestesisykepleierne det som utilfredsstillende. De *reflekterte over handlingen* i etterkant av situasjonene for å endre og skape bevegelse i egen viten, *kunnskap i handling* – de lærte noe nytt, i lys av Schön (32).

Med hvilken begrunnelse gjennomføres sjekklistene på en alternativ måte, som ved fravær av operasjonssykepleier eller ved manglende tilgjengelighet av sjekklisten? Det å ha sjekklistene tilgjengelige vil være en naturlig tilrettelegging på arbeidsplassen. Utposter er en del av operasjonsstuene som jobber effektivt og ikke består av store usikkerhetsmomenter. Der gjennomføres effektive kirurgiske inngrep hvor operasjonsteamet gjerne tar flere pasienter i løpet av en dag. Disse situasjonene skaper også *refleksjoner i*

handling og *refleksjoner over handling* i etterkant av situasjonene hos anestesisykepleierne. Situasjonene avviker fra *viten / kunnskap i handling*, der gjennomføringen av sjekklisten erfares å ivareta pasientens sikkerhet ved alle kirurgiske inngrep, det en har lært og integrert og ser på som selvfølgelig i lys av Schön (32).

Det kan diskuteres om det skal forventes at sjekklisten blir tatt i sin helhet ved øyeblikkelig hjelp situasjoner og ved utposter. Sjekklisten er en prosedyre utarbeidet og integrert som en del av den praktiske kunnskapen, altså *viten / kunnskap i handling* i lys av Schön (32). Spørsmålet er hvordan operasjonsteamet skal kunne gjennomføre sjekklisten når forskjellige uforutsette hendelser krever at operasjonsteamet er mer dynamisk og tilpasser seg. Dette kan sees på som situasjoner der anestesisykepleierne må *reflektere i handling* i øyeblikkelig hjelp-situasjoner, og ved utposter hvor det ikke er tid til å reflektere så mye eller endre handlingene. Det er situasjoner hvor det skal gå fort. Det bidrar til anestesisykepleieres *refleksjoner over handlingen* i ettertid av situasjonene. *Viten / kunnskap i handling* beskrives som taus, og at den oppstår spontant (32). Den virker og gir ønskede resultater så lenge situasjoner faller innenfor de grenser som anestesisykepleiere har lært som normale, noe som er personavhengig ut fra kontekst. Når et operasjonsteam får en øyeblikkelig hjelp-situasjon er det mange variabler som skal gi grunnlag for at operasjonsteamet håndterer situasjonen. Hva skjer da i øyeblikkelig hjelp-situasjoner når det kan være kaotisk og man skal følge en rutine som sjekklisten er? Det innebærer *refleksjoner over handlingen* etter at den akutte situasjonen er over. Å integrere nye handlinger og rutiner i *viten / kunnskap i handling* som praktisk kunnskap knyttet til øyeblikkelig hjelp-situasjoner blir naturlig og nødvendig. Det kan videre innebære å utarbeide retningslinjer for hvordan sjekklisten skal utføres på en tilpasset måte i definerte øyeblikkelig hjelp-situasjoner og ved utposter på egen arbeidsplass.

Studiens styrker og begrensninger

Dybdeintervju gav innsikt i anestesisykepleiernes erfaringer ved bruk av sjekkliste for trygg kirurgi. Det er vanskelig å vurdere når det er mange nok informanter for å sikre ny kunnskap. Deltakerne hadde fra fem måneder til over ti års erfaring. Utvalget av deltakere med ulik grad av ansiennitet som anestesisykepleier, bidrar til større variasjon i erfaringsgrunnlaget. De har bredde og dybde i erfaringer både fra elektiv og øyeblikkelig hjelp-kirurgi og fra tre ulike lokalsykehus. Mulige svakheter med studien er at seks anestesisykepleiere er et begrenset utvalg, og at studien ikke inkluderer anestesisykepleiere fra universitetssykehus. Vi anser likevel informasjonsstyrken i datamaterialet tilstrekkelig til å svare på studiens hensikt, da temaet for studien er avgrenset til anestesisykepleieres erfaringer med sjekklisten. Det er aldri garanti for at et nytt intervju ikke vil tilføre ny kunnskap, men det ble foretatt en subjektiv vurdering underveis. Førsteforfatter, som gjennomførte intervjuene, har begrenset erfaring i å anslå om antall intervju er tilstrekkelig. Men det er en fordel at førsteforfatter er anestesisykepleier. Det gjorde det lett å stille relevante oppfølgingsspørsmål i intervjusituasjonen på grunn av god kjennskap til fagfeltet. Transparens er forsøkt ivaretatt ved at det er to forskere, en

av forskerne hadde spesielt god kunnskap om feltet og den andre forskeren hadde lang erfaring med å gjøre kvalitativ forskning. De ulike erfaringene hos forskerne har bidratt til diskusjoner og refleksivitet i forskningsprosessen (26). Å bruke sjekklisten COREQ har bidratt til å kvalitetssikre forskningsprosessen og resultatene. Funnenes overførbarhet er gyldige for tilsvarende kontekster (26) der operasjonsteamet benytter sjekklisten ved mindre sykehus, men vil ikke ha samme gyldighet i operasjonsteam der anestesisykepleiere ikke har samme ansvar og funksjon.

Konklusjon

Studiens hensikt var å få kunnskap om anestesisykepleieres erfaringer med samarbeid og arbeidsdeling i operasjonsteamet når sjekkliste for trygg kirurgi brukes. Funnene viste at anestesisykepleierne erfarte samarbeid og arbeidsdeling med sjekklisten som et felles ansvar. Ansvarsdelingen og kommunikasjonens betydning ved gjennomføringen av sjekklisten var sentral for å ivareta pasientens sikkerhet. Anestesisykepleierne erfarte at uoppmerksomhet skapes av situasjoner rundt pasienten og at sjekklisten settes helt eller delvis til side. Graden av øyeblikkelig hjelp til pasienten bidrar til uklare rutiner for utførelse av sjekklisten.

Implikasjoner for videre forskning

I denne studien ble det satt søkelys på erfaringene til en av yrkesgruppene i operasjonsteamet. Ved å gjøre forskning på hele operasjonsteamets erfaringer kan man belyse flere sider av samarbeidet og arbeidsdelingen av sjekklisten, noe som viser et behov for videre forskning på dette temaet. Funnene kan likevel gi innsikt i hvordan operasjonsteamet kan forbedre utøvelsen av sjekklisten.

Referanser

1. World Health Organization. Patient safety [Internett]. Genève: WHO; 2023 [oppdatert 11.9.2023; hentet 2.3.2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
2. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A-H. et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491–9. <https://doi.org/10.1056/NEJMsao810119>
3. Gillespie BM, Chaboyer W, Thalib L, John M, Fairweather N, Slater K. Effect of using a safety checklist on patient complications after surgery: a systematic review and meta-analysis. *Anesthesiology*. 2014;120(6):1380–9. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000232>
4. Helsedirektoratet. Trygg kirurgi: pasientsikkerhetsprogrammet [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; u.å. [hentet 2.3.2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.ityrgegghender24-7.no/reduser-pasientskader/kirurgiske-komplikasjoner>
5. World Health Organization. Patient safety. WHO guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives [Internett]. Genève: WHO; 2009 [hentet 2.3.2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598552>

6. Bruun AM. Anestesisykepleiers kompetanse. I: Hovind IL, red. Anestesisykepleie. Oslo: Akribes; 2011 s. 19–38.
7. Leonardsen ACL. Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet. Nordisk sygeplejeforskning. 2015;(2): 218–27.
8. Klarare A, Hagelin CL, Fürst CJ, Fossum B. Team interactions in specialized palliative care teams: a qualitative study. J Pall Med. 2013;16(9):162–169. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0622>
9. Aase K. Pasientsikkerhet: teori og praksis i helsevesenet. Oslo: Universitetsforlaget; 2010.
10. Norsk anestesiologisk forening og Anestesisykepleierne landsgruppe av NSF (ALNS): Norsk standard for anestesi [Internett]. Oslo: Norsk anestesiologisk forening og Anestesisykepleierne landsgruppe av NSF; 2016 [hentet 3.2.2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.alnsf.no/anestesisykepleierne/norsk-standard-for-anestesi>
11. Russ S, Rout S, Sevdalis N, Moorthy K, Darzi A. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. Ann Surg. 2013;258(6):856–71. <https://doi.org/10.1097/SLA.000000000000206>
12. Krupic F, Svantesson, E, Seffo N, Westin O, Senorski, EH. Use of the World Health Organization checklist—Swedish health care professionals' experience: a mixed-method study. J Perianesth Nurs. 2020;35(3):288–293. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.10.002>
13. Erestam S, Haglund E, Bock D, Andersson AE, Angenete E et al. Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a revised WHO checklist: a prospective interventional study. Patient Saf Surg. 2017;11(1):4. <https://doi.org/10.1186/s13037-017-0120-6>
14. Pancieri AP, Santos BP, de Avila MAG, Braga EM. Safe surgery checklist: analysis of the safety and communication of teams from a teaching hospital. Rev Gaucha Enferm. 2013;34(1):71–8. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472013000100009>
15. Urban D, Burian BK, Patel K, Turley NW, Elam M et al. Surgical teams' attitudes about surgical safety and the surgical safety checklist at 10 years. Ann Surg. 2020;2(3):e075. <https://doi.org/10.1097/AS9.000000000000075>
16. Rydenfält C, Johansson G, Odenrick P, Åkerman K, Larsson PA. Compliance with the WHO surgical safety checklist: deviations and possible improvements. Int J Qual Health Care. 2013;25(2):182–7. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002168>
17. Wangoo L, Ray RA, Ho Y-H. Compliance and surgical team perceptions of who surgical safety checklist; systematic review. Int Surg. 2016;101(1–2):35–49. <https://doi.org/10.9738/INTSURG-D-15-00105.1>
18. Mobilio MH, Paradis E, Moulton C-A. «Some version, most of the time»: The surgical safety checklist, patient safety, and the everyday experience of practice variation. Am J Surg. 2022;223(6):1105–1111. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2021.11.002>
19. Nordström A, Wihlborg M. A phenomenographic study of Swedish nurse anesthetists' and OR nurses' work experiences. AORN J. 2019;109(2):217–26. <https://doi.org/10.1002/aorn.12582>
20. Wæhle H, Haugen A, Sjøfteland E, Hjälmlund E. Adjusting team involvement: a grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as experienced by nurses in the operating room. BMC Nurs. 2012;11(16):16. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-16>
21. O'Brien B, Graham MM, Kelly SM. Exploring nurses' use of the WHO safety checklist in the perioperative setting. J Nurs Manag. 2017;25(6):468–76. <https://doi.org/10.1111/jonm.12428>
22. Krupic F, Rahim YA, Grbic K, Lindström P. As a member of the surgical team, the nurse anesthetist's view of using the WHO surgical safety checklist in Swedish health care. Int J App Basic Med Res. 2022;12:111–6. https://doi.org/10.4103/ijabmr.ijabmr_11_22
23. Rönnberg L, Nilsson U. Swedish nurse anesthetists' experiences of the WHO surgical safety checklist. J Perianesth Nurs. 2015;30(6):468–75. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.01.011>

24. Weller JM, Jowsey T, Skilton C, Gargiulo DA, Medvedev ON. et al. Improving the quality of administration of the surgical safety checklist: a mixed methods study in New Zealand hospitals. *BMJ Open*. 2018;8(12):e022882. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022882>
25. Armstrong BA, Dutescu IA, Nemoy L, et al. Effect of the surgical safety checklist on provider and patient outcomes: a systematic review *BMJ Qual Saf*. 2022;31:463–78. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2021-014361>
26. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
27. Gadamer H-G, Jordheim H. Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter. Oslo: Cappelen; 2003.
28. Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven). LOV-2018-06-15-38. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/2018-06-15-38>
29. Norsk Senter for Forskningsdata. Oslo: NSD; 2019. Tilgjengelig fra: <https://nsd.no>.
30. Bergs J, Lambrechts F, Simons P, Vlayen A, Marneffe W, Hellings J, et al. Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: a systematic review of the qualitative evidence. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(12):776–86. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004021>
31. Paige JT, Garbee DD, Bonanno LS, Kerdolff KE. Qualitative analysis of effective teamwork in the operating room (OR). *J Surg Ed*. 2021;78(3):967–79. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.09.019>
32. Schön DA. Uddannelse af den reflekterende praktiker – tiltag til en udformning af undervisning og læring for professionelle. Oversatt av S. Fiil. Aarhus: Forlaget Klim; 2013.