

Kandidatnummer: 6000 & 6003

Operasjonsstua – et møtepunkt

Hvordan kan operasjonssykepleier bidra til pasientsikkerhet ved bruk av debriefing i det kirurgiske teamet?



Sammendrag

Tittel: Operasjonsstua- et møtepunkt

Nøkkelord: Debriefing, pasientsikkerhet, operasjonssykepleie, teamarbeid, kommunikasjon, uønskede hendelser, hierarki, respekt, trygg kirurgi.

Bakgrunn: Det etterspørres et møtepunkt for det kirurgiske teamet, for å evaluere teamarbeid og for å gi konstruktive tilbakemeldinger til hverandre på arbeidet som er gjort. Den kirurgiske pasienten er prisgitt operasjonsteamets evne til godt teamarbeid der det stilles høye krav til samarbeid og kommunikasjon for å forebygge uønskede hendelser. England og Wales benytter en utvidet utgave av «Trygg kirurgi» som består av briefing og debriefing.

Problemstilling: Hvordan kan operasjonssykepleier bidra til pasientsikkerhet ved bruk av debriefing i det kirurgiske teamet?

Hensikt: Oppgaven vil gi kunnskap om debriefing. Den vil synliggjøre debriefingens innvirkning på pasientsikkerhet, og bidra til å styrke teamarbeid og likestilling.

Metode: Metoden som er brukt er systematisk litteraturstudie. Det ble utført søk etter relevant litteratur i databasene Cinahl, Proquest, Pubmed og Oria.

Resultat: Det vises til bekymringsfulle holdninger vedrørende sikkerhetskultur i det kirurgiske teamet. Man finner ulike holdninger til teamarbeid, kommunikasjon og sikkerhetskultur. Hierarki og ulik forståelse av samarbeid trekkes frem som bakgrunn for diskrepansen. Debriefing kan bidra til læring, forebygging av uønskede hendelser, og bedre samarbeid i det kirurgiske teamet. Operasjonssykepleiere opplever bedre samarbeidet etter implementering. Det kreves et delaktig lederskap for Implementering av debriefing slik at læringsmål kan følges opp.

Konklusjon: Debriefing har en positiv effekt på teamarbeid, kommunikasjon og sikkerhetskultur som relateres til pasientsikkerhet. En formell debriefing etter hver operasjon kan være utfordrende å gjennomføre både relatert til tidspunkt, personalets entusiasme og involvering av ledelse. Operasjonssykepleier kan bidra til pasientsikkerhet ved økt rolleforståelse og utjevning av hierarki, der det blant annet benyttes fornavn, fremfor etternavn og funksjon innad i teamet. Operasjonssykepleier kan benytte «Trygg kirurgi» som et møtepunkt for å gjøre det kirurgiske teamet bevisst debriefingens fordeler.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	4
1.1	Introduksjon og bakgrunn for valg av tema	4
1.1.1	Betydningen for operasjonssykepleie og praksisfeltets behov	5
1.2	Presentasjon av problemstilling og avgrensninger	6
1.3	Oppgavens hensikt.....	6
1.4	Begrepsavklaringer	7
1.5	Oppgavens disposisjon	7
2	Metodisk tilnærming	8
2.1	Litteraturstudie som metode	8
2.2	Kvalitativ og kvantitativ metode	8
2.2.1	Validitet og reliabilitet	8
2.3	Søkestrategi og litteraturvalg	9
2.3.1	Søkeord og databaser	9
2.3.2	Litteraturvalg.....	10
2.3.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
2.4	Kildekritikk og kritisk vurdering av artikler	10
2.5	Metodekritikk.....	11
2.5.1	Alternativ forskningsmetode.....	12
2.6	Hermeneutikk som vitenskapsteoretisk utgangspunkt	13
2.6.1	Forforståelse	13
2.7	Presentasjon av vitenskapelige artikler	14
2.7.1	Oppsummering av funn	18
3	Teoretisk referanseramme.....	20
3.1	Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse	20
3.1.1	Yrkesetiske retningslinjer	21
3.2	Pasientsikkerhet.....	21
3.2.1	«Trygg kirurgi»	22
3.2.2	«Five Steps to Safer Surgery».....	23
3.3	Debriefing.....	23
3.3.1	Debriefingens formål	23

3.3.2	Debriefingens innhold	24
3.3.3	Teamarbeid	24
3.3.4	Kommunikasjon	25
4	Diskusjon.....	26
4.1	Pasientsikkerhet.....	26
4.1.1	Har vi gode nok holdninger til pasientsikkerhet?.....	26
4.2	Debriefing.....	28
4.2.1	Debriefing – lar det seg gjennomføre?	28
4.3	Teamarbeid og kommunikasjon.....	30
4.3.1	Kan “blod – hjerne barrieren” brytes?.....	30
4.3.2	En operasjonsstue preget av hierarki?	32
4.3.3	Kunsten å kommunisere	33
4.3.4	Respekt på operasjonsstua.....	35
4.3.5	Takk for innsatsen	36
5	Oppsummering og konklusjon	37
6	Litteraturliste	39

Vedlegg 1: PICO skjema

Vedlegg 2: Artikkelmatiser

Vedlegg 3: «Trygg kirurgi» sjekkliste

Vedlegg 4: «Five Steps to Safer Surgery» sjekkliste

1 Innledning

Tittelen på oppgaven gjenspeiles i Leonardsen (2015) sin tekst der hun poengterer at det mangler formelle møtepunkter hvor det kirurgiske teamet kan samles. Vi etterspør et strukturert møtepunkt på operasjonsstua med det kirurgiske teamet for å evaluere teamarbeidet og for å få konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet som utføres. Temaet i denne oppgaven ble dermed bruk av debriefing etter kirurgiske inngrep.

1.1 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema

Operasjonsstua representerer en risiko for den kirurgiske pasienten, da de komplekse omgivelsene stiller store krav til teammedlemmenes tilnærming til kommunikasjon og teamarbeid (Flin, O'Connor & Crichton, 2008; Haugen & Dāvøy, 2017). Det er på operasjonsstua at feil behandling og avvik rapporteres mest, og kvaliteten på den kirurgiske behandlingen forutsetter et godt teamarbeid (Leonardsen, 2015). Pasientens utfall postoperativt er avhengig av flere faktorer, ikke bare preoperative risikofaktorer og hvilke kirurgiske egenskaper operatøren har. Det er også det kirurgiske teamets evne til samarbeid og god kommunikasjon som spiller en stor og viktig rolle for pasientsikkerheten (Papaspnyros, Javangula, Adluri & Regan, 2010). På bakgrunn av dette vil vår rolle tydeliggjøres ved å se på operasjonssykepleierens bidrag innenfor kommunikasjon og teamarbeid som kan benyttes, eller tilegnes gjennom debriefing. Operasjonssykepleieren har et forebyggende ansvar der forsvarlig pasientbehandling og pasientsikkerhet er nødvendige elementer (NSFLOS, 2015). Pasientsikkerhet vil derfor være målet med en slik tilnærming.

Kandal, Huset & Kvåle (2014) presenterer i sin masteroppgave hvordan operasjonssykepleiere opplever samarbeidet i det kirurgiske teamet. Det konkluderes med at det finnes forbedringspotensialer. Dersom operasjonssykepleieren tilegner seg kunnskap om mellommenneskelige aspekter der dette også implementeres i praksis kan det føre oss et steg i riktig retning.

Praksiserfaringer har gitt oss bekjentskap med en ny form for kommunikasjon og teamarbeid. Vårt møte med operasjonsstua har gjort oss oppmerksomme på hvordan operasjonssykepleieren kan bidra til pasientsikkerhet. England og Wales har siden 2009 benyttet en utvidet versjon av “Trygg kirurgi” sjekkliste. Dette inkluderer en preoperativ briefing og postoperativ debriefing (National patient safety agency [NPSA], 2010). I praksis har vi erfart denne type briefing ved enkelte seksjoner. Gjennomføring av debriefing har vi derimot kun observert ved simuleringsøvelser. Vår umiddelbare respons ble dermed å knytte debriefing opp mot pasientsikkerhet, operasjonssykepleierens bidrag og det kirurgiske teamet.

1.1.1 Betydningen for operasjonssykepleie og praksisfeltets behov

Operasjonssykepleieren har et fagutviklings- og forskningsansvar der man skal være oppdaterte og sørge for en kunnskapsbasert praksis (NSFLOS, 2015). Praksisfeltets behov kan begrunnes med at verdens helseorganisasjon [WHO], (2016) belyser debriefing som en viktig del av “Trygg kirurgi” sjekklisen.

“Trygg kirurgi” har som mål å bedre pasientsikkerheten ved å styrke teamarbeid og kommunikasjon (Murphy, 2015, s. 21). Resultater viser at innføring av “Trygg kirurgi” har ført til redusert omfang av uønskede hendelser (helsedirektoratet, 2017). Vi anser det likevel nødvendig å strekke seg etter forbedring. Murphy (2015, s. 22) refererer til to studier som mener at sjekklisen alene gir meningsløs kommunikasjon dersom det mangler elementer i teamarbeidet tuftet på tilhørighet, respekt og tillit. Operasjonssykepleieren har en deltagende rolle i gjennomføringen av “Trygg kirurgi” sjekkliste der våre evner til lederskap, kommunikasjon og samarbeid kan være avgjørende for pasientens sikkerhet (Haugen & Dåvøy, 2018, s. 192). Å tilegne seg kunnskap om pasientsikkerhet, debriefing og samarbeidet med det kirurgiske teamet vil ha betydning for utøvelse av operasjonssykepleie.

1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensninger

Vi ble gjort oppmerksomme på England og Wales sin utvidede utgave av “Trygg kirurgi” og satte oss inn i debriefing etter kirurgiske inngrep. Ønsket vårt ble å løfte frem pasientsikkerhet, operasjonssykepleierens bidrag og debriefing i det kirurgiske teamet. Den endelige problemstillingen ble dermed: *“Hvordan kan operasjonssykepleieren bidra til pasientsikkerhet ved bruk av debriefing i det kirurgiske teamet?”*

Debriefing er oppgavens hovedfokus, briefing vil derfor ikke beskrives. Enkelte ord og setninger vil omtales på engelsk på bakgrunn av internasjonal bruk, eksempelvis “Five Steps to Safer Surgery”. Teamarbeid, teamsamarbeid og samarbeid blir brukt om samme tema i litteraturen, oppgaven vil forholde seg til begrepene teamarbeid og samarbeid. Det er den verbale kommunikasjonen som vil vektlegges i oppgaven. Teamarbeid og kommunikasjon blir også omtalt som ikke- tekniske ferdigheter. Dette begrepet omfatter også andre ferdigheter. Vi har på bakgrunn av dette valgt å bruke begrepene teamarbeid og kommunikasjon.

1.3 Oppgavens hensikt

Oppgaven vil bidra til kunnskap om debriefing. Oppgaven vil synnliggjøre debriefingens innvirkning på pasientsikkerheten, som igjen er grunnlaget for alt som gjøres i operasjonsavdelingen. Vi ser derfor på dette som et bidrag til det kirurgiske teamet, ved å forbedre praksis og sikre pasienten peroperativt. Arbeidet kan også bidra til å likestille teammedlemmenes roller.

1.4 Begrepsavklaringer

Følgende begreper er aktuelt å definere eller forklare:

“Pasientsikkerhet defineres som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser” (Folkehelseinstituttet [FHI]).

Operasjonssykepleieren bidrar. Her menes at operasjonssykepleier medvirker til pasientsikkerhet. Operasjonssykepleier har master eller videreutdanning innenfor operasjonssykepleie. Operasjonssykepleieren i oppgaven er tilknyttet det kirurgiske teamet på operasjonsstua.

Debriefing vil utdypes i oppgavens teoretiske referanseramme.

Det kirurgiske teamet består av operasjonssykepleier, anestesisykepleier, kirurg og anestesilege (Oksavik, 2018, s. 203).

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven består av fem hovedkapitler.

Innledningsvis introduseres bakgrunn for valg av tema og oppgavens hensikt. Problemstillingen med avgrensninger presenteres og sentrale begreper beskrives. Oppgavens *metodiske tilnærming* vil beskrive litteraturstudie som metode, og søkestrategi. Videre vil kilde og metodekritikk presenteres. Oppgavens vitenskapelige ståsted og presentasjon av de vitenskapelige artiklene vil utdypes. Den *teoretiske referanserammen* omhandler operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse, pasientsikkerhet og debriefing som hovedtemaer. I *diskusjonsdelen* belyses punkter fra den teoretiske referanserammen i tillegg til eksempler fra praksis. Avslutningsvis oppsummeres innholdet med en *konklusjon*.

2 Metodisk tilnærming

2.1 Litteraturstudie som metode

Oppgaven er en systematisk litteraturstudie hvor prosessen starter med et systematisk søk etter relevant litteratur. Systematisk litteraturstudie kjennetegnes ved at innsamlet forskning vurderes kritisk, for deretter å sammenligne resultat innenfor det valgte temaet (Forsberg & Wengstrøm, 2016, s.30).

2.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Kvalitativ metode søker å finne en bedre forståelse av menneske og samfunn eller grupperinger, og hvordan de forholder seg til hverandre. Kvalitativ forskning lar seg dermed ikke telles eller måles slik som kvantitativ forskning gjør (Dalland, 2017, s. 52). Man kan si at man i kvalitativ forskning søker å forstå og beskrive, mens man i kvantitativ metode ønsker å forklare (Malterud, 2017, s. 39). Når det er sagt, hevder Malterud (2017, s. 38) at likhetene mellom dem er like viktige som forskjellene, da det stilles grunnleggende krav til bruk av verktøy, hvor den vitenskapelige kunnskapen skal presenteres.

2.2.1 Validitet og reliabilitet

Dalland (2017, s. 40) forklarer viktigheten av "troverdig kunnskap" som skal være resultatet av metodene som brukes. Begrepene validitet og reliabilitet gir oss gode føringer på om dette er innfridd i artiklene vi har valgt å bruke. Når et problem eller tema skal undersøkes, må det være relevante og gyldige målinger som utføres. Man kan sjelden si at funn er "sanne," men man kan si noe om hva metoder og materialet vi viser til sier noe om, og hvor breie og overførbare resultatene er (Malterud, 2017, s. 23). Validitetsspørsmålet kan deles inn i "intern" og "ekstern validitet". "Intern validitet" omhandler hva forskningen er sann om, og om begreper og kartleggingsmetoder er relevante for det aktuelle fenomenet. For å få svar på spørsmålene man stiller seg i

forskningen, må man klargjøre om graden av metodebruk og referanserammen er egnet og relevant for å finne svarene (Malterud, 2017, s. 23). “Kontekst” er et nyttig ord for å beskrive “ekstern validitet.” Kan funnene våre overføres utover den kontekst de er forsket frem i? Dersom vi kun konsentrerer oss om den lokale konteksten, og ser bort fra å kunne overføre funnene til andre forhold, kan man anse den eksterne validiteten som svak (Malterud, 2017, s. 24). “Reliabilitet” setter søkelys på om data er forsket frem på en måte som gjør dem pålitelige. De forskjellige delene av prosjektet må være frie for unøyaktigheter (Dalland 2017, s. 60). Det må utføres konsise målinger, hvor feilmarginer må bemerkes (Dalland 2017, s. 40).

Fremgangsmåten til de kvantitative resultatene er lett tilgjengelige og beskrevet. Dette skaper en viss tillit til metoden der det er anledning til å vurdere funnene. Noen av forskningsartiklene er kvalitative studier. Malterud (2017, s. 199) påpeker at kvalitative metoder kan være utfordrende å validitetsvurdere. Det kan eksempelvis være avgjørende hvilken måte man stiller spørsmål på i intervju, og om spørsmål forstås korrekt (Dalland, 2017, s. 60). Funnene i forskningsartiklene er kontrollert opp mot annen faglitteratur. Vi har dermed vurdert at forskningsartiklene oppfyller krav til validitet og reliabilitet.

2.3 Søkestrategi og litteraturvalg

2.3.1 Søkeord og databaser

Bibliotekar ga oss en innføring og søkehjelp i databasen Cinahl. Søkeordene som ble benyttet var *operating room OR operating theatre AND operating room nurse AND perioperative nursing AND intraoperative care AND debriefing AND checklist AND patient safety AND occupational stress*. Et nytt søk inkluderte de samme søkeordene med unntak av *occupational stress*. Ord som ble lagt til var *communication failure AND formative feedback AND teamwork AND nurse intraoperating care*.

Det nye søket fikk betydning for valget av artikler som omhandler det kirurgiske teamets holdninger til teamarbeid og kommunikasjon da vi anså dette som betydningsfullt for bruk av debriefing. Søkeordene ble benyttet i noe ulike kombinasjoner avhengig av de ulike databasene. Rammeverket PICO ble benyttet for å kunne utføre et systematisk søk

i databaser. Anvendelse av PICO anses som et relevant og viktig verktøy i kunnskapsbasert arbeid (Nortvedt et al., 2012, s. 33). Se vedlegg nummer 1.

Databaser som er benyttet er Cinahl, Proquest, Pubmed og Oria. Både Cinahl og Pubmed består av artikler med sykepleiefaglig innhold (Nortvedt et al., 2012, s. 52). Databasen Proquest inkluderer både helsefaglige, sykepleierett og samfunnsvitenskapelige artikler. Oria er norske fag- og forsknings bibliotekets eget oppslagsverk der sykepleievitenskapelige artikler er lett tilgjengelig med fulltekst.

2.3.2 Litteraturvalg

De utvalgte forskningsartiklene inkluderer ti engelskspråklige og to norske. Av disse er fem kvalitative og syv kvantitative. Vi har inkludert en masteroppgave som var av interesse da den omhandler operasjonssykepleierens opplevelser i det kirurgiske teamet. Øvrig litteratur inneholder fagbøker, elektroniske nettsider og retningslinjen "How to Guide" utgitt av NPSA (2010).

2.3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

De utvalgte vitenskapelige artiklene har IMRaD struktur som består av introduksjon, metode, resultater og diskusjon (Dalland, 2017, s. 163). Artikler fra ulike land er inkludert der flere av funnene til tross for geografiske distanser viste seg å ha likhetstrekk, men også forskjeller. De vitenskapelige artiklene ble søkt opp under advanced search og fulltekst. Vi benyttet søkene i en tidsramme på maksimalt ti år, for å sikre oss nyere forskningsfunn.

2.4 Kildekritikk og kritisk vurdering av artikler

De vitenskapelige artiklene er kritisk vurdert ved bruk av kunnskapssenterets sjekklister og oppfyller gjeldende krav. Formålet med studiene er klart formulert, problemstillinger besvares, etiske forhold er vurdert og resultatene fremstår presise med hovedfunn (FHI, 2014). Flere av tidsskriftene hadde vi ikke kjennskap til fra før. Søk i register over

vitenskapelige publiseringskanaler på nettsiden “Norsk senter for forskningsdata”, ga oss informasjon om at disse var pålitelige tidsskrifter på nivå en. De anvendte artiklene er fagfellevurdert, hvilket innebærer at det er utført en kontroll og kvalitetssikring av publikasjonene (Nortvedt et al., 2012, s. 197). Vi finner at NPSA er en arkivert nettside, der kun retningslinjer er tilgjengelig. Vi har kontrollert innholdet i den anvendte retningslinjen opp mot WHO, vitenskapelige artikler, samt fagbøker, og finner de samme likhetene vedrørende debriefing. Vi har på grunnlag av dette valgt å beholde denne kilden da det var NPSA som utviklet den utvidede sjekklisten og anbefalte implementering i England og Wales. Det er i størst mulig grad forsøkt å benytte primærkilder. Artikkelmatiser se vedlegg nummer 2.

2.5 Metodekritikk

Litteraturstudie som metode forklares som et viktig bidrag, der et innsnevret tema kan settes inn i en større sammenheng. En litteraturstudie kan ved innhenting av eksisterende forskning bidra til å sette søkelys på nye synspunkter som ikke tidligere er oppdaget (Oliver, 2012, s. 6). En utfordring kan være at ikke alle forskningsresultater og tidsskrifter knyttes opp til databaser. Vi kan dermed ha gått glipp av viktige forskningsfunn som for eksempel masterarbeid eller doktorgradsavhandlinger (Nortvedt et al., 2012, s. 137). Forskning som ikke har kommet med nye resultater kan i noen tilfeller unnlates å publiseres, eller man kan gå glipp av forskning som ikke er avsluttet (Nortvedt et al., 2012, s. 137).

På tross av at vi ved bruk av litteraturstudie som metode, gjennomgår mye forskning og artikler på aktuelt tema, er det ikke gitt at vi har kommet frem til den beste løsningen for vår oppgave. Det er vår tolkning av resultatene vi finner av forskningen som presenteres i oppgaven. Resultatene kunne sett annerledes ut om andre personer hadde tolket funnene (Malterud, 2017, s. 45). De vitenskapelige artiklene består av enkeltstudier, vi har dermed ikke brukt og heller ikke funnet randomiserte studier til oppgaven. Oppgaven gir oss ikke anledning til å få testet ut relevante funn og metode i praksis. Vi har bevisst ikke nevnt hvilke seksjoner og sykehus vi har vært tilknyttet til i praksis for å ivareta taushetsplikt.

2.5.1 Alternativ forskningsmetode

I flere av de vitenskapelige artiklene benyttes spørreundersøkelsen “The safety attitude questionnaire” [SAQ], eller en versjon tilpasset kirurgiske avdelinger, SAQ - “operating room.” SAQ har blitt benyttet i forbindelse med den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen ved innføring av “Trygg kirurgi” (Helsedirektoratet, 2017). Spørreundersøkelsen har til hensikt å avdekke eller måle forbedringer vedrørende personalets holdninger til pasientsikkerhetskultur (Helsedirektoratet, 2017; Haugen & Storm, 2015, s. 79-82). Kategorier som inngår er blant annet spørsmål om teamarbeid, sikkerhetsklima, arbeidsmiljø og stress, ledelse og jobbtilfredshet. Pasientsikkerhetsprogrammet “I trygge hender” etterlyser økt forskning på pasientsikkerhet og forbedringsarbeid (Helsedirektoratet, 2017).

Sett bort fra oppgavens rammebetingelser ville det vært interessant å kunne inkludere en slik forskningsmetode for å kartlegge behov for forbedringsarbeid på en operasjonsavdeling. Resultatene kunne vært nyttig til en kvalitativ tilnærming knyttet til personalets opplevelse av kommunikasjon i teamarbeid, og om pasientsikkerheten oppleves god eller dårlig. Resultatene kunne slikt sett medvirke til oppfordring av tiltak som for eksempel debriefing.

Et annet alternativ er metoden Leonardsen (2015) har valgt, der det utføres individuelle dybdeintervjuer angående tverrfaglig samarbeid. Dersom det hadde vært mulig å benytte et identisk intervjumateriale kunne dette blitt et interessant sammenligningsgrunnlag til en kvalitativ studie, et sammenligningsgrunnlag Leonardsen (2015, s. 226) også etterlyser. Det påpekes i studien at forskningsfunnene kan brukes til videreutvikling av sjekklisten “Trygg kirurgi”.

2.6 Hermeneutikk som vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Hermeneutikk betyr opprinnelig å tolke, eller fortolke. Det betegnes som en forstående metode, der det søkes å utforske hva forståelse er (Thomassen, 2013, s. 159). Etter hermeneutisk tradisjon ønsker man å forstå forskningsobjektets verden, ved å sette seg inn i dens situasjon, og herfra se deres perspektiv. I hermeneutisk metode er det selve teksten, handlinger eller symboler i seg selv som fortolkes (Forsberg & Wengstrøm, 2016, s. 50). En tekst kan på denne måten leve fritt og åpen for tolkning av andre. Den løsriver seg fra forfatteren, og tekstens opprinnelige utgangspunkt og kommunikasjonssituasjon blir borte. Teksten i seg selv får ny mening og egen autonomi (Thomassen, 2013, s. 166). I vår oppgave vil en hermeneutisk tilnærming bli brukt ved at vi samler inn litteratur, med utgangspunkt i vår forforståelse av temaet. Her må også "den hermeneutiske spiral" nevnes, da vår forforståelse om temaet allerede er satt, men gjennom nye tekster tolker vi oss frem til nye perspektiver, vår forforståelse utvides, delene tolkes annerledes, sett i den nye helhetens perspektiv (Gadamer, 2010, s. 303; Malterud, 2017, s. 28).

2.6.1 Forforståelse

Forsberg & Wengstrøm (2016, s. 40) mener at forforståelse er den kunnskap om valgte tema forskeren har med seg fra før. Denne samlingen av kunnskap og erfaring kan opptre både som en styrke og svakhet for arbeidet. Den kan fungere som en motivasjon for å søke kunnskap, den kan samtidig begrense ved å føre forskningen i den retningen forforståelsen ønsker (Malterud, 2017, s.44-45). Ved arbeidets begynnelse er det viktig at vi er bevisst vår forforståelse da vi alltid vil bære på en mening om temaet (Thomassen, 2013, s. 86). Man kan ikke unngå å lete etter det som bekrefter vår forforståelse, noe vi har kjent oss igjen i gjennom både litteratursøk og oppgavens valgte vinkling (Dalland, 2017, s. 58). Vårt utgangspunkt var å undersøke om debriefing er et positivt verktøy for det kirurgiske teamet. I litteratursøk styrer vår forståelse oss i retning av å innhente informasjon som underbygger vår forforståelse. Dette kan gjøre oss blinde for alternative svar som eksisterer. Det er av den grunn viktig at vi også søker informasjon som avkrefter og utfordrer vår forforståelse (Dalland, 2017, s. 58). Når vi leser den samme innhentede litteraturen med et åpent blikk har vi oppdaget at vi tilegner oss nyttig

informasjon som har vært med på å forme oppgavens vinkling. Eksempelvis ved å også søke etter utfordringer ved bruk av debriefing. Synspunkter vi uten et åpent blikk kunne gått glipp av.

2.7 Presentasjon av vitenskapelige artikler

“Effects of perioperative briefing and debriefing on patient safety: a prospective intervention study”. 2017. K.B.M. Siew Lan Leong, M. Hanskamp- Sebregts, R. A. Van der Wal, A.P, Wolff. Publisert i: BMJ Open.

Kvantitativ studie der det kartlegges effekt ved innføring av briefing og debriefing. Resultatene viser endringer i personalets arbeidsmiljø der teammedlemmene uttrykker positive reaksjoner på innføring av briefing og debriefing. Briefingen ble utført på under fire minutter. Det konkluderes med at innføringen medbrakte en mer effektiv gjennomføring av operasjonsprogrammet. Innføring av briefing og debriefing relateres til å ha en positiv effekt på pasientsikkerhet. Det konkluderes også med at vekslende personalteam har mest utbytte av briefing og debriefing.

“Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet”. 2015. A. C. L. Leonardsen. Publisert i: Nordisk sygeplejeforskning.

Kvalitativ studie der det ses på ulike opplevelse av samarbeid, og årsaker til de ulike opplevelsene innad i det kirurgiske teamet. Resultatene viser at det oppleves hierarki innad i teamet. I tillegg avdekkes det ulike opplevelse av stress, ulike forståelse og ulike involvering i teamet. Det konkluderes med at kirurger og operasjonssykepleiere vektlegger ulike oppfattelser i begrepene respekt og kommunikasjon. Sjekklisten trygg kirurgi trekkes frem som et godt utgangspunkt til forbedringsarbeid for å sikre et godt tverrfaglig samarbeid i det kirurgiske teamet.

“Ikke- tekniske ferdigheter i utøvelsen av operasjonssykepleie”. 2015. G. Rasmussen., M. G. Wangen., K. Torjuul. Publisert i: Nordisk sygeplejeforskning.

Kvalitativ studie der hensikten er å vise at ikke- tekniske ferdigheter kan forebygge uønskede hendelser og videre om teamarbeid kan bli bedre i utøvelse av operasjonssykepleie. Det konkluderes med at økt bevissthet og opplæring i ikke- tekniske

ferdigheter kan bidra til økt pasientsikkerhet, bedre samarbeid arbeidsmiljø innad i det kirurgiske teamet.

“Briefing and debriefing in the cardiac operating room. Analysing of impact on the theatre team attitude and patient safety”. 2010. S. C. Papaspyros., K. C. Javangula., R. K. P. Adluri., D. J. O’Regan. Publisert i: Interactive cardiovascular and thoracic surgery.

Kvalitativ studie der briefing og debriefing er innført på en kardiologisk operasjonsavdeling. Det ble samtidig registrert antall uønskede hendelser. Det oppleves at samarbeid og kommunikasjon er forbedret etter innføring av briefing og debriefing. Det konkluderes med at innføring av briefing og debriefing kan øke pasientsikkerheten og kommunikasjonen i teamet ettersom man kan tilegne seg erfaringer gjennom refleksjon, forbedret praksis og raske tilbakemeldinger.

“Use of a surgical safety checklist to improve team communication”. 2016. R. A. Cabral., T. Eggenberger., K. Keller., B. S. Gallison., D. Newman. Publisert i: AORN journal.

Kvantitativ studie som henviser til et stort antall uønskede hendelser som foregår på operasjonsstua. Hensikten med studien er å evaluere om innføring av sjekkliste vil påvirke personalets opplevelse av kommunikasjon, arbeidsmiljø og sikkerhetskulturen i en positiv retning for dermed å forbedre pasientsikkerheten. Studien konkluderer med forbedret teamarbeid, kommunikasjon og sikkerhetskultur på avdelingen. Forfattere fremhever at briefing og debriefing skapte større spillerom til å bruke sin stemme til fordel for pasientsikkerheten. Spesielt sykepleiernes opplevelse av kommunikasjon viste bedre resultat etter innføring av sjekklisen sammenlignet med før.

“Coaching to improve the quality of communication during briefings and debriefings”. 2014. C. Kleiner., T. Link., M. T. Maynard., K. H. Carpenter. Publisert i: AORN journal.

Kvalitativ studie der operasjonsteam observeres for å kartlegge om coaching kan bedre kvaliteten på briefing og debriefing. Resultatene viser at bruken av briefing ble gjennomført med 100% både før og etter bruk av coach. Kommunikasjonen viste bedre resultater etter bruk av coaching og anbefales som en metode for å tilegne seg kommunikasjonsferdigheter.

“Differences in nurse and surgeon perceptions of teamwork: Implications for use of a briefing checklist in the OR”. 2010. B. T. Carney., P. West., J. Neily., P. D. Mills., J. P. Bagian.

Publisert i: AORN journal.

Kvantitativ studie. Bakgrunnsinformasjon for studien rettes mot uønskede hendelser. Disse uønskede hendelsene relateres til svikt i kommunikasjon og teamarbeid. Hensikten er å avdekke om operasjonssykepleiere og kirurger har ulike persepsjoner på kommunikasjon. I ledd av pasientsikkerhetsarbeid ble det innført briefing og debriefing sjekkliste. Funn viser diskrepans i opplevelse av teamarbeid. Det konkluderes med at bruk av sjekkliste har vist seg å forbedre teamarbeid i det kirurgiske teamet, men det er likevel utfordrende å arbeide med holdninger vedrørende teamarbeid og pasientsikkerhet.

“Safety culture and the 5 Steps to Safer Surgery: an intervention study”. 2015. M. R. Hill., M. J. Roberts., M. L. Alderson., T. C. E. Gale. Publisert i: British journal of anaesthesia.

Formålet med denne kvantitative studien er å avdekke om implementering av fem trinns sjekkliste har medført økt sikkerhetskultur og dermed økt pasientsikkerhet. De fem trinnene involverer briefing med det kirurgiske teamet før inngrepet, de tre trygg kirurgi punktene, etterfulgt av en debriefing etter inngrepet. Resultatene viser at personalet opplever økt arbeidstilfredshet, bedre ledelse, forbedret sikkerhetsmiljø og teamarbeid. De ansatte synes briefing var en viktig del av trygg kirurgi.

“Use of briefings and debriefings as a tool in improving teamwork, efficiency, and communication in the operating theatre”. 2011. R. Bethune., G. Sasirekha., A. Sahu., S. Cawthorn., A. Pullyblank. Publisert i: BMJ journals.

Kvantitativ studie med kvalitativt innslag der personalet kunne skrive noen egne kommentarer på avkrysningsskjema. Hensikten er å avdekke de ansattes holdninger til innføring av briefing og debriefing. De ansatte mente at briefing var et nyttig verktøy for å avdekke eventuelle problemer og utfordringer tidlig i operasjonsforløpet. Innføring av briefing medførte et mer effektivt operasjonsprogram. Briefing og debriefing hadde en positiv påvirkning på kommunikasjon og teamarbeid. Det viste seg å være utfordrende å gjennomføre debriefing da teamet ofte var oppdelt på slutten av dagen.

“Attitudes to teamwork and safety among Italian surgeons and operating room nurses”.

2014. G. Prati., L. Pietrantonio. Publisert i: Work

Formålet med denne kvantitative studien er å avdekke personalets holdninger knyttet til teamarbeid og sikkerhet. Resultatene viser at det er ulikheter mellom kirurgene og operasjonssykepleiere, der kirurgene opplever teamarbeid, sikkerhet, lederskap og kommunikasjon mer positivt enn hva operasjonssykepleierne uttrykker. Operasjonssykepleierne beskriver at sikkerhetsregler og prosedyrer oftere ble brutt enn hva kirurgene beskrev. Funnene i studien understøttes med at det er behov for øvelser i utvikling av teamarbeid og mellommenneskelige faktorer.

“Identifying best practice guidelines for debriefing in surgery: a tri- continental study”.

2012. M. Ahmed., N. Sevdalis., J. Paige., R. Paragi-Gururaja., D. Nesle., S. Arora. Publisert i: The American journal of surgery.

Kvalitativ studie der hensikten er å se hva debriefing kan gjøre for å optimalisere læring i ulik kirurgisk trening, både simulering og i klinikken. Resultatene viste at en god debriefing inkluderer blant annet en passende tilnærming, engasjement for læring, at man har forståelse for læresituasjonen i tillegg til at man reflekterer og analyserer. Studien konkluderer med at det er nødvendig å styrke utøvelsen av strukturert debriefing i operasjonsavdelingen, og at det første steget er å identifisere de viktigste punktene for en effektiv debriefing.

“Interprofessional team assessments of the patient safety climate in swedish operating rooms: a cross sectional survey”.

2017. C. Göras., M. Unbeck., U. Nilsson., A. Ehrenberg. Publisert i: BMJ open.

Bakgrunnen for denne kvantitative studien er å identifisere og sammenligne de ulike faggruppenes holdning til pasientsikkerhet i operasjonssavdelingen. Videre undersøker forfatterne hvilke holdninger ledere oppfattet at de ansatte hadde til pasientsikkerhet. Forfatterne konkluderte med varierende holdninger og svakheter i forhold til pasientsikkerhet i operasjonsavdelingen. Man fant lavest tilfredshet hva gjaldt arbeidsforhold blant operasjonssykepleiere, i forhold til kirurger. Forfattere fremhever at pasientsikkerhetsarbeid må løftes frem, og støttes av operasjonsavdelingens ledere.

2.7.1 Oppsummering av funn

Etter å ha systematisert de vitenskapelige artiklene valgte vi å inndele resultatene i ulike fokusområder som vil gjenkjennes i oppgavens teori- og diskusjonsdel.

Pasientsikkerhet: Det viser seg å være bekymringsverdige holdninger til sikkerhetskultur (Göras et al., 2017; Papaspyros et al., 2010). Det oppfordres til å involvere ledelsen til å forbedre pasientsikkerhetsarbeidet (Göras et al., 2017). Det avdekkes ulike holdninger til sikkerhetskultur blant operasjonssykepleiere og kirurger, der operasjonssykepleiere opplever håndteringen av uønskede hendelser som mer negativ enn kirurgene. (Prati & Pietrantonio, 2014).

Debriefing: Briefing og debriefing viser seg å ha en positiv effekt på sikkerhetskultur, teamarbeid og kommunikasjon hvilket kan knyttes til pasientsikkerhet (Cabral et al., 2016; Hill et al., 2015; Leong et al., 2017). Fire av forskningsartiklene omhandler hva briefing og debriefing burde inneholde. Her beskrives fellesskapsfølelse, forebygge uønskede hendelser, utvikle bedre ferdigheter innenfor kommunikasjons- og teamarbeid, utjevne yrkesroller og hierarki. (Ahmed et al., 2012; Bethune et al., 2011; Kleiner et al., 2014; Papaspyros et al., 2010). Fem av artiklene omhandler implementering av briefing og debriefing. Felles funn ved implementering av debriefing er at de ansatte opplevde forbedret kommunikasjon og teamarbeid (Bethune et al., 2011; Hill et al., 2015; Kabral et al., 2016; Papaspyros et al., 2010). Følelsen av å være mer verdsatt og trygg fremheves (Papaspyros et al., 2009), samt at operasjonssykepleier får større innflytelse i det kirurgiske teamet (Hill et al., 2015). Debriefing blir nevnt som utfordrende å gjennomføre, det kan være vanskelig å samle teamet avhengig av når det skal utføres (Bethune et al., 2011). En annen utfordring er at problemer som tas opp og læringsmål ikke følges opp, hvilket pålegges å være et lederansvar (Leong et al., 2017). Debriefing kan miste sin effekt dersom man kun tar opp negative hendelser (Ahmed et al., 2012). Bruk av coaching til forbedringsarbeid ved briefing og debriefing kan ha en positiv effekt (Kleiner et al., 2014). Debriefing kan fange opp og forebygge uønskede hendelser (Papaspyros, 2010). Vekslede team viser seg å ha best utnytte av debriefing (Leong et al., 2017).

Teamarbeid og kommunikasjon: Det eksisterer ulike opplevelser av teamarbeid og kommunikasjon blant medlemmene i det kirurgiske teamet (Carney et al., 2010; Leonardsen, 2015; Papaspyros et al., 2010; Prati & Pietrantonio, 2014). Flere av funnene konkluderer med at operasjonssykepleier opplever samarbeidet og kommunikasjon i teamet som dårligere enn kirurgene. Hierarki og herunder manglende respekt samt ulik forståelse av samarbeidets komponenter trekkes frem som noen av årsakene til diskrepansen (Leonardsen, 2015; Prati & Pietrantonio, 2014).

3 Teoretisk referanseramme

3.1 Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse

Operasjonssykepleie er en egen profesjon og et spesialfag der det kreves avansert kunnskap om den kirurgiske pasienten. Operasjonssykepleieren arbeider ofte med pasienter som er i en livstruende situasjon der det forventes at avgjørelser og vurderinger blir tatt hånd om på en profesjonell måte (Eide & Dāvøy, 2018, s. 28; NSFLOS, 2015). Funksjonsbeskrivelsen stadfester at operasjonssykepleieren “bidrar til faglig forsvarlig pasientbehandling og pasientsikkerhet ved å forebygge infeksjoner, skader og andre komplikasjoner og hindre smittespredning” (NSFLOS, 2015). Ansvars- og funksjonsbeskrivelsen setter ord og føringer på alle de områdene som danner grunnlaget for operasjonssykepleie med de retningslinjer og krav som følger med. Dette inndeles i funksjonsområder innenfor terapeutisk ansvar, pedagogisk ansvar, administrativt ansvar og fagutvikling- og forskningsansvar (NSFLOS, 2015).

Operasjonssykepleierens administrative funksjon, samt fagutviklings- og forskningsansvar er relevant for oppgaven. Den administrative funksjon er aktuell da den kan knyttes til at operasjonssykepleieren “bidrar til gjennomføring av «Trygg kirurgi» for å sikre og ivareta pasientsikkerhet” og “samarbeider med virksomhetens øvrige faggrupper for å sikre kvalitet og kontinuitet til pasienten” (NSFLOS, 2015). Operasjonssykepleieren “tar faglig ledelsesansvar i utøvelse av operasjonssykepleie, og bidrar til et sikkert samarbeid og kommunikasjon i teamet” (NSFLOS, 2015). Den administrative funksjonen er også sentral da operasjonssykepleieren skal bidra til godt samarbeid. Dette understøttes med at “medarbeidere får anledning til å utvikle evner og anlegg og ta ansvar i arbeidssituasjonen, med det mål å bedre kvaliteten og tilbudet til pasienten”.

Funksjonsområdet fagutvikling- og forskningsansvar kan knyttes til operasjonssykepleierens søken etter oppdatert forskning, hvilket kan bidra til bevisstgjøring av kollegaer. “Tar ansvar for å være oppdatert gjennom kontinuerlig faglig utvikling og læring, og således sørge for en kunnskapsbasert praksis basert på den beste tilgjengelige kunnskapen”.

En aktuell paragraf fra Specialisthelsetjenesten angående kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet lyder: "Enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet" (Spesialisthelsetjenesten, 2012 § 3-4 a).

3.1.1 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer er ment for å sikre en god sykepleiepraksis der det stilles krav til vår profesjonsetikk som utøvende sykepleiere (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2016). Nortvedt (2008, s.124) forklarer sykepleiens etikk med at vi enten hjelper et menneske til egenomsorg, eller utfyller den mangelen som finnes. Retningslinjene beskriver både sykepleierens forhold til profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet. Sykepleieren har både et faglig, etisk og personlig ansvar vedrørende alle vurderinger som må tas i sin profesjon. Dette understrekes med at sykepleieren "holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis" (NSF, 2016).

Handlingene vi gjør overfor både pasienter, kollegaer og pårørende skal være preget av respekt og omsorg (NSF, 2016). Den omsorgen vi utøver for pasientene fremheves ved at sykepleieren "har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom" (NSF, 2016).

3.2 Pasientsikkerhet

Helse- og omsorgsdepartementet (2017) står bak det femårige nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender". WHO utviklet i 2008 "Safe Surgery Saves Lives" for å sette pasientsikkerhet på dagsorden (Murphy, 2015, s. 21; WHO, 2009). Den norske versjonen kjenner vi som "Trygg kirurgi". Stortinget legger frem årlige meldinger om kvalitet og pasientsikkerhet med hensikt å følge med på utvikling over tid. Helse- og omsorgsdepartementet (2016) poengterer at informasjonsflyt og kommunikasjon er vesentlige punkter for å bidra til pasientsikkerhet. Det opplyses at pasientsikkerhet og

arbeidsmiljø må ses i sammenheng. Pasientsikkerhet er nært knyttet til kvalitet. Kvalitet kan kjennetegnes ved at det skal være virkningsfullt, trygt og sikkert (Aase, 2018, s. 15). Ettersom pasientsikkerhet skal trygge og sikre, blir motpolen at pasienten utsettes for uønskede hendelser. Med uønskede hendelser tenker vi på pasientskader som kunne vært mulig å forebygge (Aase, 2018, s. 16). Eksempler på uønskede hendelser kan være trykksår, fall, postoperative sårinfeksjoner, gjenglemte kompresser og utstyr inne i pasienten eller kateterassosierte infeksjoner og i verste fall død (Murphy, 2015, s. 22). Murphy (2015, s. 16) påpeker at uønskede hendelser ofte relateres til menneskelig svikt fremfor teknisk svikt.

Sikkerhetskultur er et begrep som relateres til pasientsikkerhet. Vi finner følgende definisjon mest relevant: "Sikkerhetskultur er summen av de ansattes kunnskap, motivasjon, holdninger og atferd som kommer til uttrykk gjennom virksomhetens totale sikkerhetsatferd" (Nasjonal sikkerhetsmyndighet, 2014).

3.2.1 «Trygg kirurgi»

Deler av "Trygg kirurgi" sjekklisten gjennomføres oftest av operasjonssykepleieren, hvilket har gitt en opplevelse av å være mer inkludert i det kirurgiske teamet (Haugen & Dāvøy, 2018, s. 192). Sjekklisten sikrer en standardisert gjennomgang av viktig informasjon relatert til den enkelte pasient. "Trygg kirurgi" sjekkliste er i tillegg til å sikre pasienten et bidrag til å forbedre teamarbeid og kommunikasjon. Sjekklisten består av tre trinn som inkluderer forberedelse, "Time- out" og avslutning. I den første delen skal pasientens identitet kontrolleres, inkludert operasjonsfelt og side. "Time- out" innebærer at teamet presenteres for hverandre, de nevnte delene av første trinnet dobbeltkontrolleres, risikofaktorer oppsummeres og det tas stilling til tromboseprofylakse og infeksjonsforebyggende tiltak. Avslutningsdelen inneholder en oppsummering av utført inngrep, kontroll av utstyr og hva som skal følges opp videre. (Haugen & Dāvøy, 2018, s. 193). "Trygg kirurgi" sjekkliste se vedlegg nummer 3.

3.2.2 «Five Steps to Safer Surgery»

Til forskjell fra vår “Trygg kirurgi” sjekkliste, inneholder England og Wales “Five Steps to Safer Surgery”, en briefing før forberedelse og en debriefing etter avslutning (Hill et al., 2015; NPSA, 2010, s. 9; WHO, 2016, s. 3). NPSA (2010, s.7) påpeker at briefing og debriefing før og etter kirurgi er essensielt for å oppnå den ønskede effekten i teamarbeid som “Safe Surgery Saves Lives” ønsker å oppnå. Kampanjen “Patient Safety First” ble introdusert i forbindelse med implementeringen av denne utvidete sjekklisten, hvor bakgrunnen var at flere deler av sjekklisten ville bli mer effektiv om man innførte faste rutiner for briefing og debriefing (WHO, 2016, s. 3). Det ble i første omgang utført flere pilotstudier. Deretter kom anbefaling om å innføre femtrinns sjekklisten på sykehus (Hill et al., 2015, s. 959). Kontrollstudie etter et års bruk av femtrinns sjekklisten viste til at personalet opplevde sjekklisten som verdifull og nyttig (Hill et al., 2015, s. 960). Illustrasjon “Five Steps to Safer Surgery” se vedlegg nummer 4.

3.3 Debriefing

Debriefing har sitt utspring innenfor jegerflygning og pilotsikkerhet, og ble i 1979 standard prosedyre innen flysikkerhet. Hensikten har vært å redusere antall menneskeskapte uønskede hendelser som kan oppstå (Papaspnyros et al., 2010). I likhet med risikofaktorer i luften, er også personer utsatt for uønskede hendelser som følge av et besøk på et annet høyriskoområde, nemlig operasjonsstuen (Bethune et al., 2011, s. 1; Flin et al., 2008, s. 4).

3.3.1 Debriefingens formål

Debriefingen bør utføres i kort tid etter operasjonen der alle teammedlemmer er tilstede for å ta opp både positive og utfordrende situasjoner som har dukket opp underveis. Gjennomføringen kan også skje på slutten av dagen eller som fortløpende tilbakemeldinger under inngrepet (Bethune et al., 2011; Papaspnyros et al., 2010). Debriefing kan gjennomgås punktvis ved bruk av en sjekkliste der aktuelle spørsmål er: bekymringer vedrørende kommunikasjonen og sikkerheten, om noe kunne blitt gjort

annerledes og hva som kan forbedres (Papaspys et al., 2010). Alle i teamet kan komme med synspunkter knyttet til arbeidet som er gjort (Leong et al., 2017; NPSA, 2010). Det skal tilstrebes at tilbakemeldingene er konstruktive fremfor en negativ fremtoning (Papaspys et al., 2010, s. 44). Debriefingen skal være oppgavefokusert, der man skal unngå ta opp personlige henvendelser som kan krenke andre i teamet (Flin et al., 2008, s. 84; WHO, 2016, s.3). Det skal derimot fokuseres på positive sider ved arbeidet, i tillegg til forbedringspotensialer. Enhver av teammedlemmene kan lede debriefing, så lenge de er introdusert for teamet med navn og funksjon (WHO, 2016, s. 3).

3.3.2 Debriefingens innhold

Debriefingen bør utføres i kort tid etter operasjonen der alle teammedlemmer er tilstede for å ta opp både positive og utfordrende situasjoner som har dukket opp underveis. Gjennomføringen kan også skje på slutten av dagen eller som fortløpende tilbakemeldinger under inngrepet (Bethune et al., 2011; Papaspys et al., 2010). Debriefing kan gjennomgås punktvis ved bruk av en sjekkliste, der aktuelle spørsmål er: bekymringer vedrørende kommunikasjonen og sikkerheten, om noe kunne blitt gjort annerledes og hva som kan forbedres (Papaspys et al., 2010). Alle i teamet kan komme med synspunkter knyttet til arbeidet som er gjort (Leong et al., 2017). Det skal tilstrebes at tilbakemeldingene er konstruktive fremfor en negativ fremtoning (Papaspys et al., 2010, s. 44). Debriefingen skal være oppgavefokusert, der man skal unngå ta opp personlige henvendelser som kan krenke andre i teamet (Flin et al., 2008, s. 84; WHO, 2016, s.3). Det skal derimot fokuseres på positive sider ved arbeidet, i tillegg til forbedringspotensialer. Enhver av teammedlemmene kan lede debriefing, så lenge de er introdusert for teamet med navn og funksjon (WHO, 2016, s. 3).

3.3.3 Teamarbeid

“Ett team er en gruppe som består av ett mindre antal individer med ulike kompetenser som arbeider tilsammen, eller med integrerte arbeidsoppgifter, i syfte att nå ett visst mål” (Lind, 2016, s. 251).

Det som skiller kirurgiske team fra team i andre yrkesgrupper, er at forhold raskt kan endres. Ifølge Flin et al. (2008, s. 94) bygger et team på å støtte hverandre, løse konflikter, utveksle informasjon og koordinere oppgaver. Teamet jobber tett sammen i varierende tidsrom, noe som setter krav til god samhandling mellom faggruppene (Strand & Oksavik, 2018, s. 203-205). Ikke bare forholdene, men også teamsammensetningen kan raskt endres, og noen ganger samarbeider man med personer man ikke kjenner fra før. Kvaliteten på samarbeidet i det kirurgiske teamet kan påvirke resultatet av behandlingen, der hele temaet har likestilt ansvar (Leonardsen, 2015, s. 219; Strand & Oksavik, 2018, s. 203). Oksavik (2018, s. 209) hevder at et godt teamarbeid kan spare pasienten for unødig tid på operasjonsbordet, liggende i narkose og at operasjonssåret kan lukkes tidligere.

3.3.4 Kommunikasjon

Det er ifølge Flin et al. (2008, s. 78) fire hovedpunkter som er aktuelle ved forbedringsarbeid av kommunikasjonen. Dette involverer tydelighet, timing, selvsikkerhet og aktiv lytting. Aktiv lytting innebærer både non-verbal og verbal kommunikasjon, der sistnevnte involverer å stille spørsmål. Å stille spørsmål anses også som utforskende ferdigheter, der spesielt de åpne spørsmålene, "hvordan, hva og hvorfor", kan innhente informasjon eller bidra til refleksjon (Eide & Eide, 2010, s. 276). Kommunikasjonsferdigheter kan best tilegnes ved praktiske øvelser, der man trener på å stille gode spørsmål og formidle informasjon. Å utvikle kommunikasjonsevner handler i stor grad om å utnytte de mulighetene man har, for deretter å reflektere over både seg selv og egen praksis, noe som gjerne kan gjøres sammen med andre (Eide & Eide, 2010, s. 22).

Operasjonssykepleieren har et medansvar til å skape trygghet som oppmuntrer medlemmene til å si fra om pasientsikkerheten blir satt på prøve, dette ved å respektere hverandres synspunkter (Oksavik, 2018, s. 209). Leonardsen (2015, s. 223) viser til god kommunikasjon som en av to hoveddeler i et godt teamarbeid, hvor respekt er likestilt med dette. Studien viser videre at mellommenneskelige faktorer og følelsen av å bli sett og hørt var nøkkelfaktor til god kommunikasjon i teamet (Leonardsen, 2015, s. 223).

4 Diskusjon

Gjennom diskusjonen søker vi å finne flere perspektiver på vårt tema, å være åpen for flere vinklinger enn det vår for forståelse foreløpig har brakt oss. Å utvide sin horisont i diskusjonsdelen er ifølge Dalland (2017) en viktig del av prosessen. Den nye kunnskapen vi har tilegnet oss gjør det nødvendig å drøfte ulike refleksjoner som har oppstått underveis i arbeidsprosessen. Konsekvenser knyttet til debriefing, teamarbeid og kommunikasjon vil bli drøftet opp mot operasjonssykepleietiltak. Relevante funn fra de vitenskapelige artiklene vil drøftes i lys av problemstillingen: *“Hvordan kan operasjonssykepleieren bidra til pasientsikkerhet ved bruk av debriefing i det kirurgiske teamet?”*

4.1 Pasientsikkerhet

Haugen & Dāvøy (2018) poengterer at det i de siste ti årene har vært et økende fokus på pasientsikkerhet, og at det samtidig har vært en forandring i hvordan man forstår pasientsikkerheten. Feil i systemperspektiv trekkes frem og blir satt i søkelyset, i motsetning til feil hos enkeltindividet. Papaspyros et al. (2010) legger til at feil hos enkeltindividet kan knyttes til en “kultur av skyld.”

4.1.1 Har vi gode nok holdninger til pasientsikkerhet?

Som nevnt tidligere, representerer operasjonsavdelingen et komplekst miljø, med store krav til personalets kompetanse (Leonardsen, 2015; Leong et al., 2017). Det daglige arbeidet utføres tverrfaglig, og alle har sine definerte oppgaver. Det kirurgiske teamet jobber mot et felles mål, et best mulig resultat for pasienten (Oksavik, 2018). Det felles bidraget til pasientsikkerhet skal vise seg ved at vi arbeider systematisk for kvalitetsforbedring (Helsepersonelloven, 2012 § 3-4 a). På bakgrunn av dette er det interessant og med undring man kan lese forskning som viser at holdninger til pasientsikkerheten i operasjonsavdelinger kunne vært bedre (Göras et al., 2017). På tross av at teorien forteller oss at synet på pasientsikkerhet har endret seg fra individnivå til et

systemperspektiv (Haugen & Dāvøy, 2018), påpeker Papaspyros et al. (2010) at for å komme nærmere et sikrere helsetilbud, er det kulturen i helsevesenet som er utfordringen. De understreker at kulturen ofte er slik at man ser på feil som en grunn til å fordele skyld, i stedet for å løfte feilene opp til evaluering og læring, og forbedre systemet (Papaspyros et al., 2010, s.43). Göras et al. (2017) etterspør økt forskning på forbedringsarbeid av personalets holdninger til pasientsikkerhet i operasjonsavdelinger. De fant i sin studie bekymringsfulle tall som indikerer at ansattes holdninger til pasientsikkerhet representerer et utilstrekkelig pasientfokus (Göras et al., 2017, s. 6). Ledelsen derimot antok at de ansatte hadde bedre holdninger enn hva resultatene viste. Man kan spørre seg, hva skal til for å endre holdninger til pasientsikkerhet? Göras et al. (2017) poengterer at det er lederne som står med det øverste ansvaret. At lederne er sterkt representert og engasjert i dette arbeidet er ifølge Bergerød & Wiig (2018) essensielt. De hevder at dersom man ønsker en kultur hos sine ansatte hvor pasientsikkerhet er høyt vektlagt, stiller det krav til at lederne er aktivt involvert, har nære relasjoner og fører en god og åpen dialog med sine ansatte. Denne tilnærmingen kan resultere i tydeligere målsettinger og forventninger blant de ansatte tuftet på stabile verdier, holdninger og engasjement (Bergerød & Wiik, 2018; Haugen & Storm, 2018).

I egen praksis opplever vi at alle de ulike yrkesgruppene i det kirurgiske teamet har et sterkt fokus på pasientsikkerhet. Vi opplever også at alle har et genuint "eierskap" og utøver sitt ansvarsområde med stolthet og selvstendighet, i tråd med at arbeidsoppgaver skal samsvare med den enkeltes kvalifikasjoner (NSFLOS, 2015). Det er interessant å fornemme dette "eierskapet" alle har til sine roller. Kan konsekvensene av dette være at man tenker, "dette er mitt, og dette er ditt?" Uønskede hendelser kan på bakgrunn av dette resultere i at veien blir kort til skyldfordeling rettet mot enkeltpersoner. Operasjonssykepleier samarbeider med de ulike yrkesgruppene slik at det sikres kvalitet og kontinuitet til pasienten, hvilket er en påminnelse om at det ikke er "mitt" eller "ditt", men "vårt" ansvar (NSFLOS, 2015). Vi spør oss, bør det stilles større krav til pasientsikkerheten enn slik den ivaretas i dag? Prati & Pietrantonio (2014) fant i sin studie at operasjonssykepleiere opplevde at det eksisterer flere brudd på prosedyrer og sikkerhetsrutiner enn hva kirurgene opplevde. Kirurgene oppga også at uønskede hendelser ble håndtert på en god måte, hvilket ikke operasjonssykepleierne så seg enige

i. Dette kan belyse at det eksisterer ulike holdninger til pasientsikkerhet, også på samme arbeidsplass med samme arbeidskultur. Slike holdninger bør likevel ikke være et hinder for at pasienter skal føle seg trygge på at sykehusene har god kultur for å melde fra og analysere uønskede hendelser, en kultur bestående av forebygging og læring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, St. meld. 10).

4.2 Debriefing

Debriefing løftes frem som et tiltak for å forbedre pasientsikkerhet gjennom læring og forebygging av uønskede hendelser (Ahmed et al., 2012; Bethune et al., 2011; Papaspyros et al., 2010). Implementering av debriefing har resultert i forbedret kommunikasjon, teamarbeid og sikkerhetskultur (Cabral et al., 2016; Hill et al., 2015; Papaspyros et al., 2010; Leong, 2017). Bethune et al. (2011) understreker at ikke alle opplever debriefing med det kirurgiske teamet like fordelaktig som i flysikkerhet. Forskere trekker også frem utfordringer knyttet til debriefing, hvilket leder oss til spørsmålet om det faktisk lar seg gjennomføre (Cabral et al., 2016; Hill et al., 2015; Papaspyros et al., 2010; Leong, 2017).

4.2.1 Debriefing – lar det seg gjennomføre?

Bethune et al. (2011) poengterer at det kan være utfordrende å samle det kirurgiske teamet, samt å finne ut hvor og når den beste tiden for debriefing bør være. Studien til Leong et al. (2017) viser til lignende funn der teamet ikke var fulltallig ved gjennomføring av debriefing, dermed ble det ikke strukturert gjennomført, eller det ble hastet gjennom. Vi har observert at de ulike teammedlemmene forlater operasjonsstua til ulike tidspunkt, da andre arbeidsoppgaver venter. Teamet møtes derfor ofte ikke igjen før neste operasjon. Det forrige inngrepet blir gjerne ikke snakket om mer, fokuset er på neste pasient. I en hektisk hverdag er det ikke vanskelig å forstå at debriefing kan være utfordrende å gjennomføre. Forfattere foreslår at debriefing kan finne sted på operasjonsstua rett før alle forlater rommet (Bethune et al., 2011; Cabral et al., 2016). Det vil i praksis si at pasienten ligger på operasjonsbordet mens dette blir utført, hvilket kan sette situasjonen i et annet dilemma, avhengig av om pasienten er i narkose eller ikke. På den ene siden kan konstruktiv debriefing godt finne sted mens pasienten fortsatt

er i narkose, eksempelvis i sammenheng med avsluttende del av “Trygg kirurgi”. På den andre siden, dersom pasienten er våken vil det muligens være problematisk å ta opp visse spørsmål eller temaer som kan ha oppstått underveis i kirurgien. En slik situasjon kan komme i konflikt med at våre handlinger skal være preget av respekt og omsorg overfor pasienten (NSF, 2016).

Vi har observert at det ofte er operasjonssykepleier som tar initiativ til siste del av “Trygg kirurgi”. Her er det muligens et tidsrom og potensielt møtepunkt der operasjonssykepleier kan oppfordre teamet til å gi hverandre tilbakemeldinger. Anledningen kan også benyttes til å etterspørre hva som gikk bra og hva som kunne gått bedre (NPSA, 2010, s. 15). Cabral et al. (2016) observerte at debriefing ble gjennomført i kombinasjon med avsluttende del av “Trygg kirurgi” før pasienten forlater operasjonsstua. Operasjonssykepleier kan ved et slikt initiativ bidra til å gjøre teamet oppmerksomme på noen av debriefingens fordeler. Det er likevel ikke gitt at et slikt initiativ vil gi den effekten man ønsker. Leong et al. (2017) avdekket at de ansatte opplevde at problemer og læringsmål som ble tatt opp i debriefingen ikke ble fulgt opp. I tillegg eksisterer det manglende bevissthet blant de ansatte angående debriefingens fordeler (Carney et al., 2010; Leong et al., 2017). Papaspyros et al. (2010) observerte derimot at det ved debriefing ble fanget opp to situasjoner som kunne medført uønskede hendelser ved hjertekirurgi. I tillegg ble det diskutert mye unødvendig dørtrafikk, hvilket medførte igangsetting av forebyggende tiltak. Disse variasjonene kan muligens slå fast at debriefingens effekt er avhengig av involvert ledelse der tydelige læringsmål og oppfølging kan være avgjørende (Görås et al., 2017).

Et annet dilemma som kan forhindre gjennomføring av debriefing er at teammedlemmene kan være umotivert etter en krevende dag (Flin et al., 2008). Dette kan være ekstra utfordrende dersom man har støtt på problemer underveis i kirurgien. Samtidig ville det sannsynligvis vært effektivt å få positive tilbakemeldinger dersom man er sliten etter en krevende dag. Ahmed et al. (2012) registrerte i sin studie at debriefing oftest ble utført de gangene noe hadde gått galt under kirurgien. Dermed sentrerte innholdet seg mest på negative situasjoner, som kan forsterke en negativ opplevelse av å bruke debriefing. Når noe har gått galt, vil det på den ene siden kunne relateres til

uønskede hendelser. Dette er vesentlig å diskutere i en debriefing der hensikten er å forebygge fremtidige lignende situasjoner. (Papaspayros et al., 2010). På den andre siden vil det å trekke frem kun negative situasjoner og hendelser trolig påvirke teammedlemmenes motivasjon og entusiasme for selve gjennomføringen. Carney et al. (2010) viser i sin studie at manglende entusiasme for sjekklisten er en faktor som kan påvirke gjennomføringen av debriefingen. Det henvises til ulik opplevelse av kommunikasjonen som mulig årsak. Kirurgene i studien viste mindre interesse for sjekklisten enn operasjonssykepleierne (Carney et al., 2010). Kirurgene anga at de opplevde kommunikasjonen i teamarbeidet som godt, og syntes dermed at sjekkliste var overflødig for å forbedre noe som allerede var bra. Operasjonssykepleierne opplevde derimot kommunikasjonen som dårligere, og etterspurte debriefing som et verktøy for å forbedre kommunikasjonen i teamarbeid.

4.3 Teamarbeid og kommunikasjon

Ferdigheter innen teamarbeid og kommunikasjon anses som en vesentlig del av operasjonssykepleierens kompetanse, da økt bevissthet og opplæring i disse kan bidra til økt pasientsikkerhet (Rasmussen et al., 2015). Debriefing løftes frem som et tiltak for å kunne samles og lære å snakke sammen på en ny måte (NPSA, 2010). Det skal også bidra til utjevning av hierarki, og stå igjen som et møtepunkt der alle rollene føler seg likestilt (Bethune et al., 2011; Cabral et al., 2016; Papaspayros et al., 2010). Carney et al. (2010) poengterer at det er nødvendig å se på det kirurgiske teamets ulike persepsjoner av teamarbeid og kommunikasjon dersom et godt teamarbeid skal oppnås.

4.3.1 Kan “blod – hjerne barrieren” brytes?

“Eierskapet” vi har fornemmet tidligere kan også relateres til at det eksisterer skiller mellom de ulike yrkesrollene, den såkalte “blod- hjerne barrieren” (Kandal et al., 2014). Flere av resultatene fra de vitenskapelige artiklene henviser til store sprik i det kirurgiske teamets opplevelse av kommunikasjon og teamarbeid (Cabral et al., 2016; Carney et al., 2010; Prati & Pietrantonio, 2014). Carney et al. (2010) beskriver at en felles forståelse for arbeidsoppgaver og ansvarsområder synes å være avgjørende for at disse opplevelsene

utjevnes. Oksavik (2018) poengterer at et dårlig teamarbeid oppstår dersom man kun ser sine egne arbeidsoppgaver. Kan det være at vi ikke forstår hverandres arbeidsoppgaver godt nok, og at en felles målforståelse ikke er godt nok definert? Kandal et al. (2014) poengterer at det er behov for å definere rollene i teamet tydeligere for å sikre denne felles forståelsen. En informant illustrerer skillet mellom operasjon og anestesi som “blod - hjerne barrieren”, et skille som vanskelig lar seg endre da det er knyttet til kultur og tradisjon. Dette skillet trekkes også frem i studien til Leonardsen (2015) der en informant beskriver at anestesisykepleier og anestesilege jobber tett sammen om pasientens anestesi, mens operasjonssykepleier og kirurg jobber tett sammen om operasjonsfeltet, instrumentene og det medisinske tekniske utstyret. At disse “mikroteamene” jobber tett sammen vil ikke dermed si at det ikke eksisterer “blod - hjerne barrierer” også her. Carney et al. (2010) beskriver at operasjonssykepleiere opplever kommunikasjonen seg imellom som bedre enn med kirurgene. Eksempelvis er operasjonssykepleier godt kjent med både den koordinerende og den sterilt utøvende rollen, noe som gjør det lett å forstå og hjelpe hverandre (Kandal, 2014). Kirurgene opplevde derimot kommunikasjonen med operasjonssykepleierne som utmerket. Kan dette fortelle oss at kirurgene har bedre forståelse for vår rolle som operasjonssykepleier enn vice versa? I så tilfelle bør det være en påminnelse om at vi bør strekke oss etter bedre rolleforståelse. At godt kjennskap til de ulike rollene er sentralt for et godt teamarbeid er ifølge Oksavik (2018) et avgjørende utgangspunkt, da det kirurgiske teamet er avhengig av hverandres roller for å kunne sikre pasientens trygghet og velvære. Å forstå hverandres roller vil også skape en større trygghet i teamet, der man jobber parallelt til tross for ulike arbeidsoppgaver (Oksavik, 2018). Rasmussen et al. (2015) beskriver at trygghetsfølelse i teamet også er essensielt for å lære seg samhandlingsferdigheter. Videre henvises det til at disse ferdighetene kan utvikles når man har oversikt over andres arbeidsoppgaver og arbeidsfordelinger. Rolleforståelse kan slikt sett være et skritt nærmere å bryte en eventuell “blod - hjerne barriere”.

Operasjonssykepleier kan bidra til rolleforståelse ved å ikke bare verne om egne arbeidsoppgaver, men også vise respekt og anerkjenne andres ansvarsområder (Kandal et al., 2014). Mulige tiltak kan være å tilegne seg mer kunnskap ved å hospitere hos hverandre på tvers av yrkesrollene, eller å disponere seg ved å hjelpe andre i teamet. Å

se hverandres behov, og å lytte til andres synspunkter viser seg å ha stor betydning for opplevelse av respekt (Kandal et al., 2014).

4.3.2 En operasjonsstue preget av hierarki?

Å bli sett og hørt bemerkes som sentrale komponenter relatert til opplevelsen av likeverd i operasjonsteamet (Leonardsen, 2015). Operasjonssykepleiere opplyser at de ved enkelte anledninger har opplevd å bli avleid i sitt forsøk på å ytre egne synspunkter. Dette opplevdes som et uttrykk på å befinne seg nederst på rangstigen i hierarkiet (Kandal et al., 2014). Til tross for dette konkluderte forskerne med at det for det meste oppleves likeverd i operasjonsteamet. Informanter i studien påpeker at det å være erfaren har stor betydning da det er knyttet til høyere faglige forventninger. Det er dermed lettere å føle seg sett og hørt når man innehar denne erfarenheten (Kandal et al., 2014). Studien til Leonardsen (2015) består av et utvalg erfarne operasjonssykepleiere som likevel bekrefter at det både eksisterer og oppleves hierarki på operasjonsstua. Konsekvensene av et hierarkisk system kan vise seg som uønskede hendelser, og kan derfor utgjøre en trussel for pasientsikkerheten (Kleiner et al., 2014).

Leong et al. (2017) observerte i sin studie at hierarki ble mer synlig i tilfeller hvor det kirurgiske teamet ikke kjenner hverandres navn og funksjon. Kan det være at operasjonssykepleierens rolle i "Trygg kirurgi" kan bidra til utjevning av hierarki? Operasjonssykepleieren leder gjennomgangen av "time-out" trinnet. Det første punktet innebærer at hele teamet skal introduseres med navn og funksjon, der hensikten er å rette oppmerksomheten mot hverandre og etablere fellesskapsfølelse (Oksavik, 2018). Vi har i kliniske studier erfart at dette trinnet sjeldent etterfølges. En mulig årsak kan på den ene siden være at mange i teamet kjenner hverandre fra før. På en annen side bemerkes det et stort antall vikarer, hospitanter og studenter som befinner seg i et ukjent miljø. Ifølge Leong (2017) kan en konsekvens av å ikke kjenne navn på de ulike teammedlemmene medføre at kommunikasjonen kan hemmes, ved at den enkelte ikke tør å si fra dersom det oppstår noe. Det poengteres at vekslende team har best utbytte av debriefing. Dette kan relateres til opplevelse av trygghet og tilhørighet i et team som ofte kjennetegnes i faste team (Oksavik, 2018). Vi har erfart at kirurger ofte blir omtalt

med etternavn, mens operasjonssykepleier og anestesisykepleier omtales ved funksjon eller fornavn. Vi har også observert at erfarne oftere henvender seg til kirurger ved fornavn sammenlignet med uerfarne. Å henvende seg til hverandre ved å bruke fornavn, ikke funksjon er beskrevet som et viktig virkemiddel ved bruk av debriefing. Dette kan skape et bedre forum for diskusjon, ved å likestille profesjonene (Papaspoulos et al., 2010). Både ved gjennomføring av "Trygg kirurgi" og ved eventuelt debriefing bør dermed operasjonssykepleier oppfordre til at dette tiltaket bør opprettholdes og brukes. Dette kan samtidig påminne oss om at pasienten på operasjonsbordet også har et navn, en bevisstgjøring om at det ikke bare er en pasient på lista, men en person (Papaspoulos et al., 2010).

Et annet eksempel vi har erfart som kan knyttes til utjevning av hierarki, er når operasjonssykepleiere veileder kirurger som føler seg usikre på instrumentbruk der operasjonssykepleier har lengre erfaring. Et slags samspill der man spiller hverandre gode. Operasjonssykepleier viser med dette faglig ledelsesansvar og faglig forsvarlighet ved å veilede medarbeidere (NSFLOS, 2015).

4.3.3 Kunsten å kommunisere

Eide & Eide (2010) trekker frem aktiv lytting som muligens den viktigste kommunikasjonsferdigheten å tilegne seg, der kunsten ligger i å stille de rette spørsmålene. Dette dreier seg først og fremst om samhandling med pasienter, men vi ser det også aktuelt å benytte seg av de samme verktøyene i teamarbeid. Vi har tidligere drøftet at debriefing ikke alltid er lett å gjennomføre, men ser det likevel som nyttig at operasjonssykepleier kan benytte seg av komponenter fra debriefing i sitt daglige arbeid. Man kan ta initiativ til å innhente konstruktive tilbakemeldinger vedrørende vår innsats i teamarbeidet og kommunikasjonen ved å stille spørsmål ved eget arbeid. Slik kan man sørge for egen læring (Ahmed, 2012). Debriefing kan foregå underveis i kirurgien, der tilbakemeldinger gis fortløpende. En konsekvens kan da være at personalet føler seg hengt ut foran resten av teamet. Det kan være ukomfortabelt å bli konfrontert foran andre. Enkelte foretrekker fortløpende tilbakemeldinger, mens et flertall ønsker at debriefing finner sted etter inngrepet. Ahmed et al. (2012) poengterer at uavhengig av

når tilbakemeldinger ble gitt opplevde alle i studien at tilbakemeldinger på ferdigheter innenfor teamarbeid og kommunikasjon var essensielt for læringsprosesser.

Tydelighet, rett timing, selvsikkerhet og aktiv lytting kan samlet skape en effektiv kommunikasjon (Flin et al., 2008). Dette kan for eksempel vise seg når koordinerende operasjonssykepleier leder teamet i gjennomgangen av "Trygg kirurgi" (Haugen & Dåvøy, 2018). Denne rollen krever at spørsmålene som stilles fremtrer tydelige, og timingen skal være rett. I tillegg kan operasjonssykepleierens selvsikkerhet knyttes til kunsten å fange alles oppmerksomhet slik at alle tar seg tid til å lytte. Oksavik (2018) legger til at operasjonssykepleierens klare og tydelige kommunikasjon er avgjørende ved kritiske faser av en operasjon i tillegg til ved gjennomgang av "Trygg kirurgi".

Oksavik (2018) poengterer at for personer som er ukjent for arbeidet på operasjonsstua, kan kommunikasjonen fremstå hard eller beordrende. Kandal et al. (2014) og Rasmussen et al. (2015) legger til at kommunikasjonen er klar og tydelig, men til tider også kommanderende. Operasjonssykepleierens samhandlingsferdigheter kan ifølge Rasmussen et al. (2015) komme best frem dersom presise beskjeder gis. Hensikten med denne form for kommunikasjon er ment for å sikre at alle teammedlemmene får nødvendig informasjon (Oksavik, 2018; Rasmussen et al., 2015). Kandal et al. (2014) supplerer at det også bidrar til effektivitet og hindrer misforståelser. Møtet med denne kommunikasjonsformen har for oss i visse situasjoner opplevdes ubehagelig. På den ene siden ønsker vi ikke å fremtre som bryske når tydelige beskjeder skal gis, på den andre siden kan vi ha misoppfattet kollegaers tydelige tale som en streng fremtreden. Kleiner et al. (2014) nevner at det kan være ubehagelig å lære en ny form for kommunikasjon, samtidig oppfordres det til å utvikle kommunikasjonsferdigheter siden det kan påvirke pasientsikkerheten (Kleiner et al., 2014). Det gjøres oppmerksom på at unødvendig bruk av slik kommunikasjon kan resultere i at man mister fokuset på pasienten og arbeidet, og er mer utsatt for å gjøre feil (Kandal et al., 2014).

4.3.4 Respekt på operasjonsstua

Vi opplever at når alle har en god dialog og viser omsorg for hverandre på tvers av profesjoner, viskes følelsen av hierarki ut, og man opplever respekt for hverandre. Når man respekterer hverandre på operasjonsstua kan det samtidig være mer bekvemt å stille hverandre spørsmål. Kleiner et al. (2014) poengterer derimot dilemmaet med at kirurgen anses som lederen i teamet, hvilket kan gjøre det utfordrende for resten av teamet å stille spørsmål ved kirurgens avgjørelser (Leonardsen, 2015). På den ene siden kan det fremstå som at kirurgen blir satt i den posisjonen av teamet, og naturlig tar den rollen. På den andre siden har vi opplevd i praksis at dersom operasjonssykepleieren tar initiativ og lederskap der det er naturlig, blir dette godt mottatt av kirurgene. Det har nærmest blitt applaudert, da kirurgene føler gjennomføringen av inngrepet som mer enn nok å lede. Å bli sett og hørt på en slik måte kan godt relateres til en følelse av respekt. Leonardsen (2015) oppdaget at det eksisterer ulikt syn på hva respekt er i det kirurgiske teamet. Operasjonssykepleier relaterte respekt til følelsen av å bli sett og bli tatt hensyn til, bli forstått og oppleve av samhold, trygghet og tillit. Kirurgene anså derimot respekt som at beskjeder ble fulgt, at alt av utstyr var på plass og at det var rom for konsentrasjon (Leonardsen, 2015).

Erfarenhet kan også spille en rolle for opplevelsen av respekt. Studien til Prati & Pietrantoni (2014) viser til at erfarne operasjonssykepleierne og kirurger opplever mer respekt enn de uerfarne. Carney et al. (2010) viser til lignende resultater, der det i studien spørres "nursing input is well received", der operasjonssykepleierne scorer langt lavere enn kirurgenes oppfattelse. Skal man ikke bli hørt og sett med innspill, som kan bidra til pasientsikkerhet, ser vi at dette kan fremme en manglende opplevelse av respekt. Ikke bare en manglende respekt for et teammedlem, men først og fremst respekten for pasienten. Dersom uerfarne unnlater å komme med viktige innspill eller ikke får spillerom for dette, kan vi settes i en posisjon der vi ikke bidrar til faglig forsvarlig pasientbehandling og pasientsikkerhet (NSFLOS, 2015). Operasjonssykepleier bør på bakgrunn av dette gå frem som et godt eksempel å vise respekt for uerfarne på operasjonsstua, med den hensikt at medarbeidere gis anledning til å utvikle evner for å sikre kvaliteten til pasientens beste (NSFLOS, 2015).

4.3.5 Takk for innsatsen

Kleiner et al. (2014) har et punkt i sin debriefing som innebærer at de ansatte alltid ble takket for innsatsen. Dette ser vi på som et sterkt bidrag i et team, for å vise respekt og anerkjenne hverandres arbeid. Debriefingen behøver ikke inneholde mye hver gang, men kan være et bidrag i en hektisk og krevende hverdag, ved å gi positive tilbakemeldinger til teammedlemmer om godt arbeid. Papaspyros et al. (2010) poengterer at repetisjoner av gode tilbakemeldinger blir svært virkningsfullt. Vi har observert at dersom operasjonssykepleier anerkjenner kirurgens arbeid kan dette knytte et nærmere bånd, som kan relateres til trygghet og tillit (Kandal et al., 2014). Selv om kirurg kan anses som ekspert, kan likevel andre teammedlemmer ta initiativ til å takke for en god innsats. Vi bemerker også at vår respons dersom vi blir takket av kirurgen for innsatsen kan variere. Det observeres at dersom kirurg viser sin takknemlighet, kan øvrige i teamet respondere på dette ved å svare "bare hyggelig". Dette er slik vi ser det ikke en velvalgt respons dersom hensikten er å bidra til utjevning av hierarki, og bryte "blod- hjerne barrieren". En slik respons kan muligens assosieres med at vi har gjort kirurgen en god tjeneste fremfor å bidra til et tettere samarbeid. Vi foreslår at operasjonssykepleier kan benytte anledningen til å innhente informasjon om "hva" det skal takkes for, og "hvorfor". Dette ved å supplere med spørsmål som "hva" gikk bra, eller "hvorfor" det gikk så bra i dag. Operasjonssykepleier kan også benytte situasjonen til å selv kommentere hva som gikk bra og hvorfor, eller ved å gi komplimenter til kirurgen eller anestesisykepleier. Prati & Pietrantonio (2014) viser til at operasjonssykepleiere og kirurger scoret like høyt på spørsmålet "I value compliments about my work". Operasjonssykepleier kan ved et slikt initiativ bidra til et møtepunkt der debriefingens kvaliteter kan bevisstgjøres for øvrige teammedlemmer. Initiativet kan relateres til at operasjonssykepleier tar faglig ledelsesansvar, og bidrar til samarbeid og kommunikasjon med det mål å bedre kvaliteten og tilbudet til pasienten (NSFLOS, 2015).

5 Oppsummering og konklusjon

Debriefing viser seg å ha positiv effekt på kommunikasjon, teamarbeid og sikkerhetskultur. Det eksisterer ulike fremgangsmåter å gjennomføre en debriefing på. Noen tar det etter hver pasient, andre gjennomfører det på slutten av dagen. Sistnevnte kan resultere i at teamet ikke møter opp fulltallig. Manglende entusiasme for debriefing kan skyldes manglende innsikt i debriefingens fordeler, eller fraværende oppfølging av læringsmål som settes. Gjennomføring av debriefing vil kreve et delaktig og involvert organisatorisk lederskap. Det finnes ulike holdninger til pasientsikkerhet hvor ledere ikke nødvendigvis innehar de samme oppfattelsene som sine ansatte. En "kultur av skyld" eksisterer på tross av at synet på pasientsikkerhet er endret fra individnivå til et systemperspektiv. Pasientsikkerhet er avhengig av godt teamarbeid og god kommunikasjon i det kirurgiske teamet. Å se på uønskede hendelser som en mulighet til læring og forebygging vil dermed være en foretrukket kultur. Det eksisterer ulike holdninger og opplevelser til teamarbeid, kommunikasjon og respekt. Operasjonssykepleiere opplever at det eksisterer et hierarki på operasjonsstua, som kan hemme kommunikasjon og teamarbeidet og som kan påvirke pasientsikkerheten negativt. Rolleforståelse og utjevning av hierarki kan være et skritt nærmere et bedre teamarbeid, som er en målsetning ved debriefing.

"Operasjonsstuen - et møtepunkt" har fulgt oss gjennom arbeidet. Oppgavens hensikt var å tilegne oss kunnskap om debriefing og finne ut hvilken innvirkning den kan ha på pasientsikkerheten. Kunnskapen som er innhentet har gitt grunnlag for å poengtere at oppgaven er like relevant for samtlige medlemmer av det kirurgiske teamet da pasientsikkerhet er et felles mål. I tillegg vil arbeidet være et bidrag som belyser likestilling av rollene i operasjonsteamet. Operasjonssykepleier kan bidra til pasientsikkerhet både ved å kunne lede debriefing, og bevisstgjøre kollegaer om debriefingens fordeler.

Vårt utgangspunkt var å undersøke om debriefing var et positivt verktøy for det kirurgiske teamet. Forforståelsen vår har blitt utfordret der relevante funn viste oss andre svar enn de vi lette etter. Temaet i oppgaven er bruk av debriefing etter kirurgiske inngrep.

Oppgaven brakte oss dit at “møtepunktet” vi etterspurte viste seg å kunne passe inn også i andre omstendigheter enn kun en strukturert debriefing etter kirurgiske inngrep.

Problemstillingen: *“Hvordan kan operasjonssykepleieren bidra til pasientsikkerhet ved bruk av debriefing i det kirurgiske teamet?”* kan besvares med at operasjonssykepleier bidrar til pasientsikkerhet ved å: se på uønskede hendelser som en arena for læring og forebygging fremfor en “kultur av skyld”. Det kan benyttes fordeler ved debriefing, eksempelvis ved gjennomføring av “time- out” trinnet, eller ved avsluttende del av “Trygg kirurgi”. Operasjonssykepleier kan oppfordre til å gi hverandre tilbakemeldinger, eller gi tilbakemeldinger til øvrige teammedlemmer selv. Tiltaket vil også bidra til å opplyse øvrige teammedlemmer om debriefingens fordeler. Operasjonssykepleier kan stille åpne spørsmål om “hva” som har gått bra, og “hvorfor”. Dette kan også være spørsmål å benytte for å sørge for egen læring, der teamarbeid- og kommunikasjonsferdigheter utvikles. Operasjonssykepleier viser forståelse for at det eksisterer ulike opplevelser av respekt, kommunikasjon, teamarbeid og pasientsikkerhet. Operasjonssykepleier kan bidra til likestilling og rolleforståelse ved eksempelvis å innhente kunnskap om og hospitere hos øvrige yrkesgrupper i det kirurgiske teamet. Det kan benyttes fornavn fremfor etternavn og funksjon der hensikten er å utjevne hierarki. Operasjonssykepleier bidrar ved å vise respekt for teammedlemmene, spesielt uerfarne da vi nå vet at de er mer utsatt for å ikke få gjennomslag for sine innspill hvilket kan medføre uønskede hendelser.

Det etterspørres økt forskning på ansattes holdninger til pasientsikkerhet. Det ville vært interessant å kartlegge holdninger til pasientsikkerhet ved bruk av verktøyet SAQ på en operasjonsavdeling. Vi har innledningsvis nevnt at briefing er nært knyttet til debriefing, og finner i studier at det blant annet bidrar til et mer effektivt operasjonsprogram. På bakgrunn av oppgavens omfang, har vi begrenset oss til å fokusere på debriefing. Det hadde vært spennende å inkludere begge disse arbeidsverktøyene i en studie. Som en del av dette ville det vært givende å hospitere på et «Five Steps to Safer Surgery» sykehus i England eller Wales. Eide & Eide hevder at kommunikasjonsferdigheter ikke kan tilegnes gjennom teori alene, en del av denne oppgaven vil derfor bestå av å iverksette den teoretiske kunnskapen i praksis.

6 Litteraturliste

- Aase, K. (2018). Introduksjon. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet. Teori og praksis*. (3.utg, s. 15-22).
- Ahmed, M., Sevdalis, N., Paige, J., Paragi-Gururaja, R., Nestel, D. & Arora, S. (2012). Identifying best practice guidelines for debriefing in surgery: a tri-continental study. *The American Journal of Surgery*, 203(4), 523-529. DOI: <http://ezproxy1.usn.no:2092/10.1016/j.amjsurg.2011.09.024>
- Bergerød, I. & Wiig, S., (2018). Ledelse og pasientsikkerhet. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: teori og praksis* (3. utgave, s. 116- 130). Oslo: Universitetsforlaget
- Bethune, R., Sasirekha, G., Sahu, A., Cawthorn, S. & Pullyblank, A. (2011). Use of briefing and debriefings as a tool in improving team work, efficiency, and communication in the operating theatre. *BMJ journals*. DOI: <https://pmj.bmj.com/content/early/2011/01/27/pgmj.2009.095802>
- Cabral, R. A., Eggenberger, T., Keller, K., Gallison, B. S. & Newman, D. (2016). Use of a surgical safety checklist to improve team communication. *AORN journal*, 104(3), 206-216. DOI: <http://ezproxy2.usn.no:2087/10.1016/j.aorn.2016.06.019>
- Carney, B. T., West, P., Neily, J., Mills, P. D. & Bagian, J. P. (2010). Differences in nurse and surgeon perceptions of teamwork: implications for use of a briefing checklist in the OR. *AORN journal*, 91(6), 722-729. DOI: [10.1016/j.aorn.2009.11.066](http://ezproxy2.usn.no:2087/10.1016/j.aorn.2009.11.066)
- Dalland, O. (2017). Metode og oppgaveskriving, 6. Utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, P. H. & Dåvøy, G. (2018). Funksjons- og ansvarsområde. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide, & I. Hansen. (Red.), *Operasjonssykepleie*. (utg. 2, s. 28- 33). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Flin, R., O'Connor, P. & Crichton, M. (2015). *Safety at the sharp end*. UK: CRC press, Taylor & Francis Group.
- Folkehelseinstituttet. *Pasientsikkerhet*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/pasientsikkerhet>
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra

<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Forfattarna och bokforlaget Natur & kultur.

Gadamer, H. G. (2010). Sannhet og metode. *Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Valdres: Pax forlag.

Göres, C., Unbeck, M., Nilsson, U. & Ehrenberg, A. (2017). Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey. *BMJ open*, 7(9), e015607. DOI:

<http://ezproxy1.usn.no:2092/10.1136/bmjopen-2016-015607>

Haugen, A. S. & Dåvøy, G. M. (2018). Pasientsikkerhet og trygg kirurgi. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide. & I. Hansen. (Red.), *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Haugen, A. S. & Storm, M. (2018). Sikkerhetskultur i sykehus. I K. Aase. (red.). *Pasientsikkerhet teori og praksis*. (2. Utg. s. 78-86). Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet. (2014- 2018). *I trygge hender 24-7*. Hentet fra

<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>

Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram. FORbedring - kartlegging av sikkerhetskultur i spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra

<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/attachment/4305?download=false&ts=15c1b0e4cce>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *God kvalitet - trygge tjenester*. (Meld. St. 10. 2012- 2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/sec1>

Helse og omsorgsdepartementet. (2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/kvalitet/id536789/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2016*. (Meld. St. 6. 2017-2018) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20172018/id2581316/>

Helsepersonelloven. (2012). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Hill, M. R., Roberts, M. J., Alderson, M. L. & Gale, T. C. E. (2015). Safety culture and the 5 steps to safer surgery: an intervention study. *British journal of anaesthesia*, 114 (6), 958-962. DOI: [10.1093/bja/aev063](https://doi.org/10.1093/bja/aev063)
- Kandal, E. M., Huset, K. L. & Kvåle, L. (2014). *Mellommenneskelige aspekter i operasjonsteamet- operasjonssykepleieres opplevelser*. (Mastergradsavhandling). Universitetet i Agder: Kristiansand. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/245289/Kristina>
- Kleiner, C., Link, T., Maynard, M. T. & Carpenter, K. H. (2014). Coaching to improve the quality of communication during briefings and debriefings. *AORN journal*, 100 (4), 358-368. DOI: <http://ezproxy2.usn.no:2087/10.1016/j.aorn.2014.03.012>
- Leonardsen, A. C. L. (2015). Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet. *Nordisk sykepleieforskning*. Vol. 5. Nr. 2. s. 218-227. Hentet fra <file:///C:/Users/charl/Downloads/Leonardsen.pdf>. Lastet ned 15.5.2018.
- Lind, J. I. (2016). Utveckling av teambaserade strukturer. I J. Berlin, & H. Sandberg. (red.), *Team i vård och behandling. Erfarenheter och reflektioner*. (2. Utg., s. 251-275). Lund: studentlitteratur AB.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. Utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Murphy, E. K. (2015). Patient safety and risk management. I J. C. Rothrock. (Red.), *Alexanders care of the patient in surgery*. (15th edition, s. 16- 46). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Nasjonal sikkerhetsmyndighet. (2014). *Sikkerhetskultur*. Hentet fra <https://www.nsm.stat.no/om-nsm/tjenester/sikkerhetsstyring/sikkerhetskultur/>
- National patient safety agency (2010). «How to Guide» *Fiive Steps to Safer Surgery*. UK: NPSA. Hentet fra <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20171030124724/http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/type/guidance/?entryid45=92901>
- Norsk senter for forskningsdata. (2018). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

- Nordvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Nordvedt, P. (2008). *Sykepleierens grunnlag. Historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget
- NSFLOS. (2015). *Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse*. Hentet fra <http://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>
- Oliver, P. (2012). *Succeeding with your literature review. A handbook for students*. England: Open university press.
- Oksavik, W. S. (2018). Samarbeid i team. (2. utg. s. 204-217). I G. M., Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen. (Red.), *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Papaspyros, S. C., Javangula, K. C., Prasad Adluri, R. K. & O'Regan, D. J. (2010). Briefing and debriefing in the cardiac operating room. Analysis of impact on theatre team attitude and patient safety. *Interactive cardiovascular and thoracic surgery*, 10(1), 43-47. DOI: [10.1510/icvts.2009.217356](https://doi.org/10.1510/icvts.2009.217356)
- Prati, G. & Pietrantonio, L. (2014). Attitudes to teamwork and safety among Italian surgeons and operating room nurses. *Work*, 49(4), 669-677. DOI: <http://ezproxy2.usn.no:2087/10.3233/WOR-131702>
- Rasmussen, G., Wangen, M. G. & Torjuul, K. (2015). Ikke-tekniske ferdigheter i utøvelsen av operasjonssykepleie. *Nordisk sygeplejeforskning*, 5(04), 397-410. Hentet fra <https://www.idunn.no/nsf/2015/04/ikke-tekniske-ferdigheter-i-utoevelsen-av-operasjonssykepleie>
- Siew Lan Leong, K. B. M., Hanskamp-Sebregts, M., Van der Wal, R. A. & Wolff, A. P. (2017). Effects of perioperative briefing and debriefing on patient safety: a prospective intervention study. *BMJ open*, 7(12), e018367. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5736045/>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2012). Lov om spesialisthelsetjenesten. M.v. av 15. Juni 2001 nr. 93. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_4
- Stordalen, J. & Støren, I. (2012). *Bare skriv!: Praktisk veiledning i oppgaveskriving* (2. utg.). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Thomassen, M. (2016). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for*

helse- og sosialfag. Oslo: Gyldendal akademisk.

WHO. (2016). *WHO surgical safety checklist*. Hentet fra

<https://www.aagbi.org/sites/default/files/325%20WHO%20Surgical%20Safety%20Checklist.pdf>

WHO. (2009). *Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009*. Hentet fra:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1

Vedlegg 1

P Person/ Pasient/ Problem	I Intervensjon/ eksponering	C Evt sammen- ligning	O Utfall
Operating room Operating theatre Operating room nurse Intraoperating care Nurse intraoperating care Perioperative nursing	Debriefing Communication failure Formative feedback Checklist Teamwork		Patient safety

Vedlegg 2

Artikkel 1

Forfattere, publiseringsår og land	Leong, K.B.M.S.L, Hanskamp-Sebregts, M., Van der Wal, R.A., Wolff, A.P. (2017) Nederland.
Tittel og tidsskrift	Effects of perioperative briefing and debriefing on patient safety: a prospective intervention study. Publisert i BMJ Open
Hensikten med studien	Forbedre pasientsikkerheten ved å innføre perioperativ briefing og debriefing på operasjonsstue
Metode	Prospektiv intervensjonsstudie som ble utført over tre perioder med kontroll oppfølging etter 2,5 år. Studien benytter spørreskjema som metode.
Utvalg	Fem kirurgiske team på en operasjonsavdeling ved et sykehus i Nederland er inkludert. Anestesilege innfører briefing og debriefing ved bruk av et hjelpeskjema. Kirurg eller operasjonssykepleier har deretter ansvar for gjennomføringen.
Hovedfunn	Det konkluderes med at det oppleves bedre arbeidsmiljø innad i det kirurgiske teamet. De inkluderte i studien mente at operasjonsprogrammet ble utført raskere som følge av bedre samhandling. Dette på bakgrunn av at de

	fikk tettere samhandling. Deltakerne opplyser trygghet og målsetting som tilførte elementer etter studien.
Kvalitetsvurdering/egne kommentarer/etiske overveielser.	Studien inkluderer få deltagere. Studien har blitt gjennomført med spørreundersøkelse og er ikke observert objektivt. Godkjent av etisk komite og fagfellevurdert.
Database og søkeord	Pubmed. Søkeord: operating room OR operating theatre AND debriefing AND patient safety. Begrenset til fulltekst og siste 10 år. Antall treff: 36, artikkel nr. 4.

Artikkel 2

Forfattere, årstall, land	Ahmed, M., Sevdalis, N., Paige, J., Paragi - Gururaja, R., Nestle, D., Arora, S. (2012). USA
Tittel og tidsskrift	Identifying best practice guidelines for debriefing in surgery: a tri-continental study. Publisert i The American Journal of surgery.
Hensikten med studien	Bruk av debriefing som effektiv læringsmetode på operasjonsstua. Identifisere læringsutbytte, hva debriefing innebærer, forslag til en effektiv implementering
Metode	Kvalitativ studie der semistrukturerte intervjuer utføres i England, USA og Australia. Det ble i intervjuene benyttet opptaker og transkripsjon.
Utvalget	33 deltakere bestående av kirurger, operasjonssykepleiere og anestesileger.
Hovedfunn	Riktig tilnærming viser seg å være avgjørende for en effektiv debriefing. Det må tilstrebes et læringsmiljø preget av engasjement. Det krever avsatt tid for å få gjennomført en debriefing.
Kvalitetsvurdering/egne kommentarer/etiske overveielser	Etisk godkjent av alle involverte institusjoner. Sitert 72 ganger.
Database og søkeord	Proquest. Søkeord: Debriefing AND operating room AND operating room nurse AND patient safety AND formative feedback. Begrenset til full tekst, peer review og årstall fra 2008. 84 treff, artikkel nummer 1.

Artikkel 3

Forfatter , årstall, land	Leonardsen, A.C.L. (2015). Norge
Tittel og tidsskrift	Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet. Publisert i Nordisk sygeplejeforskning.

Hensikten med studien	Avdekke hvilke årsaker som skaper ulik oppfattelse av samarbeid i det kirurgiske teamet.
Metode	Casestudie med kvalitative dybdeintervjuer
Utvalg	8 deltakere bestående av 2 anestesileger, 2 anestesisykepleiere, 2 operasjonssykepleiere og 2 kirurger.
Hovedfunn	Resultatet viser at en mulig forklaring kan relateres til profesjons-gruppering. Det er forskjellige roller rundt arbeidsprosessen og det fremtrer en ulik oppfatning av samarbeidets innhold, samt ulik opplevelse av stress. Hierarki i teamet trekkes også frem som en årsaksfaktor.
Kvalitetsvurdering/etiske overveielser/egne kommentarer	Godkjent av helseforetakets forsknings- og utviklingsavdeling og Norsk vitenskapelige datatjeneste. Få deltagere inkludert i studien, det er på en annen side satt kriterier for utvelgelse av antallet der minst tre års erfaring kreves. Det er hentet inn skriftlig samtykke fra de involverte.
Database og søkeord	Manuelt søk i Oria.

Artikkel 4

Forfatter , årstall, land	Prati, G & Pietrantonio, L. (2014). Italia
Tittel og tidsskrift	Attitudes to teamwork and safety among Italian surgeons and operating room nurses. Publisert i tidsskriftet Work
Hensikten med studien	Kartlegge det kirurgiske teams holdninger vedrørende teamarbeid og personalets sikkerhet.
Metode	Kvantitativ studie med bruk av spørreundersøkelse.
Utvalg	55 kirurger og 48 operasjonssykepleiere på et sykehus i Italia.
Hovedfunn	Ulike synspunkter på teamarbeid og sikkerhet blant de ansatte. Kirurgene score viste et mer positivt syn på kvaliteten av teamarbeid, ledelse, kommunikasjon og det organisatoriske arbeidsmiljøet enn operasjonssykepleierene. Operasjonssykepleierene mente at det var hyppigere avvik av sikkerhetsregler og prosedyrer enn hva kirurgene oppga. Det var også ulik opplevelse i håndtering av uønskede hendelser.
Kvalitetsvurdering/etiske overveielser/egne kommentarer	De involverte er skriftlig informert om studien før spørreskjema ble sendt ut. Det lokale sykehuset distribuerte spørreskjemaet som ble benyttet i studien. Sitert 10 ganger.

Database og søkeord	Cinahl. Søkeord: Operating room OR operating theatre AND communication failure AND patient safety. Begrenset til full-tekst og fra år 2008. 22 treff. Artikkel nr. 16.
---------------------	--

Artikkel 5

Forfatter , årstall, land	Papaspyros, S.C., Javangula, K.C., Pradas Adluri, R.K., O'Regan, D. J. (2010). United Kingdom
Tittel og tidsskrift	Briefing and debriefing in the cardiac operating room. Analysis of impact on theatre team attitude and patient safety. Publisert i Interactive cardiovascular and thoracic surgery.
Hensikten med studien	Analyse av erfaringer vedrørende innføring av briefing og debriefing på hjertekirurgisk operasjonsstue. Det er også ført statistikk over antall uønskede hendelser underveis.
Metode	Kvalitativ studie. Intervju som ble brukt til kvalitativ analyse.
Utvalg	118 første operasjoner er evaluert i studien. 15 ansatte innad i det kirurgiske teamet er intervjuet. Studien er utført på to ulike sykehus. Et stort sykehus, og et mindre privat sykehus.
Hovedfunn	Forbedring av kommunikasjonsferdigheter. Bruk av briefing og debriefing antas å forbedre læring gjennom refleksjon og raske tilbakemeldinger. Antas å fremme pasientsikkerheten. Statistisk var det lik prosent på antall problemer som oppsto på de to sykehusene.
Kvalitetsvurdering/ etiske overveielser/ egne kommentarer	Sitert av 62. Studien er begrenset til deskriptiv statistikk på bakgrunn av få involverte og manglende direkte observasjon. To sykehus er inkludert, studien har valgt å samle svar statistikken til en felles oversikt, muligens på grunn av få inkluderte. Studien kunne slikt sett valgt å kun inkludere ett sykehus fremfor to, også fordi studien er liten. På en annen side er det skilt på antall problemer som har oppstått underveis ved de to ulike sykehusene.
Database og søkeord	Pubmed. Søkeord: Operating room OR operating theatre AND debriefing AND patient safety. Begrenset til full tekst og siste 10 år.

Artikkel 6

Forfatter , årstall, land	Gøras, C., Unbeck, M., Nilsson, U., Ehrenberg, A. (2017). Sverige
Tittel og tidsskrift	Interprofessional team assessment of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey. Publisert i BMJ Open.

Hensikten med studien	Avdekke holdninger til pasientsikkerhet hos de ulike medlemmene av et kirurgisk team, og sammenligne disse. I tillegg ville man finne hva ledelsen ved kirurgisk avdeling tror er holdningene til pasientsikkerhet hos personalet.
Metode	Kvantitativ undersøkelse med standardiserte spørreskjema med utgangspunkt i SAQ. Disse gitt på tvers av faggrupper.
Utvalg	Tre operasjonsavdelinger ved tre ulike sykehus er med i studien. Til sammen 563 deltakere.
Hovedfunn	Varierende funn i de ulike faggruppene. Ved spørsmål om teamarbeid, arbeidsmiljø, arbeidsbetingelser og stress erkjennelser var prosentandel på tilfredshet på under 60 %. Det var spesielt store forskjeller på gjennomsnittstall mellom kirurg og operasjonssykepleier, hvor sistnevnte oppga betydelig lavere score i spørsmål om ledelse og arbeidsbetingelser. Forfatterne uttrykker bekymring ovenfor resultatene, da alle disse temaene er direkte forbundet med grad av pasientsikkerhet.
Kvalitetsvurdering/etiske overveielser/egne kommentarer	Svarprosenten var på 61 %. Forfatterne understreker likevel at dette var forventet, og et tilfredsstillende tall i svensk kontekst.
Database og søkeord	Proquest. Søkeord operating room OR operating theatre AND nurse intraoperating room AND debriefing AND teamwork AND patient safety. Begrenset til fulltekst og peer reviewed. Antall treff 173, artikkel nr. 5.

Artikkel 7

Forfatter, årstall, land	Rasmussen, G., Wangen, M.G., Torjuul, K. (2015). Norge
Tittel og tidsskrift	Ikke- tekniske ferdigheter i utøvelsen av operasjonssykepleie. Publisert i Nordisk sygeplejeforskning.
Hensikten med studien	Belyse ikke- tekniske ferdigheter i utøvelse av operasjonssykepleie. Dette på bakgrunn av at ikke- tekniske ferdigheter kan bidra til å hindre uheldige hendelser.
Metode	Kvalitativ studie, med intervju gjort både individuelt og i gruppe. Intervjuobjektene fortalte fritt, og intervjuene ble analysert.
Utvalg	Tre operasjonssykepleiestudenter, tre operasjonssykepleiere og to lærere ved en høyskole.
Hovedfunn	Analysen viste at kognitive ferdigheter, samhandlingsferdigheter, ferdigheter i selvledelse og etiske ferdigheter var viktige ikke-tekniske ferdigheter.

Egne kommentarer	Studien er gjort med få deltakere.
Database søkeord og	Manuelt søk i Oria.

Artikkel 8

Forfatter, årstall, land	Cabral, R.A., Eggenberger, T., Keller, K., Gallison, B.S., Newman, D. (2016). USA.
Tittel og tidsskrift	Use of a surgical safety checklist to improve team communication. Publisert i AORN journal.
Hensikten med studien	Å bedre kommunikasjon i det kirurgiske teamet
Metode	Kvalitativ studie. Studien er delt inn i tre deler som involverer spørreskjema, implementering av sjekkliste, og et oppfølgings spørreskjema i etterkant. Det var mulighet for å kommentere i spørreskjemaet. Et sykehus i Florida implementerte en sjekkliste for kirurgi, på bakgrunn av WHO's anbefalinger (trygg kirurgi). I tillegg til de tre stegene "sign in", "time out" og "sign out," ble det lagt til en briefing og debriefing prosess før og etter operasjonen.
Utvalg	Studien ble gjennomført ved åtte operasjonsstuer på et sykehus i Florida.
Hovedfunn	Det ble funnet økning i tilfredshet blant personalet hva gjaldt teamarbeid og holdninger til pasientsikkerhet. Sykepleierne opplevde bedre kommunikasjon. Til tross for at sjekklisten kun ble utført ved 10% av inngrepene, 113 inngrep totalt, fremhever forfatterne at det kan forventes enda bedre resultater enn studien kan vise til dersom sjekklisten hadde vært benyttet i større grad.
Kvalitetsvurdering /etiske overveielser /egne kommentarer	Sitert av 4. Spørreskjema har anonymisert innlevering i konvolutter på avdelingen. Godkjent av review board. På bakgrunn av anonymiseringen var det ikke mulig å skille på de som deltok i sjekklisten og de som kanskje ikke har gjort det, svarprosenten var tilnærmet lik før og etter implementeringen, og resultatene var positivt endret til tross for dette.
Database og søkeord	Cinahl. Søkeord Operating room OR operating theatre AND operating room nurse AND perioperative nursing AND intraoperative care AND debriefing AND patient safety. Antall treff 19, artikkel nr. 7.

Artikkel 9

Forfatter, årstall, land	Kleiner, C., Link, T., Maynard, M.T., Carpenter, K.H. (2014). USA
--------------------------	---

Tittel og tidsskrift	Coaching to improve the quality of communication during briefing and debriefings. Publisert i AORN journal
Hensikten med studien	Å evaluere coaching som intervensjon for å forbedre briefing og debriefing i det kirurgiske teamet. Hensikten er å forbedre kommunikasjonen slik at uheldige hendelser i større grad kan forebygges.
Metode	En godt likt og tillitsfull pensjonert ortoped utførte coaching om briefing og debriefing av hele det kirurgiske teamet. Det ble utført 160 pre- og 160 post observasjoner med coaching for å kunne sammenligne. Observasjonene er utført av tre personer.
Utvalg	43 kirurger observeres i både pre og post intervensjonen på et sykehus i USA. De andre medlemmene av det kirurgiske teamet inngikk også i observasjonen.
Hovedfunn	Briefing og debriefing ble signifikant bedret etter intervensjonen.
Kvalitetsvurdering/etiske overveielser/ egne kommentarer	Godkjent av Colorado multiple institutional review board. De ansatte er informert om studien og har hatt mulighet til å trekke seg. Studien har stilt forskningsspørsmål i tillegg til problemstilling. Spørsmålene gjelder om det utføres flere briefing og debriefing etter coaching utprøves og om kvaliteten øker på briefing og debriefing. Disse spørsmålene besvares i studien. Observasjonen ble utført av tre personer etter opplæring. Resultatene kan ha latt seg påvirke av de ansattes konkrete overvåking.
Database og søkeord	Cinahl. Søkeord: Operating room OR operating theatre AND operating room nurse AND perioperative nursing AND intraoperative care AND debriefing AND patient safety. Antall treff 19, artikkel nr. 2.

Artikkel 10

Forfatter, årstall, land	Hill, M.R., Roberts, M.J., Alderson, M.L., Gale, T.C.E. (2015). United kingdom
Tittel og tidsskrift	Safety culture and the 5 steps to safer surgery: an intervention study. Publisert i British journal of anaesthesia.
Hensikten med studien	Å identifisere forbedringer i sikkerhetskultur etter implementering av 5- stegs trygg kirurgi (England og Wales).
Metode	Kvantitativ studie med spørreundersøkelse med utgangspunkt i SAQ- OR, før og etter implementering av sjekklisten.
Utvalg	På fire elektive ortopediske operasjonsstuer ved et stort universitetssykehus i England.

Hovedfunn	Man så signifikant forbedring på alle områder etter implementering av 5- stegs trygg kirurgi. Både i jobbtilfredshet, ledelse, arbeidsmiljø, teamarbeid og opplevelse av stress.
Kvalitetsvurdering/ etiske overveielser/ egne kommentarer	Studien er lagt frem for Cornwall og Plymouth etiske komite der det avgjøres at etisk godkjenning ikke var et krav i denne forskningen. Spørreskjemaene er levert i lukkede konvolutter og anonymisering er ivarettatt. Studien kan ikke avgjøre om det er briefing og debriefing som har gitt de gode resultatene, eller om det er alle fem trinnene. Studien får heller ikke frem hvilke mulige pasientutfall.
Database og søkeord	Pubmed. Operating room AND teamwork AND checklist AND patient safety. Begrenset til full tekst og siste 10 år. Antall treff 59, artikkel nr. 23.

Artikkel 11

Forfatter , årstall, land	Bethune, R., Sasirekha, G., Sahu, A., Cawthorn, A.P. (2011). United Kingdom
Tittel og tidsskrift	Use of briefings and debriefings as a tool in improving teamwork, efficiency, and communication in the operating theatre. Publisert i BMJ journals
Hensikten med studien	Å vurdere effekten briefing og debriefing har på operasjonens starttid, lengde på operasjonslister og personalets opplevelse av briefing og debriefing.
Metode	Både kvantitative og kvalitative data ble samlet inn. Studien ble gjort på et sykehus i Bristol over en periode på 6 måneder, hvor man innførte team briefing og debriefing. Informasjon om starttid av operasjoner og operasjonslister ble innhentet fra sykehusets database. I tillegg ble spørreskjema delt ut til personalet for å innhente informasjon om opplevelsen av briefing og debriefing.
Utvalg	En operasjonsavdeling ved et sykehus i Bristol.
Hovedfunn	Operasjonene startet tidligere og listene ble kortere. Personalet oppga bedringer i samarbeidet og at organisatoriske forbedringer inntraff. Debriefingen ble som regel gjort i operasjonsstuen så snart den siste pasienten hadde forlatt for dagen. Både positive og negative momenter fra dagen ble diskutert her.
Kvalitetsvurdering /etiske overveielser /egne kommentarer	Studien er gjort før implementering av trygg kirurgi.
Database og søkeord	Proquest. Operating room OR operating theatre AND nurse intraoperating room AND debriefing AND teamwork AND patient safety. Begrenset til full tekst og peer reviewed. Antall treff 173, artikkel nr. 5.

Artikkel 12

Forfattere, publiseringsår og land	Carney, B.T., West, P., Neily, J., Mills, P.D., Bagian, J.P. (2010).
Tittel og tidsskrift	Differences in nurse and surgeon perceptions of teamwork: implications for use of a briefing checklist in the OR. Publisert i AORN journal.
Hensikten med studiet	Kvalitetsforbedringsprosjekt med utgangspunkt å avdekke ulike former for utfordringer i samarbeid mellom kirurg og operasjonssykepleier. Sjekkliste trekkes frem som en implementering som har vist bedre teamarbeid og kommunikasjon.
metode	Komparativ, kvantitativ studie der SAQ spørreskjema benyttes.
Utvalg	Spørreundersøkelsen SAQ ble utdelt til 34 sykehus i USA. Spørreskjema ble innlevert av 2024 deltagere, av disse er 690 operasjonssykepleiere og kirurger. Det er denne gruppen som er valgt ut i studien.
hovedfunn	Operasjonssykepleiere som var med i studien, oppga bedre samarbeid med andre operasjonssykepleiere enn med kirurgene. Kirurgene oppga svært godt samarbeid med andre kirurger og operasjonssykepleierne. Ved implementering av trygg kirurgi må ledere forvente ulike oppfatninger av teamarbeid blant personalet.
Kvalitetsvurdering/etiske overveielser/egne kommentarer	Sitert av 113 på google scholar. Undersøkelse utført med mange deltagere ved 34 ulike sykehus, gir brede og pålitelige resultater. Godkjent av institutional review board ved Dartmouth college.
Database og søkeord	Pubmed. Søkeord: Operating room OR operating theatre AND teamwork AND checklist AND patient safety. Avgrenset til full tekst og siste 10 år. Antall treff: 64, artikkel nr. 63.

Vedlegg 3

Forberedelse <i>for innledning av anestesi</i>	Time-out <i>for operasjonsstart</i>	Avslutning <i>for hovedoperatør forlater operasjonsfeltet</i>
Har pasienten bekreftet? ☐ Identitet ☐ Operasjonsfelt ☐ Type inngrep	Er alle i teamet presentert for hverandre med navn og funksjon? ☐ Ja	Teamet gjennomgår muntlig: ☐ Hvilke inngrep er gjennomført? ☐ Stemmer antall instrumenter, komprimer/duker, nåler og utstyr forøvrig (eller ikke aktuelt)? ☐ Er prøvematerialet riktig merket (inklusive pasientens identitet) og lagt på riktig medium? ☐ Har det vært problemer med utstyret som det skal varsles om? ☐ Hva er viktig for postoperativ behandling av denne pasienten?
Er operasjonsfeltet merket? ☐ Ja ☐ Ikke aktuelt	Kirurg, operasjonssykepleier, anestesilege og anestesisykepleier bekrefter muntlig: ☐ Hva er pasientens navn? ☐ Hva er planlagt prosedyre, operasjonsfelt og -side? ☐ Er pasienten i rett leie?	Lokale tillegg
Er anestesisjekk utført og medikamenter kontrollert? ☐ Ja	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?	
Har pasienten: Kjent allergi? ☐ Ja ☐ Nei Vanskelig luftvei / risiko for aspirasjon? ☐ Ja, og utstyr / assistanse er tilgjengelig ☐ Nei Risiko for >500 ml blodtap? (>7 ml / kg hos barn) ☐ Ja, og adekvat intravenøs tilgang og væske er tilgjengelig ☐ Nei Risiko for hypotermi? ☐ Ja, og tiltak er planlagt eller iverksatt ☐ Nei	Anestesilege og anestesisykepleier: ☐ Hva er pasientens ASA-klassifikasjon? ☐ Er det særlige risikofaktorer ved anestesi som teamet bør kjenne til? Operasjonssykepleier: ☐ Er steriliteten på instrumentene bekreftet (inkludert indikatorer)? ☐ Er det utfordringer knyttet til bruken av utstyret?	
Er nødvendig billedinformasjon tilgjengelig? ☐ Ja ☐ Ikke aktuelt	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?	
	Er tromboseprofylakse gitt? ☐ Ikke aktuelt ☐ Ja ☐ Nei: Hvorfor _____	

Sjekkliste for trygg kirurgi

Versjon 2.1/ 18 01 2010

Vedlegg 4

