

Sykepleiernes erfaringer med bruk av sjekklister i spesialisthelsetjenesten, en kvalitativ studie

Nurses' experiences with the use of checklists in the specialist health service: a qualitative study

► The purpose of checklists in the health care service is to ensure quality and improve patient safety. The purpose of this study was to illuminate and discuss how nurses in the specialist health service use checklists in everyday work. Qualitative, in-depth interviews were conducted of eight nurses working in three departments. Content analysis guided the analysis of data.

Two main categories were identified: 'Checklists, a tool for organizing everyday work' and 'Random implementation and use of checklists in the departments'.

The nurses made professional assessments and adjustments in the patient situation on how and what to use of the points in the checklists, as well as when it was appropriate to use the checklists. They spent a lot of time on documentation related to checklists, which was at the expense of patient contact. Working conditions and at what level in the organization the checklists were prepared, had an impact on how the professionals used the checklists.

Keywords

checklists, nurses, patient safety, qualitative study, special health service

Linda Dragvik Elvevoll, Kamilla Torsdatter Isaksen, Marianne Hauan og Johanne Alteren

Linda Dragvik Elvevoll
Anestesisykepleier, Universitetssykehuset Harstad
dragvik@hotmail.com

Kamilla Torsdatter Isaksen
Sykepleier og avdelingsleder, Slottet sykehjem, Harstad kommune
kamilla.isaksen@harstad.kommune.no

Marianne Hauan
Ph.d.-kandidat, universitetslektor, sykepleier, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet
marianne.hauan@nord.no

Johanne Alteren
Professor, ph.d., sykepleier, Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Molde
johanne.alteren@himolde.no

Innledning

Sjekklister brukes både i medisinsk og ikke-medisinsk virksomhet som kognitive hjelpemidler for å veilede sykepleieren gjennom nøyaktig oppgavegjennomføring (1–5). Innenfor ikke-medisinsk virksomhet er det kjent at sjekklister har vært i bruk innenfor flybransjen og det militære (2,3). En sjekkliste defineres som et systematisk hjelpemiddel og består av bestemte oppgaver som skal utføres (4). Det være seg utstyr som skal finnes fram eller at sjekklisten fungerer som en punktvis veileder i utførelsen av en prosedyre (2). Hensikten med sjekklister i helse- og omsorgstjenesten er å sikre kvalitet og bedre pasientsikkerhet ved for eksempel å redusere medisinske og menneskelige feil, unnlattelse av prosedyrer og forbedre generelle standarder for pasientbehandling (6–10). Verdens helseorganisasjon, WHO, definerer pasientsikkerhet som forebygging av feil og bivirkninger som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (11).

Etter innføringen av sjekklister viser antall rapporteringer angående pasientskader og feil en svak nedgang (6). Når det gjelder skader som bidro til at pasienten døde, og skader som var forbigående og krevde behandling, er det en klar nedgang. Det er også en svak nedgang i omfanget av skader som var langvarige, ga varige mén eller krevde livreddende behandling. Trenden blant de skadene som var forbigående og som bidro til forlenget sykehusopphold, er svakt oppadgående (6).

I forskning som omhandler bruk av sjekklister i spesialisthelsetjenesten konkluderer

flere forfattere med at sjekklistene bidrar til økt kvalitet og pasientsikkerhet (4,5, 7–10,12–15). Resultater viser at sjekklister er et bidrag til en standardisert omsorg som kan sikre at pasienten får økt kvalitet på pleien og behandlingen (4,16), som for eksempel bedret kommunikasjon mellom helsepersonell og at kvaliteten på dokumentasjonen av pasientens behandling og pleie øker (7,9,17). Russ et al. (9) hadde til hensikt å vurdere betydningen kirurgiske sjekklister har på kvaliteten til arbeidet teamet på operasjonsavdelingen utfører. Sjekklistene bidro til pasientsikkerhet ved at de reduserte observerbare feil relatert til team-medlemmenes prosedyrerelaterte ferdigheter. See et al. (12) indikerer at bruken av sjekklister også kan assosieres med færre komplikasjoner relatert til prosedyrefeil. Funnene fra en studie gjennomført i kommunehelsetjenesten (17), viser at sjekklister kan være et hjelpemiddel til å systematisere og bedre rutinene i tjenesten, samt tilføre evidensbasert kunnskap til praksis.

Tidligere forskning handler om sykepleierne og deres bekymringer for hvordan pasientene oppfatter bruken av sjekklister (17,18). Bergs et al. (18) fant at sykepleiernes bekymringer handlet om at pasientene kan få for mye informasjon om helsetilstanden, noe som kunne føre til stress, for eksempel gjentatte opplysninger om deres identitet og blodtap (17,18). Sykepleierne var også bekymret for de juridiske konsekvensene av å signere sjekklisten, da de kunne bli holdt ansvarlige for feil (18). Både helsepersonell og pasientene uttrykte behovet for et

hjelpemiddel for å huske (2), og pasientene uttrykte at det var nyttig å bruke en sjekklister som et hjelpemiddel for å huske informasjon for eksempel om praktiske forberedelser før og etter operasjon (1).

Andre undersøkelser viser til at sykepleierne erfarte at sjekklister var nyttig i deres arbeid (17). Å bruke sjekklister hjalp dem å sikre en mer profesjonell datainnsamling om pasienten. De var en hjelp til å få oversikt over nye og gamle pasienter, samt for raskt å finne informasjon angående pasientens helse. Sykepleierne uttrykte dog bekymring for at for mye bruk av og søkelys på sjekklister kunne føre til at de ikke brukte sin profesjonelle og individuelle kunnskap og intuisjon ved observasjon av pasienten. Generelt erfarte sykepleierne at pasientene opplevde at de ble mer sett og ivaretatt ved bruk av sjekklister, spesielt etter at de kom hjem fra sykehus. Samtidig stilte de spørsmål om det var etisk riktig å blande seg inn i livet til pasientene som fikk hjemmesykepleie hver andre uke med alle spørsmålene (17). Å stille for mange spørsmål kunne også skape behov som pasienten ikke hadde.

Forutsetninger for at sjekklister fungerer etter hensikt, sikrer kvalitet på helsetjenesten og bedrer pasientsikkerheten, er at sjekklister er godt implementert i avdelingene (3,4,7,8,19,20). En systematisk review (5) synliggjorde at sjekklister ble implementert på ulike måter, men i de fleste studiene ble utdanning og opplæring en viktig komponent for å lykkes med implementeringen (5,12,18). Leder har i denne prosessen en betydningsfull rolle gjennom inkludering

og motivering av personalet i prosessen (3,7,18). Vellykket implementering forutsetter også at sykepleierne aksepterer og får et eierforhold til sjekklister, og at bruken av sjekklister gir mening (7,19,20). Videre må behovet for sjekklister være definert og tydeliggjort, samt på hvilken måte sjekklister er en god løsning for økt kvalitet på pleien og behandlingen (1,3). Et annet moment for en vellykket implementeringsprosess, er at sjekklister må være tilpasset pasienten og praksisen hvor de skal ha sin funksjon (17,18). En konsekvens av manglende involvering av sykepleierne i prosessen og manglende tydeliggjøring av hvorfor sjekklister bør brukes, kan føre til at sjekklister ikke blir anvendt etter hensikten. Uten god lederforankring blir pasientsikkerhet ikke prioritert, og det blir i liten grad bygd varige strukturer for pasientsikkerhetskultur (8,9,12).

Forskningsspørsmål

Gjennomgang av tidligere forskning viser et dominerende søkelys på effekten av sjekklister, som færre komplikasjoner og økt pasientsikkerhet. Det er mindre søkelys på sykepleiernes erfaringer, samt deres perspektiv på betydningen for kvalitet og pasientsikkerhet. Sjekklister innlemmes i den daglige virksomheten som en del av kvalitetsarbeidet med det mål å føre til bedre helse, mer tilfredse pasienter og bedre ressursutnyttelse. Nasjonal og internasjonal forskning synliggjør flere utfordringer relatert til bruk og implementering av sjekklister og at fortsatt søkelys på disse utfordringene er nødvendig for å nå målet. Sykepleierne er sentrale

når det gjelder bruk av sjekklister. De står i pasientsituasjonen og anvender sjekklister for å bedre kommunikasjonen og standardisere prosedyrer. Sykepleierne opplever at for mange sjekklister kan føre til at viktige symptomer og pasientens erfaringer angående behandling og pleie blir oversett. Søkelys på sykepleiernes erfaringer med sjekklister innenfor pleie og omsorg er derfor sentralt for å nå målet om økt pasientsikkerhet. Hensikten med studien er derfor å belyse og diskutere sykepleiernes erfaringer med bruk av sjekklister i arbeidshverdagen i spesialisthelsetjenesten. Studien søker å svare på følgende forsknings spørsmål:

- Hvordan bruker sykepleierne sjekklister i sitt daglige arbeid?
- Hva har betydning for hvordan de bruker sjekklister?

Metode

Studien er kvalitativ og har et eksplorativt og deskriptivt design. En kvalitativ tilnærming er hensiktsmessig når hensikten er å belyse deltakernes erfaringer (21).

Kontekst og utvalg

Spesialisthelsetjenesten ble valgt som kontekst for studien, da det i forbindelse med innføring av programmet «Sjekkliste for Trygg Kirurgi» ble satt søkelys på bruk og implementering av sjekklister i spesialisthelsetjenesten, noe som førte til et økt antall sjekklister i de ulike avdelingene. Sykepleiere fra tre avdelinger i spesialisthelsetjenesten

i Nord-Norge var involvert i studien. Sjekklister var integrert i den daglige virksomheten i avdelingene. Implementeringen var gjort med bakgrunn i Meld. St. 10 (2012–2013) (22). På bakgrunn av denne meldingen ble et femårig nasjonalt program for pasientsikkerhet utarbeidet med oppstart i 2014 (23), hvor alle helseforetakene deltar. Pasientsikkerhetsprogrammet har 16 ulike innsatsområder som for eksempel trygg kirurgi, samstemming av legemiddellister, forebygging av underernæring og tidlig oppdagelse av sepsis. Til hvert innsatsområde er det utarbeidet tiltakspakker med tilhørende sjekklister. Innsatsområdene omfatter både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (23).

Pasientsikkerhetsprogrammet har som hovedmål å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten (23). Et resultat av pasientsikkerhetsprogrammet er at føring av sjekklister er satt i system. Observasjoner og målinger som dokumenteres på sjekklister sendes til registrering i det nettbaserte dataprogrammet Extranet. Disse målingene er nyttige i kvalitetsarbeidet, for blant annet å se forbedring i ønsket måloppnåelse innenfor et gitt tema og om denne forbedringen er varig (24).

Spesialisthelsetjenesten ble kontaktet med forespørsel om tilgang til feltet. Avdelingssykepleierne hadde førstehåndskontakten med sykepleierne som ble intervjuet. Åtte sykepleiere ble hensiktsmessig utvalgt. De var alle kvinner og arbeidet på tre ulike avdelinger i spesialisthelsetjenesten,

to kirurgiske og en medisinsk avdeling. Sykepleierne jobbet tredelt turnus, og noen rullerte mellom ulike avdelinger. Å håndtere sjekklister var noe alle hadde kjennskap til og brukte i arbeidshverdagen. Sykepleierne som deltok hadde mellom fem og 21 års erfaring, med et gjennomsnitt på 12 år.

Datainnsamling

Sykepleierne ble intervjuet individuelt, da hensikten var å beskrive den enkelte sykepleiers erfaringer når de brukte sjekklister i arbeidshverdagen. Intervjuguiden inneholdt derfor åpne spørsmål med mulighet for oppfølgingsspørsmål. Intervjuguiden ble utarbeidet med bakgrunn i tidligere forskning og studiens forskningsspørsmål. Intervjuene foregikk som samtaler basert på følgende tema: bruken av sjekklister i pasientsituasjonen, utfordringer med bruk av sjekklister og hvordan de ivaretok pasientsikkerheten. Det ble benyttet båndopptaker. Hvert intervju varte inntil 30 minutter, noe som ble vurdert som tilstrekkelig da det ikke framkom nye momenter angående temaene i intervjuene. Intervjuene ble transkribert av første- og andreforfatter.

Analyse

Intervjuene ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse som beskrevet hos Graneheim, Lindgren og Lundman (25) og Graneheim og Lundman (26). Analysen innebar å bevege seg gjennom flere trinn for å komme fram til essensen i sykepleiernes erfaringer med bruk av sjekklister i arbeidshverdagen i spesialisthelsetjenesten. Først ble

hvert intervju lest flere ganger med den hensikt å få et helhetsbilde over hva intervjuene handlet om. Samtidig ble innholdet sett i lys av hensikten med studien. Tekst relatert til studiens hensikt ble så identifisert som meningsbærende enheter. De meningsbærende enhetene ble ytterligere kondensert og kodet. Deretter ble kodene klassifisert og sortert i kategorier basert på likheter og forskjeller. Til slutt ble de to hovedkategoriene: «Sjekklister, et hjelpemiddel for organisering av arbeidshverdagen» og «Tilfeldig implementering og bruk av sjekklister i avdelingen» – det manifeste innholdet, formulert. Tabell 1 illustrerer analyseprosessen fra meningsenheter til hovedkategoriene. Gjennom den dialektiske prosessen ble kodene og kategoriene omformulert og tydeliggjort. Kodene, kategoriene og hovedkategoriene ble diskutert i forfattergruppen til enighet ble oppnådd. Disse diskusjonene bidro til å sikre etterrettelighet og refleksjon angående analyseprosessen med det mål å sikre studiens troverdighet (21).

Etikk

Sykepleierne som deltok i studien, skrev under skriftlig informert samtykke. I samtykket ble de informert om at deltakelsen var frivillig, at de når som helst kunne trekke seg uten at det fikk noen konsekvenser og at intervjumaterialet ville bli anonymisert. Datamaterialet ble behandlet i henhold til Norsk senter for forskningsdata (NSD) sine kriterier og bare forskerne hadde tilgang til intervjuutskriftene. NSD behandlet og tilrådte prosjektet.

Tabell 1. Analyseprosessen fra råteksen til hovedkategori

| Meningsenheter | Kondenserte meningsenheter | Koder | Kategorier | Hovedkategori |
|---|--|---|---|--|
| Sjekkliste hjelper meg til å utføre jobben min | Hjelper meg å utføre jobben | Et hjelpemiddel for å organisere arbeidet | Hjelpemiddel og struktur | Sjekkliste, et hjelpemiddel for organisering av arbeidshverdagen |
| Å bruke sjekkliste gjør at vi kan krysse av for viktige og essensielle observasjoner for denne pasienten | Vi kan krysse av for viktige og essensielle observasjoner angående pasienten | Hjelpemiddel for å vite at oppgavene er utført | Kvalitetssikring av utførelsen av oppgavene | Sjekkliste, et hjelpemiddel for organisering av arbeidshverdagen |
| Sjekkliste implementeres i avdelingen ved at det gis informasjon på personalmøte fra fagsykepleier og på mail, noe som oppleves tilfeldig | Implementeringen i avdelingen oppleves tilfeldig, noen ganger informasjon på personalmøte, noen ganger fra fagsykepleier og noen ganger via mail | Tilfeldig implementering av sjekkliste uten planlagt struktur | Tilfeldig implementering av sjekkliste | Tilfeldig implementering og bruk av sjekkliste i avdelingen |
| Det kan bli tilfeldig når og hvilke sjekkliste jeg fyller ut | Tilfeldig når og hvilke sjekkliste jeg fyller ut | Tilfeldig hvordan bruke sjekkliste | Tilfeldig bruk av sjekkliste | Tilfeldig implementering og bruk av sjekkliste i avdelingen |

Resultater

Resultatet av analysen ble de to hovedkategoriene: «Sjekklister, et hjelpemiddel for organisering av arbeidshverdagen» og «Tilfeldig implementering og bruk av sjekklister i avdelingene».

Sjekklister, et hjelpemiddel for organisering av arbeidshverdagen

Sykepleierne beskrev sjekklister som et hjelpemiddel for organisering av arbeidshverdagen. For eksempel fungerte sjekklister som et hjelpemiddel når de skulle utøve sykepleie. Ett eksempel var når de hadde ansvar for å klargjøre flere pasienter til operasjon. De brukte sjekklister for å forsikre seg om at alle sykepleieoppgavene var utført. På den måten var sjekklistene til hjelp for å huske gjøremål og oppgaver, både når det gjaldt pasientene og medisinsk teknisk utstyr, slik som for eksempel infusjonspumpe og EKG-apparat. I tillegg var sjekklistene en kvalitetssikring når det gjaldt relevante observasjoner og arbeidsoppgaver de hadde ansvar for på sin vakt. En sykepleier fortalte: «Sjekklistene bidrar med kvalitetssikring av arbeidsoppgavene vi gjør. De er en hjelp til å holde oversikt over arbeidsoppgavene og at vi vet at vi har utført sykepleien vi har ansvar for.» Sykepleierne fortalte om hvilken kvalitet sjekklister hadde for pleien og omsorgen de ga pasienten. «Når vi har oversikt over ansvaret og har en strukturert hverdag, så klarer vi å yte bedre pleie og omsorg for pasienten.»

Sykepleierne fortalte at mengden sjekklister økte i avdelingen og hvordan det økte

antallet påvirket organiseringen av arbeidshverdagen. «Hvis vi har for mange sjekklister å forholde oss til, så drukner vi i papir i stedet for å tenke selv.» Flere av sjekklistene var digitale, hvor sykepleierne kunne krysse av direkte i pasientens digitale journal. Likevel opplevde sykepleierne at sjekklistene tok store deler av tiden de hadde til rådighet.

Sykepleierne fortalte at en stor del av arbeidsoppgavene de skulle gjennomføre på en vakt, var knyttet til administrativt arbeid som dokumentasjon og registreringer. «Jeg er utdannet sykepleier, men opplever at jeg ikke får brukt kompetansen, da tiden går med til administrasjon.» På en av avdelingene hadde sykepleierne omarbeidet sjekklistene fra pasientsikkerhetsprogrammet. De opplevde at flere av punktene på sjekklisten ikke var relevant for pasienten de hadde ansvar for og besluttet å unnlate disse. Ett eksempel var sjekklisten trygg kirurgi med informasjon som omhandlet risikofylte deler av prosedyren hvor pasienten kunne forvente blodtap. Denne informasjonen ble ikke gjennomgått sammen med pasienten, da informasjonen kunne gjøre pasienten bekymret.

Sykepleierne erfarte at bruken av sjekklister kunne gå på bekostning av kontakten med pasienten. Mer bruk av tiden de hadde til rådighet på dokumentasjon og å krysse av for observasjoner og utførte gjøremål, tok oppmerksomheten bort fra pasienten. En sykepleier fortalte: «Samtidig som sjekklister hjelper meg til å utføre jobben min, kan de bli en ekstra belastning. Det tar av tiden jeg har til pasienten.» De uttrykte at mindre pasientkontakt hadde negativ

betydning for kvaliteten på sykepleien og pasientsikkerheten.

Tilfeldig implementering og bruk av sjekklister i avdelingene

Hvordan sjekklister ble implementert i avdelingene hadde betydning for når og hvordan de ble brukt. Noen sykepleiere mottok informasjon på mail når nye sjekklister skulle implementeres. Andre fikk opplæring på morgenmøter en gang i uken eller på personalmøter. Tidligere ble det skrevet referat fra disse møtene, noe som gjorde at sykepleierne som ikke var til stede kunne lese referatene. På en av avdelingene hadde en fagutviklings-sykepleier ansvar for undervisning og opplæring i hvordan bruke sjekklister. Hvordan sjekklister ble mottatt av sykepleierne var ulik, avhengig av hvem og hvor i systemet de var utarbeidet. Sykepleierne fikk et sterkere eierforhold til sjekklister som var utviklet internt i avdelingen. «Implementering som kommer ovenfra, kan nok møte litt mer motstand fordi informasjonen ikke når ut eller at vi kanskje ikke har samme forståelse av hvorfor sjekklister bør brukes, da vi ikke eier endringen selv.»

Hvordan avdelingen var organisert, hadde også betydning for hvordan sykepleierne brukte sjekklister. «Det er tre vaktskift og vi rekker sjelden å utøve alle oppgavene på ei vakt.» Rammene rundt arbeidstiden ble også trukket fram. «Jeg arbeider kun i helgene, så jeg har ikke innarbeidet sjekklister i rutinene mine.» Det kunne variere om sjekklister var en hjelp i arbeidet og noen erfarte at sjekklister ga merarbeid. Sykepleierne fortalte at de kunne

glemme å bruke sjekklister, at de kunne hjelpe hverandre å huske å bruke dem, og at de lærte hverandre opp i hvordan bruke dem.

Sykepleierne fortalte at i tillegg til å bruke sjekklister, gjorde de individuelle vurderinger og tilpasninger i pasientsituasjonen. En sykepleier fortalte om en ernæringscreening som ikke ble tatt av en pasient som hadde væske i buken. Sykepleieren begrunnet avgjørelsen med at vekten i dette tilfellet ville bli feil. «Det er viktig å tenke utenfor boksen. Sjekklister er ikke fasiten, men et hjelpemiddel.» Sykepleierne fortalte også hvordan de tilpasset sjekklister til den individuelle pasienten. «Det er ikke alltid relevant å sette søkelys på alle de åtte eller ti punktene i sjekklisten. Kanskje er det bare tre av punktene som er relevant for pasienten.»

Ifølge sykepleierne var bruken av sjekklister tilfeldig. Noen sykepleiere brukte sjekklister konsekvent og begrunnet det med at de fikk bedre oversikt over observasjoner og arbeidsoppgaver de hadde ansvaret for. Andre sykepleiere uttrykte at sjekklister var tidkrevende og at de valgte å ikke bruke sjekklister når det var travelt i avdelingen. Det kunne også være personavhengig om sjekklister ble brukt. «Det er ikke alltid sykepleierne fyller ut sjekklister. Jeg tror det er litt tilfeldig.» Noen ganger ble deler av sjekklister brukt, mens resten ble overlatt til neste sykepleier som kom på vakt.

Diskusjon

Resultatene i denne studien viser hvordan sykepleierne bruker sjekklister i sitt daglige

arbeid og hva som har betydning for at sjekklister blir brukt.

Sykepleiernes bruk av sjekklister i sitt daglige arbeid

Denne studien viser at sykepleierne gjorde faglige vurderinger og tilpasninger i pasientsituasjonen når de brukte sjekklister. Det kunne være situasjoner hvor de benyttet deler av sjekklisten, men også tilfeller der de avsto fra å bruke den. Hensiktsmessig bruk av sjekklister hjelper sykepleieren å ivareta pasienten og er kvalitetssikrende for pasienten (15). Det gjelder så vel bruken av sjekklisten, som forståelsen fra å avstå fra å bruke den. Bergs et al. (18) fant at sykepleierne bekymret seg for pasientens oppfatning av bruk av sjekklister. Funnene i vår studie viser at i noen tilfeller unnlot sykepleierne enkelte sjekkpunkter som de vurderte kunne forårsake stress hos pasientene. For eksempel gjennomgangen av sjekklisten trygg kirurgi der sykepleieren ikke informerte pasienten om den risikofylte delen av prosedyren som forventet blodtap, da informasjonen kunne gjøre pasienten bekymret.

Til tross for utbredt bruk av sjekklister, er det nødvendig å justere prosedyrene etter behov og ikke være for bokstavelig i bruk og tolkning (15). Vår studie viser at i noen tilfeller passet ikke sjekklisten til den situasjonen den var tenkt, og at sykepleierne gjorde faglige vurderinger og tilpasset bruken av sjekklisten til pasienten. Forskning viser at overdreven bruk av sjekklister kan være upraktisk og kan påvirke effekten av den kliniske vurderingen (2). For å unngå manglende klinisk vurdering, kan dokumentasjon på hvorfor

sjekklisten ikke er brukt tydeliggjøre sykepleierens faglige vurdering og tilpasning. Et eksempel her er ernæringscreeningen som ikke ble tatt av pasienten som hadde væske i buken. Sykepleierens faglige vurdering var at vekten ville blitt feil i dette tilfellet og da også vurdering av pasientens tilstand. Sykepleiernes kompetanse og erfaring gjør dem i stand til å tilpasse bruken av sjekklister, samtidig som pasientsikkerheten ivaretas (20). Ingvarsdottir og Halldorsdottir (15) påpeker at det er viktig å justere prosedyrer etter behov, og at sjekklister skal være praktiske for de som skal bruke dem. Sjekklister skal inkludere pasienten og deres individuelle behov i situasjonen. Manglende pasientfokus kan føre til at observasjoner, symptomer og pasientens erfaringer ikke blir en del av kunnskapen som danner grunnlaget for viktige beslutninger for behandlingen og pleien.

Sykepleierne opplevde at arbeidsoppgaver og sjekklister stadig økte i omfang. I spesialisthelsetjenesten jobber de under krevende arbeidsforhold med akutt kritisk syke pasienter, der prioritering av arbeidsoppgaver er en realitet (15). Hvis sykepleierne må prioritere bort arbeidsoppgaver som inkluderer pasientkontakt, kan en konsekvens bli at sjekklister ikke prioriteres. Sjekklister er implementert som en del av kvalitetsarbeidet ved sykehusene i Norge. Manglende bruk kan føre til feil og få juridiske konsekvenser for sykepleieren som signerer sjekklisten (18). De kan få ansvaret for feil andre profesjoner har gjort. Sjekklisten blir da et juridisk dokument med mangler som ikke ivaretar pasientsikkerheten.

Betydningen for hvordan sykepleierne bruker sjekklister

Flere av sykepleierne trakk fram arbeidsforhold som tredelt turnus og rullering mellom avdelinger som årsak til at sjekklister brukes tilfeldig. Moulding et al. (27) hevder at vellykkete endringer må baseres på mer enn én intervensjon. Faglige endringer er prosessuelle og påvirkes av forhold på ulike nivå. Moulding et al. (27) beskriver fem trinn i denne prosessen. Det første trinnet handler om hvorvidt sykepleierne er motivert for endring. Det andre trinnet handler om å vurdere om det er barrierer for bruk av sjekklister. Dette for å kunne velge gode og tilpassede strategier for endring. Sykepleierne i vår studie påpekte manglende og ulik informasjon som en barriere for tilfeldig bruk. Hvis avdelingen ikke har gode rutiner for å sikre at alle får samme informasjon, kan noe informasjon angående pasienten gå tapt. For sykepleiere som rullerer mellom avdelinger, kan det være utfordrende å ha full oversikt over alle sjekklister og gjøremål. Eksempler er sykepleiere som jobber på en dagenhet og har arbeidshelgene på sengepost, samt de som jobber deltid og innleide vikarer. Bemanningsproblemer og mangel på tilstrekkelig opplært personell er en barriere som kan ha en negativ effekt på bruken av sjekklister (15).

Trinn fire i Moulding et al.s (27) rammeverk handler om å finne de strategiene som sannsynligvis vil ha størst effekt for endring. Sjekklister som var utarbeidet internt i avdelingen var de som ble foretrukket. Selv om sjekklister er pålagt avdelingen utenfra, er det

viktig at de utarbeides på det nivået hvor eierskap til listene kan opparbeides. Et kollektivt psykologisk eierskap gjør at sjekklisten blir en del av dem og deres arbeid (18), og å finne de strategiene som vil ha størst effekt har betydning for endring (27). Eierskapsfølelse forbedrer implementeringen og bruk i daglig praksis (2). Grundig implementering er av betydning for å få sykepleierne engasjert i prosessen rundt bruken av sjekklister. Det er ikke nok at sjekklister leveres ut med et krav om at sykepleierne skal etterkomme bruken av dem (19,27).

Vår studie viser at sykepleierne tilpasset sjekklister til pasientenes behov, da de vurderte flere punkter som ikke relevant for pasienten de hadde ansvaret for. Sykepleierne var opptatt av kvaliteten på pleien og omsorgen de ga pasientene. For mye og ikke relevant informasjon kunne true pasientsikkerheten ved å påføre pasientene unødvendige belastninger. En sjekklister som skal brukes til et annet formål enn det som opprinnelig var ment, må derfor først revideres og valideres. Sjekklister må sikres at de oppfyller det tiltenkte formålet (19). Derfor bør det ikke være opp til hver enkelt sykepleier å gjøre tilpasninger, men et ledelsesansvar. Det samme gjelder utviklingen av sjekklister som ikke bør være statisk (2), men en prosess som innebærer at profesjoner som skal befatte seg med sjekklister involveres (27). I tillegg bør oppdatert litteratur og tilbakemelding fra tiltenkte brukere bli benyttet.

Lederforankring på alle nivå i organisasjonen og en synlig og tydelig ledelse, løftes fram av sykepleierne som avgjørende for

god implementering og bruk av sjekklister. Ledelsen er de som kommuniserer betydningen av sjekklister og pasientsikkerhet, og de skal være en motivator og støtte for de ansatte. I tillegg er det ledelsen som legger til rette for at implementering fremmer en felles forståelse av perspektiver, samt tilpasning av eksisterende rutiner (18). Evaluering av effekten av implementeringen og endringen, samt styrker og svakheter i sjekklister har betydning for den videre prosessen og utviklingen (27). Uten god lederforankring i denne prosessen er faren at pasientsikkerhetsprogrammet ikke blir godt prioritert og dermed vil det ikke bli bygd varige strukturer rundt pasientsikkerhet (6).

Metodediskusjon

En styrke i studien er at vi har gjennomført intervjuene med sykepleiere fra tre ulike avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Det ble gjennomført individuelle intervju med det mål å få dybdekunnskap om sykepleiernes subjektive erfaringer med bruk av sjekklister (28). Alle sykepleierne hadde lang erfaring fra spesialisthelsetjenesten og vurderes å være representative for å svare på forskningsspørsmålet (28). De to førsteforfatterne gjennomførte intervjuene, fire hver. Denne delingen bidro til en utveksling av erfaring angående gjennomføringen og innholdet i samtaler, noe som bidro til at samtaler ble satt inn i en større sammenheng og at utfyllende data kunne komme fram. Utfyllende data skaper dybde angående temaet det settes søkelys på (28). De andre to forfatterne hadde ikke erfaring med bruk av sjekklister,

noe vi vurderte ga en nødvendig distanse og et utenfrablakk på feltet og analysen av datamaterialet.

Beskrivelsen av metoden er transparent og bidrar til å styrke resultatenes troverdighet og validitet (25,26). Diskusjonen innad i forfattergruppen om metode, resultat og analyse, hvor vi blant annet anvender sitater og beskriver analysen ved hjelp av en tabell, har også bidratt til å styrke studiens validitet. Metodelitteraturen setter søkelys på forskerens ansvar for å gi tilstrekkelig beskrivende data, slik at leseren kan vurdere hvorvidt funnene kan overføres til en annen kontekst (25,26). Alle deltakerne var kvinner og intervjuene ble gjennomført på tre ulike avdelinger. Funnene handler om bruk av sjekklister, noe utøvende sykepleiere befatter seg med i arbeidshverdagen. Transparent beskrivelse av metode og kontekst gjør det mulig for leseren av artikkelen å vurdere om funnene er anvendelig i andre kontekster. Eksempler er at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten, og også kommunehelsetjenesten, vil kjenne igjen noen resultater, resultater de kan overføre til egen praksis.

Konklusjon

Sykepleierne brukte sjekklister ulikt i sitt daglige arbeid. De gjorde faglige vurderinger og tilpasninger i pasientsituasjonen på hvordan og hva bruke av punktene i sjekklister, samt når det var hensiktsmessig å bruke sjekklister. De brukte mye tid på dokumentasjon relatert til sjekklister, noe som gikk på bekostning av pasientkontakten.

Arbeidsforhold og på hvilket nivå i organisasjonen sjekklister var utarbeidet hadde betydning for hvordan de brukte sjekklister. Implementering og endring av en praksis må ses som en prosess som påvirkes av flere forhold på ulike nivå i organisasjonen. Sjekklister som var utarbeidet i avdelingen og hvor sykepleierne opplevde eierskap, hadde betydning for bruken. Å utvikle pasientsikkerhetskultur i spesialisthelsetjenesten fordrer lederforankring på alle nivå.

Implikasjoner for praksis

Denne studien utfordrer ledelsen til å se på endring som en prosess på ulike nivå og å inkludere sykepleiere og annet helsepersonell som bruker sjekklister når de skal utarbeides, evalueres og revideres. For å sikre at alle forstår bruken og hensikten med sjekklister, kan teoretisk og praktisk opplæring også vektlegges i større grad i utdanningsinstitusjonene. Slik innlemmes hensikten og forståelsen for sjekklister i yrkesutøvelsen allerede som student. I tillegg får sykepleiestudentene en introduksjon til hvordan sykepleien utøves med sjekklister innlemmet i sykepleieutøvelsen, inkludert etiske og juridiske spørsmål angående ivaretagelsen av pasienten.

Videre forskning

Tidligere forskning omhandler i stor grad effekten av sjekklister og utfordringer med implementering av sjekklister i avdelingen, mens vår forskning bidrar med kunnskap om hvordan pasienten ivaretas der sjekklister er

integret i den daglige virksomheten. Det er behov for ytterligere forskning på dette feltet, spesielt angående pasientens opplevelser når sjekklister brukes. Dette for ytterligere å øke kvaliteten og pasientsikkerheten i spesialisthelsetjenesten.

Referanser

1. Harris K, Søfteland E, Moi AL, Harthug S, Storesund A, Jesuthasan S, Sevdalis N, Haugen AS. Patients' and healthcare workers' recommendations for a surgical patient safety checklist – a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2020;20:43. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4888-1>
2. Hales B, Terblanche M, Fowler R, Sibbald W. Development of medical checklists for improved quality of patient care. *Int J Qual Health Care*. 2008;20(1):22–30.
3. Thomassen Ø, Espeland A, Søfteland E, Lossius HE, Heltne JK, Brattebø G. Implementation of checklists in health care; learning from high-reliability organisations. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 2011;19:53.
4. Bernstein PS, Combs A, Shields LE, Clark SI, Eppes CS. SMFM Patient Safety and Quality Committee. The development and implementation of checklists in obstetrics. *Society for Maternal Fetal Medicine*. 2017 August.
5. Ko HCH, Turner TJ, Finnigan MA. Systematic review of safety checklists for use by medical care teams in acute

- hospital settings – limited evidence of effectiveness. *BMC Health Services Research*. 2011;11:211.
6. Pasientsikkerhetsprogrammet. Pasientskader i Norge [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2018 [hentet 24. April 2018-04-24]. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/pasientskader-i-norge>
 7. Treadwell JR, Lucas S, Tsou, AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf*. 2014;23:299–318.
 8. Storesund A, Haugen AS, Flaatten H, Nortvedt M, Eide GE, Boermeester MA, Sevdalis N, Tveiten Ø, Mahesparan R, Hjallen BM, Fevang JM, Størksen CH, Thornhill HF, Sjøen GH, Kolseth SM, Haaverstad R, Sandli OK, Søfteland E. Clinical Efficacy of Combined Surgical Patient Safety System and the World Health Organization's Checklists in Surgery. A Nonrandomized Clinical Trial. *JAMA Surg*. 2020;155(7):562–570. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2020.0989>
 9. Russ S, Rout S, Sevdalis N, Moorthy K, Darzi A, Vincent C. Do Safety Checklists Improve Teamwork and Communication in the Operating Room? A systematic review. *Ann Surgery*. 2013;258:856–871.
 10. Healy A, Søfteland E, Harthug S, Haaverstad R, Mahesparan R, Hjallen BM, Eide GE, Sevdalis N, Haugen AS. A Health Economic Evaluation of the World Health Organization Surgical Safety Checklist. *Annals of Surgery*, 2020 October 14. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004300>
 11. World Health Organization. Patient safety. [Internett]. København: WHO Regional Office for Europe; 2018 [hentet 2018-04-24]. Tilgjengelig fra: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/patient-safety>
 12. See KC, Jamil K, Chua AP, Phua J, Khoo KL, Lim TK. Effect of a pleural checklist on patient safety in the ultrasound era. *Respirology*. 2013;18:534–539.
 13. Haugen AS, Wæhle HV, Almeland SK, Harthug S, Sevdalis N, Eide GE, et al. Causal analysis of World Health Organization's surgical safety checklist implementation quality and impact on care processes and patient outcomes: Secondary analysis from a large stepped wedge cluster randomized controlled trial in Norway. *Ann Surg* [Elektronisk artikkel]. 2017 Nov [hentet 2021-01-23]. Tilgjengelig fra: Causal Analysis of World Health Organization's Surgical Safety Checklist Implementation Quality and Impact on Care Processes and Patient Outcomes (nih.gov)
 14. Haugen AS, Søfteland E, Almeland SK, Sevdalis N, Vonen B, Eide GE, et al. Effect of the World Health Organization Checklist on Patient Outcomes: A Stepped Wedge Cluster Randomized Controlled Trial. *Ann Surg*. 2015 Mai;261(5):821–828.

15. Ingvarsdottir E, Halldorsdottir S. Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scand J Caring Sci*. 2017 Sept.
16. Moffatt-Bruce SD, Hilligoss B, Gonsenhausner I. ERAS: Safety checklists, antibiotics, and VTE prophylaxis. *J Surg Oncol*. 2017;116:601–607.
17. Nilsen ER, Söderhamn U, Dale B. Facilitating holistic continuity of care for older patients: Home care nurses' experiences using checklists. *J Clin Nurs*. 2019;28:3478–3491.
18. Bergs J, Lambrechts F, Simons P, Vlayen A, Marneffe W, Hellings J, Cleemput I, Vandijck D. Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: a systematic review of the qualitative evidence. *BMJ Qual Saf*. 2015 Jul; 0:1–11
19. Thomassen Ø, Brattebø G, Heltne JK, Søfteland E, Espeland A. Checklists in the operating room: Help or hurdle? A qualitative study on health workers' experiences. *BMC Health Services Research*. 2010 Des;10(1):342.
20. Thomassen Ø, Storesund A, Søfteland E, Brattebø G. The effects of safety checklists in medicine: a systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2014 Jan;58(1):5–18.
21. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 10. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health: 2017.
22. Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
23. Pasientsikkerhetsprogrammet. Om pasientsikkerhetsprogrammet [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [hentet 2018-01-10]. Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet>
24. Pasientsikkerhetsprogrammet. Målinger i tiltakspakkene [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [hentet 2021-01-23]. Tilgjengelig fra: Målinger i tiltakspakkene - Pasientsikkerhetsprogrammet
25. Graneheim UH, Lindgren BM, Lundman, B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurs Ed Today*. 2017;56:29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
26. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Ed Today*. 2004;24(2):105–113. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
27. Moulding NT, Silagy CA, Weller DP. A framework for effective management of change in clinical practice: dissemination and implementation of clinical practice guidelines. *Quality in Health Care*. 1999;8:177–183.
28. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.