



**„Ég er að tryggja mitt eigið öryggi sem starfsmaður“**

**Mat á þörf fyrir öryggisgátlista á legudeildum  
skurðlækningasviðs Landspítalans**

**Sigríður Helga Axelsdóttir og Telma Glóey Jónsdóttir**

**Ritgerð til BS-prófs (16 einingar)**



**HÁSKÓLI ÍSLANDS**  
**HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ**

HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD

**„Ég er að tryggja mitt eigið öryggi sem starfsmaður“  
Mat á þörf fyrir öryggisgátlista á legudeildum skurðlækningasviðs  
Landspítalans**

Sigríður Helga Axelsdóttir og Telma Glóey Jónsdóttir

Ritgerð til BS-prófs í hjúkrunarfræði

Leiðbeinendur: Herdís Sveinsdóttir og Katrín Blöndal

Hjúkrunarfræðideild

Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands

Júní 2017

**“I’m ensuring my safety as an employee”**  
***Evaluation of the need for a safety checklist in the general ward of  
surgery in Landspítali***

Sigríður Helga Axelsdóttir & Telma Glóey Jónsdóttir

Thesis for the degree of Bachelor of Science  
Supervisors: Herdís Sveinsdóttir & Katrín Blöndal

Faculty of Nursing  
School of Health Sciences

June 2017

Ritgerð þessi er til BS-prófs í hjúkrunarfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.

© Sigríður Helga Axelsdóttir og Telma Glóey Jónsdóttir, 2017

Prentun: Háskólaprent  
Reykjavík, Íslandi, 2017

## Ágrip

Tilgangur rannsóknarinnar var meta þörf fyrir öryggisgátlista á legudeildum skurðsviðs Landspítalans. Rannsóknir hafa sýnt að með notkun öryggisgátlista er hægt að tryggja öryggi sjúklinga á margvíslegan hátt. Markmiðið með notkun gátlista er að fá starfsfólk til að fara markvisst yfir þau verk sem þarf að vinna. Þannig er hægt að tryggja að full athygli starfsmanna sé á verkefnum. Settur var saman rýnihópur til að kanna hvort þörf er til staðar og áhugi fyrir notkun slíkra gátlista. Rýnihópsviðtal er eigindleg rannsóknaraðferð til að fá álit og reynslu viðmælenda af viðfangsefninu. Í rýnihópnum voru sex hjúkrunarfræðingar af mismunandi legudeildum skurðlækningasviðs. Starfsaldur þeirra var á bilinu eitt til þrjátíu og eitt ár og voru hjúkrunarfræðingarnir allir kvenkyns.

Eftir að samræður höfðu verið skráðar og yfirfarnar fannst eitt yfirheiti, þrjú grunnþemu og átta undirþemu. Þemun voru eftirfarandi: „*Að láta setja sig úr örygginu*“, *Gátlisti gerir gagn* og „*Lykilatriði er að fólk sjái einhvern tilgang í þessu*“. Yfirheitið „*Að koma böndum á óreiðuna*“ vísar til þess að viðmælendum finnst ríkja of mikil óreiða í vinnuumhverfi sínu. Gátlistar geta þannig nýst til þess að skipuleggja verk hjúkrunarfræðinga og með því aukið öryggi sjúklinga og starfsmanna. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að flestir viðmælendurnir voru jákvæðir í garð gátlista og töldu að með þeim væri hægt að auka öryggi sjúklinga og starfsmanna. Þeim varð tíðrætt um að innleiðing gátlista yrði að vera farsæl og ekki gerð í fljótfærni. Einnig varð að vera skýr tilgangur með notkun gátlista og fólk sæi einhvern tilgang með notkun hans.

Álykta má af niðurstöðum að hugsanlega sé þörf fyrir gátlista á legudeildum skurðsviðs og notkun þeirra gæti þannig stuðlað að bættu öryggi fyrir sjúklinga og starfsfólk.

## Abstract

The purpose of the study was to assess the need for safety checklists in the general ward of surgery in Landspítali – The National University Hospital of Iceland. Research has shown that the use of safety checklists can ensure patient safety in various ways. The goal of using checklists is to get personnel to systematically review the tasks that need to be done. In that way the full attention of the personnel to the job at hand can be guaranteed. A focus group was assembled to evaluate the need for and interest in such checklists. A focus group is a form of qualitative research where people are interviewed for their opinion and experience of the subject. The focus group consisted of six registered nurses from different inpatient wards of the surgical unit in the hospital. Their years of service ranged from one to thirty one and they are all female.

After the interviews were transcribed and reviewed one title theme, three main themes and eight secondary themes emerged. The themes were the following: “*To take yourself out of the safety*”, “*Checklist is effective*” and “*The key issue is that people see some point to this.*” The main title “*taming the disorder*” refers to how interviewees felt there was too much disorder in their working environment. The results of the study showed that most interviewees were positive with regards to the use of checklists and felt that they could increase the safety of both patients and personnel. They frequently mentioned that the implementation of checklists had to go well and not be rushed, and also that their use had to have a clear purpose.

From the results we can conclude that there is a possible need for checklists in the general ward of surgery for the improved safety of patients and personnel.

## **Þakkir**

Við viljum þakka leiðbeinendum okkar þeim doktor Herdísi Sveinsdóttur, prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, og Katrínu Blöndal, sérfræðingi í hjúkrun á skurðlækningasviði Landspítala og aðjúnkt við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, fyrir leiðsögn og aðstoð við gerð lokaverkefnis okkar. Fjölskyldum okkar þökkum við alla þolinmæðina og stuðning sem þær hafa veitt okkur í gegnum námið og við gerð lokaverkefnis. Einnig viljum við þakka Þór Adam Rúnarsyni og Þórhalli Axelssyni fyrir þýðingu og Sigurði Hirti Ólafssyni fyrir tæknilega aðstoð. Sérstakar þakkir fá Ingibjörg Ebba Björnsdóttir, Áróra Kristín Ólafsdóttir og Fanney Svava Sigurðardóttir fyrir ómælda hjálp, þolinmæði og skilning. Að lokum viljum við koma á framfæri þakklæti til þeirra hjúkrunarfræðinga sem tóku þátt í rýnihópnum og svo þökkum við fyrir yfirlestur.

## Efnisyfirlit

Ágrip .....	4
Abstract.....	5
Þakkir.....	6
Efnisyfirlit .....	7
Myndaskrá .....	9
Töfluskrá.....	9
Listi yfir skammstafanir .....	9
1 Inngangur.....	10
1.1 Öryggi sjúklinga .....	10
1.1.1 Öryggisbragur vinnustaðar .....	11
1.1.2 Mannlegi þátturinn .....	12
1.2 Öryggisskipulag í flugi.....	13
1.2.1 Gátlistar .....	13
1.3 Öryggi í skurðaðgerðum .....	15
1.3.1 Innleiðing .....	15
1.3.2 Hindranir í notkun .....	16
1.4 Samantekt.....	17
2 Aðferðir.....	18
2.1 Markmið og rannsóknarspurningar .....	18
2.2 Rannsóknaraðferð og gagnasöfnun .....	18
2.3 Val á viðmælendum .....	19
2.4 Undirbúningur og framkvæmd rannsóknarinnar .....	19
2.5 Úrvinnsla, túlkun og greining gagna .....	20
3 Niðurstöður.....	23
3.1 Þátttakendur og framkvæmd .....	23
3.2 Þemu.....	23
3.2.1 „Að láta setja sig úr örygginu“ .....	24
3.2.2 Gátlisti gerir gagn .....	24
3.2.3 „Lykilatriði er að fólk sjái einhvern tilgang í þessu“ .....	26
3.3 Umræður um gátlistann .....	28
3.3.1 Innlit til sjúklings.....	29
3.3.2 Þrýstingssárahætta/byltuhætta/óráð .....	29
3.3.3 Meltingarstarfsemi .....	29
3.3.4 Þvagútskilnaður .....	29
3.3.5 Mat á sárum.....	29
3.3.6 Verkur .....	30
3.3.7 Næring.....	30
3.4 Gátlistinn lagfærður.....	30
4 Umræða .....	32
4.1 „Að láta setja sig úr örygginu“ .....	32
4.2 Gátlisti gerir gagn.....	33
4.3 „Lykilatriði er að fólk sjái einhvern tilgang í þessu“ .....	34



4.4 Umræður um öryggisgátlistann.....	36
4.5 Styrkur og takmarkanir rannsóknar.....	36
4.6 Gildi rannsóknarinnar fyrir hjúkrun.....	37
5 Ályktanir .....	38
Heimildaskrá.....	39
Fylgiskjöl.....	42

## Myndaskrá

Mynd 1. Gátlistinn eins og hann var lagður fyrir rýnihóp. ....	22
Mynd 2. Lokaeintak af gátlista. ....	31

## Töfluskrá

Tafla 1. Þemu og undirþemu .....	23
----------------------------------	----

## Listi yfir skammstafanir

GCS – Glasgow Coma Scale

HFACS – The human factor analysis classification system

SSC – Surgery safety checklist

TCC – Trauma care checklist

VAS – Visual analog scale

WHO – World Health Organization

# 1 Inngangur

Tilgangur þessarar ritgerðar er að meta þörf fyrir gátlista á legudeildum skurðsviðs Landspítalans og athuga hvort áhugi er á slíkum lista meðal starfsfólks. Engar íslenskar rannsóknir hafa verið gerðar á notkun né þörf á gátlistum á legudeildum svo vitað sé svo með þessari rannsókn er hugsanlega hægt að byggja grunn að frekari rannsóknum um þetta efni.

Höfundar ritgerðarinnar eru að ljúka námi í hjúkrunarfræði en annar höfundurinn er jafnframt atvinnuflugmaður og því með góða þekkingu af notkun gátlista í flugi. Einnig hefur hún unnið á gjörgæsludeild Landspítalans við Hringbraut og hefur reynslu af gátlistum þaðan. Hinn höfundurinn hefur unnið á taugalækningadeild á Landspítalanum í þrjú ár og hefur áhuga á öryggi sjúklinga á sjúkrahúsum.

Áhuginn fyrir þessu verkefni er að mestu vegna höfundarins sem er atvinnuflugmaður en hún hefur iðulega velt fyrir sér og borið saman starfsumhverfi í flugi og á gjörgæsludeildum. Sérstaklega hefur henni verið hugleikið af hverju einfaldir gátlistar séu ekki meira notaðir innan veggja Landspítalans líkt og flugi. Þegar til boða stóð að skoða þörf fyrir gátlista á Landspítala vakti það verkefni áhuga beggja höfunda.

Mikil áhersla er lögð á öryggi sjúkling á sjúkrahúsum og hvaðeina sem getur bætt það hlýtur að vera af hinu góða. Ef niðurstaða þessarar ritgerðar verður sú að þörf sé fyrir öryggisgátlista á legudeildum skurðsviðs þá er hægt að halda áfram og bæði rannsaka og innleiða gátlista. Það er mikil hætta á að hlutir gleymist eða yfirsjáist þegar mikið álag er á starfsfólki vegna manneklu á sjúkrahúsum. Þá yrði gátlistinn vonandi til þess að hjúkrunarfræðingar og sjúklingar finni til meira öryggis. Höfundar þessarar ritgerðar hafa trú á að gátlistar auki öryggisbrag vinnustaðar þó þær geri sér grein fyrir því að gátlisti er ekki nóg einn og sér. Heldur verður að skoða öryggisbrag vinnustaðar heildrænt þegar á að gera hann öruggari fyrir bæði sjúklinga og starfsfólk.

Ritgerðinni er skipt í fimm kafla. Fyrsti kafli er inngangur og er þar fjallað um fræðilegan bakgrunn efnisins sem höfundar telja mikilvægt að kunna deili á til þess að átta sig á hvað um er að ræða þegar talað er um öryggisbrag og gátlista. Sá kafli er byggður á heimildum sem fundust við heimildaleit. Annar kafli ritgerðarinnar fjallar um aðferðafræðina sem beitt var. Þar er farið í hvernig valið var í rýnihópinn og hvernig vinnan í honum gekk fyrir sig. Í þriðja kafla eru niðurstöður úr vinnu með rýnihópnum og kynnt þemu sem þar komu fram. Fjórdi kafli eru umræður þar sem niðurstöður eru ræddar frekar og þær bornar saman við ýmsar heimildir. Í fimmta kaflanum draga höfundar ályktun, segja frá sinni framtíðarsýn um efnið og koma með hugmyndir um frekari rannsóknir á efninu.

## 1.1 Öryggi sjúklinga

Eitt aðaláhyggjuefni stjórnenda heilbrigðiskerfa hvar sem er í heiminum er þegar öryggi sjúklinga er ógnað. Fram kemur í skýrslu, sem framkvæmdastjórn Evrópusambandsins gaf út árið 2014, „Patient safety and quality of care“, að um 8-12% sjúklinga, sem lagðir eru inn á sjúkrahús innan Evrópu-sambandsins, verða fyrir óheppilegum atvikum (e. adverse event). Algengustu óheppilegu atvik, sem sjúklingar lenda í eða um 25% allra óheppilegra atvika, eru spítalasýkingar. Einnig er algengt að mistök verði við lyfjagjöf og einnig út af skurðaðgerðum. Í skýrslunni kom fram að einn af hverjum átján

sjúklingum verður fyrir að minnsta kosti einni spítalasykingu og að hægt væri að koma í veg fyrir um 20-30% þeirra með handþvotti og öryggisáhöldum. Á hverju ári er áætlað að um 4,1 milljón sjúklinga fái spítalasykingu og um 37.000 þeirra deyja í kjölfarið. Þetta er ekki einungis heilbrigðisvandur heldur kostar þetta heilbrigðiskerfið háar fjáræðir (European Commission, 2014).

Í lögum er óvænt atvik skilgreint sem óhappatilkvik eða mistök, vanræksla eða eitthvað sem hefur valdið sjúklingi tjóni eða hefði getað valdið tjóni (Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007; Lög um landlækni og lýðheilsu nr. 41/2007). Fagráð um sjúklingaöryggi er starfandi hjá Embætti landlæknis og hefur það unnið að leiðbeiningum fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu sem snúa að gæðum og öryggi þjónustunnar. Með þessum leiðbeiningum var vonast til að geta aukið gæði og öryggi í heilbrigðisþjónustu. Þar kemur meðal annars fram að heilbrigðisstofnunin sjálf þarf að skilgreina hver ábyrgð yfirmanna er í öryggismálum til þess að þeir taki að sér forystuhlutverk sitt, séu áberandi og veiti öryggismálum styrk, einnig til að þeir hvetji til að óvænt atvik verði skráð svo hægt sé að fyrirbyggja slík atvik því slíkt eykur öryggi. Það er gert með því að skrá óvænt atvik í rafrænan gagnagrunn og svo eru þau nýtt til umbóta á verklagi. Með virkri skráningu á óvæntum atvikum er öryggisskipulag vinnustaðar bætt. Góður öryggisbragur vinnustaðar er þar sem öryggi sjúklinga er sett í fremsta sæti. Einkenni slíkra vinnustaða eru opin samskipti og gagnkvæmt traust milli starfsmanna og sjúklinga. (Embætti landlæknis, 2016).

### 1.1.1 Öryggisbragur vinnustaðar

Öryggisbragur er meðal annars skapaður á vinnustað með samstarfi starfsmanna og yfirmanna. Yfirmenn taka forystuhlutverk sitt alvarlega og veita öryggismálum styrk með því m.a. að hvetja til skráningar óvæntra atvika og opinna samskipta. Fagráð um sjúklingaöryggi skilgreinir öryggisbrag sem „sameiginleg gildi og viðhorf, sem ásamt skipulagi og stjórnun stofnunar, leiða til ákveðins vinnulags og hegðunarmynsturs varðandi öryggismál“ (Embætti landlæknis, 2016). Árið 2003 var birt tímaritsgrein um að heilbrigðisstofnanir yrðu æ betur vakandi fyrir mikilvægi góðs öryggisbrags á vinnustað og eitt það besta til að auka öryggi sjúklinga væri að efla öryggisbraginn. Til þess að geta hafið eflingu á öryggisbrag var talið skipta mestu máli að heilbrigðisstofnanir myndu fyrst og fremst viðurkenna að skipulagi á stofnuninni væri þannig háttáð að öryggi sjúklinga væri raunverulega hættu búin. Það þyrfti að hætta að kenna einstaklingum um stök óhappa atvik og skoða frekar í heild hvað varð til þess að atvikið kom upp svo hægt sé að koma í veg fyrir slíkt í framtíðinni. Nauðsynlegt er að viðurkenna að óhappa atvik séu hugsanleg og leitast við að finna leiðir til að koma í veg fyrir þau. Þó eru takmarkaðar rannsóknir á því hvernig best sé að innleiða góðan öryggisbrag er samhljóða álit fagmanna að teymisvinna, stuðningur yfirstjórnar og betri samskipti á vinnustað bæti stöðuna (Nieva og Sorra, 2003).

Í rannsókn sem var gerð á 57 gjörgæsludeildum, á mismunandi sjúkrahúsum, kemur fram að mikill þrýstingur sé á sjúkrahúsum að halda kostnaði niðri en tryggja samt sem áður öryggi sjúklinga. Þetta hefur orðið til þess að sjúklingaálag á hvern starfsmann heilbrigðiskerfisins hafi aukist. Markmið rannsóknarinnar var að kanna áhrif álags á starfsfólk heilbrigðiskerfisins, öryggisbrags sjúkrahúsa og hvaða áhrif þetta tvennt hefur á mistök í starfi. Einnig var skoðað hvernig eða hvort öryggisbragur og öryggisáhöld virka saman en öryggisáhöld eru áþreifanlegir hlutir sem eru útbúnir til að bæta öryggi,

eins og gátlisti. Í niðurstöðum kom fram að of mikið vinnuálag heilbrigðisstarfsfólks eykur mistök en hægt er að draga úr mistökum með góðum öryggisbrag. Það kom í rauninni í ljós að góður öryggisbragur dregur meira úr mistökum heldur en öryggisáhöld, eins og gátlisti. Talið var að ástæðan fyrir því væri sú að til þess að öryggisáhöld, eins og gátlisti, gæti virkað sem skyldi þyrfti að vera góður öryggisbragur á vinnustaðnum. Ef öryggisbragur á vinnustað er góður er starfsfólk líklegra til að nota gátlista (Steyrer o.fl., 2013).

Það þýðir sem sagt ekki að setja fram gátlista á deild þar sem er mikið álag til að ná fram góðum öryggisbrag heldur þarf að vinna í öryggisbragnum heildrænt. Hér á Íslandi eru eftirlitsaðilar sem fylgjast með öryggisbrag stofnunar en það er innra eftirlit stofnunar sjálfar og Embætti landlæknis. Notuð eru ýmis mælitæki til að meta öryggi stofnunar, t.d. eru lagðar kannanir fyrir starfsfólk og svo eru starfsmannafundir nokkrum sinnum á ári þar sem rætt er um öryggismál sjúklinga (Embætti landlæknis, 2016).

### 1.1.2 Mannlegi þátturinn

Þar sem mikið álag er á starfsfólki verða stundum mistök. Stundum þarf að taka ákvarðanir hratt og lítill tími gefst til þess að staldra við. Mistök má rekja til mannlegra þátta en einnig öryggisbrags vinnustaðar. Að skoða mannlega þætti mistaka gæti verið gott til að koma auga á hversu gagnlegir gátlistar geta verið. Hvað það er í fólki sem verður til þess að mistök gerast og hvað þarf að hafa í huga við gerð gátlista til að koma í veg fyrir þessi mistök.

Í breskri úttekt á þætti mannlegra mistaka í læknisfræði kom í ljós að mannleg mistök eru oft margþætt og geta verið kerfistengd eða tengd starsfólkinu sjálfu (Brennan, Mitchell og Perry, 2016). Kerfisbundin mistök eru þá tengd fyrirtækinu sjálfu og er það í verkahring yfirmanna að skapa góðan öryggisbrag á vinnustaðnum og umhverfi þar sem starfsmenn geta tjáð sig opið um áhyggjur sínar og aðrar skoðanir. En mistök tengd einstaklingnum sjálfum geta verið út af líkamlegum takmörkunum varðandi öryggismál. Með þessari úttekt er leitast við að beina athygli að þessum mannlegu þáttum sem geta leitt til mistaka og reyna þannig að draga úr þeim. Þó mistök geti verið kerfisbundin er aðeins rætt um mannlega þætti fólks hér. Mannlegir þættir eru þá helst „þreyta og þróttleysi, næringarástand, tilfinningalegt ástand, svo sem reiði og streita, fjölverkavinnsla (e. multitasking) og að missa sjónar á hvað er í gangi“. Þreyta er algeng ástæða mistaka því þreyta getur haft áhrif á ákvarðanatöku og hugsanahraða. Þá getur stutt hvíld komið að góðum notum, þó það sé ekki sest niður lengur en 10-15 mínútur þá getur það bætt frammistöðu og anda starfsmanna í gegnum daginn. Svengd og þorsti skipta líka máli því þau atriði geta komið í veg fyrir að fólk starfi eðlilega og ef það er mikið að gera á vinnustað þá geta matartímar gleymst. Starfsfólk getur haft tilfinningar sem reynist erfitt að útiloka, eins og streitu eða reiði, sérstaklega á álagstímum og misst yfirsýn yfir aðstæður. Fólk á það til að festast og einblína á einn hlut en þá þarf að staldra við og öðlast yfirsýn á ný og endurmeta stöðuna. Í greininni er minnt á að gott sé að hugsa um samstarfsaðila og að hver passi upp á annan. Ekki fara að kenna hvert öðru um ef mistök verða. Einnig væri ákjósanlegast að allir væru jafnir innan teymis og að hvatt yrði til opinna samræðna. Þannig væri hægt að stuðla að meira öryggi sjúklinga (Brennan o.fl., 2016).

Þegar búið er að skilgreina mannlega þáttinn getur verið gott að sjá hvaða áhrif mannlegi þátturinn hefur á mannleg mistök. Eitt þeirra hjálpartækja sem gott er að nota til þess að gera grein fyrir mannlegum mistökum og ýmsum þáttum sem tengjast þeim kallast „The human factor analysis classification system“ (HFACS). Aðalgallinn áður en þetta hjálpartæki var tekið í notkun var að of mikið var einblínt á hvað gerðist og hver bar ábyrgð á mistökum í staðinn fyrir að skoða af hverju það gerðist. Það hefur ókosti í för með sér að skella skuldinni á einhvern því þá er líklegra að sá hinn sami reyni að fela mistök sín og það leiðir til þess að ekki er hægt að læra af þeim. Einnig getur verið að mönnum yfirsjáist kerfisbundin mistök ef einhverjum einum er kennt um ákveðin atriði. Það þarf því að staðla áreiðanlegt eftirlitskerfi og skoða af hverju mistökin gerðust, af mikilli dýpt. Í HFACS kemur fram að með mistökum (e. error) er átt við viðurkennda hegðun eða vinnulag sem náði þó ekki sínu ætlunarverki. Mannleg mistök eru greind í þrennt. Fyrsta er ákvörðunartengd mistök (e. decision error) og það er þegar vantar upp á upplýsingar, vitneskju eða reynslu hjá fólki. Númer tvö er færnistengd mistök (e. skill-based error) en það er þegar starfsmaður endurtekur ákveðið verkefni það oft að það þarfnast lítillar athygli. Hann verður þá sérstaklega viðkvæmur fyrir utanaðkomandi truflun og stundum er hann kannski annars hugar við verkið. Það þriðja er svo skynjunartengd mistök (e. perceptual error) en það er þegar starfsmaðurinn fyllir inn í eyður í undirvitund sinni með því sem hann ályktar að séu réttar upplýsingar. Með HFACS-matstækinu eru skoðaðar forsendurnar fyrir mannlegu mistökunum en þær eru margþættar. Þær geta tengst ástandi starfsmannsins, líkamlegu ástandi hans, veikindum eða andlegu ástandi. Svo geta þær verið kerfistengdar: lélegt samskiptaflæði eða slæmt skipulag. Loks geta þær stafað af umhverfinu: truflanir, hávaði, ljós eða jafnvel tæknilegir örðugleikar, og undir þetta falla illa samdir gátlistar (Diller o.fl., 2014).

## 1.2 Öryggisskipulag í flugi

Borið hefur verið saman öryggisbragur í flugi og heilbrigðiskerfinu. Talið er að ástæðan fyrir því að þetta tvennt hefur verið borið saman gæti verið sú að miklar framfarir hafa verið í flugöryggismálum á síðustu árum. Til að tryggja öryggi voru innleiddir ákveðnir öryggisgátlistar sem alltaf er farið eftir við flugtak, aðflug og landingu. Einnig eru undartekningalaust notaðir sérstakir gátlistar þegar neyðartilvik koma upp. Skapast hefur þess vegna ákveðinn öryggisbragur í flugi þar sem flugmenn eru staðfastir í að fylgja þessum öryggisgátlistum samviskusamlega og ef ekki er farið eftir þeim er það álitid mjög alvarlegt brot (Aerden o.fl., 2014).

Flugmenn og flugvirkjar leggja mikla áherslu á öryggisgátlista til að draga úr mannlegum mistökum og hefur það gefist vel. Fram hefur komið að vitræn geta slævist oft vegna álags og þreytu og það getur valdið hættu á mannlegum mistökum í áhættustörfum, s.s. í flugi, hjá flugvirkjum og heilbrigðisstarfsfólki. Þrátt fyrir að sýnt hafi verið fram á kosti gátlista í heilbrigðiskerfinu virðist innleiðing þeirra ganga hægt miðað við aðrar greinar (Hales og Pronovost, 2006).

### 1.2.1 Gátlistar

Gátlistanotkun er áberandi inni á skurðstofum landsins og á gjörgæsludeildum en er ekki eins áberandi á legudeildum. Það gæti hugsanlega stafað af því fjölbreytta starfi sem er þar unnið og erfitt að koma auga á viðeigandi gátlistaefni. Sú ályktun er dregin af skorti á heimildum um gátlistanotkun á

legudeildum sjúkrahúsa. Þó eru til ýmsir gátlistar sem eru notaðir utan skurðstofu og nýlega var samþykktur öryggisgátlisti fyrir eftirlit með sárasogsmeðferð á Landspítalanum (Guðbjörg Pálsdóttir, Ingibjörg Guðmundsdóttir, Katrín Blöndal, Margrét S. Torp og Hrönn Harðardóttir, 2017).

Gátlisti er listi yfir aðgerðarliði eða viðmiðanir sem raðað er skipulega upp. Það leyfir notandanum að skrá við aðgerðarlið að hann sé annaðhvort unninn eða óunninn; þannig sést hvort honum er lokið eða ekki. Gátlisti getur leiðbeint notanda áfram og virkað sem staðfesting á að verkefni sé lokið. Tilgangur gátlista er að draga úr mistökum og að stuðla að því að starfsfólkið farið rétt að við verkefnið (Hales og Pronovost, 2006).

Markmiðið með notkun öryggisgátlista er að reyna að fá notendur þeirra til þess að fara varlega og markvisst yfir það sem á að gera með því að staldra við og ljúka hverju atriði öryggisgátlistans áður en haldið er áfram með verkefnið. Þannig stuðla öryggisgátlistar að því að verkefni, sem eru flókin eða hættuleg, séu gerð með gaumgæfni og fullri athygli (Embætti landlæknis, 2015).

Í fræðilegri samantekt um öryggisgátlista, var tekið fram að heimildir styddu þá kenningu að gátlistar hefðu almennt jákvæð áhrif á öryggi sjúklinga en að niðurstöður væru oft misvísandi. Höfundar fræðilegu samantektarinnar stungu upp á að ástæðan fyrir því að niðurstöður stönguðust á væri að breytileiki gátlistanna og uppsetning þeirra væri svo mismunandi að ekki væri hægt að bera þá saman (Ko, Turner og Finnigan, 2011). Þetta gæti e.t.v. stutt þá ályktun sem var gerð hér að ofan um að störf hjúkrunarfræðinga eru svo fjölbreytt að erfitt sé að koma auga á gátlistaefni til þess að staðla. Einnig gæti það útskýrt skort á rannsóknum um almenna gátlista á legudeildum.

Eitt af markmiðunum með gerð gátlista er öryggi sjúklinga og hvernig listarnir geta gagnast heilbrigðiskerfinu. Gátlistinn „trauma care checklist“ (TCC) var innleiddur á ellefu gjörgæslum víðs vegar um heiminn. Markmiðið með þessum gátlista var að styrkja verkferla sem voru nú þegar í gangi. Listinn var gerður af fjölbjóðlegum hóp innan Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar eftir nýjustu rannsóknum um læknisfræðileg óhöpp sem voru fremur algeng. Þessi listi átti sem sagt að minna starfsfólk á að framkvæma ýmis atriði hjá sjúklingum sem voru illa slasaðir. Mörg atriði voru á listanum, meðal annars þreifing á kvið og að senda sjúkling í tölvusneiðmynd þegar við átti. Niðurstöður sýndu verulega umbætur í meðferð sjúklinga og öryggi þeirra batnaði þannig að þeir fengu þá meðferð sem mönnum hefði annars yfirsétt. Staðhæfðu höfundar að með hnitmiðuðum gátlista mætti í raun auka öryggi sjúklinga (Lashoher o.fl., 2017). Öryggi sjúklinga felst þá í því að fá rétta meðferð og viðeigandi meðferð. Ef starfsmenn eiga á hættu að gleyma atriðum veldur það sjúklingunum ákveðinni hættu. Þannig má leiða líkum að því að öryggisáhöld, svo sem gátlistar sem hjálpa starfsfólki heilbrigðiskerfisins að muna eftir að framkvæma lífsnauðsynlega hluti, séu af hinu góða og efla öryggi sjúklinga og starfsfólks.

Annar gátlisti var innleiddur á gjörgæsludeild á Cooper University Hospital í Bandaríkjunum. Þessi gátlisti var notaður við rúmgöfl sjúklings þegar átti að barkaþræða hann. Niðurstöður sýndu að með notkun gátlistans dró töluvert úr fylgikvillum sem annars voru algengir (Hazelton o.fl., 2015).

Öryggi sjúklinga eykst sem sagt með því að þeir fái rétta og viðeigandi meðferð og það dregur þá í leiðinni úr fylgikvillum meðferðar. Með notkun gátlista er þannig hægt að bæta öryggi sjúklinga með því að skerpa á athygli starfsfólks.

## 1.3 Öryggi í skurðaðgerðum

Vegna skorts á heimildum um almenna gátlista en nóg er af heimildum um öryggi sjúklinga í skurðaðgerðum (e. surgical safety checklist) (SSC) þar sem hann hefur verið rannsakaður ítarlega, er hér fjallað stuttlega um SSC. Þannig væri hugsanlega hægt að nota rannsóknir um innleiðingu og hindranir við innleiðingu SSC og læra af þeim. Upphaf SSC var árið 2008 þar sem Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO), sem er sérhæfð stofnun innan Sameinuðu þjóðanna, kynnti sérstakan skurðgátlista sem kallast öryggi sjúklinga í skurðaðgerðum og með honum átti að reyna að koma í veg fyrir ýmis atvik tengd skurðaðgerðum, s.s. skurðsárasýkingar, bæta öryggi við svæfingar og bæta teymisvinnu og samskipti á skurðstofum (World Health Organization, 2008). Þessi listi inniheldur 19 atriði sem framkvæma á áður en skurðaðgerð er hafin til að bæta öryggi sjúklinga. Þessi atriði krefjast þess að starfsfólk skurðstofunnar noti munnlegar staðfestingar á hinum ýmsu atriðum (Weiser o.fl., 2010). Embætti landlæknis lét þýða og staðfæra gátlistann og hefur hann verið notaður á skurðdeildum hér á landi (Embætti landlæknis, 2015).

Eftir að WHO innleiddi SSC árið 2008 hefur verið rannsakað hvaða áhrif listinn hafði á öryggi sjúklinga. Gerð var 30 daga rannsókn á áhrifum gátlistans á fylgikvilla og dánartíðni hjá sjúklingum eftir aðgerðir. Gátlistinn var innleiddur á 8 mismunandi sjúkrahúsum og niðurstöður sýndu allar svipaða niðurstöðu. Að meðaltali lækkaði dánartíðni úr 1,5% í 0,8% og fylgikvillum í kjölfar aðgerða fækkaði að meðaltali úr 11% í 7,0% hjá sjúklingum (Haynes o.fl., 2009).

### 1.3.1 Innleiðing

Mikið hefur verið rannsakað hvort SSC virki eins og hann átti að virka en einnig hvernig gekk að innleiða hann. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin tók forystu hvað varðar öryggi í heilbrigðisþjónustu árið 2008. Til að auðvelda innleiðingarferlið voru gefnar út leiðbeiningar og þar kom meðal annars fram að það gæti tekið tíma að innleiða svo viðamiklar breytingar og það þyrfti mikla samvinnu við starfsfólk og það þyrfti mikla æfingu til að nota listann rétt. Þar kom einnig fram að stjórnendur heilbrigðisstofnunarinnar, sem ætlaði að taka upp SSC, yrðu að sýna mikinn stuðning og hvetja starfsfólk til að nota gátlistann (World Health Organization, 2008).

Rannsókn sem var gerð í Kanada leiddi í ljós dæmi um að starfsfólki fannst að ekki hefði verið leitað eftir neinni samvinnu við það og margir töldu að hent hefði verið í það lista og þeim skipað að fara eftir honum (Gagliardi, Straus, Shojania og Urbach, 2014) en það er þvert á það sem WHO mælti með. Í rannsókn sem gerð var í Bretlandi var sýnt fram á að árangursrík leið til innleiðingar á gátlistanum væri að hafa opið námskeið fyrir alla og á slíku námskeiði spynnust umræður um hvernig gátlistinn myndi henta best. Slíkt er hvetjandi fyrir starfsanda og starfsfólk er líklegra að taka breytingum betur þegar því finnst það taka beinan þátt í ákvörðunum varðandi breytinguna (Amin, Grewcock, Andrews og Halligan, 2012).

Í rannsókn sem var gerð í Kanada, þar sem átti að kanna viðhorf starfsfólks skurðstofu til gátlistans og áhrif á upptöku hans, voru tekin skipulög viðtöl við skurðlækna, svæfingarlækna, skurðhjúkrunarfræðinga og svæfingarhjúkrunarfræðinga. Í niðurstöðum kom fram að hjúkrunarfræðingarnir minntust á að listanum hefði hálfvegis verið hent í þá og þeim sagt að nú yrði þessi listi notaður og ekkert meira með það. Það kom einnig fram í þessari rannsókn að flestir voru hálfneikvæðir út í listann



þrátt fyrir að vera samþykkir því að nota hann þar sem hann hefði augljóslega jákvæð áhrif á öryggi sjúklinga (Dharampal, Cameron, Dixon, Ghali og Quan, 2016). Af þessum rannsóknum má álykta að ef innleiðing er ófarsæl er erfiðara að sannfæra fólk um gagnsemi listans þrátt fyrir að augljósar sannanir séu fyrir gagnsemi hans. Ætla má að hægt hefði verið að haga innleiðingunni betur með því að fylgja ábendingum WHO og þá hefðu viðhorf starfsmanna hugsanlega verið jákvæðari.

Í annarri rannsókn, sem gerð var í Texas, kom fram að aðeins einn fundur var haldinn með starfsfólki til að kynna listann og engin endurfylgni átti sér stað. Þar var talið nauðsynlegt að endurmenntun ætti sér stað eftir ákveðinn tíma því þó það þurfi ekki að kunna listann utan að þarf að skilja hvert atriði fyrir sig til að átta sig á mikilvægi listans og atriðanna sem hann inniheldur. Þarna kom í ljós að starfsfólk var ekki með á hreinu hvaða hlutverki það sjálft gegndi við notkun listans og lítill skilningur var á ákveðnum atriðum (Levy o.fl., 2012). Þegar innleiða á gátlista á deildum þarf hlutverk starfsfólks að vera skýrt og hvers er ætlast til af því. Einnig þarf að ákveða viðeigandi fræðslu svo enginn misskilningur verði á hlutverki gátlistans. Ef þessum atriðum eru ábótavant gæti það þýtt ófarsæla innleiðingu gátlistans og þá er líklegra að hann verði ekki notaður og gleymist.

### 1.3.2 Hindranir í notkun

Hindranir í notkun gátlista geta komið fram vegna ófarsællar innleiðingar en önnur atriði geta líka haft áhrif. Í rannsókn, sem var gerð í Frakklandi árið 2012, var tilgangurinn að koma auga á allar hindranir sem gætu leitt til þess að SSC bæri ekki tilsettan árangur. Þar var gert grein fyrir nokkrum hindrunum sem komu í ljós. Aðalhindrunin var að of margar endurtekingar voru á sumum atriðum og var þá starfsfólk inni á skurðstofunum farið að sleppa sumum atriðum vegna þess að því fannst það hafa hakað við þetta atriði áður og fannst óþarfi að gera það aftur. Önnur algengasta hindrunin voru léleg samskipti innan skurðstofunnar, sérstaklega á milli starfsfólks svæfingarsviðs og skurðsviðs. Þriðja algengasta atriðið var að of miklum tíma var eytt í sum atriðin og fór þá gátlistinn að taka of langan tíma svo starfsfólkið hoppaði yfir atriði til þess að ná upp tímanum (Fourcade o.fl., 2012).

Önnur rannsókn sýndi þó, að tímastjórnun hefði orðið betri með innleiðingu SSC svo ekki var talið að það væri hindrun. En þar kom samt í ljós að fylgni (e. adherence) við listann væri lítil þrátt fyrir að starfsfólk skurðstofunnar væri meðvitað um að listinn skyldi notaður. Dregin var sú ályktun að þetta stafaði af lélegum stuðningi frá yfirstjórn staðanna. Stofnanirnar veittu lítinn stuðning og ekki voru send skýr skilaboð frá yfirstjórn um gagnsemi gátlistans, né viðurlög við lélegri fylgni, svo starfsfólk fékk það ekki á tilfinninguna að listinn skipti miklu máli (Gagliardi o.fl., 2014).

Ef fylgni við listann er léleg vegna hindrana í notkun hans vegna lélegs stuðnings frá yfirstjórn eða skortur er á skýrum skilaboðum um gagnsemi hans, þá mun öryggisgátlisti ekki verða það öryggisáhalda sem honum er ætlað. Því er mikilvægt er að yfirstíga hindranir sem verða í innleiðingarferlinu. Ef miðað er við innleiðingu og hindranir SSC og niðurstöðurnar yfirfærðar á almennan gátlista sem á að taka í notkun á legudeildum þarf að horfast í augu við hugsanlegar hindranir og menn verða að vera tilbúnir að takast á við þær þegar þær koma upp.

## 1.4 Samantekt

Miklar áhyggjur eru af því að öryggi sjúklinga sé ógnað í heilbrigðiskerfinu. Sjúklingar eiga á hættu að verða fyrir óheppilegum atvikum sem hægt er að koma í veg fyrir. Mikil vitundarvakning hefur orðið við að efla öryggisskipulag á sjúkrahúsum, hér á landi er komin upp rafræn atvikaskráning og með henni er hægt að efla öryggisbrag sjúkrahús. Öryggisbragur er skapaður með samstarfi starfsmanna og yfirmanna og er sameiginleg gildi og viðhorf þeirra.

Sjúklingaálag hefur aukist meðal annars vegna niðurskurðar í fjármögnun heilbrigðiskerfisins. Á sama tíma er þrýst á að heilbrigðiskerfið sé öruggt fyrir sjúklinga. Aukið álag þýðir fleiri mistök vegna mannglegra þátta. Mannlegir þættir eru allt sem getur haft áhrif á ástand starfsmannsins, t.d. þreyta, næringarástand, tilfinningalegt ástand eða umhverfisþættir. Mannlegir þættir geta leitt til þess að starfsfólkið geri mistök. Mannleg mistök eru háð mörgum atriðum og ef þau eru skilgreind eru betri möguleikar á að koma í veg fyrir slík mistök með því að útbúa öryggisáhald, s.s. gátlista.

Gátlistar hafa verið notaðir lengi í flugi og öðrum áhættustörfum. Gátlistar höfðu jákvæð áhrif á öryggisviðhorf í flugi svo farið var að bera saman öryggisbrag í flugi við öryggisbrag í heilbrigðiskerfinu til að ná fram sama árangri. Gátlistar eru öryggisáhald sem ætlað er að auka öryggi sjúklinga. WHO innleiddi SSC árið 2008 og að meðaltali lækkaði dánartíðni úr 1,5% í 0,8% svo gátlistinn bætti öryggi sjúklinga. Innleiðingarferli getur verið flókið og hindranir geta komið í veg fyrir farsæla innleiðingu. En ef innleiðingin fer vel fram og leitað er eftir samstarfi við starfsfólk getur gátlistinn verið það öryggisáhald sem vonast er til að hann verði.

## 2 Aðferðir

Í kaflanum verður fjallað um markmiðið með rannsókninni og hvaða rannsóknaspurningar voru settar fram, þá rannsóknaraðferð sem notuð var við gerð rannsóknarinnar og hvernig gagnasöfnun fór fram. Greint er frá vali á þátttakendum og hvernig úrvinnslu á svörum frá rýnihópnum var háttað.

### 2.1 Markmið og rannsóknarspurningar

Rannsóknarspurningarnar eru 1) „Er þörf fyrir gátlista á skurðlækningasviði Landspítalans að mati hjúkrunarfræðinga?“ 2) „Telja hjúkrunarfræðingar að gátlistar á skurðlækningasviði Landspítalans auki öryggi hjúkrunarfræðinga og sjúklinga?“

Markmið höfunda er að athuga hvort þörf er á slíkum öryggisgátlistum og hversu líklegt er að hjúkrunarfræðingar muni nota slíka lista við störf sín.

### 2.2 Rannsóknaraðferð og gagnasöfnun

Rannsakendur settu saman drög að öryggisgátlista sem þeir töldu að myndi henta hjúkrunarfræðingum á legudeildum skurðlækningasviðs. Öryggisgátlistinn var unninn upp úr rannsóknum Considine og Currey (2014) og tveimur greinum eftir Conroy, Elliot og Burrell (2013a og 2013b). Einnig var notaður öryggisgátlisti gjörgæsludeildarinnar við Hringbraut en hann nefnist Öryggiseftirlit á umhverfi sjúklings í upphafi vaktar (Marianne Bjarnadóttir og Kristín Gunnarsdóttir, 2015). Flýtibatameðferð, sem notuð er á kviðarholsskurðeild Landspítala, var einnig höfð til hliðsjónar (Birna Jónsdóttir o.fl., 2009). Drög að öryggisgátlistann, eins og hann var lagður fyrir viðmælendum má sjá aftast í kaflanum (mynd 1).

Við framkvæmd rannsóknarinnar var notuð eigindleg rannsóknaraðferð. Með eigindlegum rannsóknum er átt við það þegar rannsakandinn fer skipulega og kerfisbundið í það að kanna reynsluheim einstaklinga. Rannsakendur trúa því að raunveruleikinn séu þau málefni sem einstaklingur eða hópur hefur áhuga á og metur. Ef einstaklingur eða hópur sýnir ákveðnum málefnum engan áhuga er hann ekki hluti af raunveruleikanum á þessari stundu (Donalek og Soldwisch, 2004). Með eigindlegum rannsóknum leitar rannsakandinn svara við því „hvað er X, hvernig og af hverju breytist það við ólíkar aðstæður frekar en að komast að því hversu mörg X-in eru“ eins og gert er í meginlegum rannsóknum (Pope og Mays, 1995). Eigindlegar rannsóknir urðu til þegar rannsakendur hættu að reyna að nota mælitæki á reynslu einstaklinga á tilteknum málefnum og fóru þess í stað að hlusta eftir því hvað þeir voru að segja og hvernig þeir túlkuðu atburði (Sigurlína Davíðsdóttir, 2003). Eigindlegar rannsóknir eru því notaðar þegar „leggja á áherslu á merkingu, upplifun eða viðhorf þátttakenda“ (Anna Birna Almarsdóttir, 2005).

Eigindlegar rannsóknir fela oftast í sér viðtal við einstaklinga eða hópa en geta líka falið í sér athugun á einstaklingum, myndum og myndbandsupptökum ásamt fleiri aðferðum. Allt er þetta gert til þess að skilja betur skynjun einstaklinganna á viðfangsefninu (Donalek og Soldwisch, 2004).

Til að fá fram skoðun hjúkrunarfræðinga á rannsóknarspurningum rannsákenda var kvaddur saman rýnihópur. Honum var einnig ætlað að leggja mat á drög að öryggisgátlista sem höfundar höfðu sett saman. Rýnihópar eru notaðir til þess að fá fram álit og reynslu tiltekins hóps af fólki gagnvart því efni

sem rannsakandinn er að rannsaka. Ekki er verið að leita eftir samdóma álitum allra viðmælenda heldur að fá fram álit hvers einstaklings á málefnum (Sóley S. Bender, 2003).

Í rýnihóp eru oft fjórir til tólf viðmælendur og eru þeir valdir með tilliti til sameiginlegra þátta, svo sem atvinnu, menntunar eða aldurs. Samtal hvers rýnihóps stendur yfirleitt í eina til tvær klukkustundir og gott er að hafa sex til tólf spurningar til hliðsjónar en samræðurnar getur breyst og þróast í aðrar áttir (Sóley S. Bender, 2003; Onwuegbuzie, Dickinson, Leech og Zoran, 2009).

Tilgangurinn með að kalla saman rýnihópa er oft að kanna álit viðmælenda á efni sem lítið er vitað um. Oft er gott að fá viðmælendur til að brjóta ísinn á einhvern hátt, hvort sem það er með léttúðugu spjalli í upphafi samræðna (Sóley S. Bender, 2003) eða eins og höfundar þessar rannsóknar gerðu að fá viðmælendur til þess að segja hvaða dýri það samsami sig mest. Þetta getur styrkt tengslamyndun innan hópsins og þar með gert viðmælendum auðveldara með að tjá skoðun sína.

Kostir þess að nota rýnihópa við rannsóknir eru að þannig er fljótlegt og á skilvirkan hátt hægt að fá fram skoðun margra einstaklinga á ákveðnum viðfangsefnum. Einnig getur þess konar hópur haft þau áhrif á viðmælendur innan hópsins að þeim finnst þeir vera öruggir og þess vegna eru þeir líklegri en annars væri til að taka þátt í umræðum, bera upp persónuleg vandamál og lausnir á þeim auk þess að vera hvatvísir í svörum (Onwuegbuzie o.fl., 2009). Helstu gallar rýnihópa er að umræðurnar geta orðið ruglingslegar þegar margir einstaklingar tjá sig í einu. Einn aðili getur gerst einráður í samræðunum og erfitt getur reynst að fá aðra viðmælendur til að tjá sig. Einnig eiga rannsakendur oft erfitt með greiningu gagna (Sóley S. Bender, 2003).

## 2.3 Val á viðmælendum

Beitt var tilgangsrúrtaki við val á viðmælendum. Með tilgangsrúrtaki er átt við þegar valdir eru einstaklingar sem hafa reynslu af umræðuefnum og þannig reynt að koma í veg fyrir að úrtakið verði of einsleitt (Sigríður Halldórsdóttir, 2003). Viðmælendur eru valdir með þarfir rannsóknarinnar í huga og hafa þeir víðtæka þekkingu á rannsóknarefnum (Coyne, 1997). Annar leiðbeinandi okkar, Katrín Blöndal, hafði samband við sex hjúkrunarfræðinga á skurðlækningasviði Landspítalans sem þóttu henta í rýnihóp. Starfsaldur þeirra í hjúkrun var á bilinu eitt til þrjátíu og eitt ár. Viðmælendur áttu það sameiginlegt að starfa eða hafa starfað á legudeildum skurðlækningasviðs Landspítalans. Engin hjúkrunarfræðinganna vann á sömu deild heldur höfðu þær reynslu af sex mismunandi legudeildum skurðlækningasviðs. Allir voru hjúkrunarfræðingarnir kvenkyns.

## 2.4 Undirbúningur og framkvæmd rannsóknarinnar

Við undirbúning rýnihópavíðtala var að mestu stuðst við leiðbeiningar frá Sóleyju S. Bender frá árinu 2003. Undirbúnar voru fimmtán spurningar til að leggja fyrir rýnihópinn sem eru í fylgiskjali 1. Talað er um að tólf til fimmtán spurningar séu hámark til þess að leggja fyrir rýnihópa (Sóley S. Bender, 2003). Viðtalið hófst á opinni spurningu en síðan voru leiðbeiningarspurningar notaðar. Byrjað var á að spyrja almennt um efnið en það svo þrengt og afmarkað þegar leið á spurningarnar. Talið er að best sé að hafa spurningarnar þannig uppbyggðar að byrjað sé á að spyrja almennt út í efnið en það svo þrengt eftir því sem dýpra er kafað (Sóley S. Bender, 2003). Ekki voru allar spurningarnar bornar upp þar sem rýnihópar eru þess eðlis að talið getur borist að efni utan þeirra og verða rannsakendur því að

vera sveigjanlegir fyrir breytingum (Sóley S. Bender, 2003). Í síðari hluta viðtalsins voru drög að gátlistanum sýnd viðmælendum og þeir beðnir um að gefa álit sitt á innihaldi hans. Þar var um staðlað viðtal að ræða.

Við upphaf samræðnanna voru viðmælendur boðnir velkomnir og beðnir um að fá sér sæti. Borðin voru í hálfhring og röðuðu viðmælendur sér báðum megin við stjórnendur sem sátu á endanum. Þannig tóku viðmælendur meiri þátt í umræðum. Komið hafði verið fyrir veitingum og drykkjum á borðinu og viðmælendur hvattir til að fá sér. Bakgrunnur rannsakanda var kynntur fyrir viðmælendum og haldin stutt kynning á því hvernig gátlistar gætu bætt öryggi starfsfólks og sjúklinga. Viðmælendur voru einnig hvattir til að tjá skoðun sína á málefninu þar sem ekki væri verið að leita eftir réttum eða röngum svörum heldur einungis skoðun viðmælenda á efninu. Til að brjóta ísinn og fá þátttakendur til að tengjast innbyrðis, og þar af leiðandi finnast þeir öruggir í hópnum, voru viðmælendur beðnir um að segja frá hvaða dýri þeir samsömuðu sig mest. Þetta leiddi til þess að viðmælendur urðu afslappaðri og gátu hlegið saman við upphaf samræðna.

Spurningarnar, sem hafðar voru til viðmiðunar, má sjá í fylgiskjali 1.

## 2.5 Úrvinnsla, túlkun og greining gagna

Í eiginlegum rannsóknum, þar sem gagnasöfnun fer fram með viðtölum, fer úrvinnsla gagna fram með þeim hætti að hljóðupptaka af samtölum er spiluð og rituð upp. Rannsakandinn fer svo yfir gögnin og reynir að finna þar sameiginleg þemu hjá viðmælendum (Sigurlína Davíðsdóttir, 2003). Þegar stuðst er við rýnihópa til gagnasöfnunar þarf rannsakandinn að vera athugull í samræðum og fá frekari útskýringar hjá viðmælendum ef eitthvað er óljóst eða fá þá til að dýpka svör sín í ákveðnum eignum. Gagnagreiningin byrjar því um leið og viðtalið hefst. Annað stig gagnagreiningar fer fram eftir viðtal þegar rannsakendur skrifa athugasemdir við það sem þeim fannst standa upp úr. Þriðja- og lokastig gagnagreiningarinnar hefst þegar búið er að skrifa upp samræður viðmælenda. Þar reynir rannsakandinn að draga saman helstu viðhorf eða skoðanir viðmælenda og flokka þau í þemu (Sóley S. Bender, 2003).

Þegar kemur að þemagreiningu út frá gögnum þarf rannsakandinn að lesa yfir efnið aftur og aftur eða hlusta á upptökurnar. Gott er að skrifa strax hjá sér þær hugmyndir sem vakna við lestur á efninu. Einnig getur reynst vel að fá aðra aðila til að lesa yfir efnið og fá fram þeirra hugmyndir og skoðanir (Sóley S. Bender, 2003).

Umræður rýnihópsins voru hljóðritaðar. Eftir að samræðum lauk rituðu rannsakendur efnið á tölvu og það prentað út og lesið yfir mörgum sinnum. Einnig var hlustað á upptöku samtalsins nokkrum sinnum. Eftir að hafa lesið efnið svo oft yfir fór að koma skýrari mynd á þau þemu sem notuð skyldu. Notuðu rannsakendur yfirstrikunarpenna í mismunandi litum til að strika yfir hvert þema fyrir sig. Hvert þema og undirþema fékk því ákveðinn lit. Nauðsynlegt er fyrir rannsakendur að vera opnir fyrir því að möguleiki sé á því að sleppa þurfi einhverju efni í textanum ef ekki er skilningur á orðum viðmælenda (Sóley S. Bender, 2003). Nokkrum sinnum þurfti stjórnandi að biðja viðmælendur um að útskýra betur orð sín í viðtalinu og fékkst þar með betri skilningur á orðum þeirra sem annars var hætta á að rannsakendur hefðu þurft að sleppa.

Við greiningu gagna, sem snýr að fyrri hluta viðtalsins, notuðu rannsakendur Vancouver-skólann án þess þó að fara í gegnum öll þau skref sem hann tiltekur. Með Vancouver-skólanum er lagt upp með að sýn einstaklingsins og túlkun á heiminum mótist af fyrri reynslu hans. Þessi reynsla hefur svo áhrif á það hvernig einstaklingurinn lifir sínu lífi (Sigríður Halldórsdóttir, 2003).

Eftir að hafa hlustað á viðtalið nokkrum sinnum var hverjum viðmælanda gefið ákveðið númer. Voru viðmælendur því nefndir hjúkrunarfræðingur 1, hjúkrunarfræðingur 2 og svo framvegis upp að tölustafnum 6. Vitnað er í hjúkrunarfræðinga eftir því skipulagi í niðurstöðukaflanum. Rannsakendur reyndu einnig að hafa í huga að fyrirframákveðnar hugmyndir þeirra um efnið gætu haft áhrif á niðurstöður gagnagreiningar. Lagt var því upp með að hreinsa hugann af fyrirframákveðnum skoðunum og hlusta með opnum hug á viðmælendur. Sú hugsun samræmist Vancouver-skólanum þar sem rannsakandinn þarf að hlusta á viðmælanda sinn með opnum hug og vera reiðubúinn að víkka út sjóndeildarhring sinn með sýn viðmælanda (Sigríður Halldórsdóttir, 2003).

## Gátlistinn

### Innlit til sjúklings:

- Er réttur sjúklingur í réttu rúmi og rétt merktur?
- Er rúm í lægstu stöðu og grindur uppi/niðri ef þarf?
- Virkar bjallan?
- Voru lífsmörk innan eðlilegra marka?

### Línur:

- Er sjúklingur að fá vökva/lyf/blóð í æð?
- Er sjúklingur með epidural?
- Er það í samræmi við fyrirmæli?
- Rennur lyf/vökvi/blóð/epidural í viðeigandi línur?

### Íhlutir:

- Er sjúklingur með nál, dren, þvaglegg eða aðra íhluti?
- Hvenær voru þeir settir upp?
- Hvenær var skipt á umbúðum?

### Tæki:

- Er sjúklingur með vökvadælu, sárasog eða önnur tæki?
- Eru þau stillt samkvæmt fyrirmælum?

### Súrefni:

- Þarf sjúklingur súrefni?
- Er það stillt samkvæmt skráningu?
- Er sog til staðar og virkar sögið?

### Þrýstingssáraáhætta/Byltuhætta/óráð:

- Er sjúklingur í þrýstingssáraáhattu?
- Er sjúklingur í byltuhættu?
- Er sjúklingur í hættu á að fá óráð?

### Meltingarstarfsemi:

- Hvernig þreifast kviður?
- Er flatus til staðar?
- Hvenær hafði sjúklingur seinast hægðir?
- Þarf að setja inn/endurskoða hægðalyf?

### Þvagútskilnaður:

- Hvenær hafði sjúklingur seinast þvaglát?
- Þarf að óma blöðru sjúklings?
- Er sjúklingur með þvaglegg?
- Hversu langt er síðan þvagleggur var fjarlægður/ Er hægt að fjarlægja þvaglegg?

### Sár:

- Er sjúklingur með skurðsár?
- Er það án sýkingareinkenna?
- Eru umbúðir hreinar?
- Hefur verið skipt á umbúðum samkvæmt leiðbeiningum?

### Verkur:

- Er búið að meðhöndla verk hjá sjúklingnum?
- Þarf að setja inn/endurskoða verkjalyfjagjöf?

### Næring:

- Er sjúklingur byrjaður að borða eða er hann fastandi?
- Er fæði í samræmi við fyrirmæli?
- Hefur næringarmat verið framkvæmt?
- Finnur sjúklingur fyrir ógleði?
- Þarf að setja inn/endurskoða ógleðilyf?

**Mynd 1. Gátlistinn eins og hann var lagður fyrir rýnihóp.**

### 3 Niðurstöður

Gerð verður grein fyrir niðurstöðum rýnihóps hér á eftir. Fyrst verður sagt frá þátttakendum og framkvæmd, þá verður fjallað um niðurstöður þemagreiningar og síðan gerð grein fyrir umræðum um öryggisgátlistann (mynd 1). Loks er settur fram betrubættur öryggisgátlisti birtur eftir ábendingar frá viðmælendum (mynd 2).

#### 3.1 Þátttakendur og framkvæmd

Rýnihópurinn mynduðu sex hjúkrunarfræðingar. Starfsaldur þeirra í hjúkrun var á bilinu eitt til þrjátíu og eitt ár. Viðtal við rýnihópurinn fór fram í fundarherbergi í Læknagarði og stóð í einn og hálfan klukkutíma. Stjórnandi fundarins var annar rannsakenda og athugandi var annar leiðbeinandi rannsóknar. Á meðan á samtalinu stóð skrifaði rannsakandi hjá sér minnisatriði sem gætu hjálpað við úrvinnslu gagna. Þátttakendum var tilkynnt að samræðurnar yrði teknar upp og eytt eftir að úrvinnslu gagna væri lokið.

#### 3.2 Þemu

Við gagnagreiningu komu fram þrjú meginþemu og níu undirþemu sem talin eru upp í töflu 1.

Yfirheitið „að koma böndum á óreiðuna“ vísar til þess að viðmælendum finnst ríkja of mikil óreiða í vinnuumhverfi sínu. Gátlistar geta þannig nýst til þess að skipuleggja verk hjúkrunarfræðinga og með því aukið öryggi sjúklinga og starfsmanna.

Tafla 1. Þemu og undirþemu

„Að koma böndum á óreiðuna“	
Þemu	Undirþemu
„Að láta setja sig úr örygginu“	„Of mikil óreiða“ „Maður er oft að gera of margt í einu“ Stanslaust áreiti
Gátlisti gerir gagn	„Myndi hjálpa til að strúktúera“ „Það er fullt af hlutum sem við gleymum sem við myndum ekki gleyma“
„Lykilatriðið er að fólk sjái einhvern tilgang í þessu“	„Myndi bara halda okkur meira vakandi“ „Það þarf einhvers staðar einhver að trúna því að þetta skipti máli“ „Þetta þarf að vera fyrir framan þig“



### 3.2.1 „Að láta setja sig úr örygginu“

Inngangsspurningin til viðmælenda var hvort þeir teldu að öryggi sjúklinga á þeirra deildum væri nægilega vel tryggt. Engin þátttakandi svaraði þeirri spurningu játandi. Flestir svöruðu henni neitandi eða að öryggi sjúklinganna mætti tryggja betur. Þegar viðmælendur voru beðnir um að útskýra að hvaða leyti öryggi sjúklinga væri ekki nægilega vel tryggt voru viðmælendur sammála um að það sem ógnaði helst öryggi sjúklinga á þeirra deildum væru of margir sjúklingar á hvern hjúkrunarfræðing og of fáir hjúkrunarfræðingar á vakt „Já, alltof margir sjúklingar á haus og of lítil mönnun.“

Fundin voru þrjú undirþemu út frá þemanu „að láta setja sig úr örygginu“ en þau eru „of mikil óreiða“, „maður er oft að gera of margt í einu“ og „stanslaust áreiti“. Minnst var á að of lítið eftirlit væri með þeim verkum sem á að sinna „Já, of lítið eftirlit sem stafar kannski af of lítilli mönnun og of mikilli óreiðu. Það myndi ég svona svolítið segja, sko.“

Þegar einn hjúkrunarfræðingurinn var beðinn um að útskýra betur hvað hún ætti við með að það sé of mikil óreiða kom í ljós að henni fannst vanta yfirsýn yfir þau verk sem búið var að vinna og þau sem eftir átti að vinna. Starfsfólk þarf að sinna of mörgum verkefnum og nær ekki að hafa „samfellu í verkum“.

Það er þetta þegar fólk hefur of mikið að gera og hendist úr einu í annað og það er ekki samfella. Það er ekki samfella í hugsun og það er ekki samfella í verkum. Maður hefur ekki yfirsýn.

(Hjúkrunarfræðingur 6)

Einn viðmælenda minntist á það að of oft væru hjúkrunarfræðingar truflaðir þegar þeir væru að sinna sjúklingi. Það gerði það að verkum að öryggi sjúklinganna yrði minna þar sem hjúkrunarfræðingarnir ná ekki að klára verkin á öruggan hátt.

Ég held að það sé líka svolítill hætta á að maður láti, svona, setja sig úr örygginu. Þannig að kannski er kallað í mann og maður er ekki alveg nógu ákveðinn á því að vera eftir og tryggja það að maður sé búinn á einum stað áður en maður hleypur í eitthvað annað.

(Hjúkrunarfræðingur 3)

Aðrir viðmælendur tóku undir það og fannst hjúkrunarfræðingar vera að „gera of margt í einu“ og stanslaust áreiti væri á þeim að sinna öðrum verkefnum sem þeir létu oft „kippa sér út úr því að klára verkin“. Oft gleymdist þá það verk sem hjúkrunarfræðingurinn var að sinna þegar hann var truflaður.

### 3.2.2 Gátlisti gerir gagn

Þema tvö, sem greint var við lestur gagna, var: Gátlisti gerir gagn. Undirþemun eru: „myndi hjálpa til að strúktúra“ og „það er fullt af hlutum sem við gleymum sem við myndum ekki gleyma“. Flestir viðmælendur voru sammála að hægt væri að auka öryggi sjúklinganna með því að fara reglulega inn á stofur þeirra, sjá sjúklinginn og fara yfir þau tæki sem hann er með. Einnig voru viðmælendur sammála um gagnsemi þess að farið væri yfir stöðu sjúklings með kerfisbundnum aðferðum við upphaf vaktar

og hversu mikið öryggi það er að vita hver staða sjúklingsins er. Með kerfisbundnum aðferðum er átt við að farið er á hnitmiðaðan hátt yfir stöðu sjúklings og þau verk sem mikilvæg eru í umönnun hans.

... byrjaði hérna, í þessu systematíska sem maður hafði alltaf lesið um í einhverri bók en ekki séð nokkurn mann gera og einmitt þá ertu með þetta, svona er staðan þegar ég tek við, það er svo mikið öryggisatriði.

(Hjúkrunarfræðingur 2)

Rætt var um þau mistök sem gátlistinn gæti komið í veg fyrir og þannig aukið öryggi sjúklinga en þau eru margvísleg. Þar má nefna að passað sé upp á að rúm séu í lægstu stöðu, grindur staðsettar eftir þörfum og að hægt sé að ná í bjöllu. Einnig er hægt að taka fljótt eftir ef súrefni er vitlaust tengt, til dæmis í loft, eða ef gleymst hefur að setja vökva af stað hjá sjúklingum. Einn viðmælandi sagði frá því að hann hefði fengið símhringingar frá deildum þar sem sjúklingar lágu með sárásugur án þess að starfsfólk hefði orðið þeirra vart. Tækin komu ekki í ljós fyrr en starfsfólk lyftu upp sængum og því greinilegt að vitneskja um sár hafði ekki verið fyrir hendi.

Viðmælendur töldu að með notkun gátlista minnkaði álag á hjúkrunarfræðinga þar sem gátlistinn inniheldur þau atriði sem hjúkrunarfræðingar þurfa að athuga og starf þeirra yrði þannig hnitmiðaðra. Þó var rætt að það mundi kannski „auka álagið ef fólk er að hlaupa á milli og er stressað yfir þessu“. Það þarf því að kynna í upphafi hvernig vinnutilhögun á að vera með hjálp gátlistans. Notkun gátlistans „myndi hjálpa til að strúktúera“ vakt hjúkrunarfræðingsins og hvað þarf að hafa „á hreinu áður en ég fer á flettfund, áður en ég hitti sjúklinginn minn.“

Allir viðmælendur, sem tjáðu sig um notkun gátlista, eru sammála því að notkun hans geti aukið öryggi hjúkrunarfræðinga og þar með sjúklinga, að það sé vinnuöryggi fólgið í því að geta verið viss um að hafa framkvæmt ákveðin verk og geta farið yfir þau verk sem búið er að vinna.

Ég held að það vanti dálítið oft skipulag í hvað ég geri þegar ég kem á vaktina ... að þú farir alltaf rúntinn inn á alla sjúklinga og tékkir hvort hann sé lifandi og tækin þeirra séu í sambandi, svoleiðis öryggisatriði ...

(Hjúkrunarfræðingur 2)

Rætt var um að notkun gátlista „myndi bara halda okkur meira vakandi“ og gæti stuðlað að því að ákveðin verk gleymdust síður. Hjúkrunarfræðingar styðja almennt öryggisbrag og vilja tryggja öryggi sjúklinga, „þó það séu engar refsingar af því að það vill enginn gleyma einhverju.“ Einnig skiptir miklu máli að starfsfólk hafi trú á að listinn veiti því öryggi ef farið er samviskusamlega eftir honum. „Þannig tryggi ég mitt eigið öryggi sem starfsmaður.“ Hjúkrunarfræðingar „vilja allir alltaf það besta ... fyrir sjúklinga sína,“ og myndi gátlistinn vera „gott hjálpartæki til þess.“

Viðmælendur voru flestir sammála um að notkun gátlista myndi hjálpa þeim við sína vinnu. Bæði myndi gátlistinn halda hjúkrunarfræðingum meira vakandi við vinnu sína og hjálpa þeim að muna hvaða verk ætti eftir að framkvæma. Því „það er fullt af hlutum sem við gleymum sem við myndum ekki gleyma.“ Einnig nýtist hann hjúkrunarfræðingum til þess að skipuleggja vinnu sína betur.

Þess vegna finnst mér að það vanti gátlista ... ef þú ert með gátlista ... þetta þarf ég að skoða og þetta þarf ég að gera. Í staðinn fyrir að maður er eins og hauslaus hæna á þessum klukkutíma.

(Hjúkrunarfræðingur 5)

Miklar umræður voru um hvaða tími dags myndi henta fyrir notkun gátlistans. Morgunvakt, kvöldvakt og næturvakt voru nefndar til sögunar og því ljóst að gátlistinn getur komið að notum á öllum vöktum. Einn viðmælandi benti þó á að það væri kannski minni þörf á því að hafa gátlista á morgunvöktum, „af því að þú ert að fara að fletta með læknum og það er þessi umræða um sjúklinginn, hún fer ekki fram á kvöldvaktinni og ekki á næturvaktinni.“ Ekki voru miklar undirtektir og sumir ósammála því.

Einnig var hræðslu að heyra á einum viðmælenda sem taldi að með notkun gátlista detti öll rafræn skráning niður og fólk fari að reiða sig um of á listana. Hún er hrædd um að hjúkrunarfræðingar hætti að skrá inn í Sögukerfið en það er eitt af verkefnum þeirra. Annar viðmælandi tekur undir orð hennar en ekki fleiri.

### 3.2.3 „Lykilatriði er að fólk sjái einhvern tilgang í þessu“

Þema þrjú er: „lykilatriði að fólk sjái einhvern tilgang í þessu.“ Undirþemun eru: „myndi bara halda okkur meira vakandi,“ „það þarf einhvers staðar einhver að trúna því að þetta skipti máli“ og „þetta þarf að vera fyrir framan þig.“ Hér má sjá hversu mikilvægt viðmælendum fannst að það yrði að vera „tilgangur með gátlistum“. Þeim varð tíðrætt um að „fólk sjái einhvern tilgang“, „að það sé ávinningur“ að notkun gátlista og „hvert markmiðið er með að setja þá í notkun“.

Viðmælendum fannst skipta miklu máli hvernig staðið er að innleiðingu nýrra vinnubragða eða gátlista. Þeim fannst mikilvægt að gefa sér tíma í það en skiptar skoðanir voru á því hvort og þá hvaða viðurlög ættu að vera við því að fylgja ekki fyrirmælum um innleiðingu. „... ef hópur er búinn að ákveða að við ætlum að innleiða þetta og spítalinn er búinn að ákveða að hér á að gera eitthvað svona tjékk, eru þá engar afleiðingar af því þegar ég geri það ekki?“

Innleiðing gátlista á gjörgæslunni gekk sem skyldi þar sem það var einhver búinn að lenda í því að ætla að fara „að nota tæki eða búnað sem var ekki í lagi“. Þá spratt upp þessi hugsun hjá starfsmanni: „Ef ég hefði bara tjékkað á þessu þegar ég kom.“ Eftir að gátlistinn var innleiddur fann starfsfólk fyrir öryggi í starfi þar sem það varð „visst um að allt er í góðu lagi“. Ómögulegt sé að stuðla að farsælli innleiðingu ef hugsunin er: „Ohh, þessar helvítis slæðukellingar, alltaf að búa til eitthvað vesen fyrir okkur.“

Vangaveltur voru um hvernig eftirlit á notkun gátlistanna yrði háttað. Sumum fannst spurning um hvort þyrfti að vera utanaðkomandi eftirlit eða hvort það væri nóg að hjúkrunarfræðingar myndu sjálfir hjá sér öryggið í því að nota þess konar lista. Einnig kom upp sú umræða hvort það ættu að vera tveir saman að fara yfir gátlistana, t.d. hjúkrunarfræðingur og sjúkraliði, slíkt myndi frekar stuðla að því að ekki yrði merkt við gátlistana án þess að búið væri að framkvæma verk.

Lykilatriði er að fólk sjái einhvern tilgang í þessu. Að þér finnist þú vera öruggur í starfinu, að þetta skipti máli. Þú getur líka haft utanaðkomandi eftirlit þar sem þér er refsað fyrir að fylla ekki út ... það þarf einhvers staðar einhver að trúa því að þetta skipti máli.

(Hjúkrunarfræðingur 2)

Sami hjúkrunarfræðingur sagði einnig að ef það er ekki eftirfylgni væri hægt að merkja við verkin án þess að gera þau eða „sleppir því af því að það er ósammála að gera þetta.“ Hún taldi einnig að ef það „er ekki krafa um einhvers konar eftirfylgd ... þá þjónar það voða litlum tilgangi.“ Ekki voru neinar undirtektir við þessu hjá öðrum viðmælendum.

Flestir viðmælendur sáu fyrir sér einhvern á þeirra deildum sem gæti verið neikvæður í garð innleiðingar á gátlista og notkun þeirra. Huglægur gátlisti, þar sem farið er yfir gátlista í huganum án þess að hakað sé við lokin verk, var tekinn upp á deild sem átti að tryggja rétta lyfjagjöf með því að spyrja sjúkling um kennitölu. Þar mótmæltu margir notkun gátlistans. Rökin voru að það væri vitleysa að spyrja sjúklinginn aftur og aftur að kennitölu og starfsmennirnir vissu alveg hvaða sjúklingum ætti að gefa lyfin.

Þetta er eins og með R-in sex sem er eins og ósýnilegur gátlisti. Þetta er svona rulla sem maður fer með í huganum, að það voru mjög margir í mótstöðu að nota þetta, ... að segja kennitölu, ég ætla ekki að spyrja sjúkling um kennitölu aftur og aftur.

(Hjúkrunarfræðingur 5)

Fleiri viðmælendur nefndu sögur þar sem viðhorf starfsmanna gangvart gátlistum var neikvætt eða könnuðust við sambærileg atvik, „... þá varð allt vitlaust og það hættu tveir starfsmenn á deildinni út af þessu.“

Einnig var rætt um nauðsyn þess að gátlistar væru aðgengilegir en myndu ekki daga uppi inni í tölvu. Flestar voru þær sammála því að eftir að gátlistar voru færðir á rafrænt form, inn í tölvur, hefðu þeir ekki verið nægilega aðgengilegir og því hafi þeir verið lítið notaðir. Minnst var á notkun spjaldtölva í þessu samhengi. Þegar útbreiðsla spjaldtölva verður meiri er hægt að færa gátlista þar inn og hafa þá með sér inn til sjúklings þar sem farið yrði yfir þá. Þessi atriði gætu valdið því að gátlistar yrði betur nýttir þar sem þeir yrðu aðgengilegri „... þetta þarf að vera fyrir framan þig og líka þannig að allir geti gripið í hann. Þetta týnist svolítið mikið inn í tölvunni.“

Tímalengd gátlista, þ.e. hversu langan tíma má taka að nota gátlistinn, kom líka til tals. Talað var um að ein til tvær mínútur væru hæfileg lengd við að fara yfir listann eftir að komið er inn á stofu sjúklings. Flestir voru sammála því. Lengri tími gæti valdið meira álagi á hjúkrunarfræðinga og þar með að ekki yrði farið yfir gátlistann. Þá er gátlistinn farinn að vinna á móti tilgangi sínum. Gátlistinn þarf að „renna hratt í gegn og maður á ekki að þurfa að stússast mikið.“ Ómögulegt sé að hjúkrunarfræðingar þurfi að „hlaupa fram til að gá að einhverju“ á meðan farið er yfir atriði á listanum.

Þetta þarf að vera ansi fljótlegt ef þú ætlar að gera þetta á morgunvaktinni áður en þú ferð að taka til lyfin ... Mér finnst bara mjög oft sem ég er ekki búin að sjá sjúklinginn ... það væri rosagott að geta farið inn og bara dududu.

(Hjúkrunarfræðingur 1)

Með því á hjúkrunarfræðingurinn við að gátlistinn megi ekki taka mikinn tíma. Hann myndi þó koma að góðum notum til að fá hjúkrunarfræðinga til að fara í stutt innlit til sjúklings og sjá hvernig staðan er á honum með því að haka við þá liði gátlistans sem þarf að skoða.

Passa þarfi upp á að vera ekki með of ítarlegan lista „... þeir þurfa að vera dálítið hnitmiðaðir og auðvelt að nota þá ...“ Of ítarlegir listar geta valdið því að starfsfólki finnst þeir íþyngjandi, fer síður yfir þá eða sleppir úr ákveðnum atriðum. Áhyggjur voru uppi um hvort það væri tími til þess nú þegar hjá hjúkrunarfræðingum til þess að fara yfir gátlistann. Hjúkrunarfræðingar eru oft í miklum önnum og margsinnis eru þeir truflaðir við störf sín.

En svo er það náttúrulega að maður þarf að skipuleggja inn í vinnu sína að fara stofugang til sjúklings og mér finnst, það er svolítið erfitt í þessum tætingi sem við erum oft í og það er alltaf verið að trufla okkur og húa í okkur og segja okkur að skreppa þangað og gera hitt og taka símann og tala við þennan, að taka sér pláss til að gera þetta.

(Hjúkrunarfræðingur 6)

### 3.3 Umræður um gátlistann

Eftir viðtalið við rýnihópinn voru drög að gátlista borin undir viðmælendur og álit þeirra og athugasemdir fengnar um hann. Hér fyrir neðan verður gerð grein fyrir niðurstöðum þeirra.

Við fyrstu yfirferð voru flestir viðmælendur sammála um að gátlistinn myndi henta þeim vel og myndi koma inn á flest þau atriði sem hjúkrunarfræðingar athuga við vinnu sína. Þó þyrfti að laga listann að hverri deild fyrir sig þar sem mismunandi sérfræðilekkingar er krafist á deildum. Við lestur á gátlistanum vildu viðmælendur skipta honum í tvo hluta. Það væri sér kafli sem myndi snúast um hvernig á að lesa og skrifa um sjúklinginn við „rapport“ og annar kafli sem fæli í sér innlit til sjúklings og þau atriði sem einöngu væri hægt að athuga inni á stofunni.

Útlit gátlistans var einnig mikið rætt. Höfundar höfðu hugsað sér útprentað blað sem hjúkrunarfræðingar gætu tekið mér sér inn til sjúklings og merkt við. Ein hugmynd sem kom upp í hópnum var sú að hafa gátlistann plastaðan uppi á vegg við rúm sjúklingsins. Flestir voru á því að það yrði ósnyrtilegt og jafnvel á skjön við sýkingarvarnir. Einn viðmælenda kom með þá hugmynd að gátlistinn yrði plastaður með morgun-, kvöld- og næturvakt inni á hverju blaði. Nöfn þeirra sjúklinga, sem hjúkrunarfræðingurinn væri að sinna, væru einnig á blaðinu og þannig myndi eitt blað nýtast fyrir öryggisefirlit hjá fleiri en einum sjúklingi. Þannig væri hægt að merkja við unnin verk á hverri vakt og þau svo sett inn í Sögukerfið. Hægt yrði að þurrka út merkingarnar eftir að búið væri að færa verkin inn í tölvuna og gátlistinn yrði því margnota. Einnig kom upp sú hugmynd að ritarar á deildum gætu jafnvel fært upplýsingarnar af gátlistanum inn í tölvuna einu sinni á sólarhring.

Þegar talið barst að því hvaða verk eigi heima á gátlistanum voru flestir sammála um að einungis þau verk sem hægt væri að svara með já/nei ættu heima á listanum. Um leið og hjúkrunarfræðingar þurfa að vinna einhver verk eins og að þreifa kvið þá sé gátlistinn búinn að missa marks og farinn að koma inná hjúkrunarmeðferðir.

### 3.3.1 Innlit til sjúklings

Fyrsta atriðið á gátlistanum er innlit til sjúklings (sjá mynd 2. drög að gátlista). Flestir eru sammála um að það sem vanti í þann kafla sé að huga að bjöllu sjúklingsins. Er bjalla til staðar, nær sjúklingur í hana og virkar hún? Umhverfi sjúklings er annað atriði sem ætti að vera á listanum. Er til dæmis greið leið fyrir sjúklinginn á salernið? Nær sjúklingur í sín hjálpartæki, eins og göngugrind eða hækjur? Einnig eru viðmælendur sammála því að sameina þessum kafla: íhluti, línur, tæki og súrefni, þetta séu allt undirkaflar að innliti til sjúklings. Einn viðmælandi bendir einnig á að athuga þurfi meðvitundarástand sjúklings, til þess sé hægt að nota Glasgow Coma Scale (GCS). Skiptar skoðanir voru þó um atriðið að sog sé til staðar og virkt. Á sumum deildum var sog inni á öllum stofum og mikilvægt að athuga virkni en á öðrum deildum var sog lítið notað.

### 3.3.2 Þrýstingssárahætta/byltuhætta/óráð

Við yfirferð á þessum kafla voru viðmælendur sammála um að hann ætti heima undir kaflanum lestur við upphaf vaktar, „rapport“. Hægt væri að athuga hvort búið væri að gera viðeigandi mat á sjúklingnum og hvort áhættuþættir væru til staðar. Ef búið væri að framkvæma mat og það kæmi út að sjúklingur væri í áhættuhóp væri hægt að bregðast við því samkvæmt klínískum leiðbeiningum. Ef ekki væri búið að framkvæma mat á sjúklingnum myndi hjúkrunarfræðingurinn setja það inn í verkefni dagsins. Allir viðmælendur voru þó sammála um að þessi kafli ætti heima á gátlistanum.

### 3.3.3 Meltingarstarfsemi

Allir voru sammála um að ekki ætti að setja líkamsskoðun inn á gátlistann. Atriðið „hvernig þreifast kviður“ ætti því ekki heima á þessum lista. Mikilvægt er að vita hvenær sjúklingur hafði seinast hægðir en einn viðmælandi benti á að ekki væri nauðsynlegt að hafa „skoða/setja inn hægðalyf“ þar sem það yrði sjálfkrafa skoðað ef langt er liðið frá seinustu hægðum. Skiptar skoðanir voru einnig á milli deilda hvort „flatus“ ætti að vera á listanum. Á sumum deildum skiptir flatus miklu máli en mjög litlu á öðrum. Hægt væri að sameina þessar tvær spurningar, „Er flatus til staðar“ og „Hvenær hafði sjúklingur seinast hægðir“ í eina spurningu.

### 3.3.4 Þvagútskilnaður

Flestir voru sammála um að taka mætti þennan kafla að mestu út. Setja ætti spurninguna „Er sjúklingur með þvaglegg“ undir íhluti. Einn viðmælenda talar um að ekki þurfi að hafa svo ítarlegar spurningar um þvaglát. Ef þvagleggur er til staðar mun hjúkrunarfræðingur spyrja sig að því hvenær hann var settur upp og hver þvagútskilnaður sé. Ekki sé nauðsynlegt að hafa þau atriði á listanum.

### 3.3.5 Mat á sárum

Einn viðmælandi bendir á að margir sjúklingar séu ekki eingöngu með skurðsár heldur einnig önnur sár. Það sé því betra að hafa spurninguna „Er sjúklingur með sár“. Það nái yfir allar tegundir sára. Flestir voru sammála um að erfitt sé að meta hvort sýkingareinkenni séu í sári án þess að taka af umbúðir ef þær eru til staðar og því eigi það atriði ekki heima á listanum. Einnig er ekki hægt að fullyrða að búið hafi verið um sár samkvæmt leiðbeiningum ef aðilar voru ekki viðstaddir. Spurningin

um hvort sjúklingur sé með „dren“ eigi heima undir íhlutum. Það eru því bara tvö atriði sem eiga heima í þessum kafla. Setja eigi þennan kafla undir „Innlit til sjúklings“.

### 3.3.6 Verkur

Einn viðmælandi bendir á að betra sé að hafa einungis spurninguna, „Er sjúklingur með verk?“ undir þessum kafla. Ef sjúklingur svarar því játandi er hann látinn meta verkina á VAS. Þegar hjúkrunarfræðingur veit að sjúklingur er með verki og hversu mikinn þá er það ekki látið afskiptalaust. Því sé ekki nauðsynlegt að hafa: „Þarf að setja inn/endurskoða verkjalyfjagjöf?“ Einnig ætti þessi kafli heima undir: „Innlit til sjúklings.“

### 3.3.7 Næring

Ábending kom frá einum viðmælenda um að kaflinn ætti frekar að heita „næring og vökví“. Bæta þyrfti við: „Þarf að vera vökvaskemi“ og „Þarf að mæla inn/út“ Með því að hafa þessi atriði á listanum geta hjúkrunarfræðingar munað eftir því að athuga hvert vökvafjafnvægi sjúklings er við lestur í upphafi vaktar. Einnig var bent á að gott væri að hafa spurninguna: „Þarf að vigta sjúkling?“ inni á listanum þar sem þyngd sjúklings skiptir miklu máli á sumum deildum. Á þeim deildum, sem þyngdin skiptir minna máli fyrir dagleg störf, er samt gott að hafa eina þyngdarmælingu hjá sjúklingum. Nýtist þessi spurning því líka til að minna hjúkrunarfræðinga á að athuga hvort mæling sé til staðar.

Mismunandi skoðanir voru á því hvort halda ætti inni: „Þarf að setja inn/endurskoða ógleðilyf?“. Einum viðmælenda fannst sú spurning nauðsynleg á listann, til dæmis ef sjúklingur er skyndilega settur á fastandi meðferð og ógleðilyf tekin út. Öðrum viðmælendum fannst nóg að spyrja sjúkling hvort hann fyndi fyrir ógleði. Ef svarið væri jákvætt myndu hjúkrunarfræðingar gera eitthvað í því.

## 3.4 Gátlistinn lagfærður

Á mynd 2 er gátlistinn settur fram eftir ábendingum frá viðmælendum rýnihópsins. Hann er tvíþættur, annars vegar A. „Innlit til sjúklings“ en þar verða þau atriði sett fram sem nauðsynlegt er að framkvæma inni á stofu sjúklings og hins vegar B. „Við upphaf vaktar“ sem felur í sér þau atriði sem hægt er að skoða utan stofunnar.

## A. Innlit til sjúklings

### Almennt

- Er réttur sjúklingur í réttu rúmi og rétt merktur?
- Er rúm í lægstu stöðu og grindur uppi/niðri ef þarf?
- Er bjalla til staðar/virkar hún/ innan seilingar?
- Hvert er meðvitundarástand sjúklings (GCS)?
- Er greið leið að salerni?
- Nær sjúklingur í þau hjálpartæki sem hann notar?
- Hvenær hafði sjúklingur seinast hægðir/flatus?
- Er sjúklingur með sár?
- Eru umbúðir utan um sár hreinar?
- Er sjúklingur með verk/ hversu mikill er hann (VAS)
- Finnur sjúklingur fyrir ógleði?

### Línur / íhlutir / tæki / súrefni

- Er sjúklingur að fá vökva/lyf/blóð í æð?
- Er sjúklingur með epidural?
- Er það í samræmi við fyrirmæli?
- Rennur lyf/vökvi/blóð í viðeigandi línur?
- Er sjúklingur með nál, dren, þvaglegg eða aðra íhluti?
- Er sjúklingur með vökvadælu, sárasog, thorax dren eða önnur tæki?
- Eru þau stillt samkvæmt fyrirmælum?
- Þarf sjúklingur súrefni?
- Er það stillt samkvæmt fyrirmælum?
- Er sog til staðar ef þarf og virkar það?

## B. Við upphaf vaktar

### Þrýstingssáraáhætta / byltuhætta / óráð

- Er sjúklingur í þrýstingssáraáhöttu?
- Er sjúklingur í byltuhöttu?
- Er sjúklingur í höttu á að fá óráð?

### Næring og vökvi

- Er sjúklingur byrjaður að borða eða er hann fastandi?
- Er fæði í samræmi við fyrirmæli?
- Hefur næringarmat verið framkvæmt?
- Þarf að setja upp vökvaskema?
- Þarf að mæla inn/útskilnað?
- Þarf að vigta sjúkling?

### Mynd 2. Lokaeintak af gátlista.

A er framkvæmt við innlit til sjúklings og B við upphaf vaktar.



## 4 Umræða

Hér fyrir neðan verða niðurstöður ræddar í samhengi við fyrri erlendar rannsóknir en engar íslenskar rannsóknir hafa verið gerðar á notkun né þörf á gátlistum á legudeildum svo vitað sé. Fjallað verður um niðurstöður hvers þema fyrir sig og þær ræddar. Með umræðukaflanum leitumst við við að athuga hvort markmiðum höfunda hafi verið náð og rannsóknarspurningunum svarað.

Niðurstöðurnar sýna að viðmælendur eru sammála um gagnsemi þess að nota öryggisgátlista á legudeildum skurðsviðs. Viðmælendum fannst víða pottur brotinn er kom að öryggi sjúklinga á legudeildum. Helstu ástæður þess voru of margir sjúklingar settir á hvern hjúkrunarfræðing, of fámennt starfslið og mikið var um truflun sem olli því að verk gleymdust eða voru ekki framkvæmd. Þær staðreyndir komu rannsakendum ekki á óvart þar sem mikið hefur verið fjallað, í fjölmiðlum og innan deilda, um manneklu á Landspítalanum og miklu álagi á starfsfólk. Viðmælendur rýnihópsins sáu fyrir sér að með notkun gátlista mætti koma í veg fyrir mistök, hjálpa til við að skipuleggja þau verk, sem vinna átti, og auka öryggi sjúklinga og starfsmanna. Töldu þeir að gátlistinn gæti hjálpað til við að tryggja öryggi sjúklinga með því að fá hjúkrunarfræðinga til að fara skipulega yfir stöðu sjúklings við upphaf vaktar. Til þess þyrfti að framkvæma öryggiseftirlit inni á stofu sjúklingsins og sjá þá með eigin augum hvernig staðan er á sjúklingnum þegar þeir koma til vinnu. Það myndi veita hjúkrunarfræðingum öryggi við vinnu að vita hver staða sjúklingsins er og ef eitthvað kemur upp á eru þeir með þá vitneskju að þeir framkvæmdu öryggiseftirlit þegar þeir mættu til vinnu. Með því að tryggja öryggi sjúklinga tryggja hjúkrunarfræðingar sitt eigið öryggi og öfugt. Eitt getur ekki staðið án hins.

Vangaveltur voru uppi um hvernig staðið yrði að innleiðingu gátlista ef að því yrði. Viðmælendur voru sammála um að innleiðing nýrra vinnubragða hefði ekki gengið sem skyldi á Landspítalanum þar sem oft væri ákveðið án samráðs við starfsmenn að innleiða ný vinnubrögð en engin eftirfylgni væri á því.

Í lok kaflans verður einnig fjallað um styrk og takmarkanir rannsóknar auk gildi rannsóknar fyrir hjúkrun.

### 4.1 „Að láta setja sig úr örygginu“

Fyrsta þemað fjallar um öryggi sjúklinga og hjúkrunarfræðinga eða skort á því. Rædd voru ýmis atriði sem viðmælendum fannst lúta að öryggi sjúklinga og það sem aftrar hjúkrunarfræðingum að vinna starf sitt af fullu öryggi. Meðal þess sem hefur áhrif á öryggi sjúklinga og hjúkrunarfræðinga, að mati allra viðmælendanna, er skortur á hjúkrunarfræðingum. Þessi skortur veldur því að of mikið álag verður á hjúkrunarfræðingum við dagleg störf. Þetta styður Aðalbjörg J. Finnbogadóttir (2015) með skrifum sínum um starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga. Hún segir að skortur á starfsfólki á heilbrigðisstofnunum sé alþjóðlegt vandamál sem ógni ekki aðeins öryggi starfsfólks heldur sjúklinga einnig. Til að tryggja öryggi sjúklinga sé mikilvægt að hjúkrunarfræðingar sinni ekki of mörgum sjúklingum í einu (Aðalbjörg J. Finnbogadóttir, 2015). Helga Bragadóttir og samstarfsmenn (2014) koma einnig inn á það atriði í sinni rannsókn sem fjallar um óframkvæmda hjúkrun. Þar kom fram að ein helsta ástæða óframkvæmdar hjúkrunar er ónógur fjöldi starfsfólks á hverjum starfsstað. Óframkvæmd hjúkrun hefur áhrif á öryggi sjúklinga en í rannsókninni kom í ljós að grunnhjúkrun

sjúklinga er oft sleppt. Má þar helst nefna aðstoð við hreyfingu, aðstoð við munnhirðu og fræðslu til sjúklinga. Með því að sleppa þeirri hjúkrun, til dæmis er viðkemur að aðstoða sjúkling að hreyfa sig, getur það opnað á ýmis ný vandamál eins og hægðatregðu, þvagfærasýkingar og lungnabólgu (Helga Bragadóttir, Björk Sigurjónsdóttir og Heiður Hrund Jónsdóttir, 2014).

Viðmælendur rýnihóps töldu að með of lítilli mönnun yrði of mikil óreiða í starfi. Það hefði þau áhrif að starfsfólk ynni ekki á skipulegan hátt og yrði fyrir sífelldri truflun. Það ylli því að hjúkrunarfræðingar hefðu of litla yfirsýn yfir þau verk sem búið væri að vinna og þau sem eftir væru. Of mikil truflun í starfi myndi einnig valda því að ákveðin verk gleymdust ef verið væri að trufla starfsfólk í miðju verki eða hindrar að verkin séu unnin á sem öruggastan hátt. Gerð var íslensk rannsókn á því sem helst hefur áhrif á og truflar vinnu hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða. Þar kemur fram að athygli starfsmanna stoppi aðeins í um mínútu á hverju verki og vinnan oft rofin af utanaðkomandi truflun. Starfsfólk er einnig á sífelldri hreyfingu og fer að meðaltali þrettán sinnum á milli staða á klukkutíma. Ein helsta ástæða truflunar eru óvænt samskipti annars starfsmanns en það er jafnframt algengasta truflun hjúkrunarfræðinga innan sjúkrahúsa (Sigrún Gunnarsdóttir og Helga Bragadóttir, 2012).

Mikil hreyfing er á starfsfólki á milli verkefna og staða innan deildar og því lítið sem út af má bregða til að ógna ekki öryggi starfsfólks og sjúklinga. Notkun á gátlistum gæti þannig hjálpað hjúkrunarfræðingum við að koma skipulagi á vinnu sína og komið í veg fyrir að hlaupið sé um eins og „hauslaus hæna“ eins og einn viðmælendi orðaði það. Það myndi stuðla að auknu öryggi þar sem athygli hjúkrunarfræðinga væri á einum stað og ef truflun verður þá getur viðkomandi litið á gátlistann og séð hvar hann var staddur áður en truflun varð.

## 4.2 Gátlisti gerir gagn

Viðmælendur voru sammála því að með notkun á gátlistum myndi öryggi sjúklinga og hjúkrunarfræðinga batna. Einnig töldu þeir að gátlistinn myndi hjálpa til við að skipuleggja þau verk sem þarf að framkvæma og koma þannig í veg fyrir að hlaupið væri um skipulagslaust. Mikilvægt fannst þeim að farið væri með kerfisbundnum hætti yfir sjúklinginn til að vita að svona er staðan þegar þeir taka við vaktinni. Viðmælendur töldu því að öryggisgátlistinn myndi ekki einungis hjálpa til við að bæta öryggisvitund heldur hjálpa starfsfólki að skipuleggja vinnu sína, að muna hvað ætti eftir að framkvæma og halda þeim meira vakandi við að koma í veg fyrir mistök. Rætt var um hversu mikilvægt það er að fara inn á stofu til sjúklings og sjá með eigin augum hvernig ástandið er á honum. Rannsakendur hafa orðið vitni að því í gegnum vinnur sínar og verknám að margir hjúkrunarfræðingar gefa sér ekki tíma í þetta einfalda öryggisatriði en áhugavert var að heyra hversu mikla áherslu viðmælendur lögðu á þetta. Gátlistinn myndi líka gagnast til þess að koma í veg fyrir mistök, eins og hvort að súrefni sé tengt rétt eða að sjúklingur nái í bjöllu. Mikilvægt er að horfa einnig á umhverfi sjúklings til að athuga hvort viðkomandi komist til dæmis klakklaust á salernið.

Í grein, sem Fagan skrifaði og kom út árið 2012, bendir höfundur á að flest mistök, sem gerð eru, sé afleiðing margra rangra skrefa hjá mismunandi aðilum en ekki mistök einnar manneskju. Hún bendir einnig á að höfundur bókarinnar „The Checklist Manifesto“, sem ber saman öryggisbrag í flugi og á sjúkrahúsi, telji gátlista auka öryggi sjúklinga (Gawande, 2011). Þar er vísað í rannsókn á ísraelsku sjúkrahúsi þar sem rannsakendur töldu hversu oft sjúklingar verða fyrir inngrípi starfsmanna.

Þar kom í ljós að það er allt að 178 sinnum á sólarhring. Þar sem um svo mikinn fjölda inngripa er að ræða er ekki hægt að treysta á minni starfsmanna til að muna öll þau skref sem þarf að taka. Höfundur bendir á að WHO leggi áherslu á notkun gátlista til að auka öryggi sjúklinga með því að draga úr atriðum sem starfsfólk þarf að muna. Þessi niðurstaða er því í samræmi við það sem viðmælendur rýnihópsins fjölluðu um, það er að gátlisti geti aukið öryggi með því að hjálpa starfsmönnum að muna.

Í grein, sem þær Herdís Alfreðsdóttir og Kristín Björnsdóttir (2009) skrifuðu og fjallaði um öryggi sjúklinga á skurðstofu, eru skurðhjúkrunarfræðingar spurðir að því hvað geti ógnað öryggi sjúklinga. Þar er helst nefnt að vanþekking, reynsluleysi, truflanir og flýtir orsökðu flest mistök. Einnig nefna höfundar að reglufesta, staðlar og eftirlit styrki skurðhjúkrunarfræðinga í að tryggja öryggi sjúklinga. Af þessu er hægt að álykta að með notkun öryggisgátlista, eins og eru á skurðstofum, sé hægt að auka á öryggi sjúklinga með því að koma í veg fyrir að vanþekking, truflanir eða flýtir hindri að ákveðin verk séu framkvæmd.

DuBose og félagar (2008) gerðu rannsókn á gjörgæsludeild sem fól meðal annars í sér að semja gátlista. Gátlistinn átti að auka notkun gagnreyndar þekkingar þegar vinna átti á þekktum vandamálum við gjörgæslu, eins og lungnabólgu að völdum öndunarvélar. Niðurstaðan varð sú að þegar starfsfólk fylgdi gátlistum jókst notkun gagnreyndar þekkingar töluvert. Þegar koma átti í veg fyrir lungnabólgu að völdum öndunarvélar þurfti starfsfólk að fylgja fjórum þáttum. Hækka höfuðlag, á milli þrjátíu og fjórtíu og fimm gráða, daglegt frí frá svæfingarlyfjum og mat á hvort hægt væri að taka úr öndunarvél, lyf til varnar magasárum og lyfjum til varnar blóðsegamyndunar. Í byrjun rannsóknar var fylgni við hækkun höfðalags 35,2% en 84,5% í lok rannsóknar, fylgni við daglegu frí frá svæfingarlyfjum fór úr 78% við upphaf rannsóknar í 86%, fylgni við gjöf á lyfjum til varnar magasárum jókst úr 76,2% í 92,3% og lyfgjöf til varnar blóðsegamyndunar fór úr 91,2% í 92,8% í lok rannsóknar.

Sjá má að höfundar flestra tímaritsgreina eru á sama máli. Notkun gátlista stuðlar að auknu öryggi sjúklinga og hjúkrunarfræðinga, starfsfólk þarf ekki að treysta á minnið til að framkvæma verk og hægt er að koma í veg fyrir mistök áður en þau eiga sér stað. Viðmælendur rýnihópsins töldu einnig að með notkun gátlista væri hægt að hafa betra skipulag á verkum og þar afleiðandi meiri yfirsýn yfir þau verk sem búið væri að vinna og þau sem eftir væru.

### **4.3 „Lykilatriði er að fólk sjái einhvern tilgang í þessu“**

Flestir viðmælendur sáu fyrir sér einhvern á þeirra deildum sem gæti orðið neikvæður varðandi innleiðingu á gátlista og notkun þeirra. Höfðu þeir upplifað að þegar átti að innleiða nýja hluti var því mætt með mótmælum og starfsandinn á deildinni fór út um þúfur. Þeir höfðu áhyggjur af því að erfitt yrði eða ómögulegt að innleiða ný vinnubrögð ef ekki væri rétt að því staðið.

Til að innleiðing verði sem farsælust skiptir miklu máli að fá stuðning frá yfirmönnum við innleiðingu (Bowie o.fl., 2015). Viðhorf starfsmanna skiptir einnig máli þegar kemur að innleiðingu nýrra vinnubragða og getur það haft áhrif á starfsanda vinnustaðarins. Þannig getur starfsfólk hindrað farsæla innleiðingu þeirra vinnubragða sem á að innleiða. Mælt er með því í heimildum að innleiða skuli nýja hluti í samráði við starfsmenn og hafa þá með í ráðum (Dharampal o.fl., 2016). Einnig er algengt að starfsfólk misskilji tilgang þess sem á að innleiða, þess vegna skiptir miklu máli að fræðsla

til starfsmanna sé góð svo starfsfólk átti sig á mikilvægi innihaldsins (Levy o.fl., 2012). Mikilvægt er því að hafa í huga þessi atriði ef öryggisgátlistinn yrði innleiddur.

Skiptar skoðanir voru á því hvort viðurlög ættu að vera við að framkvæma ekki atriði á gátlistanum. Ef beita ætti viðurlögum yrði að vera einhvers konar eftirlit með notkun gátlistans. Spurningin er hvort það myndi bæta eða hindra notkun á öryggisgátlistanum. Viðmælendur ræddu um að þeir vildu finna fyrir öryggi við að nota gátlistann, svo hugsanlega myndi það ekki ganga upp ef þeim liði eins og gátlistinn væri notaður til að fylgjast með hvort þeir væru að vinna vinnuna sína. Hjúkrunarfræðingar eru líka líklegri að tilkynna um óheppileg atvik ef engin viðurlög eru við þeim (Farag, Tullai-McGuinness, Anthony og Burant, 2017).

Rætt var um möguleika á að hafa tvo saman í teymi til að fara yfir öryggisgátlistann. Atvinnuflugmenn hjá flugfélögum vinna saman að því að fara yfir gátlista. Í flestum tilfellum les annar flugmannanna upp það atriði á listanum, sem verið er að athuga, á meðan hinn flugmaðurinn framkvæmir verkið og lætur vita að hann sé búinn að framkvæma það. Ef til vill væri hægt að taka upp svipað fyrirkomulag á sjúkrahúsdeildum með því að hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar ynnu saman að því að fara yfir gátlista. Þannig væri meira eftirlit með því að verk á listanum séu framkvæmd án þess að teknar séu upp refsingar við því að gera það ekki.

Einnig væri hægt að fara sömu leið og er farin á gjörgæslunni við Hringbraut. Þar gengur vaktstjóri á milli starfsmanna til að athuga hvort búíð sé að framkvæma öryggiseftirlit í upphaf vaktar. Engin refsing er við því að vera ekki búinn að framkvæma verk á gátlistanum en hugsanlegt er að það veiti starfsfólki frekar aðhald við framkvæmd á listanum ef það veit að einhver mun athuga stöðuna.

Viðmælandi, sem hafði reynslu af störfum á gjörgæslu, ræddi um að innleiðing gátlista á gjörgæslunni hefði gengið sem skyldi þar sem starfsfólki fannst að það væri að tryggja öryggi sitt og sjúklinganna sem það annaðist. Starfsfólkið fann fyrir öryggi þar sem það hafði vitneskju um að ákveðin verk höfðu verið unnin. Miklu máli skiptir að starfsfólk hafi trú á að gátlistinn geri það sem hann á að gera svo farið sé samviskusamlega eftir honum.

Gagnlegt gæti verið, ef innleiða á gátlista á deildum, að hafa gögn úr atvikaskráningu spítalans til hliðsjónar. Þá væri hægt að sjá svart á hvítu hvernig öryggisgátlisti gagnast hjúkrunarfræðingum og það gæti greitt leiðina að innleiðingu gátlista. Landspítalinn gefur út starfsemisupplýsingar þar sem sjá má nokkrar tegundir atvika án mikillar sundurliðunar. Í starfsemisupplýsingum Landspítalans gefnum út í desember 2016 má sjá fjölda nokkra tegunda atvika borinn saman við árið 2015. Þar kom fram að atvikum tengdum umhverfi eða aðstæðum sjúklings hafði fjölgað úr 876 árið 2015 í 992 atvik árið 2016. Atvikum tengdum tækjabúnaði hafði einnig fjölgað á milli ára, úr 157 árið 2015 í 175 atvik árið 2016. Óvæntum andlátum fjölgaði úr 10 árið 2015 í 17 árið 2016 (Elísabet Guðmundsdóttir, 2016).

Fengin var sundurliðuð atvikaskráning frá gæðadeild Landspítalans fyrir árið 2016. Þar voru atvik tengd falli sjúklings samtals 52. Þar á meðal voru sex atvik þar sem sjúklingur klifraði yfir rúmgrindur og datt í gólfið. Þrjú atvik áttu sér stað þar sem súrefni var tengt í loft. Ekki fannst sundurliðuð atvikaskráning fyrir atvikum tengt sögi, þar sem skrúfað var fyrir súrefni, íhlutir of lengi í sjúkling, atviki þar sem sjúklingur nær ekki í bjöllu eða að bjalla virkar ekki eða atvikum tengdum því að blóð, lyf og/eða vökví rann ekki í viðeigandi línur (Hrönn Harðardóttir, munnleg heimild, 11. maí 2017). Hafa

skal þó í huga að þótt þesskonar atvik hafi ekki fundist á skrá er hugsanlegt að þau atvik ekki verið skráð ef þau hafa komið upp. Ekki verður hjá því komist að íhuga hvort hægt væri að komast hjá einhverjum af þessum atvikum með notkun öryggisgátlista. En með listanum er umhverfi sjúklingsins skoðað, tæki hans yfirfarin og fleiri öryggisatriði athuguð. Hugsanlega hefði verið hægt að grípa atvikin þar sem súrefni var tengt í loft með aðstoð listans. Ekki er hægt að segja til með fullri vissu hvort öryggisgátlistinn hefði komið í veg fyrir föll, þar sem grindur eru uppi á rúmum, en hann hefði hugsanlega fengið starfsfólk til að hugleiða frekar hvort ástæða væri til að setja grindur niður. Þannig getur verið mikilvægt að hafa aðgang að atvikaskráningu þegar gátlistar eru hannaðir en rannsóknir hafa verið gerðar þar sem atvik voru skoðuð gaumgæfilega og gátlistar byggðir á þeirri þekkingu með góðum árangri (Lashoher o.fl., 2017; Bowie o.fl., 2015).

#### 4.4 Umræður um öryggisgátlistann

Viðmælendur rýnihópsins voru almennt jákvæðir í garð öryggisgátlistans sem lagður var fram á fundinum. Eftir yfirferð á því sem þeim fannst vera ofaukið varð til gátlisti sem talinn er henta á flestum legudeildum skurðsviðs. Nauðsynlegt yrði þó að laga hann að hverri deild fyrir sig og setja inn sérhæfðari atriði. Viðmælendur ræddu um nauðsyn þess að skipta gátlistanum í tvennt, annars vegar til þess að hægt yrði að athuga ákveðin atriði inni á vaktherbergi í upphafi vaktar og hins vegar til að fara inn á stofu sjúklings og framkvæma ákveðin verk þar inni. Það var álit þeirra að notkun gátlista mundi vonandi verða til þess að hjúkrunarfræðingar skipulegðu frekar vinnu sína þannig að þeir færu inn til sjúklings. Hjúkrunarfræðingar gefa sér oft ekki tíma í annríki vaktar að fara nokkurs konar stofugang inn til sjúklinga og sjá hvernig staða þeirra er.

Rannsóknarspurningar rannsakenda voru 1) „Er þörf fyrir gátlista á skurðlækningasviði Landspítalans að mati starfsfólks?“ 2) „Telja hjúkrunarfræðingar að gátlistar á skurðlækningasviði Landspítalans auki öryggi hjúkrunarfræðinga og sjúklinga?“. Markmið rannsakenda var að athuga hvort þörf væri á öryggisgátlistum og hversu líklegt væri að hjúkrunarfræðingar myndu nota þá við störf sín. Viðmælendur voru almennt mjög jákvæðir í garð öryggisgátlistans og töldu upp marga þá kosti sem þeir sáu við notkun hans. Flestum fannst þörf fyrir að þess konar gátlisti yrði tekinn upp þar sem þeir töldu að með notkun hans væri hægt að auka öryggi hjúkrunarfræðinga og sjúklinga. Töldu viðmælendur að ef öryggisgátlisti yrði tekinn upp á legudeildum myndu þeir nota hann. Mikilvægt fannst þeim þó að staðið væri vel að innleiðingu eins og komið hefur fram í kaflanum hér á undan.

#### 4.5 Styrkur og takmarkanir rannsóknar

Sigríður Halldórsdóttir (2003) segir frá því að ein af helstu hættum eigindlegrar gagnasöfnunar sé að rannsakendur hætti of snemma að sanki að sér gögnum án þess að komin sé nógu skýr mynd af heildarmyndinni. Rannsakendur kvöddu aðeins til einn rýnihóp til að reyna að fá svör við rannsóknarspurningum og álit þátttakenda á öryggisgátlistanum. Það gæti haft þau áhrif að ákveðinni metun gagna hafi ekki verið náð. Gott hefði verið að bera bættan gátlista undir viðmælendur og fá viðbrögð þeirra við honum en af því varð ekki.

Einnig er vert að minnast á reynsluleysi höfunda við framkvæmd á eigindlegum rannsóknum en þetta er fyrsta rannsóknin sem þeir framkvæma.

Sigríður Halldórsdóttir (2003) nefnir að þegar tveir eða fleiri rannsakendur sameini krafta sína og komi báðir að rannsókn sé minni hætt á skekkju í niðurstöðum. Það er því okkur til tekna að hafa tvær unnið að rannsókninni. Annar leiðbeinenda okkar var einnig viðstaddur þegar viðtalið við rýnihópinn fór fram og kom með okkur að gagnagreiningu. Báðir leiðbeinendur lásu svo yfir útprentað viðtal við rýnihópinn.

Handvaldir einstaklingar voru í rýnihópnum sem hafa góða þekkingu á starfsemi legudeilda skurðlækningasviðs og gátu því gefið nokkuð rétta mynd af rannsóknarspurningum rannsakenda. Mikilvægt er að valdir séu einstaklingar með þekkingu á málefninu, einstaklingar sem taldir eru rannsókninni í hag (Sigríður Halldórsdóttir, 2003; Sóley S. Bender, 2003).

#### **4.6 Gildi rannsóknarinnar fyrir hjúkrun**

Ljóst er að mikill ávinningur er fyrir öryggi starfsfólks og sjúklinga ef tekin yrði upp almenn notkun öryggisgátlista á legudeildum skurðsviðs. Þessi rannsókn verður vonandi til þess að starfsfólk sjái hvernig hægt er að bæta öryggi þess sjálfs sem og sjúkinga með fremur einfaldri aðferð. Með því að benda á leiðir til að auka öryggi ýtir starfsfólk vonandi á yfirstjórn að taka upp þess konar öryggisgátlista. Ósk höfunda er sú að rannsóknin skapi umræður á meðal starfsfólks um hvernig öryggisbrag er háttað hér á landi og hvernig hægt væri að bæta hana með því að taka upp gátlista. Einnig er bent á hversu nauðsynlegt það er að tryggja að innleiðing gátlistans verði sem farsælust. Kanna þyrfti frekar álit hjúkrunarfræðinga á notkun gátlista til þess að fá fram metun á gögnum. Hægt væri að setja saman fleiri rýnihópa eða jafnvel að sendir yrðu út spurningalistar til starfandi hjúkrunarfræðinga á legudeildum Landspítalans.

Framtíðarsýn okkar er að gátlistinn verði endurbættur enn frekar í samráði við starfsfólk. Hann yrði síðan prófaður á nokkrum deildum. Ef góður árangur næst við notkun öryggisgátlistans yrði hann staðfærður og tekinn í notkun víðar um Landspítalann. Einnig er von okkar að þessi rannsókn muni nýtast við að stuðla að betri öryggisbrag á íslenskum sjúkrahúsum.

## 5 Ályktanir

Greinilegt er af svörum viðmælanda að þörf er fyrir öryggisgátlista á legudeildum skurðsviðs Landspítala. Engar íslenskar rannsóknir hafa verið gerðar á notkun né þörf á gátlistum á legudeildum. Gagnlegt yrði að fá frekari íslenskar rannsóknir um það málefni þar sem ekki yrði einungis einblínt á legurdeildir skurðsviðs heldur allar almennar legurdeildir teknar með í rannsóknina. Mikilvægt er að þróa öryggisgátlistann áfram og fá viðbrögð starfsfólks og stjórnenda við honum. Ef viðbrögðin við gátlistanum halda áfram að vera eins jákvæð og kom fram í rýnihópnum og starfsfólk hefur trú á að gátlistinn geri gagn og auki öryggi, er það okkar von að hægt verði að stuðla að upptöku öryggisgátlistans víðar á legudeildum Landspítalans og jafnvel á fleiri sjúkrahúsum á landinu.

## Heimildaskrá

- Aðalbjörg J. Finnbogadóttir. (2015). Starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga: Öruggt eða varasamt? *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 91(1), 32-35.
- Aerden, D., Smets, D., Poelaert, J., Oste, J. og Van den Brande, P. (2014). Fighting Human Error: What surgeons can learn from aviators. *Acta Chirurgica Belgica*, 114(4), 228-232.
- Amin, Y., Grewcock, D., Andrews, S. og Halligan, A. (2012). Why patients need leaders: Introducing a ward safety checklist. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(9), 377-383. Doi: 10.1258/jrsm.2012.120098.
- Anna Birna Almarsdóttir (2005). Eigindlegar aðferðir. *Læknablaðið*, 91(2), 211.
- Birna Jónsdóttir, Inga A. Valdimarsdóttir, Björk I. Arnórsdóttir, Hrefna Magnúsdóttir, Aðalbjörg Ólafsdóttir, Hjördís Hjörvarsdóttir o.fl. (2009). Batnar fyrr og líður betur. Meðferð sjúklinga sem fara í ristilskurðaðgerð. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 85(2), 6-11.
- Bowie, P., Ferguson, J., MacLeod, M., Kennedy, S., Wet, C., McNab, D. o.fl. (2015). Participatory design of a preliminary safety checklist for general practice. *British Journal of General Practice*, 65(634), e330-343. Doi: 10.3399/bjgp15X684865.
- Brennan, P. A., Mitchell, D. A., Holmes, S., Plint, S. og Parry, D. (2016). Good people who try their best can have problems: Recognition of human factors and how to minimise error. *British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, 54(1), 3-7. Doi: 10.1016/j.bjoms.2015.09.023.
- Conroy, K. M., Elliot, D. og Burrell, A. R. (2013a). Developing content for a process-of-care checklist for use in intensive care units: A dual-method approach to establishing construct validity. *BMC Health Services Research*, 13(380). Doi: 10.1186/1472-6963-13-380.
- Conroy, K. M., Elliot, D. og Burrell, A. R. (2013b). Validating a process-of-care checklist for intensive care units. *Anaesthesia and Intensive Care*, 41(3), 342-348.
- Considine, J. og Currey, J. (2014). Ensuring a proactive, evidence-based, patient safety approach to patient assessment. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1-2), 300-307.
- Coyne, I. T. (1997). Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling: Merging or clear boundaries? *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 623-630.
- Dharampal, N., Cameron, C., Dixon, E., Ghali, W. og Quan, M. L. (2016). Attitudes and beliefs about the surgical safety checklist: Just another tick box?. *Canadian Journal of Surgery*, 59(4), 268-275. Doi: 10.1503/cjs.002016.
- Diller, T. D., Helmrich, G., Dunning, S., Cox, S., Buchanan, A. og Shappell, S. (2014). The human factors analysis classification system (HFACS) applied to health care. *American Journal of Medical Quality*, 29(3), 181-190. Doi: 10.1177/1062860613491623.
- Donalek, J. G. og Soldwisch, S. (2004). An introduction to qualitative research methods. *Urologic Nursing*, 24(4), 354-356.
- DuBose, J. J., Inaba, K., Shiflett, S., Trankiem, C., Teixeira, P. G. R., Salim, A. o.fl. (2008). Measurable Outcomes of Quality Improvement in the Trauma Intensive Care Unit: The Impact of a Daily Quality Rounding Checklist. *The Journal of TRAUMA Injury, Infection, and Critical Care*, 64, 22-29
- Elísabet Guðmundsdóttir (ritstjóri) (2016). Starfsemissupplýsingar Landspítala desember 2016. *Landspítali, Fjármálasvið*. Sótt 9. Maí 2017 af [http://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/Rit-og-skyrslur/Starfsemissupplýsingar-LSH/2016/starfsemissupplýsingar\\_LSH\\_desember\\_2016.pdf?download=true](http://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/Rit-og-skyrslur/Starfsemissupplýsingar-LSH/2016/starfsemissupplýsingar_LSH_desember_2016.pdf?download=true)
- Embætti landlæknis. (2016). *Eflum gæði og öryggi í íslenskri heilbrigðisþjónustu* (3. útgáfa). Sótt á [www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item19084/Eflum-gaedi-og-oryggi\\_3.utg.2016\\_11.11.2016.pdf](http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item19084/Eflum-gaedi-og-oryggi_3.utg.2016_11.11.2016.pdf).



- Embætti landlæknis. (2015). *Öryggi á skurðstofum. Gátlisti WHO*. Sótt á <http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/heilbrigdisthjonusta/oryggi/oryggi-i-skurdadgerdum-gatlisti-who/>.
- European Commission. (2014). *Patient safety and quality of care. Special Eurobarometer Report 411*. Sótt 20.3.2017 á: [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/ebs\\_411\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ebs_411_en.pdf).
- Fagan, M. A. (2012). Techniques to improve patient safety in hospitals: What nurse administrators need to know. *The Journal of Nursing Administration*, 42(9), 426-430.
- Farag, A., Tullai-McGuinness, S., Anthony, M. K. og Burant, C. (2017). Do leadership style, unit climate, and safety climate contribute to safe medication practices. *Journal of Nursing Administration*, 47(1), 8-15.
- Fourcade, A., Blache, J.-L., Grenier, C., Bourgain, J.-L. og Minvielle, E. (2012). Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Quality & Safety*, 21(3), 191-197; Doi: 10.1136/bmjqs-2011-000094.
- Gagliardi, A. R., Straus, S. E., Shojania, K. G. og Urbach, D. R. (2014). Multiple interacting factors influence adherence, and outcomes associated with surgical safety checklists: A qualitative study. *PLoS ONE*, 9(9), e108585. Doi:10.1371/journal.pone.0108585.
- Gawande, A. (2011). *The Checklist Manifesto*. London:Profile Books.
- Guðbjörg Pálsdóttir, Ingibjörg Guðmundsdóttir, Katrín Blöndal, Margrét S. Torp og Hrönn Harðardóttir (ritstjórar) (2017). Eftirlit með sárasogsmeðferð, *Gæðahandbók skurðlækningasviðs, 1. Útg.* Landspítali, skurðlækningasvið.
- Hales, B. M. og Pronovost, P. J. (2006). The checklist: A tool for error management and performance improvement. *Journal of Critical Care*, 21(3), 231-235. Doi: 10.1016/j.jcrc.2006.06.002.
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. S., Dellinger, E. P. o.fl. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499. Doi: 10.1056/NEJMsa0810119.
- Hazelton, J. P., Orfe, E., Colacino, A. M., Hunter, K., Capano-Wehrle, L. M., Lachant, M. T. o.fl. (2015). The impact of a multidisciplinary safety checklist on adverse procedural events during bedside bronchoscopy-guided percutaneous tracheostomy. *Journal of Trauma Acute Care Surgery*, 79(1), 111-116. Doi: 10.1097/TA.0000000000000700.
- Helga Bragadóttir, Björk Sigurjónsdóttir og Heiður Hrund Jónsdóttir. (2014). Óframkvæmd hjúkrun á sjúkrahúsum á Íslandi: Lýsandi rannsókn. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 4(90), 40-49.
- Herdís Alfreðsdóttir og Kristín Björnsdóttir. (2009). Öryggi sjúklinga á skurðstofu: Rannsókn á starfsaðstæðum og áhrifum skurðhjúkrunar. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 85(4), 53-60.
- Ko, H. C., Turner, T. J. og Finnigan, M. A. (2011). Systematic review of safety checklists for use by medical care teams in acute hospital settings: Limited evidence of effectiveness. *BMC Health Services Research*, 11, 211. Doi: 10.1186/1472-6963-11-211.
- Lashoher, A., Schneider, E. B., Juillard, C., Stevens, K., Colantuoni, E., Berry, W. R. o.fl. (2017). Implementation of The World Health Organization trauma care checklist program in 11 centers across multiple economic strata: Effect on care process measures. *World Journal of Surgery*, 41(4), 954-962. Doi: 10.1007/s00268-016-3759-8.
- Levy, S. M., Senter, C. E., Hawkins, R. B., Zhao, J. Y., Doody, K., Lally, K. P. o.fl. (2012). Implementing a surgical checklist: More than checking a box. *Surgery*, 152(3), 331-336. Doi: 10.1016/j.surg.2012.05.034.
- Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007.
- Lög um landlækni og lýðheilsu nr. 41/2007.

- Marianne H. Bjarnadóttir og Kristín Gunnarsdóttir (ritstjórar) (2015). Öryggiseftirlit á umhverfi sjúklings í upphaf vaktar, *Gæðahandbók skurðlækningasviðs, 1. útg.* Landspítali, skurðlækningasvið.
- Nieva, V. og Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care, 12(2)*, 17-23.
- Onwuegbuzie, A. J., Dickinson, W. B., Leech, N. L. og Annmarie, G. Z. (2009). A qualitative framework for collecting and analyzing data in focus group research. *International Journal of Qualitative Methods, 8(3)*, 1-21.
- Pope, C. og Mays, N. (1995). Reaching the parts other methods cannot reach: An introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ, 311*, 42-45.
- Sigríður Halldórsdóttir (2003). *Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði*. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar), Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum (bls. 249-265). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigrún Gunnarsdóttir og Helga Bragadóttir. (2012). Þættir sem hafa áhrif á vinnu hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða á bráðalegudeildum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga, 1(88)*, 46-56.
- Sigurlína Davíðsdóttir (2003). *Eigindlegar eða meginlegar rannsóknaraðferðir?* Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar), Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum (bls. 219-235). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sóley S. Bender (2003). *Rýnihópar*. Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar), Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum (bls. 85-99). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Steyrer, J., Schiffinger, M., Valentin, A. og Strunk, G. (2013). Attitude is everything? The impact of workload, safety climate, and safety tools on medical errors: A study of intensive care units. *Health Care Manage Review, 38(4)*, 306-316. Doi: 10.1097/HMR.0b013e318272935a.
- Weiser, T. G., Haynes, A. B., Lashoher, A., Dziekan, G., Boorman, D. J., Berry, W. R. o.fl. (2010). Perspectives in quality: Designing the WHO surgical safety checklist. *International Journal for Quality in Health Care, 22(5)*, 365-370. Doi: 10.1093/intqhc/mzq039.
- World Health Organization. (2008). *World alliance for patient safety: implementation manual surgical safety checklist*. Sótt á:  
[http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools\\_resources/SSSL\\_Manual\\_finalJun08.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Manual_finalJun08.pdf?ua=1).

# Fylgiskjöl

## Fylgiskjal 1. Spurningar lagðar fyrir rýnihóp

### Spurningar lagðar fyrir rýnihóp

- Á heildina litið er öryggi sjúklinga á ykkar deildum nægilega vel tryggt?
- Er verið að nota gátlista á legudeildum skurðsviðs?
- Ef já, hvaða gátlistar eru í notkun?
- Hvernig gekk að innleiða notkun gátlista á ykkar deildum (ef þeir eru í notkun), voru einhverjir sem áttu erfitt með að tileinka sér notkun þeirra?
- Hver var helsta gagnrýnin við notkun á gátlistanum?
- Mynduð þið meta það svo að gátlistinn myndi bæta við álag á hjúkrunarfræðinga og þá að hvaða leiti? Gæti gátlistinn minnkað álag á hjúkrunarfræðinga og þá að hvaða leiti?
- Hvenær sólarhrings mynduð þið telja áhrifaríkast að fara yfir gátlistann (við upphaf vaktar, um miðja vakt, við enda vaktar eða fara yfir hann reglulega yfir daginn)?
- Hversu mikill tími þætti ykkur hæfilegur til að framkvæmda á gátlistanum?
- Hvað finnst ykkur mæla með og á móti notkun á gátlistanum
- Útfrá þessum lista er eitthvað sem ykkur finnst ofaukið eða vanta?
- Hversu líklegt fyndist þér að þú myndir nota þesskonar gátlista í vinnunni?
- Teljið þið að notkun gátlista eins og þessa tryggi betur öryggi sjúklinga á ykkar deildum?
- Teljið þið að notkun svona gátlista geti tryggt öryggi hjúkrunarfræðinga?
- Hafið þið gert mistök/orðið vör við mistök sem hægt hefði verið að fyrirbyggja með notkun gátlista?
- Er eitthvað varðandi gátlista eða notkun þeirra sem þið viljið koma á framfæri en hefur ekki verið rætt hér?