



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591-O-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	26-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MKS591 1 O 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	468
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	15522
----------------------	-------

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



MASTEROPPGAVE

Anestesi- og operasjonssykepleieres erfaringer og tanker om bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen, sett i lys av Covid-19 pandemien

Experiences and reflections around the use of surgical masks, shared by anesthesia nurses and surgical nurses, in a Covid-19 pandemic context

Kandidatnummer: 473

Kandidatnummer: 468

Master i Klinisk Sykepleie – Operasjon

Høgskulen på Vestlandet, FHS, institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Veileder: Solveig Sægrov

Innleveringsdato: 26.05.21

Antall ord: 15 522

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet*, § 12-1.

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært både givende og krevende. Vi har befunnet oss i et nytt yrke som operasjonssykepleiere med en pågående global pandemi, samtidig som vi har begitt oss ut i den nye rollen som forskere. Perioden har vært energikrevende, men vi ville ikke vært den foruten. Arbeidet med denne masteroppgaven har gitt oss mer innsikt og kunnskap innen smittevern og har gitt oss økt forståelse for viktigheten av forskning og hvor viktig utarbeidelse av gode retningslinjer er for å kunne utføre forsvarlig arbeid.

Vi vil takke vår veileder, Solveig Sægrov, for gode råd, tilbakemeldinger og samtaler. Du har støttet oss og gitt oss motivasjon når vi har stagnert og hjulpet oss videre i prosessen. Takk til fag- og forskningsansvarlige på det aktuelle sykehuset som tok seg tid til å hjelpe oss med rekruttering av deltakere. Så vil vi rette en stor takk til alle deltakerne fra anestesi og operasjon som stilte opp til intervju. Takk for innholdsrike og reflekterte tanker om temaet. Vi hadde ikke hatt en oppgave uten dere. I tillegg vil vi rette en stor takk til venner og familie for moralsk støtte og oppmuntrende ord i en krevende periode. Spesielt takk til Arild for korrekturlesing av oppgaven. Til sist må vi takke hverandre for tålmodighet og godt samarbeid.

Sammendrag

Bakgrunn: Smittevern utgjør en stor del av anesthesi- og operasjonssykepleieres arbeidshverdag og ansvarsområde. På operasjonsstuen behandles kritisk syke og sårbare pasienter og forebyggende tiltak iverksettes for å beskytte dem mot smitte, sykdommer og postoperative komplikasjoner. Smittevern er i tillegg viktig for å verne om helsen til det kirurgiske teamet. Bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen er et tema det finnes ulike meninger om og den praktiske bruken er variert. Tidligere forskning på feltet er mangelfull og kommer også med varierende anbefalinger for praksis. Det er utarbeidet egne retningslinjer for bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuer på norske sykehus. Utbruddet av Covid-19 viruset i januar 2020 bidro til at smittevern fikk høyere prioritet også i samfunnet generelt og bruk av munnbind ble raskt sett på som ett av flere tiltak for å forebygge spredning av Covid-19.

Hensikt og problemstilling: Hensikten med dette forskningsprosjektet er å undersøke om Covid-19 pandemien har endret anesthesi- og operasjonssykepleieres tanker og holdninger til bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen og hvordan dette har endret praktiseringen av munnbind generelt. Vår problemstilling blir dermed: "Har Covid-19 pandemien ført til endringer i bruk av kirurgisk munnbind hos anesthesi- og operasjonssykepleiere på operasjonsstuen?".

Metode: Masteroppgaven er et kvalitativt forskningsprosjekt med utførelse av individuelle dybdeintervju, sett fra et fenomenologisk perspektiv. Fem deltakere, to anesthesisykepleiere og tre operasjonssykepleiere, ble intervjuet. Malteruds systematiske tekstkondensering er brukt for analyse av materialet.

Resultater: Resultatene viser at deltakerne er mer oppmerksomme på bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen etter Covid-19 utbruddet, og at terskelen for å bruke det har blitt lavere. Den generelle bruken har økt og kirurgisk munnbind brukes ofte over lengre perioder enn tidligere. Før utbruddet av Covid-19 ble bruk av kirurgisk munnbind sett på som et forebyggende tiltak med tanke på postoperativ sårinfeksjon hos pasienten, og fokuset lå på å bevare det kirurgiske utstyrets sterilitet.

Med Covid-19 pandemien kom en prioriteringsendring der fokuset nå er å hindre smittespredning av viruset, og kirurgisk munnbind brukes i større grad ved all pasientkontakt. Det kommer også frem at ukorrekt bruk av kirurgisk munnbind legges lettere merke til når det er økt oppmerksomhet på temaet, og at ukorrekt bruk også observeres under Covid-19 pandemien.

Konklusjon: Vi kan konkludere med at det har skjedd en endring i bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen hos anestesi- og operasjonssykepleiere etter Covid-19 pandemien. Kirurgisk munnbind blir i mye større grad brukt, og en har det på seg i lengre perioder enn før utbruddet av Covid-19. Det er i større grad fokus på kirurgisk munnbind og hvordan det bæres. Det er ønskelig å beskytte seg selv og andre mot smitte av Covid-19. Likevel blir ukorrekt bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen også observert under pandemien. De nasjonale retningslinjene for anvendelse av kirurgisk munnbind blir ikke fulgt av alle i det kirurgiske teamet. Vi ser at forskningen på feltet er mangelfull, og dette fører til usikkerhet ved de gjeldende nasjonale retningslinjene.

Nøkkelord: *kirurgisk munnbind, Covid-19, SARS-CoV-2, operasjonsstue, operasjonssykepleie, anesthesisykepleie, smittevern, kvalitativ forskningsmetode, fenomenologi*

Abstract

Background: Infection control makes up a large part of the anesthesia and surgical nurses' working day and area of responsibility. Critically ill and vulnerable patients are often treated in the operating room, and preventive measures are implemented to protect them from infection, diseases, and postoperative complications. Infection control is also important to protect the health of the surgical team. There are different opinions on the use of surgical face masks in the operating room, and different variations are seen in the practical use. Previous research in the field is deficient and the recommendations for practice vary. There are guidelines for the use of surgical face masks in the operating rooms at Norwegian hospitals. The outbreak of the Covid-19 virus in January 2020 contributed to infection control being given higher priority in society in general, and the use of face masks was quickly seen as one of several measures to prevent the spread of Covid-19.

Purpose and research thesis: The purpose of this research project is to explore whether the Covid-19 pandemic has changed the thoughts and attitudes of anesthesia and surgical nurses regarding the use of surgical face masks in the operating room, and how this has changed the general use of face masks. Our research thesis is: "Has the Covid-19 pandemic led to any changes in how anesthesia and surgical nurses use surgical face masks in the operating room?".

Method: The master's thesis is a qualitative research project, using individual in-depth interviews from a phenomenological perspective. Five participants, two anesthesia and three surgical nurses, were interviewed. Malterud's systematic text condensation was used to analyze the material.

Results: The results show that the participants are more aware of the use of surgical face masks in the operating room after the Covid-19 outbreak and that they use them more often. The general usage has increased, and surgical face masks are being used for longer periods of time. Before the Covid-19 outbreak, surgical face masks were seen as a measure to prevent postoperative infections in the patient, and the focus was on preserving the sterility of the surgical equipment.

The Covid-19 pandemic brought a change in priority, and the focus is now on preventing the spread of the virus. Surgical face masks are now being used to a greater extent in all patient contact. Results also show that incorrect use of surgical face masks is more easily noticed with the increased attention on the topic. Incorrect use can also be observed during the Covid-19 pandemic.

Conclusion: We can conclude that there has been a change in the use of surgical face masks in the operating room among anesthesia and surgical nurses after the Covid-19 pandemic. Surgical face masks are being used to a greater extent and are worn for longer periods of time than before the Covid-19 outbreak. Furthermore, there is a larger focus on surgical face masks and how they are being worn. Face masks are used to protect both oneself and others against Covid-19 infection. However, incorrect use of surgical face masks in the operating room is still observed during the pandemic. The national guidelines for the use of surgical face masks are not always being followed by everyone on the surgical team. We see that the research in the field is deficient, which leads to uncertainty regarding the current national guidelines.

Keywords: *surgical face mask, Covid-19, SARS-CoV-2, operating room, surgical nursing, anesthesia nursing, infection control, qualitative research method, phenomenology*

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Forskningsprosjektets formål og problemstilling	2
1.2 Oppgavens avgrensninger	2
2.0 Teori	4
2.1 Det kirurgiske teamet.....	4
2.1.1 Anestesisykepleie	4
2.1.2 Operasjonssykepleie	5
2.2 Holdning og faglig skjønn	6
2.3 Kirurgisk munnbind	7
2.3.1 Retningslinjer for bruk av kirurgisk munnbind	8
2.4 Smittevern	8
2.4.1 Covid-19	10
2.4.2 Lovverk og retningslinjer.....	12
3.0 Tidligere forskning.....	14
4.0 Metode	19
4.1 Kvalitativ forskningsmetode.....	19
4.1.1 Fenomenologi.....	20
4.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	20
4.3 Utvalg av deltakere	21
4.4 Kvalitativt intervju	22
4.4.1 Intervjuguide og gjennomføring av intervju.....	23
4.4.2 Transkribering	24
4.5 Etske vurderinger	25
5.0 Analyse	27
5.1 Trinn 1 - Helhetsinntrykk.....	27
5.2 Trinn 2 - Meningsbærende enheter.....	27
5.3 Trinn 3 - Kondensering.....	28
5.4 Trinn 4 - Syntese.....	30
6.0 Resultater	31
6.1 Bruk av kirurgisk munnbind før Covid-19.....	31
6.2 Tilgjengelighet på kirurgisk munnbind	32
6.3 Holdningsendring	33
6.4 Økt bruk av kirurgisk munnbind som følge av Covid-19	35

7.0 Diskusjon.....	37
7.1 Bruk av kirurgisk munnbind før Covid-19.....	37
7.2 Bruk av munnbind under pandemi	39
7.3 Tilgjengelighet på kirurgisk munnbind	42
7.4 Retningslinjer og holdninger.....	44
7.5 Drøfting av metode	46
8.0 Konklusjon.....	48
9.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning	49
Referanseliste	50
Vedlegg	55
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	55
Vedlegg 2: Semistrukturert intervjuguide	59
Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD	60

1.0 Innledning

Smittevern står sentralt i utdanningen av anesthesi- og operasjonssykepleiere. For å unngå smitte følges daglig fastsatte rutiner gjennom administrering av antibiotika, hygiene og ikke minst hensiktsmessig bruk av beskyttelsesutstyr som for eksempel kirurgisk munnbind. Forebygging av postoperative sårinfeksjoner hos operasjonspasienter er høyt prioritert da dette kan føre til et mer langvarig og alvorlig sykdomsforløp hos rammede pasienter (Hansen et al., 2018, s. 233). I januar 2020 ble viruset SARS-CoV-2, videre omtalt som Covid-19, identifisert i Kina (Folkehelseinstituttet, 2020a), noe som satt smittevern og bruk av munnbind i fokus verden over. Covid-19 var et ukjent virus med ukjent spredningsmekanisme. Til tross for en massiv strøm av ny informasjon skapte viruset usikkerhet både i helsevesenet og i samfunnet som helhet. Munnbind ble «allemannseie» og ikke lenger noe som kun ble omtalt i forbindelse med helsevesenet.

I videreutdanningen har vi gjennom praktisk og teoretisk undervisning fått opplæring i viktigheten av smittevern og forebyggende smitteverntiltak. I operasjonssykepleierens myndighetsområde og funksjonsansvar heter det blant annet at “infeksjonsforebygging og smittevern er to av hovedpunktene i operasjonssykepleierens forebyggende funksjon” (NSFLOS, 2008, s. 16). Etter utbruddet av Covid-19 har forebygging av smittespredning vært spesielt viktig, og bruk av munnbind har i denne sammenheng blitt et viktig fokusområde.

Som operasjonssykepleiestudenter har vi observert store forskjeller når det kommer til praktisk bruk og bæremåte av kirurgiske munnbind på operasjonsstuen, både før og etter Covid-19 utbruddet. Disse observasjonene inkluderer blant annet kirurgiske munnbind hengende løst til ansiktet, at de nederste reimene slites av, munnbind som ikke dekker tilstrekkelig over munn og nese og noen som har gått uten. Bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen er en del av det smitteforebyggende arbeidet som er nedfelt i yrkesetiske retningslinjer for anesthesi- og operasjonssykepleiere (NSFLOS, 2008, s. 22; ALNSF, 2016, s. 17). Det er også lovfestet ved Smittevernloven (1994, § 1-1) som omhandler tiltak for blant annet å hindre smitte av sykdommer og eventuell spredning. I tillegg er det utarbeidet egne nasjonale retningslinjer for trygg praktisk bruk av kirurgisk munnbind (Andersen, 2016, s. 107).

Vi stiller oss derfor undrende til at bruk av kirurgisk munnbind synes å være noe personavhengig og noe som praktiseres så forskjellig fra sted til sted og fra person til person.

Litteratursøk etter relevant forskning viste at dette er et felt det foreløpig er forsket lite på. Majoriteten av forskningen var kvantitative studier som omhandlet postoperativ sårinfeksjon og i hvilken grad kirurgisk munnbind bør brukes på operasjonsstuen for å forebygge dette. De fleste studiene konkluderte også med at dette er et felt der det kreves mer forskning for å kunne komme med en ideell anbefaling. Ut fra dette satt vi igjen med et inntrykk av at bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen muligens er mer erfaringsbasert enn forskningsbasert. Dette har fascinert oss og motivert oss til å undersøke hva dette kommer av. Utbruddet av Covid-19 viruset har gjort bruken av munnbind til et enda mer aktuelt tema. Bruken av munnbind har vært drøftet i praksis som student, på jobb og i samfunnet generelt. Vi ønsket å undersøke om det har skjedd en holdningsendring blant anestesi- og operasjonssykepleiere, og hva som eventuelt har endret seg i forhold til bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen fra januar 2020 og frem til i dag.

1.1 Forskningsprosjektets formål og problemstilling

Forskningsprosjektets formål er å undersøke om Covid-19 pandemien har endret anestesi- og operasjonssykepleieres erfaringer og holdninger til bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen og hvordan dette har endret praktiseringen av munnbind generelt. Vår problemstilling blir dermed: "Har Covid-19 pandemien ført til endringer i bruk av kirurgisk munnbind hos anestesi- og operasjonssykepleiere på operasjonsstuen?".

1.2 Oppgavens avgrensninger

Denne studien kommer ikke til å omhandle mottak av pasienter med kjent Covid-19 smitte på operasjonsstuen. Det er utarbeidet egne retningslinjer for dette og i disse tilfellene skal det brukes åndedrettsvern og ikke kirurgisk munnbind.

Under 2.3.1 Covid-19 er mye av teorien hentet fra Folkehelseinstituttet, som er Helse- og omsorgsdepartementets statlige forvaltningsorgan. De oppdaterer seg fortløpende på helsefremmende og forebyggende arbeid, og fungerer som faglige rådgivere for myndighetene innen blant annet smittevern og epidemiologi (Berg & Stoltenberg, 2019). Covid-19 er et nytt virus og relevant teori bør hentes fra gyldige kilder som er oppdatert på temaet.

Hovedmålet med oppgaven var å undersøke om Covid-19 har bidratt til endringer i bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen. Vi har likevel valgt å inkludere hvordan bruken av kirurgisk munnbind var før Covid-19 utbruddet. For å forstå hvordan Covid-19 pandemien har påvirket dagens praktisering av kirurgisk munnbind mener vi at det er vesentlig for oppgaven å også presentere tidligere praktisering for å danne et grunnlag for sammenligning.

2.0 Teori

I dette kapitlet vil vi utdype relevant teori om det kirurgiske teamet, holdninger og faglig skjønn, kirurgisk munnbind og retningslinjer for bruk av disse, smittevern med fokus på dråpe- og kontaktsmitte, Covid-19 pandemien, lovverk og retningslinjer.

2.1 Det kirurgiske teamet

Et kirurgisk team består av en anestesilege, en til to anesthesisykepleiere, en eller flere kirurger og en til tre operasjonssykepleiere. Av hygieniske hensyn og for å skape minst mulig støy under operasjonen er det ønskelig med færrest mulig personale på operasjonsstuen (Oksavik, 2018, s. 204). Samarbeidet på operasjonsstuen kan vare i flere timer og alle teammedlemmene må ha fokus på sine arbeidsoppgaver. Det er viktig å skape en god atmosfære og en trygghet innad i teamet, som igjen bidrar til økt pasientsikkerhet. En viktig forutsetning for dette er at alle i det kirurgiske teamet behandler hverandre med respekt og at det er rom for å si ifra dersom noe går utover forsvarligheten på arbeidet (Oksavik, 2018, s. 205). I denne masteroppgaven ønsker vi å fokusere på anesthesi- og operasjonssykepleierne i det kirurgiske teamet.

2.1.1 Anesthesisykepleie

Anesthesisykepleier tar imot pasienten ved ankomst på operasjonsavdelingen. De følger hele pasientens forløp gjennom operasjonen til de blir overlevert til oppvåkingsavdelingen. En anesthesisykepleier har videreutdanning eller master i klinisk sykepleie og har avansert kunnskap innen sederende og smertelindrende behandling av pasienter under operasjon, akutte situasjoner og ved undersøkelser (Bruun, 2011, s. 19). Anesthesisykepleiere har et tett samarbeid med operasjonssykepleiere, kirurg(er) og kanskje aller mest anestesileger (Bruun, 2011, s. 29). De kan alene gjennomføre generell anestesi på funksjonsfriske pasienter og ved enkle kirurgiske inngrep. Dette forutsetter at en anestesilege har klarert pasienten og kan kontaktes ved behov. En anesthesisykepleier må beherske krevende situasjoner, og kunne vurdere situasjonens alvorlighetsgrad fortløpende og selvstendig (Bruun, 2011, 20).

Anestesisykepleiere overvåker pasienten ved operativt inngrep under generell anestesi (bortfall av all sansning i hele kroppen), sedasjon (avslapping eller søvn) og regionalanestesi (bortfall av sansning i den delen av kroppen som skal opereres) (ALNSF, 2016, s. 14-15). De har ansvar for å opprettholde livsviktige funksjoner som sirkulasjon og væsketilførsel, samt sikre at pasienten har frie luftveier og tilstrekkelig ventilasjon (Bruun, 2011, s. 19).

For å kunne overvåke luftveiene og tilstrekkelig oksygentilførsel må anestesisykepleiere ha kunnskaper om pasientens anatomiske forhold og kunne beherske metoder for å hjelpe pasienten med å puste (Espe & Hovind, 2011, s. 224). Maskeventilering blir ofte kun brukt ved anestesiens innledningsfase da det er tungt å ventilere på denne måten over lengre tid. Svelgtuber, nasofaryngealtuber og larynxmasker er eksempler på hjelpemidler for å sikre frie luftveier under operasjon. Anestesisykepleiere er også ansvarlig for ekstubering ved operasjonens slutt, altså fjerning av respirasjonsutstyret i pasientens svelg (Espe & Hovind, 2011, s. 240). En anestesisykepleiers arbeidsdag vil variere ut fra det operative inngrepet, pasientens helsetilstand og i hvor stor grad det er en akutt situasjon, som stiller ulike krav til kompetanse og kunnskap (Bruun, 2011, s. 20).

2.1.2 Operasjonssykepleie

En operasjonssykepleier har videreutdanning eller master i klinisk sykepleie og tilbyr avansert fagutøvelse for pasienter i planlagte eller livstruende situasjoner.

Operasjonssykepleiere må kunne assistere kirurgen(e) under kirurgiske inngrep, opprettholde et sterilt miljø og koordinere driften under inngrepet. Smittevern er et sentralt tema for operasjonssykepleiere, som jobber for å minske infeksjonsrisiko ved å bryte smittkjeden. Forebygging av leiringsskader (trykk på hud og nerver) og hypotermi (utilsiktet nedkjøling) er også sentrale punkter i arbeidet.

Operasjonssykepleiere må ha evne til å prioritere og handle raskt i akutte situasjoner. Som operasjonssykepleier kan en jobbe blant annet innen dagkirurgi, kirurgiske poliklinikker, skadestuer, katastrofeteam, sterilsentral og operasjonsavdelinger (Eide & Dāvøy, 2018, s. 28).

Operasjonssykepleiere deles inn i to roller på operasjonsstuen; sterilt assisterende og koordinerende rolle (Eide & Dávøy, 2018, s. 31). Sterilt assisterende operasjonssykepleier har en sentral rolle i den kirurgiske prosedyren og skal ha kompetanse til å velge rett utstyr, organisere dette utstyret og vite deres funksjon. Operasjonssykepleiere har inngående kunnskap i anatomi og kirurgiske prosedyrer, og skal kunne kjenne til selve inngrepet. På den måten kan operasjonssykepleier identifisere neste trinn i operasjonen og være i forkant med å tilby utstyr, som igjen vil gi flyt i prosedyren og korte ned operasjonstiden (Eide & Dávøy, 2018, s. 30).

Koordinerende operasjonssykepleier skal ta imot pasienten når vedkommende ankommer operasjonsstuen. Sammen med anestesisykepleier skal navnet kontrolleres, en skal forsikre seg om at pasienten vet hvilket inngrep som skal gjennomføres og om pasienten har spesielle behov. Videre har koordinerende operasjonssykepleier ansvar for leiring av pasienten og desinfisering av operasjonsfelt. Koordinerende operasjonssykepleier har også et indirekte arbeid rettet mot operasjonspasienten. Dette er blant annet å velge rett operasjonsstue, teknisk utstyr og instrumenter til operasjonen. Medisinsk utstyr skal kontrolleres og renhetsgraden av operasjonsstuen skal vurderes (Eide & Dávøy, 2018, s. 31).

2.2 Holdning og faglig skjønn

En holdning blir beskrevet som de følelsene, tankene og handlingene en har overfor noe. Disse kan være positive og negative. En persons holdninger kommer frem i handlinger, reaksjoner, følelser, oppfatninger og ytringer. Holdninger kan erverves gjennom kunnskap eller erfaringer, men blir ofte overført fra andre personer en har valgt å identifisere seg med. Holdningsendring kan forekomme dersom en person opplever konflikt mellom holdninger og handlinger. Det er likevel slik at ny informasjon om et tema kan være vanskelig å forholde seg til, da tidligere holdninger gjør at ny informasjon oppfattes i tråd med det en på forhånd mente og trodde (Svartdal, 2020).

Faglig skjønn blir definert som “den dømmekraft som utøves i øyeblikket, og den påfølgende handling” (Dávøy, 2018, s. 147). Det blir beskrevet som “praktisk klokskap” og beskriver måten en handler i en situasjon.

Det er ikke alltid lover, regler og prosedyrer strekker til, og det er da en må ta gode valg og ha et godt faglig skjønn (Dåvøy, 2018, s. 148). Erfaringer og kunnskap er viktig for å kunne ta gode skjønnsbaserte avgjørelser. En nyutdannet vil raskt lene seg på lærte prosedyrer og retningslinjer, mens en erfaren sykepleier vil kunne gjøre vurderinger ut fra tidligere erfaringer fra feltet og ta avgjørelser på bakgrunn av dette (Dåvøy, 2018, s. 149).

2.3 Kirurgisk munnbind

Det stilles spesifikke krav til munnbind som brukes i kirurgiske sammenhenger. Kirurgisk munnbind skal være Conformité Européenne-merket (CE-merket) i henhold til direktivet om medisinsk utstyr 93/42 i klasse 1. Det skal også følge en utarbeidet europeisk standard (prEN 14 683 FV) som inneholder tre testmetoder. Disse metodene er bakteriefiltreringseffekt, der mengden av smittestoffer som blir stoppet av munnbindet bestemmes; pustemotstand, der motstanden mot luftstrømmer i munnbindet bestemmes og sprutmotstand, der hensikten er å bestemme motstanden mot penetrasjon av væskesprut (Hansen et al., 2018, s. 275-276). Kirurgisk munnbind blir av Statens Legemiddelverk (2020) omtalt som type II masker og skal ha en bakteriefiltreringseffekt på mer enn 98 %.

Kirurgisk munnbind gir optimal beskyttelse når det dekker munn, nese og hake, og må være festet på en slik måte at det ikke oppstår luftlekkasje langs sidene og over nesen. Løstsittende munnbind som gnisser mot huden, luftlekkasje langs siden og generell ukorrekt bruk kan føre til at luftveisflora fra det kirurgiske teamet og eventuelle bakterier fra munn og ansikt kommer i operasjonsfeltet. Dette kan forårsake komplikasjoner i etterkant av operasjonen. Kirurgisk munnbind skal også beskytte operasjonsteamet mot aerosoler fra pasientens vev og kroppsvæsker (Hansen et al., 2018, s. 275). Effekten mot bakterier og virus kan bli dårligere dess mindre partiklene er, da de kan trenge gjennom filteret i munnbindet (Andersen, 2016, s. 113). Munnbind som ikke dekker de kravene som er beskrevet over, som er tynnere, har dårligere kvalitet og har strikk i stedet for knyting skal ikke benyttes i helsevesenet da det gir dårligere beskyttelse (Andersen, 2016, s. 106).

2.3.1 Retningslinjer for bruk av kirurgisk munnbind

Alle som oppholder seg på en operasjonsstue under operasjon skal bruke kirurgisk munnbind. Pasienten er da i en smitteutsatt posisjon med åpne sårflater og det er sterilt utstyr på operasjonsstuen som skal bevare sin sterilitet (Andersen, 2016, s. 105). Det er utarbeidet egne retningslinjer for hvordan en skal ta på og av kirurgisk munnbind på operasjonsavdelingen.

Når munnbindet settes på:

- Desinfiser hendene.
- Sett munnbindet over munnen og nesen med en knytning på bakhodet/issen og den andre i nakken.
- Tilpass munnbindet som har metallstreng, over nese, slik at det sitter tett rundt munnen og nesen.
- Skift munnbindet mellom hver pasient/situasjon/prosedyre, eller etter 2-6 timer dersom du er hos samme pasient, eller når det er vått på innsiden.
- Gå aldri med munnbindet under haken eller rundt halsen! Det er som regel sterkt tilsølt av munn- og neseseekret etter bruk.
- Munnbind i kombinasjon med visir gir også beskyttelse for øynene ved fare for væskesprut.

Når munnbindet tas av:

- Utfør håndhygiene.
- Ta først tak i båndet i nakken og løs dette mens du bøyer deg fremover. Munnbindets nedre del faller da bort fra ansiktet. Deretter løsner du forsiktig båndet på hodet og legger munnbindet forsiktig ned i avfallsbeholderen.
- Munnbindet skal ikke komme i kontakt med hår eller klær.
- Utfør håndhygiene etterpå. (Andersen, 2016, s. 107)

2.4 Smittevern

Mennesker har til enhver tid en rekke mikroorganismer som lever på hud og slimhinner. De fleste av disse er en del av kroppens normalflora og vil ikke skape sykdom. Mikroorganismer som kan føre til sykdom kalles patogener, altså sykdomsfremkallende, og det er i hovedsak disse en ønsker å beskytte seg selv og pasientene mot (Akselsen, 2018, s. 22-23). Når en snakker om overføring av smittestoff, for eksempel sykdomsfremkallende mikroorganismer, nevnes ofte smittekjeden. Dette er en fremstilling av alle komponenter som inngår under smitteoverføring, og består av et smittestoff, en smittekilde, en smittevei og smitemottaker(e), samt en inngangs- og utgangsport for smittestoffet.

Dette er viktige faktorer når en snakker om smittevern, der hovedfokuset er å bryte ett eller flere ledd i denne kjeden og dermed hindre smitteoverføring. Smittekilden regnes som miljøet hvor mikroorganismene (smittestoffet) lever og formerer seg, altså det som kan overføre smitten. Dette kan gjelde alt fra dyr og mennesker til vann og forurensede flater (Akselsen, 2018, s. 33-35). Smittestoffets utgangsport, inngangsport og smittevei henger sammen og sier noe om hvordan smittestoffet kan utskilles fra smitekilden og overføres til smitemottaker. Denne "veien" er forskjellig fra mikrobe til mikrobe og omtales ofte som smitemåte (Akselsen, 2018, s. 36).

Covid-19 viruset smitter hovedsakelig via dråpesmitte og kontaktsmitte (Folkehelseinstituttet, 2020a). Nyere forskning viser at også luftbåren smitte med aerosoler trolig kan være årsaken til Covid-19 smitte (Centers for Disease Control and Prevention, 2021). Vi utdyper dråpe- og kontaktsmitte da disse er de mest kjente smitemåtene. Ved dråpesmitte avgir den smittede dråper som inneholder virus gjennom for eksempel hosting, nysing eller snakking. Dråpene kan slynges ut opp mot én meter, og dersom andre står for nært den smittede kan de inhalere viruset og dermed bli smittet. Kontaktsmitte skjer ved direkte og indirekte kontakt. Direkte kontakt forekommer dersom den smittede for eksempel har fått sekret fra egen nese eller munn på hendene og deretter tar på andre mennesker. Indirekte kontakt kan skje dersom viruset blir overført til gjenstander via hosting/nysing, eller dersom den smittede tar på ting med sekret fra nese eller munn, for så å smitte ved at andre tar på det samme (Folkehelseinstituttet, 2020a). Slimhinne i nese, øyne og munn kan potensielt være inngangsport for smitte fra andre (Akselsen, 2018, s. 92).

Under kirurgiske inngrep er pasienten utsatt for infeksjon grunnet åpne sårflater som skaper inngangsport for smittestoff. Et viktig tema innen smittevern på operasjonsstuen er postoperative sårinfeksjoner, som blir beskrevet som en "infeksjon i operasjonssår oppstått opptil 30 dager etter operasjonen og inntil 1 år ved innlagte proteser og annet fremmedmateriale" (Andersen, 2016, s. 234).

Folkehelseinstituttet (2019, s. 41) har utført en prevalensundersøkelse som viste at blant de inneliggende pasientene i undersøkelsen var omtrent hver fjerde pasient operert, og om lag 7 % av disse fikk en postoperativ sårinfeksjon i operasjonsområdet.

Det er ikke observert nedgang i forekomsten av postoperative sårinfeksjoner i Norge de siste årene (Hansen et al., 2018, s. 233). Sett i verdenssammenheng er Norge en velferdsstat og mulighetene for å utvikle postoperativ sårinfeksjon er lavere enn i utviklingsland, der én av tre utvikler postoperativ sårinfeksjon. Likevel er postoperativ sårinfeksjon den nest hyppigste helseassosierte infeksjonen i både Europa og USA (World Health Organization, 2018, s. 13). Verdens Helseorganisasjon (WHO) nevner at risikoen for å få postoperativ sårinfeksjon og faktorene for å utvikle dette er sammensatte. De har derfor utarbeidet retningslinjer for å forebygge dette. Munnbind blir ikke nevnt som et tiltak i seg selv, men viktigheten av et rent miljø og sterilt utstyr blir trukket frem (World Health Organization, 2018, s. 45).

2.4.1 Covid-19

I januar 2020 ble Covid-19 viruset identifisert i Kina. Dette er et meget smittomt virus som kan gi alvorlige luftveissymptomer. Covid-19 viruset er en del av koronavirusfamilien, som omfatter flere lignende virus som i varierende grad kan forårsake luftveisinfeksjoner. Virusene som forårsaker sykdommene som SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) og MERS (Middle East Respiratory Syndrome) tilhører samme familie. Ulike koronavirus har også blitt funnet hos dyr. Covid-19 pandemien kan trolig spores til flaggermus som overførte smitte til mennesker, enten direkte eller via andre dyr (Folkehelseinstituttet, 2020a).

I løpet av kort tid spredte Covid-19 seg fra Kina til store deler av verden, inkludert Norge, der det første påviste smittetilfellet ble registrert i slutten av februar 2020. Utbruddet av Covid-19 ble erklært som en pandemi av WHO den 12. mars 2020 (Folkehelseinstituttet, 2020a). Begrepet pandemi brukes når et utbrudd av en sykdom, hovedsakelig infeksjonssykdommer, rammer store deler av verden (Folkehelseinstituttet, 2011).

Utbruddet av Covid-19 har gjennom det siste året preget store deler av verden, og mange land har innført ulike smitteverntiltak i form av påbud og anbefalinger for å redusere utbredelsen av smitte. I Norge har graden av smitteverntiltak variert i samsvar med antall nye påviste smittetilfeller, men en har fra begynnelsen av 2020 beholdt noen sentrale råd for å prøve og redusere smitten i landet.

Det anbefales å holde minst én meter avstand til alle utenom egen husstand, minimere fysisk kontakt i form av klemming/håndhilsing, praktisere god håndhygiene, redusere antall mennesker en omgås med, samt helst omgås de samme slik at antall nærkontakter er på et minimum (Folkehelseinstituttet, 2020d).

Det var lenge diskutert om bruk av munnbind også skulle innføres som et forsterket smitteverntiltak i Norge, da flere land innførte dette tidlig i pandemien. Etersom Norge ikke hadde det samme smittepresset som mange andre europeiske land ble ikke bruk av munnbind innført som et anbefalt smitteverntiltak i Norge før sommeren 2020. Den 14. august 2020 kom regjeringen med anbefalinger om bruk av munnbind i kollektivtransport, butikker og lignende steder der én meter avstand ikke kunne overholdes (Folkehelseinstituttet, 2020c).

Symptomer på Covid-19 varierer fra lette forkjølelssymptomer med muskelsmerter og nedsatt lukt- og smakssans, til mer alvorlige symptomer med lungebetennelse, feber og tungpust med behov for innleggelse på intensivavdeling. Komplikasjoner som lungeskader og hjerte- og karsykdom kan oppstå, som igjen kan føre til dødsfall. Symptomfrie smittetilfeller observeres også, men dette gjelder i hovedsak barn og yngre voksne. Inkubasjonstiden, tiden fra en blir smittet til en får symptomer på sykdom, ligger på ti dager og er noe lenger enn ved andre virus som har inkubasjonstid på fire til fem dager (Folkehelseinstituttet, 2020a).

For å bekjempe Covid-19 viruset har det vært nødvendig å utvikle en vaksine. Arbeidet ble igangsatt kort tid etter virusets utbrudd. Den første vaksinen ble godkjent for EU/EØS, inkludert Norge, 21. desember 2020 (Folkehelseinstituttet, 2020b). Underveis i utbredelsen av Covid-19 har en også oppdaget ulike mutasjoner av viruset. En mutasjon skjer ved at det oppstår en forandring i arvestoffet, som i dette tilfellet er virusets RNA, når viruset formerer seg. Dette er en naturlig prosess og kan føre til små eller store endringer (Martinsen & Brøgger, 2021). Dersom en mutasjon av et virus har så store endringer at egenskapene til viruset forandres, kalles det en variant. Det er allerede identifisert flere varianter av Covid-19 viruset, som trolig er mer smittsomme enn den originale varianten (Folkehelseinstituttet, 2020a).

2.4.2 Lovverk og retningslinjer

Smittevernloven omhandler tiltak for å hindre smitte av sykdommer og dreier seg om overvåking, forebyggende- og begrensende tiltak. Den gjelder også hindring av at smittsomme sykdommer kommer inn i, og føres ut av landet (Akselsen, 2018, s. 47). Smittevernloven (1994, § 3-3) påpeker at forhåndsundersøkelse av pasienter kan tre i kraft når eventuell smitte vil føre til ekstraordinære smitteverntiltak. Dersom pasienter står i fare for å få overføring av smitte fra helsepersonell, kan dette medføre forbud mot utførelse av arbeidet som for eksempel anestesi- eller operasjonssykepleier (Smittevernloven, 1994, § 4-2).

Ifølge Smittevernloven (1994, § 4-9) er helsepersonell pliktig til å følge faglige retningslinjer utarbeidet av Helsedirektoratet. En kunnskapsbasert faglig retningslinje skal inneholde råd og anbefalinger knyttet til blant annet forebyggende tiltak og behandling av pasienter. Rådene skal være konkrete og skal hjelpe helsepersonell å ta beslutninger, hindre uønskede variasjoner og fremme god behandling i helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjene bygger på forskningsbasert- og erfaringsbasert kunnskap og vurderes opp mot ønskede og uønskede effekter av tiltaket. Retningslinjer blir også sett i kontekst av lovverk, ressurser, verdier og prioriteringskriterier (Helsedirektoratet, 2012, s. 10).

Arbeidet som anestesi- og operasjonssykepleier skal utføres faglig forsvarlig og omsorgsfullt på grunnlag av kvalifikasjoner, type arbeid som utføres og situasjonen en er i (Helsepersonelloven, 2001, § 4). Faglig forsvarlighet er et grunnkrav i ytelsen av helsehjelp, og hva som er faglig rett handling i en gitt situasjon blir angitt i lærebøker, faglige retningslinjer fra myndigheten eller fagmiljø og gjennom utvikling av yrkesfaglig forståelse (Molven, 2019, s. 142). Helsehjelpen skal ikke medføre unødvendig tidstap og utgifter for pasienten (Helsepersonelloven, 2001, § 6). Arbeidsgiver er forpliktet til å legge til rette for at arbeidstaker skal kunne gi faglig forsvarlig helsehjelp til pasienten (Helsepersonelloven, 2001, §16). Arbeidsgiver skal også sørge for nødvendige vernetiltak som for eksempel verneutstyr og at personalet har nødvendig opplæring i forhold til eksponeringen av smitte (Akselsen, 2018, s. 50).

Dersom arbeidstaker ser at sitt arbeid ikke er faglig forsvarlig, for eksempel grunnet manglende utstyr, forventes det at sykepleier bruker sin profesjonsetikk og gir tilbakemelding til sin arbeidsgiver om forholdene (Molven, 2019, s. 157). Arbeidsgiver er juridisk forpliktet til å skape en trygg arbeidsplass med et godt arbeidsmiljø (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4-4).

I studieplan for anestesisykepleiere står det at anestesisykepleier skal forebygge infeksjoner og anvende hygieniske prinsipper til pasientens sikkerhet (Høgskulen på Vestlandet, 2021a). I studieplan for operasjonssykepleiere står det at operasjonssykepleier har ansvar for infeksjonsforebyggende tiltak gjennom å overvåke den hygieniske standarden under et kirurgisk inngrep. Tiltakene er i forhold til pasient, omgivelser, utstyr og personell. Operasjonssykepleier skal ha avansert kunnskap om hygiene og mikrobiologi knyttet til kirurgiske inngrep og kunne anvende hygieniske prinsipper (Høgskulen på Vestlandet, 2021b).

Yrkesetiske retningslinjer er utarbeidet for å vise et minstemål for god praksis og skal fungere som et generelt ideal (Molven, 2019, s. 72). Operasjonssykepleier skal følge smitteforebyggende tiltak og har et faglig ansvar for å forebygge infeksjoner og skader og bidra til at smittespredning hindres. Deres holdninger til retningslinjene laget for hygiene og smittevern skal være godt innarbeidet i alt de gjør (NSFLOS, 2008, s. 22). Operasjonssykepleier skal også følge gjeldende lovverk og lokale retningslinjer (NSFLOS, 2008, s. 12). I anestesisykepleieres grunnlagsdokument (ALNSF, 2016, s. 17) står det at rett håndhygiene skal utføres, samt at nasjonale og internasjonale retningslinjer for å forebygge infeksjoner og spredning av infeksjon/smitte skal følges. Dersom yrkesetiske retningslinjer blir brutt vil ikke dette få samme konsekvenser som ved lovbrudd, men bruddet kan føre til reaksjoner fra egen yrkesorganisasjon og variere fra påpekning til eksklusjon fra organisasjon (Molven, 2019, s. 77).

3.0 Tidligere forskning

Før vi startet vårt forskningsprosjekt undersøkte vi hvilken forskning som allerede var gjort på feltet. Vi utførte søk med kombinasjoner av søkeordene: face mask, facemask, masks, operating theatre, operating room, surgical theatre, operating room nurse, surgical nurse, nurse anesthetists, surgical, infection control, SARS-CoV-2, Covid-19 og Covid. Forskningen til masteroppgaven er funnet på databasene PubMed, MedLine, Cinahl og Cochrane library.

Det er i hovedsak gjort kvantitativ forskning på bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen og risiko for å utvikle postoperative sårinfeksjoner. Skinner og Sutton sammenfattet en litteraturstudie i 2001 der de undersøkte nødvendigheten av at anestesipersonalet brukte kirurgisk munnbind på operasjonsstuen. I denne studien inkluderte de endringer gjort på operasjonsstuen generelt for å redusere postoperative sårinfeksjoner. Eksempler er bruk av profylaktisk antibiotika, forbedring av ventilasjonssystemet på operasjonsstuen (LAF-tak), operasjonens varighet, antall mennesker på operasjonsstuen og deres bekledning, samt bruk av kirurgisk munnbind. Litteraturstudien inneholder 37 artikler med til sammen 44 studier som omhandler bruk av kirurgisk munnbind og postoperative sårinfeksjoner (Skinner & Sutton, 2001, s. 332).

Skinner og Sutton (2001, s. 337) konkluderer med at de som oppholder seg i det sterile feltet bør bruke kirurgisk munnbind, mens det ikke er nødvendig for de som oppholder seg utenfor det sterile feltet, som for eksempel anestesipersonalet. Konklusjonen bygger på at det er gjort store fremskritt innen design av operasjonsstuer og bruk av LAF-tak, slik at andre forebyggende tiltak som antrekk innad i det kirurgiske teamet og generell knivtid ikke skal ha like mye å si for risikoen for utvikling av postoperativ sårinfeksjon. Fra et økonomisk perspektiv kan denne studien derfor ikke rettferdiggjøre bruk av kirurgisk munnbind hos personell som ikke oppholder seg i det sterile feltet. For at anestesipersonalet skal unngå å bli smittet av pasienten eller bli skadet av produkter generert fra operasjonsfeltet, anbefales bruk av visir (ansiktsbeskyttelse) ved implantatkirurgi, ved bruk av elektriske kirurgiske verktøy og ved traumebehandling (Skinner & Sutton, 2001, s. 337).

Vincent og Edwards (2016, s. 1) utarbeidet en litteraturstudie hvor de vurderte om bruk av kirurgisk munnbind har effekt mot postoperative sårinfeksjoner. Et viktig moment er at denne studien kun omfatter prosedyrer som anses som rene, og inneholder derfor ikke operasjoner gjort på organer som genererer bakterier, som mage/tarm, lunger, urinblære eller kjønnsorganer. De inkluderte tre RCT-studier (randomized controlled trials) som til sammen inneholdt 2106 deltakere, der de observerte forskjeller mellom kirurgiske team med og uten bruk av kirurgisk munnbind under operasjon. I denne studien ble det også undersøkt om ukorrekt bruk av kirurgisk munnbind kunne føre til økt forekomst av postoperative sårinfeksjoner (Vincent & Edwards, 2016, s. 2). Vincent og Edwards (2016, s. 11) påpeker i sin studie at de fant få artikler å basere en konklusjon på, og at de så på det som overraskende at det ikke fantes mer forskning på feltet. De inkluderte studiene viste ingen signifikante forskjeller i utvikling av postoperativ sårinfeksjon mellom gruppene som anvendte kirurgisk munnbind under operasjon og de som ikke gjorde det. På grunn av begrenset forskningsmateriale anser Vincent og Edwards (2016, s. 2) det som vanskelig å komme med en definitiv konklusjon på om bruk av kirurgisk munnbind har noe å si for utvikling av postoperative sårinfeksjoner, noe som gjøre det vanskelig å utvikle gode retningslinjer.

De tvetydige resultatene har ført til diskusjoner om nødvendigheten av at de som ikke står i det sterile feltet bruker kirurgisk munnbind under operasjon. En ser at enkelte sykehus i utlandet, som for eksempel Karolinska Universitetssjukhuset i Sverige, har gått bort fra at anestesisykepleier, anestesilege og koordinerende operasjons-sykepleier bruker kirurgisk munnbind på operasjonsstuen, nettopp fordi forskningen ikke kan gi en klar indikasjon på at det er nødvendig. Det presiseres at kirurgisk munnbind skal brukes av hele det kirurgiske teamet ved nevrokirurgi, karkirurgi, ortopediske inngrep og dersom det er dråpe- eller luftbåren smitte (Sellden, 2010, s. 1447).

Herron et al. (2019, s. 99) utførte en observasjonsstudie i Storbritannia, der de observerte 1034 deltakere fra det kirurgiske teamet som stod i det sterile feltet. De observerte i hvor stor grad deltakerne tok på seg kirurgisk munnbind i tråd med retningslinjene fra Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Disse retningslinjene er de samme som ble beskrevet av Andersen (2016, s. 107).

Blant annet viste studien at 87 % av deltakerne dekket både munn og nese, men at bare 18 % av deltakerne tok på seg kirurgisk munnbind i tråd med CDCs retningslinjer. Det blir også nevnt at tallene muligens kunne vært lavere, ettersom deltakerne i studien visste at de ble observert og dermed hadde mulighet til å forbedre seg (Herron et al., 2019, s. 102-103). Studien konkluderer med at dårlig samsvar mellom retningslinjer og praktisk bruk av kirurgisk munnbind kan medvirke til postoperative sårinfeksjoner hos operasjonspasienten, samt gi økt risiko for at operasjonsteamet får sprut og søl fra operasjonsfeltet på slimhinner (Herron et al., 2019, s. 105).

En litteraturstudie fra 2020, skrevet av Marson et al., undersøkte om bruk av kirurgisk munnbind bør prioriteres for alle i det kirurgiske teamet for å unngå postoperativ sårinfeksjon hos operasjonspasienten, når det er mangel på forsyning av kirurgisk munnbind. Litteraturstudien inkluderte seks studier, der fem var RCT-studier og en hadde uklart studiedesign. Studiene inneholdt til sammen 7148 deltakere, og beskrev antall postoperative sårinfeksjoner med og uten bruk av kirurgisk munnbind (Marson et al., 2020, s. 3). Også denne studien påpeker at kvaliteten på tilgjengelig forskning er lav, og at det er vanskelig å finne noe som enten kan støtte eller avvike bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen (Marson et al., 2020, s. 6).

Studien konkluderer med at de som står i det sterile feltet bør bruke kirurgisk munnbind under implantatkirurgi, da en postoperativ sårinfeksjon hos disse pasientene ofte får alvorlige konsekvenser. Dette gjelder også for andre som oppholder seg nærmere enn én meter fra det sterile feltet. For operasjoner som ikke omhandler implantater oppmuntres de som står i det sterile feltet til å bruke kirurgisk munnbind, men det er ikke funnet nok bevis på at dette bør være påbudt. Bevisene er heller ikke sterke nok til å kunne gi retningslinjer for om de som ikke står i det sterile feltet skal bruke kirurgisk munnbind eller ikke (Marson et al., 2020, s. 7).

Chu et al. (2020, s. 1973) en systematisk oversiktsartikkel og meta-analyse hvor de undersøker effekten av fysisk avstand, munnbind og visir mot smitteoverføring av Covid-19 viruset. Denne oversiktsartikkelen omfatter 44 observasjonsstudier fra ti forskjellige land med til sammen 25.697 pasienter.

De valgte å inkludere artikler som omhandlet både MERS, SARS og Covid-19, der flertallet omhandlet MERS og SARS (Chu et al., 2020, s. 1976-1979). Chu et al. kommer frem til at fysisk avstand på mer enn én meter fører til reduksjon av smitteoverføring, at bruk av munnbind gir økt beskyttelse mot Covid-19 og at visir kan gi en ekstra trygghet. De påpeker også at ingen av disse tiltakene kan gi fullstendig beskyttelse mot Covid-19. Resultatene kan overføres til helsepersonell og samfunnsborgere generelt (Chu et al., 2020, s. 1982). Videre påpekes det at ytterligere randomiserte studier bør utføres på feltet, da dette egner seg bedre for å kontrollere virkningen av disse tiltakene (Chu et al., 2020, s. 1973).

Blant nyere forskning finner vi også Ogo og Foran, som i slutten av 2020 sammenfattet 15 artikler til en litteraturstudie. De inkluderte artiklene var publisert mellom 2015 og 2020 og omfattet blant annet systematiske oversiktsartikler, RCT-studier, observasjonsstudier og kohort-studier. Målet med studien var å undersøke hvilken effekt bruk av kirurgisk munnbind har på operasjonsstuen, samt hvordan og om operasjonspersonell bruker kirurgisk munnbind. Ingen av artiklene i studien tar for seg andre faktorer som kan være med på å bidra til postoperative sårinfeksjoner, men fokuserer kun på bruk av kirurgisk munnbind som forebyggende tiltak (Ogo & Foran, 2020, s. 11-13).

Studien tar for seg ni temaer og resultatene sier noe om reduksjon av antall bakterier på operasjonsstuen, kirurgisk munnbind og ansiktshår, ulike typer kirurgiske munnbind og deres effektivitet, operasjonspersonells adferd når det gjelder tildekking av ansikt og hår, samsvar med retningslinjer fra CDC, negativ innvirkning på pasientrelasjoner, forståelighet av tale, beskyttelsesutstyr og begrensninger av effekten av kirurgiske munnbind (Ogo & Foran, 2020, s. 14).

I resultatene som er av relevans for vårt forskningsprosjekt, konkluderer Ogo og Foran (2020, s. 17) med at det er en betydelig sammenheng mellom bruk av kirurgisk munnbind og funn av lavere bakterietall i luften på operasjonsstuen, samt at kirurgisk munnbind er en viktig del av helsepersonells beskyttelsesutstyr. Også kommunikasjonen i det kirurgiske teamet blir diskutert og at kirurgiske munnbind gjør det vanskeligere å bli forstått (Ogo & Foran, 2020, s. 16).

Studien presiserer at det finnes mange faktorer som kan bidra til postoperative sårinfeksjoner, og at ingen studier så langt har inkludert alle variabler. Det kan derfor ikke konkluderes med at bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen alene bidrar til redusert risiko for utvikling av postoperativ sårinfeksjon hos pasienten. For fremtidig forskning anbefales det å inkludere ulike variabler som kan bidra til postoperative sårinfeksjoner, samt at det også bør utføres mer kvalitativ forskning på holdninger til bruk av beskyttelsesutstyr, spesielt etter ny kunnskap som har kommet med Covid-19 pandemien (Ogo & Foran, 2020, s. 17).

Det er foreløpig gjort lite forskning på bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen i forbindelse med Covid-19, da fokuset ofte ligger på samfunnet generelt og effekten av munnbind blant befolkningen. Tidligere forskning savner også effekten av Covid-19 pandemien på det kirurgiske teamet og deres holdninger og syn på bruk av kirurgisk munnbind. Ettersom Covid-19 pandemien har ført til økt bruk og fokus på munnbind generelt, synes vi det er interessant å se om dette har påvirket et miljø der bruk av munnbind lenge har vært et tema.

4.0 Metode

Formålet med dette forskningsprosjektet er å undersøke anesthesi- og operasjonssykepleieres erfaringer og holdninger til bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen, og om Covid-19 pandemien har endret den praktiske bruken av kirurgisk munnbind. For å kunne besvare vår problemstilling på best mulig måte har vi valgt en kvalitativ forskningsmetode med utførelse av individuelle dybdeintervju, sett fra et fenomenologisk perspektiv. I dette kapittelet følger teori om kvalitativ forskningsmetode og bruk av fenomenologi i kvalitativ forskning. Videre vil vi beskrive prosessen ved utvalg av deltakere, gjennomføring av intervju og transkripsjon av materialet.

4.1 Kvalitativ forskningsmetode

Kvalitative forskningsmetoder har til hensikt å beskrive, analysere og fortolke egenskaper og/eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres. Materialet i kvalitativ forskning bygger i hovedsak på data i form av tekst, og kan stamme fra samtaler og/eller observasjoner, alt etter hvilken metode som benyttes (Malterud, 2017, s. 30). I kvalitativ forskning er relasjonen mellom forsker og deltaker svært viktig for innhenting av data. Det er viktig å være bevisst på at forskerens nærvær kan prege deltakernes adferd og hva de velger å dele (Thagaard, 2018, s. 16).

Den kvalitative forskningsprosessen er fleksibel, og prosjektet begynnes ofte ved å utarbeide en problemstilling og plan for design og utførelse. Underveis i prosessen kan problemstillingen videreutvikles, og planene kan revideres ved behov. For at dette lettere skal oppdages utføres vanligvis datainnsamling og analyse parallelt (Thagaard, 2018, s. 27-28). Kvalitativ forskningsmetode er godt egnet dersom fenomenet er lite beskrevet og tidligere forskning er mangelfull. Dette krever en åpenhet og fleksibilitet om fenomenet som skal beskrives, og ofte er det usikkert hva slags svar en vil få (Thagaard, 2018, s. 12).

4.1.1 Fenomenologi

Fenomenologiens opprinnelse stammer fra 1900-tallet og ble først grunnlagt som en filosofi av Edmund Husserl. Den omhandler i hovedsak bevissthet og opplevelse, men ble senere utvidet til å omhandle menneskets livsverden, kropp og menneskelige handlinger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 44). I dette forskningsprosjektet søker vi å forstå anesthesi- og operasjonssykepleieres subjektive erfaringer med bruk av kirurgisk munnbind før og under Covid-19 pandemien. Det vil derfor være nyttig å utføre kvalitative forskningsintervju sett fra et fenomenologisk perspektiv.

Ved starten av et forskningsprosjekt vil egen forforståelse om valgt tema være en viktig motivator for prosjektet. Med vår forforståelse menes de erfaringer, hypoteser og faglig perspektiv vi har med oss inn i forskningsprosjektet, herunder vår bakgrunn som sykepleiere, operasjonssykepleiestudenter og nå som operasjonssykepleiere. Dette kan styrke prosjektet, men også virke hemmende på datainnsamlingsprosessen dersom vi ikke klarer å se forbi egne hypoteser som lå til grunn for valg av tema (Malterud, 2017, s. 44). Objektivitet er et viktig begrep innen fenomenologien, og målet med forskningen er å beskrive deltakernes virkelighet slik de selv opplever den. Det må da legges til grunn at innholdet er virkelig for den det gjelder og oppleves på akkurat den måten vedkommende beskriver det. Vitenskapelig forhåndskunnskap om fenomenet må falle vekk slik at beskrivelsen blir så fordomsfri som mulig. Dette kalles en fenomenologisk reduksjon (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45-46). Fenomenologer setter verdier som empati høyt. Som forsker er det nødvendig, sett fra et fenomenologisk perspektiv, å sette seg inn i andres opplevelser, og å vise empati både verbalt og gjennom kroppslig væremåte ved å tilpasse seg den andre (Thornquist, 2018, s. 160).

4.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Forskningsprosjektet fokuserer på erfaringer og tanker hos anesthesi- og operasjonssykepleiere, og det er disse arbeidsgruppene vi ønsker å inkludere. Anesthesi- og operasjonssykepleiere oppholder seg på operasjonsstuen under hele operasjonen, og er med pasienten fra ankomst til utkjøring ved operasjonens slutt.

For å kunne vurdere eventuelle holdningsendringer så vi det som nødvendig at deltakerne hadde jobbet innen kirurgi siden januar 2019.

Vi har valgt å ekskludere yrkesgruppene anestesileger og kirurger, selv om disse også er med i det kirurgiske teamet og bruk av kirurgisk munnbind er en stor del av deres hverdag. Det var nødvendig å begrense oppgavens omfang, og vi valgte derfor ikke å inkludere alle de ulike yrkesgruppene som oppholder seg på en operasjonsstue. I utgangspunktet var ønsket å inkludere to sykehus i Vestland fylke, for deretter å velge lignende avdelinger på disse sykehusene og rekruttere deltakere derfra. Covid-19 pandemien gjorde rekrutteringsprosessen noe mer utfordrende. Med hensyn til oppgavens tidsfrist måtte vi derfor gå bredere ut og inkluderte alle operasjonsavdelinger på sykehusene, uavhengig av type kirurgi og sammenlignbarhet.

4.3 Utvalg av deltakere

Vi gjorde et strategisk utvalg og valgte å kontakte avdelinger med anesthesi- og operasjonssykepleiere som kunne gi oss svar på vår problemstilling (Thagaard, 2018, s. 54). Et viktig kriterium var at deltakerne hadde erfaring med det vi skulle undersøke og kunne gi oss et rikt og variert materiale (Malterud, 2017, s. 59).

Da prosjektet var godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) i oktober 2020, sendte vi ut informasjon til avdelingsledere på de ulike avdelingene på sykehusene og forhørte oss om det var aktuelt å utføre intervju på deres avdelinger.

Tilbakemeldingene var positive og avdelingslederne sendte e-post med informasjon om prosjektet og samtykkeskjema (vedlegg 1) til sine ansatte anesthesi- og operasjonssykepleiere. Da det ikke kom noe tilbakemelding på dette undersøkte vi mulighetene for å komme på avdelingene for å informere om prosjektet selv. Grunnet økning i Covid-19 smittede i regionen i denne perioden ønsket ikke avdelingene det, og søket etter deltakere ble derfor utsatt til situasjonen ble mer oversiktlig. Vi tok igjen kontakt i januar 2021 for å undersøke muligheten for å komme og informere. Dette var fremdeles ikke aktuelt, og vi gjorde derfor en avtale om at avdelingsleder kunne informere sine ansatte på et avdelingsmøte.

Etter dette var det fremdeles ingen som meldte seg, og vi valgte da å kontakte fag- og forskningsansvarlig for hjelp til rekrutteringen. Dette resulterte i to anestesisykepleiere og tre operasjonssykepleiere som ønsket å delta på intervju. Deltakerne ble deretter kontaktet, og intervju ble avtalt.

Vi måtte underveis i prosessen vurdere innhentet materiale og regulere behovet for deltakere. Antall deltakere har nøye sammenheng med problemstilling, utvalgets spesifisitet, teoretisk perspektiv, dialog og analyse. Dersom prosjektet har høy informasjonsstyrke, kan et utvalg fra fire til syv deltakere være tilstrekkelig. Med en smal problemstilling, deltakere med mange refleksjoner og erfaringer om temaet og et teorigrunnlag som er tydelig, vurderte vi at vi etter fem deltakere hadde nok meningsinnhold til å belyse problemstillingen fra ulike synspunkt (Malterud, 2017, s. 64).

4.4 Kvalitativt intervju

I vårt forskningsprosjekt utførte vi individuelle dybdeintervju sett fra et fenomenologisk perspektiv, der formålet var å studere meninger, holdninger og erfaringer (Tjora, 2017, s. 114). På denne måten kunne anesthesi- og operasjonssykepleierne med egne ord beskrive sine erfaringer med bruk av kirurgisk munnbind og Covid-19 pandemien.

Et godt intervju bør ha en avslappet stemning der deltakerne føler seg trygge og tør å gå mer i dybden på temaene. Det gjennomføres derfor ofte på arbeidsplassen eller deltakernes egne hjem (Tjora, 2017, s. 121). Det er hensiktsmessig med et rom der en får minimalt med støy og avbrytelser utenfra (Polit & Beck, 2020, s. 518).

Deltakerne må få nok tid til å reflektere over egne erfaringer og holdninger, og noen vil kanskje utdype sine svar mer enn andre. Vanligvis settes det av 30-60 minutter per intervju (Tjora, 2017, s. 113).

Som forsker er det viktig å være åpen for alle typer svar, og en må jobbe med seg selv for å kunne stille deltakerne naive spørsmål uten at ens egne forutinntatte meninger skinner gjennom i intervjuet.

Samtidig er det viktig med tilstrekkelig bakgrunnskunnskap om temaet for å være i stand til å stille oppfølgingsspørsmål underveis. I tillegg til åpenhet er prosjektets problemstilling en viktig faktor å ta hensyn til. Samtalen bør være noe fokusert og gi mest mulig informasjon om temaet. Det er derfor vanlig å benytte semistrukturerte intervju som fokuserer på forhåndsvalgte tema, men oppfordrer til å utdype disse ytterligere (Malterud, 2017, s. 134-135).

4.4.1 Intervjuguide og gjennomføring av intervju

Semistrukturerte intervju ble utført for innsamling av nødvendig materiale. I den forbindelse ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 2), som er en huskeliste over spørsmål og emner som skal gjennomgås (Malterud, 2017, s. 133). Dette ble et godt hjelpemiddel under intervjuene, da det sikret at vi fikk ønskelig informasjon og ikke glemte viktige spørsmål underveis. Intervjuguiden ble benyttet som en mal med relevante spørsmål for problemstillingen, og deltakerne ble også oppfordret til å utdype temaene med egne ord underveis. Det er hensiktsmessig at intervjuguiden bygges opp logisk, slik at spørsmålene ikke oppleves usammenhengende og gjentakende. Spørsmål som kan besvares helt kort, for eksempel ja/nei spørsmål, ble unngått (Polit & Beck, 2020, s. 514).

En intervjuguide bør ikke følges slavisk da det kan føre til oppstykket dialog. Det er derfor viktig å lytte godt til deltakeren istedenfor å konsentrere seg om neste spørsmål. Intervjuguiden kan gjerne revideres underveis dersom det viser seg at fokuset burde endres ut fra svarene i de første intervjuene. Vi forsøkte å tilpasse intervjuguiden til hvert enkelt intervju, og tilførte noen spørsmål underveis som vi tok med videre i neste intervju. Spørsmålene i intervjuguiden ble delt inn i tema, og er utarbeidet på bakgrunn av gjeldende retningslinjer, tidligere forskning, samt kunnskap, erfaringer og nysgjerrighet på området (Malterud, 2017, s. 134-135).

Hovedtemaene i intervjuguiden var: erfaringer med bruk av kirurgisk munnbind, praktisk bruk av kirurgisk munnbind og endringer etter Covid-19. Hvert tema hadde flere underkategorier med spørsmål som ga deltakerne mulighet til å utdype videre.

Vi inkluderte også et innledende spørsmål der deltakerne kunne dele tanker omkring det å jobbe i en operasjonsavdeling under en pandemi generelt, samt avsluttet med å spørre om han/hun hadde andre tanker rundt temaet som ikke allerede var gjennomgått. Vi valgte å utføre noen test-intervju på medstudenter og familie for å sikre oss at spørsmålene var godt formulert og at meningen bak spørsmålene ble oppfattet riktig.

Intervjuene ble gjennomført i løpet av februar og mars 2021. Tidspunkt og sted ble avtalt med deltakerne per e-post og telefon, og alle intervjuene ble utført på arbeidsplassen. Til tross for pågående pandemi og restriksjoner kunne alle intervjuene gjennomføres ved personlig oppmøte, med minst én meter avstand. I utgangspunktet var det ønskelig at vi begge skulle være med på alle intervjuene, men grunnet turnusarbeid utførte vi kun det første intervjuet sammen. Deretter delte vi intervjuene oss imellom og den som ikke deltok på intervjuet hørte på lydopptaket i ettertid. Før hvert intervju fikk deltakerne muntlig informasjon om prosjektet, rettigheter knyttet til dette og skrev under på samtykkeskjemaet de hadde fått tilsendt på forhånd. Intervjuene tok alt fra 15 til 30 minutter å gjennomføre.

4.4.2 Transkribering

Transkripsjon innebærer å oversette talespråk til skriftspråk, og gjør dermed utførte intervju tilgjengelig for analyse (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204). Lydopptak ble anvendt under intervjuene, som vi deretter transkriberte selv i etterkant. Ved å transkribere egne utførte intervju er det lettere å oppdage hvilke spørsmål som gir størst mulighet for åpen samtale, og om det er spørsmål som eventuelt kan misforstås. Det gjør oss i tillegg mer bevisst på egen intervjustil. At vi kan huske tilbake til intervjusituasjonen under transkripsjonen gjør at vi kan starte en viss analyse allerede her (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207). Det er også hensiktsmessig å ha vært i intervjusituasjonen med tanke på den non-verbale kommunikasjonen som kan gå tapt under transkripsjonen. Kroppsspråk og språklige virkemidler som for eksempel ironi kan være vanskelig å gjenskape skriftlig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204-205).

Alle intervjuene ble transkribert kort tid etter utførelse, enten samme eller neste dag. På denne måten var det lettere å oppdage når tilstrekkelig materiale var oppnådd, slik at vi ikke endte opp med å bruke mer ressurser enn nødvendig på tidkrevende intervju. Det er også nyttig å transkribere fortløpende for å se om intervjuguiden bør revideres underveis. Dersom alt spares til alle intervju er gjennomført er det en risiko for ikke å få nok informasjon som kan besvare problemstillingen, noe som resulterer i mye unødvendig arbeid (Malterud, 2017, s. 137).

Råmaterialene i form av lydfiler fra intervjusamtalene ble under transkripsjonen lyttet til og skrevet ned manuelt på datamaskin. Vi valgte å benytte to lydopptakere for å sikre oss god kvalitet på råmaterialene, ettersom vi måtte holde en viss avstand til deltakerne. Det gjorde det også mindre sannsynlig at noe ville gå tapt på grunn av teknisk feil på lydopptakeren. Det er mange måter å transkribere et intervju på, og ettersom vi var to som skulle utføre dette arbeidet var det viktig at vi benyttet samme metode. Vi valgte å transkribere tilnærmet ordrett det som ble sagt, men ekskluderte fyllord og pauser som ikke hadde betydning for innholdet. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 208). Det viktigste er at meningsinnholdet blir ivaretatt på en pålitelig og gyldig måte, slik det ble formidlet under intervjuet. For å sikre deltakernes anonymitet ble transkribert materiale skrevet på bokmål (Malterud, 2017, s. 77-78). Det transkriberte materialet besto av 28 sider maskinskrevet tekst med enkel linjeavstand.

4.5 Etske vurderinger

Forskningsprosjektet ble meldt til NSD før oppstart fordi vi behandler personopplysninger ved hjelp av datamaskin og lydfil (Norsk senter for forskningsdata, 2021). NSD vurderte de gjeldende forskningsetiske reglene opp mot forskningsprosjektets formål, og fungerte som et personvernombud (Thagaard, 2018, s. 22). Vi fikk godkjenning til å starte forskningsprosjektet 20. oktober 2020 (vedlegg 3). Etske retningslinjer omhandler deltakernes rettigheter i forskningsprosjektet og ansvaret forskeren har overfor dem. Helsinkideklarasjonen, personopplysningsloven, helseforskningsloven og forskningsetikkloven skal verne om deltakerne og bidrar til å sikre trygghet og sikkerhet for deltakerne (Malterud, 2017, s. 211). Tre viktige prinsipper innen etikk er informert samtykke, konfidensialitet og respekt for den enkelte (Høgskulen på Vestlandet, 2020).

Informert samtykke fra deltakerne er lovfestet i norsk lovverk (Helseforskningsloven, 2008, § 13), hvilket vil si at de skal ha fått informasjon om forskningen, forstått informasjonen og samtykket til deltakelse. Deltakerne skal altså kjenne prosjektet så godt at de vet hva de er med på, hva vi forventer av dem, hvor lang tid intervjuet vil ta og hva de bidrar med ved å delta. Dette skal formidles uten ytre press fra forskeren (Polit & Beck, 2020, s. 137). Det skal informeres om at deltakerne når som helst kan trekke seg fra prosjektet og at personvern og anonymitet skal overholdes (Malterud, 2017, s. 214).

Dybdeintervju med bruk av lydopptak krever at deltakerne gir tillatelse til at samtalen tas opp, samtidig som de får informasjon om hvordan opptakene skal brukes, oppbevares og når de skal slettes (Tjora, 2017, s. 166-167). Som opptaksutstyr anvendte vi lydopptaker, og masteroppgaven ble skrevet på privat datamaskin som var beskyttet med sikker kodelås. Samtykke til presentasjon av forskningsresultatet er også viktig å innhente (Thagaard, 2018, s. 24). Deltakerne fikk utlevert et informasjonsskriv om forskningsprosjektet, som var utarbeidet ved å følge NSD sin "mal for informasjonsskriv" (Norsk senter for forskningsdata, 2020). Transkribert materiale ble anonymisert ved at deltakernes navn ble byttet ut med en kode. Koden og navnelisten ble holdt innelåst separat fra transkribert materiale.

Å forske på sine kolleger kan være utfordrende. I intervjuet ønsket vi at deltakerne åpnet seg om bruk av munnbind på avdelingen, noe som kan være vanskelig for deltakeren å fortelle om dersom forholdene er i strid med anbefalinger og retningslinjer (Malterud, 2017, s. 216). Helsinkideklarasjonen omfatter ikke kolleger på samme måte som pasienter, og det var derfor viktig at vi brukte vårt beste faglige skjønn og jobbet forskningsetisk med tanke på at deltakerne åpnet seg for oss (Malterud, 2017, s. 216). Det er ønskelig å unngå negativ eksponering av deltakerne, og de skal ikke føle seg tvunget til å delta. Dette er noe Polit og Beck (2020, s. 134) legger frem som en viktig del av forskningsetikken og informert samtykke. Fordreining av deltakernes utsagn skal unngås, og dette sikret vi ved å følge en bestemt metode for transkribering og koding av materialet (Malterud, 2017, s. 211).

5.0 Analyse

Analysen av innhentet materiale skal bidra til å finne mønstre og temaer som kan belyse problemstillingen. Det finnes ulike metoder for analyse av tekst og det er viktig at det blir gjort på en systematisk måte som skaper oversikt over materialet for både forsker og leser. Til dette forskningsprosjektet benyttes analysemetoden systematisk tekstkondensering, ofte forkortet STC fra det engelske "Systematic Text Condensation". Denne analysemetoden bygger på Giorgis psykologiske fenomenologiske analyse og er modifisert av Kirsti Malterud. Metoden er valgt fordi den har en spesifikk fremgangsmåte og er derfor systematisk og mer overkommelig for nybegynnere (Malterud, 2017, s. 94-97). Analysen gjennomføres i fire trinn; 1) helhetsinntrykk, 2) meningsbærende enheter, 3) kondensering og 4) syntese (Malterud, 2017, s. 99-108).

5.1 Trinn 1 - Helhetsinntrykk

I første trinn er målet å få et helhetsinntrykk av innsamlet materiale. Her leste vi gjennom ferdig transkribert materiale flere ganger og forsøkte å identifisere de gjennomgående temaene vi mente kunne være relevante for vår problemstilling. I dette trinnet er helheten viktigere enn detaljene, og vi forsøkte å ikke la vår egen forforståelse og antakelser rundt temaet farge det deltakerne ønsket å formidle under sine intervju (Malterud, 2017, s. 98-99).

Vi opplevde at temaer ofte gikk igjen, ettersom deltakerne ble stilt mange av de samme spørsmålene. Da alt transkribert materiale var gjennomgått satt vi igjen med seks foreløpige temaer som vi valgte å kalle: kommunikasjon med pasienter og kolleger, mangel på munnbind, skifte av prioriteringer, informasjonsflyt, ukorrekt bruk av munnbind og holdninger.

5.2 Trinn 2 - Meningsbærende enheter

I andre trinn skal materialet organiseres for å identifisere meningsbærende enheter og resten av materialet legges vekk. Dette skal få frem delene av materialet som kan brukes for å belyse problemstillingen.

De foreløpige temaene vi fant i første trinn danner grunnlag for kodegruppene vi bruker i dette trinnet (Malterud, 2017, s. 100-101). Her leste vi også igjennom det transkriberte materialet gjentatte ganger, hver for oss. Vi gjennomgikk først de foreløpige temaene vi hadde funnet i første trinn, slik at vi hadde samme forståelse av hva temaene innebar. Deretter startet vi med første tema, "kommunikasjon med pasienter og kolleger", og gikk igjennom transkripsjonene linje for linje for å identifisere deler av teksten som omhandlet kommunikasjon. Da alle transkripsjonene var gjennomgått gikk vi videre og gjorde det samme med de gjenværende temaene. I dette arbeidet var det en fordel å være to, ettersom vi i noen tilfeller hadde merket noe ulikt og fant detaljer den andre kanskje hadde gått glipp av (Malterud, 2017, s. 100-101).

Etter kodingen, som vil si merking av de meningsbærende enhetene i teksten og systematisering av disse i egnede kodegrupper, gikk vi sammen igjen for å sammenligne funn. Vi utførte deretter en systematisk dekontekstualisering der vi hentet ut merket tekst som omhandlet samme tema, for deretter å sette dette sammen i et nytt dokument. De delene av teksten som ikke var merket og derfor ikke havnet i en kodegruppe ble så lagt til side, slik at vi fra nå av kunne fokusere på de delene av teksten vi mente var relevant for vår problemstilling (Malterud, 2017, s. 101-104).

Vi valgte å utføre analysen fysisk ved å selv gjennomgå materialet. Vi mente dette ga oss en større oversikt og kjennskap til materialet enn hvis vi hadde brukt et analyseprogram for å organisere teksten.

5.3 Trinn 3 - Kondensering

I tredje trinn skal de meningsbærende enhetene som ble kodet sammen i andre trinn kondenseres til meningsgivende kunstige sitater, også kalt kondensat. Her startet vi med én kodegruppe og leste igjen gjennom våre meningsbærende enheter. I noen tilfeller mente vi at teksten kunne nyanseres ytterligere, og valgte derfor å sortere dette innholdet inn i to subgrupper under gjeldende kodegruppe (Malterud, 2017, s. 106).

Deretter laget vi et kunstig sitat skrevet i "jeg"-form for hver subgruppe (Malterud, 2017, s. 107). I dette trinnet valgte vi også ut gullsiter, som er et direkte sitat fra en av deltakerne som illustrerer meningsinnholdet i gjeldende subgruppe (Malterud, 2017, s. 108). Disse ble brukt i resultatkapittelet for å understreke meningsinnholdet som er sammenfattet fra deltakernes intervju. I tabell 1 illustreres et eksempel fra analyseprosessen fra foreløpige temaer til kondensat.

Tabell 1: Illustrasjon av analyseprosessen

Foreløpig tema	Kodegruppe	Subgruppe	Kondensat
Skifte av prioriteringer	Erfaringer og endringer ved praktisk bruk av kirurgisk munnbind	Bruk av kirurgisk munnbind før Covid-19	<i>"Før Covid-19 innledet vi ikke anestesien med munnbind nødvendigvis. Da var det mest fokus på at vi brukte munnbind for å forebygge postoperative sårinfeksjoner, og jeg ønsket å beskytte pasienten mot spyttet mitt. Jeg ville ikke tatt på meg munnbindet før jeg hadde snakket med pasienten, slik at pasienten kunne se ansiktet mitt. Jeg tok på meg munnbind da det nærmet seg at det sterile, kirurgiske utstyret skulle åpnes, og det har liksom vært indikatoren på om jeg har skullet ha på meg munnbind eller ikke. Da operasjonen var ferdig tok vi av oss munnbindet, spritet oss på hendene og da var vi egentlig ferdig med det. Før Covid-19 hadde jeg tenkt at det var helt i orden å komme og gå på operasjonsstuen uten munnbind ved anestesi innledningen og ved operasjonens avslutning når såret er lukket."</i>

5.4 Trinn 4 - Syntese

I fjerde trinn skal kondensatene rekonstrueres og fremstille en sammenhengende uttalelse om deltakernes tanker og erfaringer (Polit & Beck, 2020, s. 548). Her skal teksten fremstilles på en måte som er lojal for deltakerne i studien, gi ny informasjon til leseren og vi som forskere skal ta ansvar som fortolkere. For hver subgruppe konstruerte vi en analytisk tekst som skulle formidle informasjon om en gitt side av vår problemstilling. Vår rolle var å gjenfortelle deltakernes formidlede tanker og vi brukte derfor tredjeperson. Den analytiske teksten illustreres så med gullsitat fra trinn tre (Malterud, 2017, s. 108-109).

Etter at vi hadde utformet en analytisk tekst innenfor hver subgruppe, leste vi gjennom disse for å finne passende overskrifter som dannet grunnlag for vårt resultatkapittel og videre drøfting. Disse nye overskriftene skal grunne i de opprinnelige kodene og temaene vi fant tidlig i prosessen, men skal samtidig gjenspeile informasjonen som kom frem gjennom vår analyse av materialet (Malterud, 2017, s. 110).

Malterud (2017, s. 110) anbefaler å gå tilbake til de gjennomførte intervjuene ved slutten av analysen for å validere resultatene. Vi gjennomgikk transkripsjonene grundig på nytt og undersøkte om vår analyse gjenspeilte det som faktisk ble sagt i intervjuene, og om noe eventuelt sa imot de resultatene vi hadde kommet frem til. Det er også nyttig å vurdere resultatene opp mot teorien og tidligere forskning for å se om våre resultater belyser nye aspekter ved temaet som ikke allerede er presentert av andre (Malterud, 2017, s. 110-111).

6.0 Resultater

Vi har intervjuet to anestesisykepleiere og tre operasjonssykepleiere som har jobbet fra to til 21 år innen kirurgi. I analysen kom vi frem til følgende temaer som danner grunnlag for videre drøfting: bruk av kirurgisk munnbind før Covid-19, tilgjengelighet på kirurgisk munnbind, holdningsendring og økt bruk av kirurgisk munnbind som følge av Covid-19. Disse temaene danner overskriftene i vårt resultatkapittel og presenteres ytterligere her.

6.1 Bruk av kirurgisk munnbind før Covid-19

Deltakerne fortalte at de ikke nødvendigvis brukte kirurgisk munnbind ved innledning av anestesi før Covid-19. De mente det skapte bedre kontakt med pasienten, og flere fortalte at de tok det på seg etter at de hadde snakket med pasienten fordi kirurgisk munnbind vanskeliggjør kommunikasjonen. Én deltaker fortalte at møtet med pasienten blir mangelfullt ved bruk av kirurgisk munnbind da det eneste kommunikasjonsfeltet er øynene.

“Før Covid-19 så ville jeg tatt på meg munnbindet etter at jeg hadde snakket med pasienten, gjort meg til kjenne, vist ansiktet mitt, pratet med pasienten, at han eller hun kunne fått sett hele ansiktet og så hadde jeg tatt på meg munnbind.”

Det blir også nevnt at kommunikasjonen i det kirurgiske teamet er vanskeligere ved bruk av kirurgisk munnbind. Mye av kommunikasjonen mellom teammedlemmene forsvinner når munnbindet dekker for store deler av ansiktet, og lyden forsvinner i støy på operasjonsstuen.

“Jeg ser at kommunikasjon er vanskelig på stuene mange ganger fordi at man går med munnbind og det er masse elektrisk utstyr og støy og masse folk, og viktige beskjeder må du gjenta så mange ganger fordi du blir gjemt litt bak munnbindet.”

Flere av deltakerne har observert ukorrekt bruk av kirurgisk munnbind i det kirurgiske teamet. Noen fortalte om kolleger som går med munnbindet under haken eller rundt halsen, og at dette er noe som også kan observeres under Covid-19 pandemien.

Flere nevner at de har observert at enkelte sliter av eller knytter de nederste reimene på munnbindet veldig slakt, eller at de har de øverste reimene hengende fram og lar munnbindet stå ut fra ansiktet. Noen deltakere fortalte også at det hendte de gikk inn på operasjonsstuen og dekte til munn og nese med jakke i stedet for å ta på seg kirurgisk munnbind. Én fortalte at de fint kunne komme og gå på operasjonsstuen ved anestesi innledning og ved operasjonens avslutning uten å bruke kirurgisk munnbind.

“Det er jo alltid noen av oss som ennå jukser litt og kommer med jakken og bare skal si ett eller annet.”

Mange nevnte at indikatoren for når de skulle ta på seg kirurgisk munnbind ofte var i sammenheng med når det sterile, kirurgiske utstyret skulle åpnes. Dette ble ikke alltid fulgt da noen mente at en oppholdt seg så langt fra det sterile feltet at ikke dråper fra munn ville nå bort til utstyret. Da operasjonen var ferdig og såret var lukket, kunne kirurgisk munnbind gjerne tas av. Det ble nevnt at før Covid-19 ble kirurgisk munnbind i hovedsak brukt for å forebygge at pasienten fikk postoperative sårinteksjoner.

“Så tok vi på oss munnbind når det nærmet seg at vi skulle begynne å åpne utstyr, men ikke før. Når vi var ferdige med operasjonen, så tok vi av oss munnbindet og spritet oss, så var vi egentlig ferdige med bruken av munnbind.”

6.2 Tilgjengelighet på kirurgisk munnbind

De fleste deltakerne oppga at de opplevde restriksjoner på bruken av munnbind ved pandemistart våren 2020, fordi det i en periode var en mangelvare. Noen opplevde dette som et usikkert moment i arbeidshverdagen, og flere ytret en bekymring for at de måtte bli stående uten beskyttelsesutstyr dersom lageret skulle bli helt tomt.

“Da syntes jeg det var litt ekkelt å tenke på at vi kanskje sto uten beskyttelsesutstyr når vi ikke visste hvordan ting ville bli fremover.”

Deltakerne fortalte om mye forvirring og forskjellige praksiser i denne perioden med for lite munnbind. De fleste nevner at anestesipersonalet i begynnelsen fikk beskjed om å gå uten munnbind på operasjonsstuen, ettersom det var de som gjerne var lengst fra det sterile feltet.

“I fjor når pandemien kom så fikk vi jo restriksjoner på bruken, altså vi måtte ha munnbindet på lengst mulig og vi måtte tenke over hvilke munnbind vi tok. En periode var det jo faktisk sånn at det ble sagt at anestesi ikke skulle ha munnbind i det hele tatt.”

Det ble også i en periode gjort forskjell på operasjonssykepleierne, der de som hadde koordinerende rolle måtte bruke munnbind med ørestrikk, noe de fleste så på som et dårligere alternativ. Anestesisykepleierne fikk også i en periode kun bruke munnbind med ørestrikk når de igjen fikk beskjed om at de kunne bruke munnbind på operasjonsstuen. Noen deltakere nevner også at det fantes ulike varianter av munnbind fra andre produsenter under mangelperioden, og at disse gjerne opplevdes å ha dårligere kvalitet.

“Vi hadde jo en periode hvor det var litt rare munnbind da. De kom kanskje med litt andre krav, altså det var noen som luktet veldig stramt av, nesten litt sånn der kjemikalie eller maling inne i.”

Deltakerne uttrykker likevel at de fleste bare var takknemlige for at de ikke gikk helt tom og måtte stå uten munnbind. De oppga også at materiellsituasjonen i dag er langt bedre, og at de nå opplever at det alltid er nok munnbind til alle.

6.3 Holdningsendring

Det er stor enighet blant deltakerne om at det har skjedd endringer i bruken av kirurgisk munnbind i løpet av det siste året, og det nevnes flere viktige faktorer som har bidratt til dette. Flere av deltakerne påpeker at pasienten og mulig smittefare mellom pasient og ansatte på operasjonsstuen er hovedgrunnen til at en velger å ta på seg munnbind tidligere, altså allerede før pasienten ankommer operasjonsstuen.

“Jeg har mer respekt for munnbindet mitt jeg nå. Jeg prøver å ikke ta for mye på det, prøver å holde det som en ren sone. At det ikke lenger er kun for å beskytte pasienten mot spyttet mitt eller sånn som jeg tenkte det var før. Men nå tenker jeg på det som en ren smittebarriere, både for meg og pasienten.”

Deltakerne har erfart at frykten for smitte har bidratt til at det i større grad tas hensyn til hverandre og at en minner hverandre på bruken av munnbind dersom tilstrekkelig avstand er vanskelig å overholde. Noen påpekte at det ville vært kjedelig å føre smitte videre dersom de sluntret unna med bruk av munnbind, og at de ikke ønsket å bli syke selv.

Noen av deltakerne etterspurte mer forskning på bruk av kirurgisk munnbind, og så på dette som en mulig grunn til at det fremdeles er veldig varierende hvordan og i hvor stor grad kirurgisk munnbind blir brukt på operasjonsstuen. De uttrykte at det muligens var mer erfaringsbasert, og at de egentlig ikke visste om det var noe vitenskapelig belegg for hvorfor de skal eller ikke skal bruke kirurgisk munnbind på operasjonsstuen.

“Hvis man hadde hatt en helt konkret sånn, derfor må du bruke munnbindet i disse situasjonene, da godtar du det. Men hvis du kan slippe så vil du gjerne vite at det er greit da.”

Noen trakk frem at det er vanlig for anestesisykepleiere å gå uten munnbind på operasjonsstuen i andre nærliggende land, og at dette kunne være en grunn til at flere fremdeles ser på bruken som unødvendig i enkelte situasjoner. De fleste deltakerne sa likevel at de selv så fornuften i bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen, både for anesthesi- og operasjonssykepleiere. Det trekkes også frem at mange bruker kirurgisk munnbind fordi en alltid har brukt det, uten at de tenker over hvorfor.

“Jeg tenker jo at det er fint å ha noe å forholde seg til fordi at jeg tror det er veldig varierende bruk. Og jeg ser jo hensikten med å bruke det, absolutt, i hvert fall dersom vi står i sterilt felt og over pasienten.”

Ved spørsmål om egne holdninger og tanker om bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen etter Covid-19 utbruddet, sa de fleste deltakerne at de er mer bevisst på bruken av kirurgisk munnbind og at de nå tenkte litt mer på hvorfor de tar det på og hvordan de bærer det. Flere rapporterte om et større ønske om å beskytte seg selv, kolleger og pasienter mot eventuell smitte, og at terskelen for å ta på seg et munnbind er vesentlig lavere nå enn tidligere.

“Jeg tenker min holdning er at jeg har lavere terskel til å ta på meg et munnbind, at jeg tar på meg munnbind av respekt for pasienten og sånn at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt.”

Én deltaker sier han/hun tror at pandemien kan føre til noen mer permanente endringer, og at det muligens kan bli økt bruk av munnbind ved pasientkontakt også etter Covid-19.

6.4 Økt bruk av kirurgisk munnbind som følge av Covid-19

Under samtale om bruk av munnbind på operasjonsstuen, sa samtlige deltakere at bruken har økt i løpet av det siste året. Flere fortalte om en gradvis økning og at de nå rutinemessig skal bruke kirurgisk munnbind under hele pasientforløpet, uavhengig om sterilt utstyr er åpnet eller ikke, noe som gjerne var indikatoren for å ta på seg kirurgisk munnbind før Covid-19. Noen av deltakerne nevnte også at pasientene ofte ankommer operasjonsstuen med munnbind på, og de mente at dette startet etter oppdagelsen av ulike virusmutasjoner.

“Nå går jeg med munnbind nesten hele tiden, bortsett fra når jeg spiser.”

De fleste deltakerne uttrykte at det siste året med pandemi har vært preget av mye forvirring og kontrabeskjeder, og at det har vært usikkerhet rundt hvilke rutiner som faktisk skal følges på operasjonsstuen. Under pandemien har det vært behov for store mengder ny informasjon ettersom en har fått vite mer om viruset og dets konsekvenser. Flere av deltakerne nevnte at det har vært mange nye retningslinjer, og at det å skulle oppdatere seg på det siste og nye til enhver tid har vært krevende.

Det nevnes også at stadig ny informasjon har skapt noen diskusjoner da det som gjaldt i går ikke lenger gjelder i dag. Deltakerne uttrykte at de kunne bli litt lei av å få informasjon og at en gjerne ikke følger like godt med som en gjorde i starten av pandemien.

“Jeg sitter ikke med ørene på stilk lenger.”

7.0 Diskusjon

I dette kapittelet diskuteres resultatene fra intervjuene opp mot forskning og teori fra feltet. Deretter diskuteres forskningsprosjektets metode og vår rolle som forskere.

7.1 Bruk av kirurgisk munnbind før Covid-19

Tidligere forskning på bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen fokuserer i stor grad på forebygging av postoperative sårinfeksjoner, da dette er en uønsket komplikasjon for pasienten og fører til økt ressursbruk for sykehuset. Det er ikke observert nedgang i antall postoperative sårinfeksjoner de siste årene (Hansen et al., 2018, s. 233), og på bakgrunn av dette har blant annet WHO utarbeidet prosedyrer for hvordan dette i størst mulig grad kan forebygges (World Health Organization, 2018, s. 45). Vi finner det interessant at bruk av munnbind ikke nevnes som et tiltak i WHO sine anbefalinger. Dette bidrar til å danne et bilde av at bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen har mindre fokus i mange andre land, og står i kontrast til gjeldende retningslinjer på norske sykehus. Deltakerne fortalte i sine intervju at kirurgisk munnbind ble brukt for å beskytte steriliteten til det kirurgiske utstyret. WHO trekker også frem viktigheten av sterilt kirurgisk utstyr som et forebyggende tiltak mot postoperativ sårinfeksjon (World Health Organization, 2018, s. 45), og på den måten kan det sies at kirurgisk munnbind er et indirekte tiltak i det forebyggende arbeidet. Ukorrekt bruk av kirurgisk munnbind blir likevel ofte observert på operasjonsstuen. Det kan virke som at forebyggende smitteverntiltak er et område med behov for forbedring og høyere grad av prioritet.

Både i egen praksis i videreutdanningen og gjennom samtaler med deltakerne, sitter vi igjen med et inntrykk av at mange hadde sin egen måte å bruke kirurgisk munnbind på. Dette var basert på komfort og personlige preferanser. Pasientene som ankommer avdelingen er i en sårbar situasjon, og er nødt til å stole på at det kirurgiske teamet gjør det de kan for å forebygge utilsiktede komplikasjoner som kan forlenge eller forverre sykehusoppholdet (Helsepersonelloven, 2001, § 4). Ettersom den praktiske bruken av kirurgisk munnbind synes å være så variert, stiller vi spørsmål ved i hvilken grad det kirurgiske teamet er kjent med konsekvensene ukorrekt bruk av kirurgisk munnbind kan føre til.

Gjennom utdanning og arbeidshverdag vil vi tro de fleste har blitt oppmerksomme på viktigheten av å bruke kirurgisk munnbind, men at det ikke blir presisert at ukorrekt bruk kan virke mot sin hensikt og heller øke risikoen for komplikasjoner for pasienten i etterkant av operasjonen (Hansen et al., 2018, s. 275). Dette gjenspeiles også i observasjonsstudien utført i 2019, der kun 18 % av deltakerne tok på seg kirurgisk munnbind i tråd med gjeldende retningslinjer (Herron et al., 2019, s. 105). Mange tenker muligens at det er godt nok at munnbindet sitter på, uten at de tenker på hvordan det bæres eller effekten det har.

Flere deltakere fortalte at de hadde hørt at andre land anvendte andre retningslinjer knyttet til bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen, og at spesielt anestesisykepleiere som regel gikk uten. I tillegg til at tidligere forskning ikke kan gi en klar indikasjon på om bruk av kirurgisk munnbind kan redusere forekomsten av postoperative sårinfeksjoner (Skinner & Sutton, 2001, s. 337; Marson et al., 2020, s.7; Sellden, 2010, s. 1447), kan det tenkes at dette er medvirkende til hvorfor bruken av kirurgisk munnbind er så varierende selv om det eksisterer egne retningslinjer for hvordan og når det skal brukes.

Det er naturlig å oppsøke forskning der konklusjonen samsvarer med egne holdninger og tanker, og ofte formes informasjon ubevisst slik at det passer med det en selv mener (Svartdal, 2020). Bruken av kirurgisk munnbind blir kanskje sett på som mindre viktig, ettersom en ikke trenger å se lenger enn til Sverige for å finne en annen praktisering enn i Norge (Sellden, 2010, s. 1447). Det kan da virke meget strengt å måtte forholde seg til våre retningslinjer. Et annet vesentlig moment som deltakerne også trakk frem, er kommunikasjonen i det kirurgiske teamet. Bruk av kirurgisk munnbind som sitter tett inntil munn og nese gjør kommunikasjonen mer krevende i et støyfullt miljø (Ogo & Foran, 2020, s. 16). På en operasjonsstue er kommunikasjonen i teamet viktig da det skaper en flyt i arbeidet, reduserer varigheten av operasjonen og kvalitetssikrer pasientbehandlingen ved å forebygge uønskede hendelser (Oksavik, 2018, s. 214). Vi ser at det høyteknologiske miljøet, avstanden mellom teammedlemmene og lave stemmer gjør at informasjon ofte må gjentas flere ganger. Det er forståelig at kommunikasjonen kunne vært lettere uten bruk av kirurgisk munnbind da stemmen kommer bedre frem og en får muligheten til å lese teamet lettere på munnen.

Det virket som at mange kunne tenke seg å slippe og bruke munnbind dersom dette ble god tatt, og at en derfor lener seg mer mot forskningen som stiller spørsmål ved nødvendigheten.

Vi får inntrykk av at det er mer fokus på smittevern for operasjonssykepleiere, da dette i større grad er spesifisert i yrkesetiske retningslinjer og studieplaner. Vi ser at dette i mindre grad blir lagt vekt på for anestesisykepleiere (NSFLOS, 2008, s. 22; ALNSF, 2016, s. 17; Høgskulen på Vestlandet, 2021a; Høgskulen på Vestlandet, 2021b). Større deler av operasjonssykepleieres arbeidsoppgaver dreier seg også om smittevern (Eide & Dávøy, 2018, s. 28). Fokus på korrekt bruk av kirurgisk munnbind bør likevel være en like viktig del av utdanningsforløpet for både anesthesi- og operasjonssykepleiere, slik at gode rutiner blir innarbeidet tidlig. Sykepleiere har et stort ansvar overfor svært sårbare mennesker, noe som burde tas alvorlig. Gjeldende forskning på feltet er i tillegg utarbeidet i utlandet, og på sykehus som muligens har andre forutsetninger og retningslinjer enn norske sykehus. Da det heller ikke er utført studier som har tatt høyde for alle de ulike variablene for utvikling av postoperativ sårinfeksjon, blir det vanskelig å komme med definitive konklusjoner angående bruk av munnbind på operasjonsstuen (Vincent & Edwards, 2016, s. 9; Ogo & Foran, 2020, s. 17).

7.2 Bruk av munnbind under pandemi

Covid-19 er fremdeles et relativt nytt virus og det kan tenkes at det vil komme mer forskning på virusets mekanisme og forebyggende tiltak fremover. De ulike variantene av viruset resulterer i svært høye smittetall i store deler av verden, og forebyggende tiltak burde derfor være høyt prioritert. Covid-19 smitter som kjent hovedsakelig via dråpe- eller kontaktsmitte, noe som vil si at det er større risiko for smitteoverføring dersom retningslinjer for bruk av kirurgisk munnbind ikke følges (Folkehelseinstituttet, 2020a). Slimhinner i øyne, nese og munn kan være en mulig inngangsport for Covid-19 smitte fra pasienter og kolleger. Det er dermed ikke gitt at en hindrer smitteoverføring selv ved korrekt bruk av kirurgisk munnbind, dersom andre i umiddelbar nærhet har det hengende løst eller ikke dekker munn og nese på adekvat måte. Ved host, nys eller snakk kan dråper fra munn og nese likevel treffe andres øyne, og på den måten overføre smitte (Akselsen, 2018, s. 92).

Det er derfor viktig at alle i det kirurgiske teamet har god kunnskap om forebyggende smitteverntiltak og retningslinjer for korrekt bruk av kirurgisk munnbind.

Ifølge de fleste deltakerne anvendes kirurgisk munnbind i større grad etter Covid-19 utbruddet, men det observeres fremdeles at det ikke blir brukt rett. Ettersom konsekvensene av dette kan være vesentlig høyere under en pågående pandemi, sitter vi igjen med et inntrykk av at det er mindre akseptabelt med ukorrekt bruk av kirurgisk munnbind nå. Våre resultater viser en økt oppmerksomhet når det kommer til praktisk bruk av kirurgisk munnbind og at en i større grad minner hverandre på viktigheten ved å ha det på. Gjennom samtale med deltakerne og egen erfaring har vi en forståelse av at det ikke er like lett å kommentere på *hvordan* kirurgisk munnbind brukes. Det er naturlig å anta at de fleste ønsker å unngå spredning av sykdom, men at terskelen likevel er høy for å rette på det en anser som ukorrekt bruk. Noen deltakere fortalte at den varierte bruken av kirurgisk munnbind har vært sånn så lenge de kan huske. Det kan da være vanskelig og plutselig skulle endre en praksis som har pågått i lang tid. Når faren for overføring av smittsomme sykdommer er såpass reell som nå etter utbruddet av Covid-19 (Folkehelseinstituttet, 2020a), og brudd på retningslinjene kan få store konsekvenser for hele avdelingen og sykehuset, burde terskelen for å minne hverandre på hvordan en på best mulig måte kan forebygge smitte kanskje være lavere.

På den ene siden har hvert enkelt medlem av det kirurgiske teamet et selvstendig ansvar om å gi beskjed dersom feil eller brudd på retningslinjene observeres, noe som er en viktig forutsetning for å kunne drive forsvarlig arbeid med fokus på pasientsikkerhet (Oksavik, 2018, s. 205). Vi ser imidlertid at dette kan være krevende, spesielt dersom en er ny og ikke har funnet sin plass i det kirurgiske teamet ennå. Det kan også føles ubehagelig å kommentere en del av arbeidet til en kollega som har lenger erfaring enn en selv, da det ikke er ønskelig å skape en dårlig atmosfære eller gi et inntrykk av at en selv vet best.

På den andre siden sier retningslinjene at kirurgisk munnbind per dags dato skal brukes av alle som oppholder seg på operasjonsstuen under en operasjon (Andersen, 2016, s. 105). Det er derfor viktig med rutiner som sørger for at dette blir fulgt.

Arbeidsgiver har et overordnet ansvar for å skape en trygg arbeidsplass (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4-4), og skal sørge for at ansatte bruker tilgjengelig smittevernutstyr på en forsvarlig måte (Akselsen, 2018, s. 50). Vi mener derfor det burde ligge et større ansvar hos respektive avdelingers ledelse om å minne om viktigheten av bruk av kirurgisk munnbind og hva retningslinjene sier om korrekt bruk. Vi forstår at det kan være vanskelig å gjennomføre i en hektisk arbeidshverdag med viktige oppgaver som må utføres, og de ansatte kan heller ikke fotfølges for å sørge for at satt standard opprettholdes. Det kan imidlertid være aktuelt med større oppmerksomhet på bruk av kirurgisk munnbind i form av undervisning og påminnelser. Det må i tillegg være opp til hver enkelt ansatt å sørge for og følge gjeldende retningslinjer for å skape et tryggere miljø for både pasienter og kolleger (Smittevernloven, 1994, § 4-9).

Flere deltakere forteller om en økt frykt for smitte og å potensielt kunne smitte andre, og oppgir dette som en grunn til at flere bruker kirurgisk munnbind nå enn tidligere. Det kan virke som at frykten for smittespredning er en av hovedgrunnene til at flere har blitt mer bevisst på bruk av munnbind og smittevern generelt. Bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen har alltid vært viktig, men muligens et tema som ikke har vært like mye omtalt som nå. En vet gjerne om at postoperative sårinfeksjoner forekommer (Folkehelseinstituttet, 2019, s. 41), men det har ikke preget arbeidshverdagen i like stor grad. Etter utbruddet av Covid-19 har sterke bilder og smittetall preget mediebildet konstant, noe som vi tenker kan ha bidratt til en større frykt for smitte og økt bevisstheten rundt viktigheten av munnbind. Dette er en mulig grunn til at flere nå synes å ha en større respekt for smitteforebyggende tiltak og bruk av kirurgisk munnbind.

Samtidig kan det virke som at den økte bruken av kirurgisk munnbind er relatert til pasienten og et ønske om å skape en beskyttende smittebarriere mellom ansatte og pasienter som kommer utenfra. Flere deltakere oppgir at de føler seg tryggere når de kun oppholder seg med egne kolleger. Symptomfrie tilfeller av Covid-19 forekommer og en kan derfor aldri vite sikkert om noen i umiddelbar nærhet er smittet. I tillegg er inkubasjonstiden lang og eventuelle symptomer kan derfor oppdages for sent (Folkehelseinstituttet, 2020a).

Det kan antakelig være et godt tiltak å bruke kirurgisk munnbind også i samvær med egne kolleger inne på operasjonsstuen, og ikke kun tenke på pasienten som en potensiell smittekilde. Det er ofte snakk om mindre rom med kort avstand mellom mennesker, og i en travel arbeidshverdag kan det hende at en glemmer å holde avstand. I noen sammenhenger er dette heller ikke mulig.

7.3 Tilgjengelighet på kirurgisk munnbind

Da Covid-19 pandemien brøt ut økte forbruket av kirurgiske munnbind. Munnbind ble en mangelvare og dette skapte stor usikkerhet for anesthesi- og operasjons-sykepleiere. For å kompensere for manglende utstyr måtte de finne alternative løsninger. Våre deltakere fortalte om en krevende situasjon med restriksjoner på bruk av kirurgisk munnbind. Anestesisykepleierne fikk blant annet beskjed om at de ikke skulle bruke kirurgisk munnbind på operasjonsstuen. På den ene siden kan vi forstå denne avgjørelsen i en smittesituasjon som var meget uavklart og munnbindets effekt mot Covid-19 smitte var ennå ukjent (Folkehelseinstituttet, 2020c; Chu et al., 2020, s. 1982). Det var også stor uvisshet om hvor lenge pandemien ville vare og når materiellsituasjonen ville bedres. Anestesisykepleiere blir ofte skjermet fra det sterile feltet ved at det blir satt opp en bøyle med sterilt klede over. De er med andre ord ikke lengst fra det sterile feltet i meter, men er beskyttet mot blodsøl og partikler generert fra operasjonsfeltet bak en dekning. Vi ser her at det ble gjort vurderinger og tatt avgjørelser for å hindre at en skulle stå helt uten munnbind i situasjoner der det var høyst nødvendig å ha det.

På den andre siden blir grunnleggende kunnskaper om smittevern ikke tatt med i vurderingene (Akselsen, 2018, s. 33-35). Grunnet lite forskning på feltet var det vanskelig å gi nye retningslinjer for bruk av kirurgisk munnbind under en mangelsituasjon (Marson et al., 2020, s. 7). Covid-19 viruset kan spres raskt ved både dråpe- og kontaktsmitte (Folkehelseinstituttet, 2020a), og behovet for å beskytte seg selv og andre bør stå sterkt. Mange av anestesisykepleieres arbeidsoppgaver dreier seg om pasientens respirasjonssystem, og de kommer i nærkontakt med spytt og slim fra pasientens svelg og luftveier (Espe & Hovind, 2011, s. 240). De er med andre ord spesielt utsatt for Covid-19 smitte. Vi mener at smittevern bør prioriteres og at retningslinjer bør følges også i uavklarte situasjoner.

Dersom rådene om å ikke bruke kirurgisk munnbind på operasjonsstuen hadde vedvart, kunne dette i verste fall ført til økt Covid-19 smitte blant det kirurgiske teamet (Chu et al., 2020, s. 1982). Pasienten kunne også vært ytterligere utsatt for smitte av viruset og eventuelle postoperative komplikasjoner.

Deltakerne mente det var bekymringsverdig at noen i det kirurgiske teamet ble stående uten munnbind. Det ble derfor gitt tilbakemeldinger på dette til ledelsen, som førte til endringer i rutinene. Hele det kirurgiske teamet skal nå bruke munnbind igjen. Vi ser her at sykepleierne brukte sin profesjonsetikk og ga tilbakemelding om forhold som ikke kunne godtas ut fra smittevern hensyn (Molven, 2019, s. 157). Vi ser på det som positivt at avdelingene endret instruksene om at anestesisykepleiere skulle gå uten munnbind i den uavklarte situasjonen. Plikten til å verne om egen og andres helse er noe vi anser som viktig.

Under intervjuene kom det også frem at det ble innført kirurgiske munnbind fra ulike produsenter som deltakerne opplevde hadde dårligere kvalitet enn de opprinnelige kirurgiske munnbindene. Samtidig fortalte de at de bare var takknemlige for å ikke bli stående uten verneutstyr. Her ser vi at i mangel av optimale kirurgiske munnbind ble alternativene godtatt. Arbeidsgiver har ansvar for at deres arbeidstakere har tilgang på nødvendig verneutstyr (Akselsen, 2018, s. 50), og tilliten til at arbeidsgiver har vurdert de nye munnbindene som godkjent er til stede hos arbeidstakerne.

Under mangelperioden ble munnbind med ørestrikk innført som et alternativ til kirurgisk munnbind med knyting. Dette kan på mange måter sees på som et bedre alternativ enn å gå uten munnbind. Slik vi har forstått det ble munnbind med ørestrikk stort sett ikke brukt av assisterende operasjonssykepleier og kirurg. Disse var ment for resten av det kirurgiske teamet utenfor det sterile feltet og til situasjoner ellers i avdelingen der kolleger var tett sammen. Samtidig er kvaliteten på munnbind med ørestrikk ikke regnet som god nok for bruk i helsevesenet (Andersen, 2016, s. 106). Vi ser at munnbind med ørestrikk har en bakteriefiltreringseffekt på mer enn 98 %, men at passformen er dårlig og vil føre til luftlekkasje langs sidene (Hansen et al., 2018, s. 275-276). Når munnbindet sitter dårlig må det oftere justeres, ettersom det beveger seg når en snakker (Andersen, 2016, s. 106).

Gnissing mot huden vil frigjøre hudpartikler og mikrober fra ansikt og ører, som potensielt kan havne i operasjonsfeltet. Dette kan igjen føre til postoperativ sårinteksjon hos operasjonspasienten (Hansen et al., 2018, s. 275). Ettersom Covid-19 kan smitte gjennom kontakt med infisert materiale (Folkehelseinstituttet, 2020a) vil berøring av munnbind potensielt kunne føre til direkte- eller indirekte kontaktsmitte selv om en har det på. Bruk av munnbind må derfor ikke sees på som eneste smitteverntiltak, men som ett av flere (Folkehelseinstituttet, 2020d).

Materielsituasjonen normaliserte seg raskt, men vi ser fremdeles at munnbind med ørestrikk er tilgjengelig i avdelingene. Observasjoner viser at det brukes utenfor det sterile feltet på operasjonsstuen, men også i få tilfeller i det sterile feltet. Vi er noe usikre på hva tanken med disse munnbindene er nå som mangelperioden er over. Dersom det er tenkt at munnbind med ørestrikk kun skal brukes i situasjoner utenom operasjonsstuen bør dette komme tydeligere frem i instruksjer eller retningslinjer for bruk av munnbind med ørestrikk. Kanskje er ikke de ansatte klar over at dette er et dårligere alternativ enn kirurgiske munnbind, og at de i utgangspunktet ikke er ment for bruk i kirurgisk sammenheng (Andersen, 2016, s. 106). Dersom en har endret oppfatning og mener at bruk av munnbind med ørestrikk er forsvarlig utenfor det sterile feltet, bør dette nedfelles i retningslinjer. Flere av deltakerne har fortalt at det har vært en lang periode med mye ny informasjon og det å holde seg oppdatert til enhver tid har vært krevende. Med tanke på at munnbind med ørestrikk har dårlig passform og må justeres oftere, mener vi likevel at kirurgiske munnbind skal brukes når det er tilgjengelig i avdelingen. Her må lederne gi tydelige instruksjer.

7.4 Retningslinjer og holdninger

Flere av deltakerne mener det har skjedd en holdningsendring i forhold til bruk av munnbind under Covid-19 pandemien. Ifølge deltakerne har pandemien ført til økt bevissthet til bruk av munnbind, ved at de tenker over hvordan det bæres og hvorfor de tar det på seg. Munnbind blir sett på som en ren smittebarriere også innad i det kirurgiske teamet og brukes for å bryte smittekjeden (Akselsen, 2018, s. 36), men ukorrekt bruk blir fortsatt observert. For at munnbind skal ha optimal effekt må det anvendes riktig (Hansen et al., 2018, s. 275).

Flere av deltakerne nevnte i intervjuene at de savner det vitenskapelige belegget bak de gjeldende retningslinjene for bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen og at bruken trolig er mer erfaringsbasert enn forskningsbasert.

Dette er interessante funn fordi vi ser at i mangel på forskning som bekrefter at kirurgisk munnbind er nødvendig på en operasjonsstue, brukes eget faglig skjønn til å vurdere når og hvordan det skal anvendes. Kunnskap og erfaringer er viktig for å kunne ta gode skjønnsbaserte avgjørelser (Dåvøy, 2018, s. 149). Kanskje viser tidligere erfaringer at måten kirurgisk munnbind brukes på ikke har innvirkning på operasjonspasienten eller en selv? Samtidig sees ingen nedgang i antall postoperative sårinfeksjoner de siste årene (Hansen et al., 2018, s. 233). På den andre siden er forebygging av postoperativ sårinfeksjon en sammensatt problemstilling der det er mange faktorer som påvirker resultatene (Ogo & Foran, 2020, s. 17; World Health Organization, 2018, s. 45).

En kunnskapsbasert retningslinje bygger på både forskningsbasert- og erfaringsbasert kunnskap (Helsedirektoratet, 2012, s. 10). Slik forskningen konkluderer på feltet (Vincent & Edwards, 2016, s. 9; Marson et al., 2020, s. 7; Ogo & Foran, 2020, s. 17) kan ikke retningslinjene basere seg på disse. Det kan derfor på mange måter virke som om retningslinjene er erfaringsbaserte. Én av deltakerne nevnte at han/hun tror vi bruker munnbind "fordi det alltid har vært sånn". Dette er forståelig når en ikke kan se det vitenskapelige belegget bak retningslinjen, men det er likevel disse vi er lovpålagt å følge (Smittevernloven, 1994, § 4-9). Her dreier det seg om faglig forsvarlighet som kommer til uttrykk gjennom retningslinjer og er utarbeidet for at en skal vite hva som er minstekravet i en gitt situasjon (Molven, 2019, s. 142).

Når det gjelder i hvilken grad dette vil føre til permanente holdningsendringer etter Covid-19 pandemien vil tiden vise. Én deltaker mente at det muligens kan bli økt bruk av munnbind ved pasientkontakt også etter Covid-19 pandemien. Endring av egne holdninger inntreffer gjerne dersom det oppstår en konflikt mellom holdning og handling, som i dette tilfellet kan være mellom tanken om at munnbind ikke egentlig er nødvendig og opplevelsen av pandemi med økt smittevern.

På den måten kan synet endres ved at en ser nødvendigheten av kirurgisk munnbind av andre årsaker enn kun forebygging av postoperativ sårinfeksjon (Svartdal, 2020). Det kan også oppstå en konflikt mellom gjeldende retningslinjer og forskningen som er utført på feltet. Dersom oppfatningen er at bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen er viktig, kan en gjennom forskning få inntrykk av at det ikke er så viktig likevel. Noen vil kanskje ikke forandre egen adferd selv om en er klar over retningslinjene, dersom en opplever at det uansett ikke har negative konsekvenser for pasienten eller at kolleger ikke gir tilbakemelding om ukorrekt bruk. Det er viktig å presisere at en holdningsendring ikke nødvendigvis fører til endret adferd (Svartdal, 2020).

7.5 Drøfting av metode

Dette forskningsprosjektet er et samarbeid mellom to operasjonssykepleiere. Det vil vi trekke frem som positivt da det gir mulighet for å se det innsamlede materialet fra flere sider. Vi var begge nye i forskerrollen og har kunnet støtte oss på hverandre der vi har vært usikre. Samarbeidet har skapt fine diskusjoner og har åpnet opp for temaer som kanskje ikke ville blitt oppfattet alene. Én har stått for den administrative rollen og fulgt opp kontakten med de ulike partene. Begge har bidratt og skrevet oppgaven med lik fordeling.

I arbeidet med vårt forskningsprosjekt har vi fulgt metoden presis og nøyaktig, og lagt frem data som gjenspeiler det deltakerne har fortalt i intervjuene. Vi har vurdert at valgt metode med utførelse av individuelle dybdeintervju har vært representativt for problemstillingen (Malterud, 2017, s. 192). Før prosjektets oppstart vurderte vi å bruke en kvantitativ forskningsmetode med bruk av spørreskjema opp mot problemstillingen. Dette kunne gitt oss et rikt materiale, men vi ønsket å beskrive deltakernes virkelighet slik de selv opplever den. I tillegg er fenomenet lite beskrevet og tidligere forskning er mangelfull (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45-46; Thagaard, 2018, s. 12). Derfor mener vi at kvalitativ metode er den mest ideelle forskningsmetoden for vårt prosjekt. Vi vurderer at hjelp til rekruttering av deltakere fra fag- og forskningsansvarlige ikke har hatt negativ innvirkning på vår masteroppgave, da deltakerne har meldt seg frivillig og fremstått interesserte og engasjerte i forskningsprosjektets tema.

Utførelse av dybdeintervju har vært en ny og spennende situasjon for oss. Det har vært krevende å legge vår forforståelse om temaet til side, da dette er et tema som har engasjert oss lenge. Ved å stille åpne spørsmål har vi fått innblikk i alle aspektene rundt deltakernes erfaringer og holdninger, og de har fått komme med informasjon og tanker om temaet uten at dette har blitt farget av vår forforståelse (Malterud, 2017, s. 135). Ulemper med intervju som metode kan være at deltakere er mindre villige til å avgi negativt ladede svar ansikt til ansikt. Vi vurderte også faren for at deltakere forsøker å svare "riktig" på spørsmålene, ettersom dette kan gi et feil bilde av situasjonen (Tjora, 2017, s. 150). Under intervjuene forsøkte vi derfor å skape rom for ærlige svar ved å være imøtekommende og interesserte i alt deltakerne fortalte oss.

Varigheten på de gjennomførte intervjuene var noe kortere enn litteraturen tilsier det bør være (Tjora, 2017, s. 113). Det ble satt av 60 minutter til gjennomføring av intervju, men deltakerne brukte kortere tid til å svare på spørsmålene som ble stilt. Dette hadde sammenheng med vår spesifikke problemstilling og begrensninger til hvor mye som kan utdypes på temaet. Noen av deltakerne hadde mer detaljerte historier og digresjoner, mens andre var mer konsise i sine uttalelser. Dette resulterte i forskjellige lengder på intervjuene. Vi har vurdert at dette ikke har vært negativt for forskningsprosjektet, da deltakerne kom med rike og varierte tanker til tross for at tidslengden på intervjuene var kortere.

8.0 Konklusjon

I denne masteroppgaven har vi besvart problemstillingen “Har Covid-19 pandemien ført til endringer i bruk av kirurgisk munnbind hos anesthesi- og operasjonssykepleiere på operasjonsstuen?”. Gjennom intervju med anesthesi- og operasjonssykepleiere har vi fått innblikk i hvilke tanker og holdninger de har til bruk av munnbind generelt og hvordan situasjonen har vært under Covid-19 pandemien.

Vi kan konkludere med at det har skjedd en endring i bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen hos anesthesi- og operasjonssykepleiere etter Covid-19 pandemien. Kirurgisk munnbind blir i mye større grad brukt, og en har det på seg i lengre perioder enn før utbruddet av Covid-19. Det er i tillegg større fokus på kirurgisk munnbind og hvordan det bæres. Tidligere var det forebygging av postoperativ sårinfeksjon og vern av det sterile feltet og utstyret som var i fokus, mens det nå er den generelle tanken om munnbind som smitteverntiltak som står i sentrum. En ønsker å beskytte seg selv og andre mot smitte av Covid-19. Likevel blir det observert ukorrekt bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen også under en pandemi, og vi kan si at våre antakelser om temaet er bekreftet. Nasjonale retningslinjer for bruk av kirurgisk munnbind blir ikke alltid fulgt av alle i det kirurgiske teamet. Vi ser at forskningen på feltet er mangelfull, noe som fører til usikkerhet ved de gjeldende nasjonale retningslinjene. Vi mener likevel det er viktig å ha fokus på korrekt bruk av kirurgisk munnbind for å få den optimale effekten både for å beskytte seg selv og operasjonspasienten, samt ha økt fokus på at vi som helsepersonell er pliktige til å følge de retningslinjene som er satt.

9.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Dette forskningsprosjektet er svært relevant for vår utdanning og vårt arbeid som operasjonssykepleiere, ettersom smittevern og bruk av kirurgisk munnbind er noe som håndteres på daglig basis. Resultatene våre vil ikke føre til endring i praksis, men gi innsikt i hva som rører seg angående temaet og danne grunnlag for videre forskning. Relevant teori viser at det kan få store konsekvenser for både pasienter og kolleger dersom den praktiske bruken av kirurgisk munnbind avviker fra gjeldende retningslinjer. Dette prosjektet har belyst nødvendigheten av mer forskning dersom gjeldende retningslinjer skal endres. Tidligere forskning påpeker også at en videre bør inkludere flere faktorer som kan føre til postoperative sårinfeksjoner hos pasientene (Ogo & Foran, 2020, s. 17). Det vil da være lettere å se hvilken rolle bruk av kirurgisk munnbind spiller når det gjelder nettopp dette. Covid-19 viruset har kun eksistert i litt over ett år, og det er naturlig å tenke at mer forskning på virusets spredningsmekanisme og ulike forebyggende tiltak vil komme. Grunnet prosjektets tidsfrist og omfang valgte vi å inkludere anesthesi- og operasjonssykepleiere. Det vil være interessant dersom det utføres mer kvalitativ forskning på bruk av kirurgisk munnbind der en også inkluderer kirurger og anestesileger, samt sykehus i ulike deler av landet for å observere eventuelle forskjeller.

For videre praksis mener vi det bør rettes større oppmerksomhet mot gjeldende retningslinjer for bruk av kirurgisk munnbind, samt iverksettes tiltak som forbedrer dagens praktisering. Smittevern burde settes like mye i fokus hos både anesthesi- og operasjonssykepleiere, ettersom begge yrkesgrupper jobber pasientnært. Selv om bruk av munnbind for mange sees på som enkelt, observeres fremdeles for mange brudd på retningslinjene. Det bør vurderes ytterligere veiledning for korrekt bruk av kirurgisk munnbind på arbeidsplassen, samt at ansatte blir gjort oppmerksomme på konsekvensene ukorrekt bruk av kirurgisk munnbind kan ha for pasienter og kolleger.

Referanseliste

- Akselsen, P. E. (2018). *Smittevern i helsetjenesten* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- ALNSF. (2016). *ALNSF etiske retningslinjer, standard for klinisk utøvelse, overvåking og utdanning*. <https://docplayer.me/24564535-Alnsf-etiske-retningslinjer-standard-for-klinisk-utovelse-overvaking-og-utdanning.html>
- Andersen, B. M. (2016). *Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus: Del 2: Praksis og teori*. Elefantus forlag.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern (LOV-1977-02-04-4)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Berg, L. P. & Stoltenberg, C. (2019, 31. oktober). *Folkehelseinstituttet*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/Folkehelseinstituttet>
- Bruun, A. M. G. (2011). Anestesisykepleierens kompetanse. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (s. 19-39). Akribe.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021, 7. mai). *Scientific Brief: SARS-CoV-2 Transmission*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/sars-cov-2-transmission.html>
- Chu, D. K., Akl, E. A., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S. & Schünemann, H. J. (2020). Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 395(10242), 1973-1987. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9)
- Dåvøy, G. M. (2018). Faglig skjønn i operasjonssykepleien. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 147-163). Gyldendal akademisk.

- Eide, P. H. & Dávøy, G. M. (2018). Funksjons- og ansvarsområde. I G. M. Dávøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 28-33). Gyldendal akademisk.
- Espe, K. & Hovind, I. L. (2011). Sikring av luftveier. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (s. 224-245). Akribes.
- Folkehelseinstituttet. (2011, 13. april). *Hva er en pandemi*.
<https://www.fhi.no/sv/influensa/influensapandemier/hva-er-en-pandemi/>
- Folkehelseinstituttet. (2019). *Helsetjenesteassosierte infeksjoner, antibiotikabruk (NOIS), antibiotikaresistens (MSIS) og Verdens håndhygienedag (Årsrapport 2018)*.
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/arsrapport-nois-mm_publisertpdf.pdf
- Folkehelseinstituttet. (2020a, 8. februar). *Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19*. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/?term=&h=1>
- Folkehelseinstituttet. (2020b, 7. juli). *Utvikling og godkjenning av koronavaksiner*.
<https://www.fhi.no/sv/vaksine/koronavaksinasjonsprogrammet/utvikling-av-covid-19-vaksine/>
- Folkehelseinstituttet. (2020c, 18. september). *Oppdaterte anbefalinger om bruk av munnbind*. <https://www.fhi.no/nyheter/2020/oppdaterte-anbefalinger-om-bruk-av-munnbind2/>
- Folkehelseinstituttet. (2020d, 30. november). *Avstand, sosial og fysisk kontakt*.
<https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/avstand-kontakter/>
- Hansen, I., Andersen, B. M. & Loraas, L. E. (2018). Hygiene og infeksjonsforebygging. I G. M. Dávøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 233-306). Gyldendal akademisk.

- Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*.
[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf)
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20- 44)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell (LOV-2019-04-10-11)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Herron, J. B. T., Kuht, J. A., Hussain, A. Z., Gens, K. K. & Gilliam, A. D. (2019). Do theatre staff use face masks in accordance with the manufacturers' guidelines of use?. *Journal of infection prevention, 20(2)*, 99-106.
<https://doi.org/10.1177/1757177418815551>
- Høgskulen på Vestlandet. (2020). *Forskningsetikk og personvern i forskning*. Høgskulen på Vestlandet. <https://hvl.no/forskning/forskningsetikk/>
- Høgskulen på Vestlandet. (2021a). *Studieplan - Master i klinisk sjukepleie - Anestesisjukepleie. Kull hausten 2021*. Høgskulen på Vestlandet. <https://hvl.no/studier/studieprogram/2021h/ma-ksa/studieplan/>
- Høgskulen på Vestlandet. (2021b). *Studieplan - Master i klinisk sjukepleie - Operasjonssjukepleie. Kull hausten 2021*. Høgskulen på Vestlandet. <https://hvl.no/studier/studieprogram/2021h/ma-kso/studieplan/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju (3. utg.)*. Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (4. utg.)*. Universitetsforlaget.

- Marson, B. A., Craxford, S., Valdes, A. M. & Ollivere, B. J. (2020). Are facemasks a priority for all staff in theatre to prevent surgical site infections during shortages of supply? A systematic review and meta-analysis. *The Surgeon*. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2020.08.014>
- Martinsen, L. & Brøgger, A. (2021, 31. januar). *Mutasjon*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/mutasjon>
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal.
- Norsk senter for forskningsdata. (2020). *Informasjon til deltakerne*. <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekkliste-for-informasjon-til-deltakerne>
- Norsk senter for forskningsdata. (2021). *Fylle ut meldeskjema for personopplysninger*. <https://nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger>
- NSFLOS. (2008). *Temahefte: Utdyping av operasjonssykepleieres myndighetsområde og funksjonsansvar med funksjonsbeskrivelse*. NSF. [https://docplayer.me/1554693-Temahefte-utdyping-av-operasjonssykepleiere myndighetsomrade-og-funksjonsansvar-med-funksjonsbeskrivelse.html](https://docplayer.me/1554693-Temahefte-utdyping-av-operasjonssykepleiere-myndighetsomrade-og-funksjonsansvar-med-funksjonsbeskrivelse.html)
- Ogo, N. & Foran, P. (2020). The effectiveness and compliance of surgical face mask wearing in the operating suite environment: An integrated review. *Journal of Perioperative Nursing*, 33(4), 11-18. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1105>
- Oksavik, W. S. (2018). Samarbeid i team. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 203-217). Gyldendal akademisk.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11. utg.). Wolters Kluwer.
- Selliden, E. (2010). Is routine use of a face mask necessary in the operating room? *Anesthesiology*, 113(6), 1447. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3181fcf122>

Smittevernloven. (1994). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer* (LOV-1994-08-05-55). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>

Statens Legemiddelverk. (2020, 13. august). *Dette trenger du å vite om medisinsk munnbind*. <https://legemiddelverket.no/medisinsk-utstyr/covid-19-og-medisinsk-utstyr/dette-trenger-du-a-vite-om-medisinske-munnbind>

Svartdal, F. (2020, 3. november). *Holdning*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/holdning>

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder: i praksis* (3. utg.). Gyldendal.

Vincent, M. & Edwards, P. (2016). Disposable surgical face masks for preventing surgical wound infection in clean surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(4), 1-23. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002929.pub3>

World Health Organization. (2018). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277399/9789241550475-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet:

”Anestesi- og operasjonssykepleieres erfaringer og tanker om bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen, sett i lys av Covid-19 pandemien”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke om Covid-19 pandemien har endret anestesi- og operasjonssykepleieres holdninger til og tanker om bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studiens formål er å undersøke om Covid-19 pandemien har endret anestesi- og operasjonssykepleieres holdninger og erfaringer med bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen. Vår problemstilling blir dermed: “Har Covid-19 pandemien ført til endringer i bruk av kirurgisk munnbind hos anestesi- og operasjonssykepleiere på operasjonsstuen?”. Dette er en masteroppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi vil spørre anesthesisykepleiere og operasjonssykepleiere om å delta i prosjektet. For å kunne vurdere holdningsendringer ser vi det som nødvendig at anestesi- og operasjonssykepleierne har jobbet innen kirurgi siden januar 2019.

Ettersom vi ønsker å få frem sykepleiernes erfaringer med bruk av munnbind, ekskluderer vi kirurger og anestesileger, selv om bruk av munnbind også er en stor del av deres arbeidsdag. I dette forskningsprosjektet inkluderer vi to sykehus i Vestland fylke og velger avdelinger innenfor disse sykehusene.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et intervju. Det vil ta deg 30-60 minutter. Intervjuet inneholder spørsmål om bruk av munnbind på operasjonsstuen. Dine svar i intervjuet blir tatt opp med lydopptaker.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. De eneste som utfører intervjuet og har tilgang på personopplysningene er prosjektgruppen, som består av [REDACTED] og [REDACTED]. Alt av personopplysninger som fremkommer av samtykkeskjemaet og lydfilene vil bli oppbevart innelåst. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon, da resultatet av forskningen vil bli anonymisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 26. mai. Lydfilene vil bli slettet og transkribert materiale vil bli makulert etter prosjektets slutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskulen på Vestlandet ved [REDACTED]
[REDACTED] og [REDACTED]
[REDACTED].
- Vårt personvernombud: Anne-Mette Somby, anne-mette.somby@hvl.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på e-post
(personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

[REDACTED] og [REDACTED]

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "Anestesi- og operasjonssykepleieres erfaringer og tanker om bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen, sett i lys av Covid-19 pandemien", og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Semistrukturert intervjuguide

“Har Covid-19 pandemien ført til endringer i bruk av kirurgisk munnbind hos anesthesi- og operasjonssykepleiere på operasjonsstuen?”.

Innledning:

Gir informasjon om studien og om forskningsetiske hensyn

Er du anesthesi- eller operasjonssykepleier?

Hvor lenge har du arbeidet som anesthesisykepleier/operasjonssykepleier?

Har du jobbet på dette sykehuset hele tiden?

Innledende spørsmål:

Hvordan erfarer/oplever du situasjonen med Covid-19 på operasjonsavdelingen?

Tema:

Erfaringer

- Hvordan erfarte du bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen før Covid-19?
- Hvordan er det nå?

Praktisk bruk

- Når mener du det er greit å gå uten kirurgisk munnbind på operasjonsstuen?
 - Har det forandret seg nå?
- Hvordan erfarer du at andre har på seg kirurgisk munnbind på operasjonsstuen?
- Hvordan har tilbudet på kirurgisk munnbind vært under Covid-19?

Endringer

- Er det innført nye rutiner ved bruk av munnbind på avdelingen etter Covid-19. I så fall, hvilke?
- Hva tenker du om disse endringene?
- Hvordan vil du beskrive dine holdninger i forhold til munnbind i dag. Er de endret?

Avslutning:

Er det eventuelle andre tanker du har om temaet som du vil dele?

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Bruk av kirurgisk munnbind på operasjonsstuen før og etter Covid-19-pandemien

Referansenummer

266550

Registrert

10.09.2020 av [REDACTED]

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Solveig Sægrov, solveig.nelly.segrov@hvl.no, tlf: 57677618

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Prosjektperiode

10.09.2020 - 25.05.2021

Status

20.10.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

20.10.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjema med vedlegg 20.10.2020. Behandlingen kan starte.

TAUSHETSPLIKT

Vi minner om at informantene har taushetsplikt, og dermed kun kan uttale seg generelt om sine erfaringer. Informantene må omtale hendelser og erfaringer på en måte som ikke gjør enkeltpasienter identifiserbare, hverken direkte ved bruk av navn eller indirekte gjennom kombinasjoner av bakgrunnsopplysninger. Vi anbefaler at informantene minnes om taushetsplikten i forkant av intervjuene.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 25.5.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!