



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591-O-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	11-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	25-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MKS591 1 O 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	492
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	14730
----------------------	-------

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 *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	13
Andre medlemmer i gruppen:	404

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



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Kontroll og telling for å hindre gjenglemt utstyr i pasientens kropp under operasjon- En kvalitativ studie av operasjonssykepleieres erfaringer

Control and counting to prevent forgotten equipment in the patient's body during surgery- A qualitative study of surgical nurses' experiences

Oda Borgevad Kornerud og Monika Ulleland

MASTER I KLINISK SYKEPLEIE-OPERASJONSSYKEPLEIE

INSTITUTT FOR HELSE OG OMSORGSVITENSKAP

Veileder: Gro Hovland

Innleveringsdato: 24.05.202

Antall ord: 14730

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

I løpet av de siste to årene har vi gjennomført en mastergrad i klinisk sykepleie, med spesialisering innenfor operasjonssykepleiefaget. Det var vært en tidkrevende, men svært lærerik periode. Vi har hatt flere praksisperioder på forskjellige avdelinger, og deltatt på mange ulike inngrep.

Å skrive en masteroppgave ved siden av å være nyutdannet operasjonssykepleier i arbeid har vært tøft, men også veldig kjekt. Vi vil spesielt si stor takk til vår veileder Gro Hovland som har gitt oss svært god hjelp og oppmuntring med denne oppgaven. I tillegg vil vi si takk til Grethe Dåvøy som også har bidratt med god hjelp, og gode råd gjennom skriveprosessen.

Vi ønsker også å takke alle informantene som deltok i studien vår, som delte både personlige, sensitive og nyttige erfaringer og kunnskap. Vi ønsker også å takke operasjonsavdelingen ved sykehuset for tillatelse til å gjennomføre studien.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Under kirurgiske inngrep er det mye utstyr som er i bruk. Operasjonssykepleiere har et stort ansvar med å holde oversikt og kontroll på alt av utstyr som brukes under inngrepet, og utføre kirurgisk telling for å hindre at noe blir gjenglemt i pasientens kropp under operasjon. Gjenglemt utstyr er noe som kan oppstå om ikke operasjonssykepleiere følger prosedyrer og retningslinjer. Forskning viser mange ulike faktorer som vanskeliggjør kirurgisk telling, og som kan forebygges gjennom gode rutiner og godt samarbeid.

Formål: Studiens formål er å se på operasjonssykepleieres erfaring med telling og gjenglemt utstyr. Studien undersøker om ulike kirurgiske avdelinger følger samme prosedyrer for telling, og om de blir utført slik som de skal. Følgende problemstilling som besvares er; *Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med tellerutiner for å hindre at instrumenter og utstyr blir gjenglemt i pasienten kropp?*

Metode: Dette er en kvalitativ studie basert på semistrukturerte dybdeintervjuer av 6 operasjonssykepleiere ved et universitetssykehus i Norge, som har erfaring med gjenglemt utstyr under operasjon. Analyseprosessen tar utgangspunkt i Malterud sin analysemetode; systematisk tekstkondensering.

Funn: Funn i studien viser at kirurgisk telling er noe alle operasjonssykepleierne er opptatt av å forebygge. Det kommer frem hva som er viktig for at operasjonssykepleierne skal klare å følge prosedyrer for telling av kirurgiske gjenstander. Operasjonssykepleierne erfarer blant annet at stress, tidspress, avbrytelser, dårlig kommunikasjon og dårlige holdninger gjør telling vanskelig. Studenter får for stort ansvar for telling av instrumenter, og enkelte utstyr som brukes eksisterer det ikke tellerutiner på. Funn viser at det både er forskjellige tellerutiner på tvers av avdelinger, men også individuelle forskjeller.

Konklusjon: Det kommer frem store forbedringspotensialer for å forebygge at utstyr blir gjenglemt i pasientens kropp. Ulike rutiner fører til usikkerheter, og vanskeliggjør samarbeidet med kollegaer. Det bør være et større fokus på forebyggende tiltak, og å redusere risikofaktorer som gjør telling utfordrende.

Nøkkelord: Gjenglemt utstyr, operasjonssykepleier, pasientsikkerhet, kirurgisk team,
kirurgisk telling, telleprosedyrer

ABSTRACT

Background: During surgical procedures, a lot of equipment is in use. Surgical nurses have a big responsibility to keep track and control of all equipment used during the procedure, and to perform surgical counts to prevent equipment being left in the patient's body. Foreign objects are something that can occur if surgical nurses do not follow procedures and guidelines. Research shows numerous factors that make surgical counting difficult. However, it can be prevented by following established routines. Furthermore, teamwork and dynamics within the team has a great impact.

Purpose: The purpose of this study was to attain knowledge of surgical nurses experiences with counting procedures and foreign objects. The study examines whether different surgical departments follow the same counting procedures, and whether they are performed as they should. The following question to be answered is; *What experiences do surgical nurses have with counting routines to prevent instruments and equipment from being forgotten in the patient's body?*

Method: This is a qualitative study based on semi-structured interviews of 6 surgical nurses at a hospital in Norway, who have experience with forgotten equipment during surgery. The analysis process is based on the analysis method by Malterud's; systematic text condensation.

Findings: Findings in the study reveal that surgical nurses are concerned with foreign objects being left in the patient's body. It emphasizes that it is important for the surgical nurses to be able to follow procedures for counting surgical objects. The surgical nurses experience, among other things, that stress, lack of time, interruptions, poor communication and negative attitudes make counting difficult. The students are given too much responsibility when counting surgical instruments. Furthermore, there is a lack of counting procedures for some equipment. Discoveries showcase both different counting routines across departments, but also individual differences.

Conclusion: The study reveals a great potential for improving the counting process of the surgery, thus preventing surgical equipment being forgotten in the patient's body. Different routines lead to uncertainties, making it difficult to collaborate with colleagues. There should be a focus on preventive measures, reducing factors that increase the risk of making counting challenging.

Keywords: Foreign objects, surgical nurse, patient safety, surgical team, surgical counting, counting procedures

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Tidligere forskning.....	2
1.3 Studiens hensikt og forskningsspørsmål	3
1.4 Oppgavens relevans for operasjonssykepleiefaget.....	3
2.0 Teoretisk referanseramme.....	4
2.1 Det kirurgiske teamet.....	4
2.2 Operasjonssykepleierens rolle	4
2.3 Ikke-tekniske ferdigheter i et tverrfaglig team.....	4
2.4 Kirurgisk samvittighet og kommunikasjon	5
2.5 Gjenglemt utstyr.....	5
2.6 Prosedyre for kirurgisk telling	6
2.6.1 Kompresser, duker og tupfere.....	7
2.6.2 Nåler, knivblader, instrumenter og utstyr	7
2.7 Trygg Kirurgi og “time-out”	8
2.8 Pasientsikkerhet	8
2.9 Juridiske og etiske rammer og retningslinjer	9
3.0 Metode.....	9
3.1 Kvalitativ metode og design	9
3.2 Søkestrategi.....	10
3.3 Utvalg	10
3.3.1 Utvalgsstrategi og tilgang til informanter.....	10
3.3.2 Søknad og godkjenning.....	12
3.3.3 Informert samtykke	12
3.3.4 Intervjuguiden og pilotintervju.....	13
3.3.5 Gjennomføring av intervjuene	13
3.3.6 Vår forforståelse	14
3.4 Analyse	14

3.4.1 Transkribering.....	15
3.4.2 Systematisk tekstkondensering.....	15
3.5 Forskningsetiske vurderinger	18
3.5.1 Personvern.....	18
3.5.2 Etske betraktninger	18
4.0 Funn	19
4.1 Ulik gjennomføring av prosedyrer og ikke alt blir talt.....	20
4.1.1 Tellerutiner blir praktisert ulikt	20
4.1.2 Å ha kontroll på innhold i rister, ristlister og ekstrainstrumenter	22
4.1.3 Ingen prosedyre for telling av preparat-poser	23
4.2 Variasjon i utførelse av sjekklister	24
4.2.1 Time-out blir utført unøyaktig og kommer ofte før telling.....	24
4.2.2 Manglende respekt for time-out	26
4.3 Faktorer som gjør telling utfordrende og truer pasientsikkerheten	27
4.3.1 Støy og avbrytelser på operasjonsstuen.....	27
4.3.2 Stress og tidspress	27
4.3.3 Individuell oppdekning av assistansebordene og bytting av personale under operasjon øker faren for feil.....	28
4.4 Å stå alene med et stort ansvar for pasientsikkerheten	29
4.4.1 Operasjonssykepleierne opplever et personlig ansvar for telling	29
4.4.2 Betydning av støtte fra kollegaer og å tørre å si ifra	30
4.4.3 Manglende retningslinjer for studenter sitt ansvar for telling	31
4.4.4 Holdninger og respekt for hverandres arbeidsoppgaver.....	33
4.4.5 Opplevelsen når noe går galt.....	34
5.0 Diskusjon	35
5.1 Ulik gjennomføring av prosedyrer og ikke alt blir talt.....	35
5.1.1 Tellerutiner blir praktisert ulikt	35
5.1.2 Å ha kontroll på innhold i rister, ristlister og ekstrainstrumenter	36
5.1.3 Ingen prosedyre for telling av preparat-poser:	37

5.2	Variasjon i utførelsen av sjekklister	38
5.2.1	Time-out blir utført unøyaktig og kommer ofte før telling.....	38
5.2.2	Manglende respekt for time-out	39
5.3	Faktorer som gjør telling utfordrende og truer pasientsikkerheten	39
5.3.1	Støy og avbrytelser på operasjonsstuen.....	39
5.3.2	Stress og tidspress	40
5.3.3	Individuell oppdekning av assistansebordene og bytting av personale under operasjon øker faren for feil.....	41
5.4	Å stå alene med et stort ansvar for pasientsikkerheten	42
5.4.1	Operasjonssykepleierne opplever et personlig ansvar for telling	42
5.4.2	Betydning av støtte fra kollegaer og å tørre å si ifra	42
5.4.3	Manglende retningslinjer for studenter sitt ansvar for telling	43
5.4.4	Holdninger og respekt for hverandres arbeidsoppgaver.....	44
5.4.5	Opplevelsen når noe går galt.....	46
6.0	Metodekritikk.....	47
6.1	Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.....	47
6.2	Datainnsamling og utvalg	48
7.0	Konklusjon.....	49
8.0	Implikasjoner for praksis og videre forskning	50
	Litteraturliste	51
	Vedlegg	55
	Vedlegg I - Søknad til sykehusledelsen.....	55
	Vedlegg II - Informasjonsskriv til informanter	60
	Vedlegg III - Samtykkeskjema	66
	Vedlegg IV - Intervjuguide	67
	Vedlegg V – Søketabell	69
	Vedlegg VI - Utdrag fra analysen	70
	Vedlegg VII - Eksempel på "Trygg Kirurgi" sjekkliste	71

Tabeller og figurer

Figur 1: Oversikt over gjenglemt utstyr fra Norsk pasientskadeerstatning

Tabell 1: Utvalg av informanter til studien

Tabell 2: Oversikt over hovedtema og undergrupper fra analyseprosessen

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hvert år behandler norsk pasientskadeerstatning (NPE) ulike saker der kirurgisk utstyr har blitt glemt igjen i pasienten sin kropp under operasjon. Vi tok direkte kontakt med NPE som kunne rapportere om 51 tilfeller av gjenglemt kirurgisk utstyr mellom 2016-2020 i norske sykehus (NPE, 2021). Av disse tilfellene fikk 29 av de medhold, og det ble utbetalt totalt 6 millioner kroner i erstatning. Alt av kirurgiske instrumenter og utstyr som brukes under operasjon har en risiko for å bli gjenglemt i pasienten sin kropp, og kan forårsake infeksjoner, smerte, reoperasjoner og forlenget sykehusopphold (Fencl, 2016). Dårlig samarbeid og kommunikasjon i temaet, samt risikofaktorer som overvekt, akutte og kompliserte inngrep og stort blodtap øker også sjansen for at utstyr kan bli gjenglemt (Helsebiblioteket, 2017).

Under vår masterutdanning har vi hatt praksis på forskjellige operasjonsavdelinger. Vi har observert at prosedyrer for telling utføres forskjellig i de ulike avdelingene til tross for eksisterende prosedyrer. Det er også ulike faktorer på operasjonsstuen som påvirker operasjonssykepleiernes gjennomføring av prosedyrene. Dette blir underbygget av tidligere forskning (D´Lima et.al, 2014; Fencl, 2016; Oksavik et al., 2021b). Flere seksjoner har også en standard oppdekking av instrumentbordene for å redusere risikoen for gjenglemt utstyr ved bytte av personale i det sterile feltet. Til tross for at det er standard oppdekking finnes det individuelle forskjeller (Fencl, 2016).

Gjenglemt utstyr i pasientens kropp er noe som skal forebygges gjennom gode rutiner (Fencl, 2016). World Health Organization (WHO) har 10 mål for trygg kirurgi. Ett av målene er *“å forebygge at kompresser og kirurgiske instrumenter blir glemt igjen i operasjonsfeltet”*. WHO anbefaler at alle operasjonsavdelinger har retningslinjer for kontroll og telling av kirurgiske instrumenter og utstyr, der det nøye må spesifiseres hvem som skal gjøre dette og hvordan (Haugen & Dåvøy, 2018, s.186-188). I Norge er det publisert én anbefalt nasjonal prosedyre for kirurgisk telling som blir brukt i norske sykehus (Helsebiblioteket, 2017). Selv

om alle medlemmene i det kirurgiske teamet har et felles ansvar for å forebygge gjenglemt utstyr, har operasjonssykepleiere et spesielt ansvar for å telle og holde kontroll på gjenstander som blir brukt under operasjon (Oksavik et al., 2021b).

1.2 Tidligere forskning

Kirurgisk telling inngår i operasjonssykepleierens ansvars og funksjonsområdet, men et godt tverrfaglig samarbeid på operasjonsstuen er viktig for å redusere risikofaktorer for gjenglemt kirurgisk utstyr (Oksavik et al., 2021b; Fencel, 2016). Oksavik et al. (2021b) viser at det er usikkerheter blant operasjonssykepleierne når det gjelder eksistens og bruk av prosedyrer for telling av kirurgisk utstyr. Det er også usikkerhet og variasjoner i gjennomføringen av telleprosedyrene. Oksavik et al. (2021b) observerte at kirurgisk telling ikke ble foretatt ved alle kirurgiske inngrep, og D´Lima et al. (2014) viste at effektiv og korrekt telling var avhengig av kollegers holdninger og prioritering av telleprosedyrene.

Flere studier beskriver "å ikke ha nok tid" til å gjennomføre kirurgisk telling som en uttalt faktor for at pasientsikkerheten trues (Oksavik et al., 2021b; Rowland & Steeves, 2010; Smith & Burke, 2014). Høyt tempo, hektisk drift og tidspress bidrar til at telleprosedyrene blir gjennomført ukorrekt, og gjør at operasjonssykepleierne føler at pasientsikkerheten ikke blir ivaretatt (Rowland & Steeves, 2010). Bytting av personale og avbrytelser i tellingen er gjentakende faktorer som kan bidra til gjenglemt utstyr (D´Lima et al., 2014; Fencel, 2016; Oksavik et al., 2021a; Rowland & Steeves, 2010). Videre har atmosfæren i operasjonsstuen og respekten for hverandres arbeidsoppgaver påvirkning på hvordan det kirurgiske team kommuniserer og samhandler gjennom operasjonen (Oksavik et al., 2021a). Studier viser at operasjonssykepleiere må ha mot og ta ansvar for å melde fra om feil, og mer erfaring i yrket styrker forståelse og tilliten for å ta kontroll over gjennomføringen av tellingen (D´Lima et al., 2014; Oksavik et al., 2021a). Videre viser Oksavik et al. (2021a) at uerfarne operasjonssykepleiere og studenter vegrer seg mer for å melde fra om feil.

Oppsummert viser forskningen at faktorer som støy og avbrytelser under kirurgisk telling, erfaring, kommunikasjon, holdninger, kirurgisk drift og mangel på standardisering bidrar til å

øke risikoen for gjenglemt utstyr (D´Lima et al., 2014; Fencel, 2016; Oksavik et al., 2021b; Rowland & Steeves, 2010; Smith & Burke, 2014)

1.3 Studiens hensikt og forskningsspørsmål

Studiens hensikt er å utforske operasjonssykepleiere sine erfaringer med kirurgisk telling og gjenglemt utstyr. Vi ønsker å sette fokus på hvordan operasjonssykepleierne opplever telling, hvilke faktorer som øker faren for at utstyr kan bli gjenglemt, og hva som må til for at telling blir utført på en sikker måte.

På bakgrunn av dette har vi kommet frem til følgende forskningsspørsmål:

Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med tellerutiner for å hindre at instrumenter og utstyr blir gjenglemt i pasientens kropp?

1.4 Oppgavens relevans for operasjonssykepleiefaget

Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse (NSFLOS, 2015) viser til ansvaret for å ivareta pasientsikkerhet og utføre faglig forsvarlig pasientbehandling. En skal forebygge ytterligere skade og lidelse ved å ha forsvarlig kontroll og håndtering av instrumenter, kompresser m.m, samt medisinsk teknisk utstyr.

Vi ser på dette som et viktig og aktuelt tema som bør være i fokus både for å bidra til økt pasientsikkerhet, men også fremheve viktigheten av kirurgisk telling, samt utfordringer knyttet til gjennomføring av tellerutinene.

2.0 Teoretisk referanseramme

2.1 Det kirurgiske teamet

Et kirurgisk team består hovedsakelig av anestesilege, anestesisykepleier, kirurg og operasjonssykepleier. Alle har fagspesifikke definerte oppgaver som skal koordineres med hverandre. Teamet deler et felles mål og ansvar, og er avhengige av hverandres arbeidsoppgaver og kunnskap. Medlemmene arbeider tett sammen gjennom flere timer og et godt samarbeid stiller krav til medlemmenes kompetanse, holdninger og evne til sosial samhandling (Oksavik, 2018, s. 203).

2.2 Operasjonssykepleierens rolle

En operasjonssykepleier har som oppgave å assistere kirurgene under kirurgiske prosedyrer og undersøkelser, og å koordinere driften på operasjonsstuen (Eide & Dåvøy, 2018, s. 28). Operasjonssykepleierens sentrale oppgaver er delt i to funksjoner: den sterilt assisterende rollen og den koordinerende rollen. Den sterilt assisterende operasjonssykepleieren har ansvar for det sterile feltet, har kompetanse om instrumenter og utstyr, og deltar under den kirurgiske prosedyren. Den koordinerende operasjonssykepleieren har ansvar for operasjonsstuen, å forsyne operasjonsteamet med utstyr, og et ansvar for å overvåke pasienten (Eide & Dåvøy, 2018, s. 31). Operasjonssykepleiere har et ansvar for å holde seg faglig oppdatert på forskning og utvikling innenfor fagområdet, og sørge for at dette blir anvendt i praksis. I tillegg skal operasjonssykepleieren utføre helhetlig omsorg, fremme helse og forebygge skade og sykdom (NSF, u.å).

2.3 Ikke-tekniske ferdigheter i et tverrfaglig team

Over halvparten av rapporterte uheldige hendelser på operasjonsstuen kan relateres til ikke-tekniske ferdigheter. Operasjonssykepleieren skal ha tekniske ferdigheter som steril

oppdekning, telling av kompresser og klargjøring av kirurgiske instrumenter. Samtidig har studier vist betydningen av ikke-tekniske ferdigheter som situasjonsforståelse, beslutningstaking, kommunikasjon og teamarbeid for å ivareta pasientsikkerheten og redusere uønskede hendelser (Rasmussen et al., 2015; Siu et al., 2016). Ikke-tekniske ferdigheter er viktig for at medlemmer i det kirurgiske team som har ulik kompetanse og yrkesbakgrunn, skal ha et godt tverrfaglig samarbeid og løse oppgaver i kritiske situasjoner (Rasmussen et al., 2015, s. 3)

2.4 Kirurgisk samvittighet og kommunikasjon

Kirurgisk samvittighet er en etisk væremåte som fremmer pasientsikkerheten ved at man prøver å gjøre det rette i alle situasjoner, og er knyttet til det fagspesifikke. Det er en egenartet følelse av behag eller ubehag, der en personlig opplever sine egne handlinger som moralsk rett eller gale (Dåvøy, 2018, s.199-200). Kirurgisk samvittighet kan sees på den individuelle pleien operasjonssykepleieren gir til pasienten, men også hva det kirurgiske teamet står inne for (Dåvøy, 2018, s.200).

Et godt og konstruktivt tverrfaglig samarbeid i det kirurgiske teamet fremmer en god atmosfære, der det er større forståelse for å korrigere hverandre (Johannesen et al., 2015, s. 10). For at det ikke skal oppstå for mye støy eller virke forstyrrende, må medlemmene i det kirurgiske teamet være observant på hvilket tidspunkt en kan prate og når en bør være stille. En må være tydelig i kommunikasjonen for å unngå misforståelser, og være bevisst på egen fremtoning slik at alle føler seg trygg på å si ifra hvis en opplever at pasientsikkerheten blir truet (Oksavik, 2018, s. 203-205).

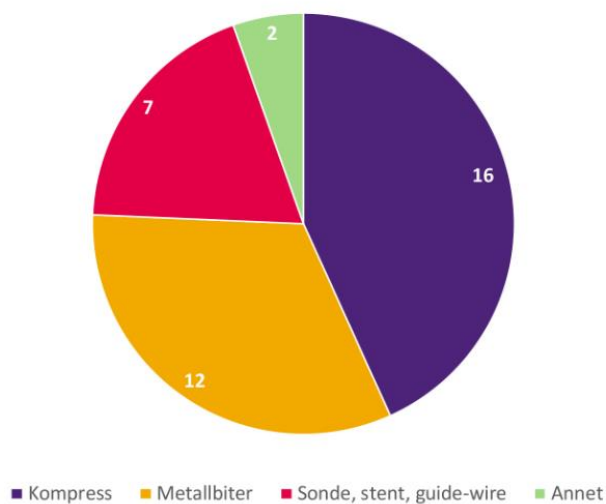
2.5 Gjenglemte utstyr

Gjenglemte utstyr blir definert som enhver kirurgisk kompress, instrument, verktøy eller enhet som utilsiktet blir etterlatt i pasienten i forbindelse med et kirurgisk inngrep (Oksavik

et al., 2021b). Gjenglemt utstyr er en sjelden, men alvorlig feil som kan forebygges. Derfor er det kirurgiske teamet både etisk og moralsk forpliktet til å beskytte pasienter for å hindre at utstyr blir glemt igjen (Fencl, 2016).

Statistikk fra Norsk Pasientskadeerstatning viser at kompresser og tupfere utgjør de fleste tilfeller hvor utstyr blir etterlatt i pasientens kropp. Metallbiter som nåler, klips, biter av instrument i tillegg til stenter, guide-wire og sonder er også instrumenter som blir rapportert gjenglemt (NPE, 2019).

Figur 1: Oversikt over gjenglemt utstyr fra Norsk pasientskadeerstatning



(NPE, 2019).

2.6 Prosedyre for kirurgisk telling

Helsebiblioteket (2017) har publisert en anbefaling av kirurgisk telling for alle norske sykehus. Prosedyren gjelder for alle kirurgiske inngrep, og skal bidra til kvalitetsforbedring og standardisering av kontrollrutiner for utstyr som kompresser, tupfere, nåler, instrumenter o.l. Steril utøvende operasjonssykepleier og koordinerende operasjonssykepleier er ansvarlige for selve gjennomføringen av kirurgisk telling, som skal gjennomføres i forhåndsdefinert rekkefølge; før inngrepet starter, før lukking av hulrom i abdomen, før

lukking av fascie og før lukking av hud. Kirurgisk telling skal også utføres ved bytte av personale i feltet (Helsebiblioteket, 2017).

Under kirurgisk telling skal alt av støy og avbrytelser reduseres, og andre oppgaver skal ikke skje samtidig som tellingen (Helsebiblioteket, 2017). Helsebiblioteket (2017) påpeker at ufullstendig dokumentasjon er medvirkende årsak til at gjenglemte utstyr oppstår.

2.6.1 Kompresser, duker og tupfere

Kompresser skal være skilt fra hverandre under telling og være godt synlig for både den sterile- og koordinerende operasjonssykepleier. Alle kompresser som skal brukes i pasienten under et inngrep skal inneholde røntgentråd. Kompressene kontrolleres umiddelbart når de tas ut av pakningen for å kontrollere riktig antall kompresser i en pakke. Det samme gjelder tupfere og duker (Helsebiblioteket, 2017).

2.6.2 Nåler, knivblader, instrumenter og utstyr

Steril forpakning av nåler beholdes av sterilt utøvende operasjonssykepleier. Når nålen er brukt plasseres den i nåleboksen sammen med den sterile forpakningen. Ved telling kontrollerer sterilt utøvende operasjonssykepleier og koordinerende operasjonssykepleier antall nåler og forpakninger opp mot hverandre. Knivblader og annet utstyr som ikke har steril forpakning beholdes av koordinerende operasjonssykepleier. Instrumenter telles av sterilt utøvende operasjonssykepleier opp mot ristlisten før og etter inngrepet for å kontrollere at antallet stemmer. Instrumenter som blir åpnet utenom ristene skal registreres og dokumenteres av koordinerende operasjonssykepleier på eget skjema. Avvik i ristlisten skal også dokumenteres (Helsebiblioteket, 2017).

2.7 Trygg Kirurgi og “time-out”

I 2008 ble sjekklisten for Trygg Kirurgi lansert av Verdens Helseorganisasjon (WHO). Sjekklisten som også presenteres som “time-out” er en del av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet, og har bidratt til reduksjon i dødelighet og komplikasjoner ved kirurgi. Under operasjoner skal sjekklisten utføres på tre kritiske punkter; umiddelbart før innledning, før start av knivtid og avslutningsvis før hovedoperatør forlater stuen (Vedlegg VII). Hele det kirurgiske teamet skal ha oppmerksomheten rettet mot personen som leser sjekklisten, som oftest er den koordinerende sykepleier (Helsebiblioteket, 2017).

2.8 Pasientsikkerhet

I denne studien står begrepet pasientsikkerhet svært sentralt. Pasientsikkerhet defineres på følgende måte: *“Pasienter skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme”* (Saunes et al., 2010). Pasientsikkerhet er i dag knyttet til rettslige krav som blant annet helsepersonelloven (Haugen & Dåvøy, 2018, s. 178).

Helsetjenesten består av kompetent personell som utfører god behandling med høy kvalitet. Men svikten skjer ofte ved at systemene ikke tar godt nok hensyn når det gjelder risikoen for menneskelig svikt som kan oppstå (I trygge hender 24-7, 2016). Ifølge pasientsikkerhetsprogrammet vil dette være lettere om helsetjenesten legger til rette slik at det blir en kultur for det. En kultur som er preget av holdninger og rutiner, og et godt samspill mellom ledere og ansatte. Det krever åpenhet for læring og en bevissthet om hva som skal til for å forhindre unødvendig skade (I trygge hender 24-7, 2016).

2.9 Juridiske og etiske rammer og retningslinjer

Utøvelse av faglig forsvarlig helsehjelp er et av de rettslige hovedprinsippene.

Helsepersonelloven lovfester at operasjonssykepleieren skal utføre faglig og omsorgsfull hjelp på grunnlag av egne kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen generelt (Helsepersonelloven, 2001, § 4). Spesialisthelsetjenestelovens (2001, § 2-2) formål er å sikre tjenestetilbudets kvalitet og plikter til at utøvelsen av helsehjelp skal gjennomføres forsvarlig. Rammeplanen for videreutdanning i operasjonssykepleie bidrar til å sikre forsvarlig yrkesutøvelse ved at rammeplanen setter nasjonale krav til hvilke kunnskaper og kvalifikasjoner operasjonssykepleieren skal ha ved endt utdanning. Operasjonssykepleieren må blant annet følge nasjonale retningslinjer og ha kunnskap om forebyggende tiltak for gjenglemte utstyr (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Etikk har historisk sett stått sentralt i sykepleierens yrkesrolle, og med tiden har det blitt utviklet et generelt verdigrunnlag og normsett som beskriver hva handlingene til sykepleiere skal være styrt av (Molven, 2019, s. 68). Yrkesetiske retningslinjer er utarbeidet for å gi en retning på god praksis, og bygger på at grunnlaget for all sykepleie skal baseres på respekt for menneskerettigheter, kunnskap, omsorg og barmhjertighet (NSF, u.å.). Formålet med lovene og de yrkesetiske retningslinjene bygger på mye av det samme. Én hovedforskjell er at mens lovene forteller hva som *skal* eller *kan* gjøres, angir de etiske retningslinjene hva som *bør* gjøres (Molven, 2019, s. 68).

3.0 Metode

3.1 Kvalitativ metode og design

For å besvare forskningsspørsmålet benytter studien kvalitativ metode, med kvalitativt dybdeintervju som studiedesign. Gjennom operasjonssykepleieres erfaringer ønsker studien å belyse forhold som kan påvirke gjennomføringen av kirurgisk telling, og om disse bidrar til å øke risikoen for gjenglemte utstyr. Ved å bruke kvalitativ metode i oppgaven vil vi kunne få

mer helhetlig forståelse og mer kunnskap om operasjonssykepleiernes egne erfaringer, tanker og opplevelser (Malterud, 2017, s. 38). Denne måten å forske på kan styrke vår forståelse for personers opplevelser, og hvorfor operasjonssykepleierne gjør som de gjør (Malterud, 2017, s. 31). Studiens datainnsamling består av primærdata fra 6 dybdeintervjuer. Innhenting av primærdata ble utført mellom november 2021 til februar 2022.

3.2 Søkestrategi

Før vi startet med masteroppgaven undersøkte vi hva som fantes av tidligere forskning om temaet "gjenglemt utstyr". Studien ønsket å inkludere artikler publisert fra 2012 t.o.m 2022. For å finne relevante forskningsartikler ble det utført søk i databaser som Cinahl, pubMed og Google Scholar. Følgende søkeord ble benyttet: "operation nurse", "surgical instruments", "surgical sponges", "gossypiboma", "foreign object", "foreign instruments", "patient safety", "qualitative study", "communication", "surgical team", "surgical count", "non-technical skills" and "retained surgical items".

For å sammenlikne våre funn med tidligere forskning ønsket vi å fokusere på kvalitative studier. Under søkeprosessen fant vi en del forskning som omhandlet årsaker til og forebygging av gjenglemt utstyr, men lite kvalitativ forskning sett fra operasjonssykepleiernes erfaringer og opplevelser (Vedlegg V). Vi fant kun to relevante kvalitative studier fra Norge, begge av samme forfattere. Dette viser at det er mangel på kvalitativ forskning om dette temaet, både på verdensbasis, men også i Norge.

3.3 Utvalg

3.3.1 Utvalgsstrategi og tilgang til informanter

I en kvalitativ studie er det essensielt at informantene har erfaring med problemstillingen. Ettersom ønsket var å undersøke operasjonssykepleieres erfaring med gjenglemt utstyr, har

studien valgt et strategisk utvalg (Malterud, 2017, s. 61-63). Vi som forskere var oppmerksomme på at det kunne være vanskelig å rekruttere informanter til studien da gjenglemt utstyr er noe som sjeldent oppstår, i tillegg til at det er et sensitivt tema. For å rekruttere informanter til studien tok vi kontakt med avdelingssykepleier og fagsykepleier via e-post på flere av operasjonsavdelingene på sykehuset. Vi etterspurte deres hjelp til å rekruttere informanter som hadde erfaring med gjenglemt utstyr, men vi opplevde liten respons. Deretter tok vi direkte kontakt med avdelingssykepleier fra ulike operasjonsavdelinger under praksisperiodene våre, og ba om tillatelse til å ta kontakt med operasjonssykepleiere med relevant erfaring. Vi fikk positivt svar, og fikk tilsendt e-postadressen til aktuelle operasjonssykepleiere. De ble kontaktet med vedlagt informasjonsskriv, og spørsmål om å delta (Vedlegg II). Vi fikk god respons og positiv tilbakemelding fra de vi sendte e-post til. Vi kom i kontakt med informanter som hadde erfart ulike situasjoner der gjenstander ble gjenglemt. Tre av informantene hadde opplevd situasjonen når de var studenter i praksis. Vi valgte derfor å inkludere både operasjonssykepleiere som var studenter under hendelsen, eller var ferdig utdannet når hendelsen oppstod.

Det ble rekruttert informanter fra forskjellige avdelinger på sykehuset.

Operasjonsavdelingene som ble inkludert utfører elektive og øyeblikkelig hjelp operasjoner. Både store, åpne og mindre inngrep ble inkludert.

Det var informasjonsstyrken i intervjuene som la grunnlag for hvor mange informanter vi ville rekruttere. Etter seks intervjuer vurderte vi datamaterialet som rikt og utfyllende (Malterud, 2017, s. 63).

Inklusjonskriterier for studien var:

- Operasjonssykepleiere med autorisasjon som er ansatt ved valgt sykehus
- Informantene må personlig ha opplevd en situasjon med gjenglemt utstyr
- Alle typer kirurgiske inngrep
- Menn og kvinner

Utvalget er presentert i tabellen nedenfor:

Tabell 1: Utvalg av informanter til studien

<i>Intervjuobjekt</i>	<i>Rolle ved hendelse</i>	<i>Gjenglemt utstyr</i>	<i>År/erfaring ved intervju</i>
A	Operasjonssykepleier	Bulldogg	19 år
B	Student	Preparat-pose	1 år
C	Student	Preparat-pose	0,5 år
D	Student	Peang	2 år
E	Operasjonssykepleier	Kompress	8 år
F	Operasjonssykepleier	Kompress	1 år

3.3.2 Søknad og godkjenning

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) - meldeskjema 234267. Det ble også sendt inn vurderingsmelding til Regional Etisk Komitè (REK) - referansenummer 366996, som vurderte at studien ikke var meldepliktig ettersom den ikke skulle inneholde personopplysninger.

Før vi startet prosessen med å gjennomføre intervjuene ble det sendt inn søknad til sykehusledelsen og til seksjonsleder ved gjeldende avdelinger, om tillatelse til å gjennomføre studien. Søknaden inneholdt informasjon om bakgrunnen for utførelse av studien, planen for studien og tiltak for ivaretagelse av informantenes anonymitet og kontaktopplysninger (Vedlegg I).

3.3.3 Informert samtykke

Personopplysningsloven (2018) stiller krav om samtykke for deltakelse i en studie. Om det er mulighet for at informantene kan identifiseres i studien, skal de samtykke til å delta. Samtykket skal være frivillig, informert og dokumenterbart. Et frivillig samtykke betyr at samtykket er gitt med egen valgfrihet uten ytre press (NESH, 2021). Vi som forskere skal

kunne bevise at samtykket er gitt, og har derfor valgt at informantene skal gi samtykke skriftlig (Johannesen et al., 2015), (Vedlegg III). Samtykkeskjema inneholder konkret informasjon om forskningsprosjektet (Helseforskningsloven, 2008, § 13). Det inneholdt opplysninger om hvem og hva informanten samtykker til, og hva samtykket omfatter. Skjemaet inneholdt også informasjon om hvordan informantenes identitet ble bevart, og at deltakelsen var frivillig (Vedlegg III). Selv om informantene hadde gitt samtykke om å delta, ble de informert om at de kunne trekke seg når som helst.

3.3.4 Intervjuguiden og pilotintervju

Studien har valgt å bruke semistrukturerte individuelle intervjuer med intervjuguide som datainnsamlingsmetode (Vedlegg IV). Intervjuguiden ble opprettet før intervjuprosessen og inneholdt deltemaer som var sentrale for forskningsspørsmålet, med underspørsmål for å utdype de forskjellige temaene (Johannesen et al., 2015, s. 149). Intervjuguiden ble brukt som et redskap under intervjuene, men den semistrukturerte metoden tillot oss å komme med tilleggsspørsmål for å få grundigere og mer utdypende svar på spørsmål som var relevante for studiens forskningsspørsmål. Avslutningsvis inneholdt intervjuguiden store, åpne spørsmål som gav informantene mulighet til å komme med en sammenfattende kommentar, eller å reflektere over synspunkter som var kommet frem (Johannesen et al., 2015, s. 152).

Før intervjuprosessen startet ble det utført et pilotintervju der intervjuguiden ble testet. Pilotintervjuet ble utført på en medstudent og intervjuguiden ble fulgt konkret. Målet var å undersøke om intervjuguidens innhold ville gi oss svar på forskningsspørsmålet. Vi fikk da svar på hvilke spørsmål som fungerte godt, og hvilke som kunne elimineres.

3.3.5 Gjennomføring av intervjuene

Det ble brukt båndopptaker under intervjuene, og det var derfor viktig at intervjuet ble gjennomført på et sted uten støy og forstyrrelser. Intervjuene ble enten gjennomført i et

møterom på operasjonsavdelingen eller i et grupperom på høyskolen. Vi var begge til stede under intervjuene, og det ble byttet på hvem som ledet intervjuet og hvem som var observatør. Båndopptaker ble brukt samtidig som vi noterte stikkord som var relevante. På denne måten sikret vi at dataene ble korrekte og at viktig informasjon ikke gikk bort.

Intervjuene startet med en introduksjon av oss selv, og informasjon om studiens hensikt. Informantene fikk muligheten til å komme med spørsmål før intervjuet startet. For å skape en avslappet situasjon startet intervjuet med enkle og korte spørsmål om informantenes erfaring i yrket. Intervjuet ble avsluttet med åpne spørsmål der informantene kunne komme med egne innspill eller tilleggsinformasjon utenom spørsmålene som ble stilt.

Intervjuene ble utført mellom november 2021 og februar 2022. Varighet på intervjuene var mellom 18- 44 minutter.

3.3.6 Vår forforståelse

I kvalitative studier er det viktig å være bevisst på hvordan forforståelsen kan påvirke studien. Forforståelsen vår gir oss en faglig forståelse og motivasjon til å utføre studien. Under intervjuene kan vår forforståelse påvirke måten vi opplever og tolker det som kommer frem, ettersom en kan ha egne erfaringer og perspektiver om tema som blir tatt opp. Dette kan føre til at datainnsamlingen blir upålitelig (Malterud, 2017, s. 45). Her måtte vi legge vår forforståelse til side, slik at det ikke kom til hinder både under utførelse av intervjuene, men også ved analyse av datamateriale. Når en analyserer innhentet materiale er det viktig å utvikle alternative fortolkninger for å skape avstand til egen forforståelse og motvirke en ensidig tolkning (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 268).

3.4 Analyse

Analysen i en kvalitativ studie kan få frem flere alternative og gyldige tolkninger av materialet, og det ble gjort en vurdering på hvilken tolkning som kom til å gi best mulig

resultater som var relevant for studiens forskningsspørsmål. Studien har derfor valgt en tverrgående måte å analysere på, i motsetning til å analysere i en fastlåst lineær prosess (Malterud, 2017, s. 115). I en tverrgående retning vil likhetstrekk, forskjellige erfaringer, holdninger og følelser fra flere informanter bli tolket og sammenfattet (Malterud, 2017, s. 93-94).

Studien har valgt systematisk tekstkondensering som analysemetode, og tar utgangspunkt i Kirsti Malterud sine fire hovedfaser for analyse av meningsinnhold.

3.4.1 Transkribering

Målet med transkripsjon er å skrive innholdet ned i tekstformat og prøve å formidle samtalen slik at meningsinnholdet stemmer overens med det informanten ville meddele (Malterud, 2017, s. 78). Vi var opptatt av at begge forskerne var til stede under alle intervjuene, og at transkriberingen ble utført av personen som intervjuet informanten. Den som utførte intervjuet hadde da en direkte dialog med informanten, fikk med seg alle ansiktsuttrykk og lettere kunne tolke det som blir formidlet. Transkribering av lydopptakene ble gjennomført samme dag som hvert enkelt intervju ble utført, for å sikre at lydopptakene ikke gikk tapt i mellomtiden. Vi transkriberte alle lydopptakene selv.

3.4.2 Systematisk tekstkondensering

Systematisk tekstkondensering gir nybegynnere en enkel innføring i hvordan en analyseprosess skal gjennomføres på en systematisk og god måte (Malterud, 2017, s. 97). Ettersom vi er uerfarne forskere så vi med fordel å velge en slik veibeskrivende måte for analyse. Med denne analysestrategien går vi ikke bredt ut med et stort antall temaer eller koder, men organiserer det med begrensede temaer som deretter vil utvikles videre til subgrupper (Malterud, 2017, s. 96).

Hovedstrukturen i systematisk tekstkondensering baserer seg på å analysere gjennom fire trinn:

1. *Trinn: Å danne seg et helhetsinntrykk*
2. *Trinn: Identifisere meningsbærende enheter*
3. *Trinn: Abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene*
4. *Trinn: Syntese - Sammenfatte betydning*

(Malterud, 2017, s. 98)

Trinn 1 - Helhetsinntrykk

Det første trinnet handler om å bli kjent med materialet (Malterud, 2017, s. 99). Vi startet med å lese gjennom det transkriberte materialet, og forsøkte å få en helhetlig forståelse. Når vi leste gjennom materialet flere ganger fikk vi nye ideer og inntrykk. Vi skrev ned stikkord som kunne hjelpe oss å komme frem til temaer som var viktig for vårt forskningsspørsmål. Vi benyttet samme fremgangsmåte ved alle intervjuene. Når vi hadde fått et overblikk i materialet, kunne vi begynne å sortere ut hvilke tema vi ville ta med videre i analysen (Malterud, 2017, s. 99-100). Temaene vi kom frem til var: Tellerutiner, prosedyrer, timeout, stress og tidspress, kommunikasjon, studenter og mot til å si ifra.

Trinn 2 - Meningsbærende enheter

I det andre trinnet skulle vi organisere det vi ville studere videre (Malterud, 2017, s.100). Vi leste teksten systematisk, linje for linje, og sorterte ut materiale ved å trekke ut meningsbærende enheter som kunne belyse vår problemstilling. Disse samlet vi i forskjellige kodegrupper. Et eksempel på en meningsbærende enhet vi hentet ut: *“Hvis vi skal telle samtidig som kirurgene trenger ting så blir det vanskelig å ha oversikt over alt”*. Denne meningsbærende enheten samlet vi under kodegruppen *“Faktorer som påvirker telling”*. Hver kodegruppe representerer ulike sider av problemstillingen, og målet med denne type koding er å sortere alle meningsbærende enheter i vårt materiale (Malterud, 2017, s. 101). Når vi leste gjennom teksten systematisk og hadde hentet ut alle meningsbærende enhetene, kom vi frem til følgende koder: Faktorer som påvirker telling, kommunikasjon,

tellerutiner/kontrollrutiner og time-out. Disse kodene ble markert i ulike farger, og de meningsbærende enhetene fikk farger ut ifra hvilken kode de tilhørte.

Trinn 3 - Kondensering

I dette trinnet skal de meningsbærende enhetene abstraheres (Malterud, 2017, s. 105). Vi hadde nå kommet frem til mange meningsbærende enheter som hadde ulike beskrivelser innenfor den samme koden. Når vi nå skulle gå videre til kondenseringsprosessen, samlet vi de meningsbærende enhetene som beskrev mye av det samme, og sorterte de videre i subgrupper innenfor samme koden. Vi kom her frem til flere subgrupper innenfor samme kode. Måten vi kom frem til disse subgruppene var at vi begge leste gjennom tekst vi hadde fordelt under kodegruppene, og skrev ned stikkord som vi så på som relevante og viktige.

I denne kondenseringsprosessen ble tekst fra de meningsbærende enhetene skrevet i en mer generell form. Malterud (2017, s. 106) kaller dette for *et kunstig sitat*. Vi beholdt teksten så nær det opprinnelige sitatet som mulig, for å lage en samling om akkurat det fenomenet som den aktuelle subgruppen handlet om (Malterud, 2017, s. 106). Vi brukte også gullsitater som er direkte sitat fra informantene. Dette for å vise til grundige beskrivelser av det aktuelle temaet. Kondensatene vi kom frem til under dette trinnet ble videre brukt som en et redskap til det siste trinnet i analysemetoden.

Trinn 4 - Syntese

I det siste trinnet skal vi sette sammen kunnskapen fra kode-og subgruppene og lage en sammenhengende tekst (Malterud, 2017, s. 108). I hver subgruppe brukte vi kondensatene til å lage en analytisk tekst. Her ble teksten skrevet om i tredjeperson for å gjenfortelle på vegne av informantene (Malterud, 2017, s. 108). I teksten brukte vi også gullsitater som illustrerer viktige funn. Når vi skulle komme frem til resultatene måtte vi være opptatt av de enkelte subgruppene og hva de skulle bidra med. Vi var lojale til deltakernes stemme, og så dette i sammenheng med teksten. Vi syntetiserte kunnskapen fra hver subgruppe og kodegruppe. På bakgrunn av dette sluttførte vi analysen ved å komme frem til et ny og endelig kategori/hovedtema (Vedlegg VI).

3.5 Forskningsetiske vurderinger

Studien har forholdt seg til forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi for at forskningen skal utøves på en forsvarlig måte (NESH, 2021).

3.5.1 Personvern

Ved et sensitivt tema er det viktig å beskytte informantenes sikkerhet, og ikke utsette de for belastning, sanksjoner eller trusler. En må være varsom når en samler inn og behandler datamaterialet. Vi må derfor vurdere vilkårene spesielt for taushetsplikt og konfidensialitet (NESH, 2021). For å sikre at datamaterialet ikke kommer på avveie og beskytter dette på en forsvarlig måte, er prosjektet registrert, lagret og behandlet på høgskolen sin forskningsserver.

Informantene som har deltatt i studien er ansatt ved ulike operasjonsavdelinger ved det samme sykehuset. Informantene er informert om at deres deltakelse i studien blir anonymisert, og vi har sikret dette ved bearbeiding av data og publisering. Det har vært viktig å sørge for at forbindelsen mellom informanter og informasjon er fjernet slik at informasjon ikke kan spores tilbake til informantene (NESH, 2021). Informantene blir omtalt ved hjelp av tilfeldige bokstavbeskrivelser, og studien refererer ikke til kjønn eller angir informasjon om hvor de jobber. Vi har også valgt å anonymisere sykehuset, samt type inngrep for å ivareta taushetsplikten knyttet til både pasient og avdeling. Dette har ingen innvirkning på studien. Vi ønsket å finne svar på om rutiner rundt sjekklister og telling er lik ved de forskjellige avdelingene, og trenger derfor ikke konkret informasjon og hvilke inngrep og avdelinger det gjelder.

3.5.2 Etske betraktninger

Ved en kvalitativ studie bør forskere forholde seg til konsekvensen av den mulige skade studien kan påføre informantene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 107).

Temaet "gjenglemt utstyr" er et sensitivt tema der informantene kan sitte igjen med ubehagelige følelser, noe vi hadde i tankene under hele intervjuprosessen. Vi tenker dette er et viktig tema om informantenes opplevelse, som igjen kan vise andre hvor viktig temaet om gjenglemt utstyr er. Det er viktig å trekke frem at studiens hensikt ikke er å plassere skyld, men ønske om å belyse operasjonssykepleiernes erfaringer etter en hendelse der noe går galt. En svært viktig del av forskningsetikken er å ha tillit til de som betror oss med sin kunnskap (Malterud, 2017, s. 216). Informantene deler opplevelser om sin arbeidshverdag, og vi skal trå varsomt for å ikke krenke de som gir oss tillit i vår forskning.

Vi opplevde under intervjuene at noen informanter synes temaet var vanskelig å snakke om. Likevel oppfattet vi at alle informantene var motivert for å snakke om temaet, og dele sine erfaringer for andres læring og unngå at dette skjer igjen.

4.0 Funn

Vårt inntrykk er at alle operasjonssykepleierne har et forhold til gjenglemt utstyr og at det er noe alle frykter skal skje. Operasjonssykepleierne sine erfaringer blir presentert under fire tema:

- Ulik gjennomføring av prosedyrer og ikke alt blir talt
- Variasjon i utførelse av sjekklister
- Faktorer som gjør telling utfordrende og truer pasientsikkerheten
- Å stå alene med et stort ansvar for pasientsikkerheten

I hver av disse 4 hovedtemaene er det også undergrupper. Disse har vi satt opp skjematisk:

Tabell 2: Oversikt over hovedtema og undergrupper fra analyseprosessen

HOVEDTEMA			
Ulik gjennomføring av prosedyrer og ikke alt blir talt	Variasjon i utførelse av sjekklister	Faktorer som gjør telling utfordrende og truer pasientsikkerheten	Å stå alene med et stort ansvar for pasientsikkerheten
SUBGRUPPER			
Tellerutiner blir praktisert ulikt	Time-out blir utført unøyaktig og kommer ofte før telling	Støy og avbrytelser på operasjonsstuen	Operasjonssykepleierne opplever et personlig ansvar for telling
Å ha kontroll på innhold i rister, ristlister og ekstrainstrumenter	Manglende respekt for time-out	Stress og tidspress	Betydning av støtte fra kollegaer og å tørre å si ifra
Ingen prosedyre for telling av preparat-poser		Individuell oppdekning av assistansebordene og bytting av personale under operasjon øker faren for feil	Manglende retningslinjer for studenter sitt ansvar for telling
			Holdninger og respekt for hverandres oppgaver
			Opplevelsen når noe går galt

4.1 Ulik gjennomføring av prosedyrer og ikke alt blir talt

4.1.1 Tellerutiner blir praktisert ulikt

Selv om informantene mener at gode rutiner for kontroll og telling av kirurgisk utstyr er svært viktig, og at det er avgjørende for at tellingen foregår sikkert og korrekt, kan prosedyrene bli utført ulikt. Enkelte utstyr blir ikke talt, og det er mangel på standardisering for telling. Dette er noe som kan medføre fare og usikkerheter rundt telling. Flere av

informantene forteller at avdelingens prosedyrer bygger på Helsebibliotekets nasjonale retningslinjer (Helsebiblioteket, 2017). De fleste hevder at de vet hvor de finne prosedyrer i avdelingen og at disse stort sett blir fulgt. Selv om det er noen ulikheter innad i avdelingene, har informantene inntrykk av at kollegaene ved samme avdeling følger rutiner for telling i større likhetsgrad enn på tvers av avdelingene. Dette er observasjoner de gjør, og som en av informantene sa:

“Jeg ser jo at folk kan gjøre det likt innad på avdelingene, men i forhold til andre avdelinger kan rutinene være forskjellig.” (Informant A)

Det kan se ut som det er en type hierarki i måten viktigheten av kontroller og rutiner blir utført. Ved små inngrep er det begrenset bruk av utstyr og instrumenter. Flere av informantene kunne påpeke rutinesvikt ved disse små inngrepene. De mente at mange operasjonssykepleiere så på de små inngrepene som ubetydelige i forhold til det å glemme igjen noe, og at det var umulig å gjenglemme utstyr. Prosedyresvikten kom med bakgrunn i en type erfart erkjennelse:

“De gangene jeg har opplevd hvor rutiner ikke har blitt fulgt har vært på mindre operasjoner. Gjerne når vi jobber med små områder. Da har jeg opplevd folk si “Du får ikke fysisk plass til en kompress eller en tupfer inn i det operasjonsfeltet”. Da kan det svikte.” (Informant F)

Noen av informantene hevdet at denne type rutinesvikt er en utfordring og en fare, som av og til kan være vanskelig å håndheve hvis en av operasjonssykepleierne ikke vil telle. Men som en sa:

“Rutiner er der for en grunn. Men jeg opplever at det ikke blir tatt så seriøst på enkelte steder eller av enkelte personer.” (Informant C)

Selv om det ved mindre inngrep viser seg å være noen brister ved telling av kompresser og tufpere o.l, blir telling ved store åpne operasjoner sett på som svært viktig og krevende. Denne type kontrolltelling er også ganske lik på tvers av alle avdelinger. Kirurgene, som også skal skrive under på at «kompresser og instrumenter stemmer» er svært opptatt av at telle-

og kontrollprosedyrer foregår korrekt. Alle vet at konsekvensene for gjenglemt utstyr kan være fatal.

“Noen kirurger, spesielt de som jobber med åpne operasjoner.. er veldig strenge når det gjelder telling.. De har jo kanskje erfart at det har blitt glemt igjen ting.. Men hvor de jobber med litt mindre operasjoner, tenker de ikke så mye på det.” (Informant F)

Telling av nåler viser seg å være en utfordring for sykepleierne fordi det avstedkommer mange ulike telle- og kontrollsystemer. Noen bruker nålebokser, andre samler på innpakning og teller nåler opp mot tom emballasje, andre kaster emballasjen og hevder at en nåleholder alltid skal ha nål satt på. Informantene uttrykker at tellingen av nåler ikke er helt optimal. Men ettersom dette er en ny prosedyre for telling av nåler, forteller en av informantene:

“Jeg merker at implementeringen er litt sånn forskjellig fra kollega til kollega. Men det kommer seg. Det tar jo litt tid når en skal implementere en ny rutine.” (Informant F)

4.1.2 Å ha kontroll på innhold i rister, ristlister og ekstrainstrumenter

Når instrumentbrikken åpnes i det sterile feltet, telles den opp mot tilhørende ristliste. Selv om disse sjelden endres på en avdeling, kan det skje. Derfor er det viktig at en holder seg oppdatert på rutinene, og teller systematisk. Informantene hevdet at endringer skal gis på e-post til sykepleierne, men da må de sjekke dette for å holde seg oppdatert. Informantene hevder at det er en god rutine å alltid lese gjennom ristlisten før en kan si til seg selv at innholdet i risten er korrekt. Som en sa:

“En må være flink å bruke ristlistene. Det kan plutselig blitt gjort en endring. Så har du kanskje ikke lest mailen din. Så er det kommet et ekstra instrument som de har spurt etter i lang tid som de har fått på en rist for eksempel. Så det er veldig viktig å være flink til å holde seg oppdatert på det.” (Informant A)

Flere av informantene hadde også egne rutiner for hvordan de holdt oversikt over instrumentene underveis i operasjonen. I tillegg til instrumentene som ligger i risten, blir det

også pakket opp ekstrainstrumenter for å supplere når det er behov. Det er bare den sterilt utøvende som kontrollerer risten og ristlisten, men de instrumentene som blir pakket opp ekstra telles av begge operasjonssykepleiere. Det er et stort ansvar å ha kontroll på at instrumenter ikke blir liggende igjen i pasientens kropp, og det kjennes godt når man er to om kontrollene. En sa det slik:

“Alle ekstra instrumentene som er åpnet skal vi hvertfall gå gjennom begge to, både den som er løs og den som står sterilt.” (Informant E)

Flere informanter forteller om viktigheten å skrive opp ekstrainstrumenter fortløpende under operasjon. Det er ikke alltid dette blir prioritert om det er hektisk. De uttrykker hvor viktig det er å ta seg tid til dette for å hindre at feil skjer. En av informantene fortalte om en episode der det ble glemte en klemme som ble satt på en arterie for å stanse blødning. Det var en kaotisk tilstand med flere ekstra operasjonssykepleiere på operasjonsstuen. En stressende situasjon der det ble ropt om mer utstyr, og det ble gitt uten at personalet rakk å skrive ned ekstrautstyret. Informantene forteller hvor lett dette kan glippe, som en sier:

“Jeg synes jo ellers at det med telling og nedskrivning, at alle er flinke til å skrive ned det som blir åpnet. Men alle kan jo gjøre feil. Spesielt hvis det er veldig hektisk, og hvis det er mange på stuen.” (Informant A)

4.1.3 Ingen prosedyre for telling av preparat-poser

Det er ikke bare instrumenter og kompresser som kan glemmes igjen i pasientens kropp. Stadig ny utvikling gir bruk av andre typer utstyr, og ikke alt synes når det gjennomlyses med røntgen. To av informantene opplevde at små plastposer til å ta ut preparater ved laparoskopiske tilganger ble glemte. I det ene tilfellet ble to preparat-poser tilført pasienten ettersom den ene ble for liten for å få plass til preparatet. Hele teamet hadde glemt at det var to preparat-poser som ble tilført pasienten. Informanten sier:

“Det var to poser inne i pasienten, og bare én ble tatt ut. Det ble tilfeldig oppdaget av noen som kom på det to dager etterpå. Pasienten måtte bli operert igjen for å få den ut.”
(Informant B)

I det andre tilfellet ble preparat-poseden, sammen med preparatet glemt igjen. Time-out ble utført, men ingen i teamet la merke til at preparat-poseden lå igjen inne i pasienten før kirurgen skrev remissen for preparatet. Informanten beskriver det slik:

“Vi telte instrumentene, nåler, kompresser og alt. Ingen tenkte på å telle posene. Spesielt når ting gikk så fort som de gjorde, og time out'en ble gjort så fort som den gjorde, så er det noe en bør tenke på å ta med videre. Siden det ikke bare har skjedd én gang.” (Informant C)

4.2 Variasjon i utførelse av sjekklister

4.2.1 Time-out blir utført unøyaktig og kommer ofte før telling

Funn i studien viser at time-out alltid blir utført, men at den nødvendigvis ikke blir utført når den skal, eller på riktig måte. En av informantene nevner at kirurgene er mer opptatt av om kompresser og tupfere stemmer, enn instrumentene. Flere beskriver viktigheten med at kirurgene skal være ferdig med lukking, og den sterile operasjonssykepleieren med telling før time-out blir gjennomført. Informantene nevner at gjennomføringen av time-out har flere forbedringspotensialer. En sier:

“Jeg synes det av og til svikter, at time-out begynner før en har kommet halvveis i tellingen. En begynner ofte med time-out når kirurgene holder på å lukke pasienten. Da er det jo fortsatt instrumenter i feltet. Så kommer punktet om instrumenter og kompresser stemmer... Hvordan kan det stemme når du ikke har talt?” (Informant D)

Ved avslutning av operasjoner erfarer flere av informantene at time-out blir gjennomført når andre i teamet er klar for det, uten at nødvendigvis operasjonssykepleier i feltet har fått muligheten til å telle. Det kan være ulike grunner til at tiden ikke har strukket til. Da må

resten vente på at operasjonssykepleieren skal bli ferdig med å telle. Dette erfares av og til som en pressituasjon hevder informantene, og det kan medføre at man svarer før man er helt klar:

“Jeg tror at ved endt inngrep så er det mange som ikke får telt i tide, så står en midt i time-outen og svarer “ja” på om alt stemmer. Så stemmer jo mye, men det er jo ikke riktig. En skal vite alt før en lukker. Der tror jeg vi må bli flinkere på å gi den som står i feltet rom for å telle, og kirurgene må kunne vente.” (Informant A)

Intensjonen med time-out er tydelig og klar. Alle skal være klar når denne skal tas. Flere av informantene hevder at kommunikasjonen rundt time-out må være tydelig på dette. Den som har ansvar for time-out, må kontrollere med alle i teamet om de er klare. Eventuelt må vedkommende si ifra at “vi må vente litt”, slik at intensjonen oppfylles. Det at operasjonssykepleierne konfererer sammen før time-out gjennomføres, er også en nødvendighet fordi de har en egen kontrollprosedyre de skal utføre sammen:

“Den koordinerende må høre om den sterile har kontroll på instrumentene og er klar for time-out. Det at den koordinerende konfererer med den sterile om han/hun er klar, gir den sterile sjansen til å si ifra om det er behov for mer tid til å få kontroll over instrumentene sine.” (Informant D)

Det er som oftest den koordinerende operasjonssykepleieren som leder time-out'en. Men flere hadde erfaring med at kirurger gjennomgikk sjekklisten selv uten å dobbeltsjekke pasientens identifikasjon, side eller andre viktige opplysninger som kirurgiske utfordringer eller forventet blødning. Når hvert sekund skal utnytted og noen i teamet er utålmodig, kan det oppstå uregelmessigheter i utførelsen av time-out:

“Jeg opplever at teamet har bedre kontroll over situasjonen når vi tar en skikkelig time-out. Både i begynnelsen og i avslutning. Hvis ikke har jeg lite kontroll over hva som har skjedd eller skjer videre med pasienten.” (Informant C)

Når det gjelder punktene i time-out'en erfarer flere av informantene at det ene punktet er for langt og burde vært oppdelt. Punktet går som følger; *“Stemmer antall instrumenter, kompresser/tupfere, duker, nåler og annet utstyr?”*. De erfarer at operasjonssykepleiere ikke leser opp hele setningen, men sier eksempelvis *“stemmer, instrumenter, kompresser, nåler og sånt?”*. En av informantene sier:

“Det hjelper at det blir mer oppstykket, og da får du faktisk tid til å tenke. For hvis en sier alt på en gang, så er det veldig lett for å si “ja”. Og du skal ikke kunne si “ja” på at det stemmer hvis du ikke har talt.” (Informant F)

4.2.2 Manglende respekt for time-out

Ved flere seksjoner blir time-out hastet gjennom, spesielt under avslutningen av inngrepet. Alle punkter blir nødvendigvis ikke svart på, og flere punkter på sjekklisten blir ikke lest høyt. Intensjonen med time-out svekkes. To av informantene beskriver at de opplever manglende respekt for time-out:

“Det er faktisk store forskjeller.. Jeg vet ikke om de har respekt for timeout eller om de vil skynde seg å ta inn neste pasient.. Når time-out'en foregår er det snakking, og en må minne teamet på at det er time-out. Jeg tenker av og til hva vitsen er når ingen følger med. Noen mener at ikke alle punktene er relevante for pasienten. Men det vet man nødvendigvis ikke som ny. Kanskje de andre vet, men jeg vet ikke. Vi har rutinene for en grunn, og alle må få med seg beskjedene.” (Informant D)

Flere av informantene nevner at én av de kirurgiske seksjonene er nøye med gjennomføringen av time-out. Det kirurgiske teamet er stille og lytter til operasjonssykepleieren som leser sjekklisten, og ro på stuen gjør at dette blir utført på en ryddig måte. Én av operasjonssykepleierne som jobber på denne seksjonen erfarer at dette er grunnet gode holdninger og respekt fra ansatte, samt god ledelse og opplæring av tellerutiner hos nyansatte.

4.3 Faktorer som gjør telling utfordrende og truer pasientsikkerheten

4.3.1 Støy og avbrytelser på operasjonsstuen

Flere av informantene forteller at støy og avbrytelser på stuen gjør det utfordrende å gjennomføre kirurgisk telling. En av informantene uttrykker tydelig at ro på stuen er avgjørende for at den sterile operasjonssykepleieren skal ha mulighet for å konsentrere seg fullt om telling av instrumentristen pre- og peroperativt. Informantene erfarer at avbrytelser under telling er noe som ofte forekommer, og gjør at tellingen må gjennomføres på nytt.

“Det kommer ofte andre beskjeder. Du prøver sammen med den koordinerende å telle, så må den koordinerende finne ting kirurgene trenger mens vi står og teller. Noen kan virke irritert på at vi ikke kan gjøre to ting samtidig.” (Informant F)

Mangel på respekt for andres arbeidssituasjon kan vise seg ved at andre ikke får ro til å konsentrere seg i situasjoner der korrekt telling og kontroll skal foretas. Det kan være vanskelig for den sterile og koordinerende operasjonssykepleier å holde fokus under telling når en av de ofte blir avbrutt. En sier det slik:

“Det som kanskje er vanskelig underveis i tellingen er at en blir avbrutt hele tiden, og en får ikke helt oversikt.” (Informant B)

4.3.2 Stress og tidspress

Informantene i studien beskriver at dårlig tid er en vesentlig faktor for om tellingen blir utført ut ifra rutine eller ikke. En av informantene erfarer at det er stort fokus på effektivisering i sykehusene, med raskest mulig skiftetid mellom pasientene på operasjonsstuene. Det kan da være utfordrende å gjøre en grundig jobb. Som en sier:

“Jeg tror at alle med hånda på hjertet kan bekrefte at de har hatt for dårlig tid når de skal telle. En får ofte telt seg ferdig innen inngrepet er ferdig, men kanskje ikke på riktig tidspunkt. Dette er absolutt noe som kan bringes videre.” (Informant A)

Avslutningsvis i operasjonen er det mye som skjer samtidig. Operasjonssykepleieren skal assistere kirurgene med lukking, samtidig som de skal få kontroll på utstyr brukt i feltet og gjennomføre telling sammen med den koordinerende. Informantene forteller at det er på dette tidspunktet at prosedyrene lettest glipper. På slutten av lange operasjoner er teamet slitne og mindre konsentrerte. Da uttrykker informantene at ro og tid til telling er en avgjørende faktor for å forebygge gjenglemt utstyr.

“Det er lett for at det glipper når det er travelt. Hvis vi skal telle samtidig som kirurgene trenger ting, så blir det vanskelig å ha oversikt over alt” (Informant C)

4.3.3 Individuell oppdekning av assistansebordene og bytting av personale under operasjon øker faren for feil

Viktigheten med at prosedyrene er standardisert blir bekreftet av de fleste informantene. De erfarer at det gjør det lettere å ha oversikt, og å skulle overta for andre under et inngrep. Informantene erfarer at standardisering av assistansebord er viktig for å holde orden og lettere kunne få oversikt over instrumentene sine. Som en av informantene sa:

“På vår seksjon har vi det slik at vi skal legge det opp på en standardisert måte på alle disse inngrepene. Da vet vi hva som er av instrumenter, og hvor det ligger. Vi har en egen plass for tuffere, en egen plass vi har kompresser. Da vet vi hvor tingene ligger på bordet når vi bytter oss imellom.” (Informant F)

Ved lange operasjoner må en avløse hverandre til pauser. Flere sier at det da kan være utfordrende å få oversikt for den som tar over, hvis den andre legger opp instrumentene sine på en helt annen måte.

“Alle har sin måte å gjøre ting på. Kanskje de legger instrumenter på forskjellige måter enn det jeg gjør. Men da er det viktig at den koordinerende faktisk står og assisterer kirurgen til jeg har byttet om instrumentene til min måte, og har mer kontroll og ro når jeg skal inn i feltet.” (Informant D)

Flere av informantene beskriver vaktbytte som en stor fallgrube for at feil kan oppstå, spesielt om vaktbyttet skjer parallelt med operasjonens avslutning. Informantene beskriver videre utfordringen med å være den som tar over for andre, spesielt om en ikke har vært på stuen når inngrepet startet. En vet ikke nødvendigvis hva som har foregått, hvilke instrumenter som er brukt eller hvilke som er åpnet ekstra.

“Selvfølgelig føler du litt uro i deg når det går mot slutten av en langvarig operasjon. “Ja, er alt her nå?”. Men en må bare stole på de som har vært der før deg, at de har gjort jobben riktig.” (Informant A)

4.4 Å stå alene med et stort ansvar for pasientsikkerheten

4.4.1 Operasjonssykepleierne opplever et personlig ansvar for telling

Studiens funn viser at selv om flere av informantene mener hele det kirurgiske teamet har et felles ansvar for å forebygge gjenglemt utstyr, føler flere på et personlig ansvar for kirurgisk telling. En informant beskriver:

“Jeg har sett flere ganger hvor viktig det er med telling. Det er lett at ting forsvinner og glemmes igjen. Jeg har sett viktigheten av det flere ganger. Jeg har vært med på at vi har telt før vi lukker fascien, og så har vi hatt en ny telling før huden lukkes, og da har det lagt igjen en kompress.” (Informant B)

Informantene opplever at de har en sentral rolle for ivaretagelse av pasientsikkerheten. Både ved den koordinerende rollen, eller den sterilt utøvende rollen i feltet. Men når de står

i feltet opplever de at ansvaret for telling hviler mest på dem. Når de i tillegg har opplevd at ting blir glemt igjen og det har blitt oppdaget ved ny telling, opplever de et stort personlig ansvar. Som en sier:

“Instrumentene er jo den som står i feltet som teller, og har på en måte eneansvar for det.” (Informant E)

4.4.2 Betydning av støtte fra kollegaer og å tørre å si ifra

Funn i studien viser at det kan være vanskelig å si fra til kirurgene at de må stoppe operasjonen til en er ferdig med å telle. I disse situasjonene uttrykker informantene at en må støtte hverandre og gi beskjed om at en trenger lenger tid til telling. Noen av informantene nevner at dette spesielt er utfordrende om en er ny og trenger mer tid til å telle og få oversikt. Informantene erfarer at dette kan bidra til at det blir vanskeligere å få kontroll på slutten av inngrepet når det er hektisk. Å være ny i jobben krever ekstra mot til å tørre å ta plass og ledelse i teamet. En kan da bruke den andre operasjonssykepleieren som hjelp, slik som en sier:

En må hjelpe hverandre å si fra. Det er en felles trygghet og sikkerhet for at ikke noe skal bli gjenglemt.” (Informant A)

På den andre siden erfarer noen av informantene at kirurgene tar tellingen på alvor, og er lydhøre om det mangler noe. De fleste informantene beskriver viktigheten med å si fra for å unngå at utstyr skal bli gjenglemt. Både med tanke på å få tid til å telle, eller om en har manglende oversikt over situasjonen eller utstyret. I to av informantenes hendelser ble det oppdaget at det manglet en kompress. Operasjonssykepleierne mente de lå igjen inne i pasientens kropp og måtte stå på sitt, selv om kirurgen nødvendigvis ikke mente det stemte. Den ene forklarer det slik:

“Det manglet to kompresser. Jeg sa til anesthesi at de ikke måtte vekke pasienten før de var funnet. Kirurgene fant de ikke. De spurte om jeg var helt sikker, om det kunne være feil i pakningene. De gjennomlyste og fant ingen kompresser. Kirurgene ble litt småprovoserte, men jeg måtte jo bare stå på mitt. Jeg fortalte at hvis de lukket var det deres ansvar, og de måtte skrive avvik. Jeg spurte om de kunne gjennomlyse igjen. Da fant de først den ene kompressen, så den andre.” (Informant F)

Den andre informanten forklarer det slik:

“Jeg stod og så på en kompress som ble lagt i såret mens de skulle lukke fascien. Jeg tenkte at den skal jeg passe på. Når vi skulle ha ny telling og huden skulle lukkes, så manglet det jo en kompress. De påstod at den var tatt ut, men det var den ikke. Den lå igjen. Vi sa jo hva vi hadde sett.” (Informant B)

Informantene beskriver viktigheten med å ha fokus på dette videre. Ikke bare for operasjonssykepleiere, men for hele det kirurgiske teamet. Det handler om å være åpen og ærlig når rutinene svikter. Har en mot til å si ifra når noe ikke stemmer kan en sammen finne ut av det, og hele teamet får ansvaret.

“Det står jo ikke bare ene alene på oss, men det å finne ut hva det var en gjorde galt, og hva en kunne gjort bedre. Å være ærlig, og informere kollegaene sine når ikke ting stemmer. Ikke gå å hold det for deg selv. Si det, så finner man en løsning på det.” (Informant F)

4.4.3 Manglende retningslinjer for studenter sitt ansvar for telling

Tre av informantene hadde erfart hendelser med gjenglemt utstyr under praksis som operasjonssykepleiestudenter. Funn i studien viste at det på dette tidspunktet ikke var noen prosedyre på at operasjonssykepleierne skulle telle sammen med studentene. Studentene opplevde det som et for stort ansvar å telle alene, og selv om de ga beskjed om det, ble det ikke vist forståelse for det. Slik som en sier:

“Jeg sa at jeg syntes det ble litt for mye og ønsket å trekke meg litt tilbake, men kontakten min sa at jeg måtte øve meg. Det var ikke noe pustetid mellom der, for du må stå aktivt og følge med.” (Informant D)

To av hendelsene fant sted med ett års mellomrom, men under intervjuene kom det frem at rutinene for kirurgisk telling sammen med studentene ikke ble endret. Noen av studentene dobbeltkontrollerte instrumentene sammen med veileder, mens andre kontrollerte dette alene. Informantene som hadde hatt telling sammen med veileder, hadde selv etterspurt dette for egen trygghet.

“Jeg telte sammen med kontakt da, men jeg ba kontakten telle over helt til jeg var inne i rutinene og hadde full kontroll på ristene.” (Informant B)

Mens den ene informanten kunne fortelle at alle kirurgiske gjenstander ble dobbeltkontrollert sammen med veileder, hadde den andre informanten stått alene på et nytt inngrep med ukjente instrumenter. Veileder var koordinerende og ble opptatt med andre arbeidsoppgaver. Informanten forteller videre at det ble oppdaget feil i antall peanger ut ifra ristlisten. Beskjeden ble forsøkt videreformidlet, men på grunn av avbrytelser, støy og stress ble ingen gjort oppmerksom på dette. Operasjonen opplevdes hektisk, og informanten følte på manglende kontroll.

“Jeg visste ikke hva jeg skulle gjøre. Jeg var jo student i andre praksis. Jeg vet ikke hva jeg gjør ved avvik, når du åpner risten og det ikke stemmer. Jeg prøvde gi beskjed, men det var mye stress og avbrytelser.” (Informant D)

Time-out ble gjennomført før informanten var ferdig med å telle, og manglende kontroll over instrumenter ble videreformidlet under gjennomføringen av sjekklisten. Informanten forteller videre at ingen kontrollerte instrumentene opp mot ristlisten sammen med han/hun i etterkant, og informanten ble stående igjen på stuen alene for å telle ferdig.

På grunn av tidligere hendelser med gjenglemt utstyr har det i de seneste årene kommet interne regler for telling med studenter, men det er en mangel på en skriftlig prosedyre. Flere vet ikke om det finnes regler for dette. Informantene opplyser at gjennomføringen av telling med studenter varierer mellom avdelingene, men også mellom enkeltpersoner i avdelingene. En av informantene sier:

“Før telte studentene alene. Men slik er det ikke lenger. Operasjonssykepleier skal telle sammen med studenten. Det er jo operasjonssykepleieren som har ansvaret.” (Informant A)

4.4.4 Holdninger og respekt for hverandres arbeidsoppgaver

Flere av informantene forteller at holdninger på operasjonsstuen er med å påvirke om rutiner blir fulgt på riktig måte. De trekker frem at det å følge rutinene både handler om egne holdninger og holdninger fra resten av teamet. Slik som en sier:

“Det handler om holdninger. At alle må ha respekt for at vi får tid til å telle. At holdninger er på plass for at vi faktisk kan jobbe sammen. Operasjonen er ikke ferdig før vi har talt, og alle vet at det stemmer.” (Informant F)

Informantene opplever at de føler seg respektert av sine kolleger, men noen beskriver at de nødvendigvis ikke føler at arbeidsoppgavene deres blir respektert eller tatt skikkelig på alvor.

“Det kan være kirurger som ikke synes det er veldig gøy at vi må stoppe opp operasjonen for å telle. En kan få tilbakemelding på at det må gå fortere, og de forventer at vi teller på 3-4 sekunder. Det er litt teit egentlig, at de holder på sånn. Det får det til å virke som om at jobben vår ikke er så viktig. Men den er jo det.” (Informant F)

4.4.5 Opplevelsen når noe går galt

Å være delaktig i et stort avvik kan være svært tøft eller vanskelig, og det kan oppleves vondt at feil skjer på tross av forebyggende rutiner. Flere av informantene beskriver at de sitter igjen med følelse av skam eller skyld, og noen legger ansvaret på seg selv. Som noen sier:

“Det gjør ett eller annet med deg. Det er ikke en god følelse når du vet at dette skjedde, og det burde vært unngått.” (Informant D)

En av informantene forteller at det er skrekken for alle operasjonssykepleiere å være vitne til at noe blir gjenglemt i pasienten, og at det er svært viktig å ha fokus på dette temaet. Flere uttrykker at det er et tema som er vanskelig å snakke om.

“Jeg synes det er forferdelig.. Det er jo sånn som ikke skal skje. Det er veldig vondt når slike ting skjer.” (Informant B)

Likevel påpeker de at det alltid er en risiko for at feil kan skje, og det er viktig å dele erfaringer med hverandre for å lære. De ønsket å delta i studien for å dele sine historier, slik at andre operasjonssykepleiere kan ta med seg disse erfaringene videre og forebygge at lignende hendelser skjer igjen.

“Det er så ekkelt å ha den følelsen at en har glemt igjen noe hos pasienten. Vi skal beskytte de, ikke påføre de mer skade. Vi er mennesker, og svikt kan skje dessverre.” (Informant F)

Flere av informantene forteller at erfaringen har gjort at de har blitt mer oppmerksom på telling i ettertid, ettersom de ser hvor raskt feil kan skje. Selv om informantene opplever at hendelser med gjenglemt utstyr er vonde og at de kan føle skyld, gjør det også at de blir tryggere på seg selv og har mot til å gjøre seg ferdig med telling før de tar imot nye beskjeder.

“Når du har opplevd det blir en kanskje litt strengere. Jeg tror mine kollegaer kan merke det. Når jeg teller, tar jeg ikke imot beskjeder. Jeg bruker tiden på å telle ferdig. Når jeg er ferdig, kan jeg fokusere på noe annet.” (Informant D)

5.0 Diskusjon

Formålet med studien er å utforske operasjonssykepleieres erfaring med kirurgisk telling og gjenglemte utstyr, for å sikre at noe ikke blir gjenglemte i pasienten sin kropp under en operasjon. For å belyse dette skal vi drøfte våre funn opp mot teori og tidligere forskning. For å gjøre dette på en mest mulig systematisk måte, drøfter vi innenfor hvert enkelt hovedtema som ble presentert under resultater.

5.1 Ulik gjennomføring av prosedyrer og ikke alt blir talt

5.1.1 Tellerutiner blir praktisert ulikt

Funn i studien viser at det er ulikt hvordan operasjonssykepleierne lærer telleprosedyrer. Noen har lært sine måter å telle på innad i avdelingene, noen har fanget det opp fra andre sykehus eller avdelinger og noen fra veiledere i praksis. Studien viser at prosedyrene ikke alltid blir fulgt, og at operasjonssykepleierne gjør individuelle vurderinger. Ifølge Helsebiblioteket (2017) skal det være dobbelkontroll av alle kompresser, tupfere og duker. Vår studie viser at på noen avdelinger blir ikke kompresser telt til tross for eksisterende prosedyrer. Dette ble begrunnet med at de fysisk ikke får plass til å glemme igjen kompresser i området. Informantene påpekte at dette kunne representere en fare for svikt. Studien til Oksavik et al. (2021b) viser lignende funn. I tillegg kan telling bli utført uten koordinerende operasjonssykepleier er til stede (D’Lima et al., 2014).

Ifølge informantene i studien er de nå startet med å telle nåler på alle avdelinger. Det er en ny prosedyre, men det viser seg at de har ulike rutiner på tvers av avdelingene, og at Helsebiblioteket (2017) sine anbefalinger ikke blir fulgt alle steder. Helsebiblioteket (2017) sin nasjonale prosedyre for telling av nåler beskriver at både den koordinerende- og sterilt utøvende operasjonssykepleieren skal telle nåler sammen. Våre funn viser at ved noen avdelinger er det kun sterilt utøvende operasjonssykepleier som teller nåler. Noen forteller at de tar med sin egen nåleboks og starter på nytt i tellingen om de avløser sine kollegaer i operasjonsfeltet. Det kan virke som at implementeringen av den nye prosedyren ikke er gjort på riktig måte ettersom flere har laget sin egen måte for å holde system. Hvorfor dette har skjedd er noe som derimot kan diskuteres. I en årrekke har telling av nåler ikke blitt utført på en annen måte enn at det alltid skal være nål på nåleholderen. Kanskje det kan tenkes at denne gamle prosedyren henger igjen hos noen?

Vi mener at å lage sine egne måter å holde kontroll på nåler vil øke usikkerheten rundt prosedyrene som eksisterer. Det vil også øke faren for feil ettersom det ved avløsning av personale kan oppleves uoversiktlig når en skal overta for andre som har et annet system. At alle følger den samme prosedyren for telling av nåler vil føre til mer kontroll og oversikt for både den koordinerende og sterilt utøvende operasjonssykepleier, men også ved opplæring av nyansatte.

5.1.2 Å ha kontroll på innhold i rister, ristlister og ekstrainstrumenter

Flere av informantene uttrykker viktigheten med å bruke ristlistene. Om en ikke har kontroll over innholdet i risten, vil en heller ikke ha kontroll over utstyr som kan være glemt igjen i pasientens kropp. Ifølge Helsebiblioteket (2017) sine prosedyrer for kirurgisk telling er det anbefalt at instrumenter kontrolleres opp mot ristlisten. Det er anbefalt at operasjonssykepleieren i feltet beholder denne listen under hele inngrepet for å kontrollere om instrumentene stemmer ved slutten av inngrepet. Studien til Smith & Burke (2014) viste at ristlisten var en sikkerhet ved konsentrasjonssvikt og hjalp til med å unngå at kirurgiske instrumenter ble gjenglemt eller at feil ble oppdaget tidligere. Likevel viste det seg at personalet hadde en tendens til å ikke bruke ristlisten, men stolte heller på hukommelsen

(Smith & Burke, 2014). Dette kan utgjøre en fare for pasientsikkerheten. Informantene i vår studie sa at endringer på ristene skulle gis i form av skriftlig beskjed til operasjonssykepleierne. Om de da ikke sjekker e-posten sin, kan en tenke seg hva som kan skje hvis en bare stoler på hukommelsen.

Når det gjelder ekstra instrumenter som åpnes utenom ristene må dette dokumenteres med en gang de åpnes. Informantene i vår studie påpekte hvor viktig dette er, ettersom det er lett for at det glemmes og dermed kan oppstå feil. Dette støttes også av studien til Rowland & Steevens (2010). Vi har selv sett hvor lett det kan være å glemme å skrive dette opp i en stressende situasjon. Dette er et kritisk punkt som er viktig å ta på alvor for at feil ikke skal oppstå.

5.1.3 Ingen prosedyre for telling av preparat-poser:

Vår studie viste at det har blitt gjenglemt to laparoskopiske preparat-poser i løpet av kort tid, og er et viktig funn som bør trekkes frem. Vi har undersøkt i prosedyrer som det gjeldende helseforetaket bruker (Helsebiblioteket, 2017), og det finnes ingen prosedyre når det gjelder telling på preparat-poser. Ofte er det kun én preparat pose som blir brukt under et inngrep, noe som kan være forklaring på hvorfor det ikke finnes en prosedyre på det. Under avslutningen på inngrepet omhandler det ene punktet i time-out om preparater: *“Er prøvematerialet rett merkt (inklusive identiteten til pasienten) og lagt på rett medium?”* (Vedlegg VII). Punktet i sjekklisten omhandler preparatet, men posen som preparatet ligger i nevnes ikke.

Selv om det blir brukt en eller to poser under et inngrep, ser vi her viktigheten med at alt blir talt. Ut ifra våre funn burde punktet i time-out'en være mer spesifisert og inneholde konkret utstyr. I tillegg tenker vi at det burde være en retningslinje på at det aldri er lov å ha mer enn en preparat-pose inne i pasienten om gangen.

5.2 Variasjon i utførelsen av sjekklister

5.2.1 Time-out blir utført unøyaktig og kommer ofte før telling

I Helsebiblioteket (2017) sine prosedyrer for kirurgisk telling er det presisert at kirurgisk telling ikke skal utføres samtidig med time-out. Våre funn viser likevel at time-out ofte blir gjennomført før operasjonssykepleierne har fått mulighet til å gjennomføre telling. I tillegg kan den bli gjennomført mens kirurgen holder på med lukking, og det fortsatt er instrumenter og kompresser i feltet. Helsebibliotekets prosedyre beskriver at sterilt utøvende operasjonssykepleier skal vite hvor nåler, knivblad og annet kirurgisk utstyr befinner seg i det sterile feltet under hele inngrepet (Helsebiblioteket, 2017). Likevel viser våre funn at operasjonssykepleieren ikke har mulighet til å ha et helhetlig fokus på telling, men ofte må gjøre flere oppgaver samtidig i avslutningen av operasjonen. Studien til Oksavik et al. (2021b) viste at i tilfeller der operasjonssykepleierne måtte assistere kirurgen under lukking, ble kirurgisk telling utfordrende og kunne medføre manglende kontroll over instrumentene. Det kan virke som om prioriteringene for den enkeltes arbeidsoppgaver ikke er like for alle, noe som vi tror flere har erfart.

Våre funn viser at punktet i time-out som omhandler kontroll av instrumenter og andre kirurgiske gjenstander er for lang. Vi tenker at informantenes forslag med å dele opp setningen og spørre om gjenstandene stemmer enkeltvis, kan åpne for mer tid til å få kontroll og oversikt over kirurgiske gjenstander i feltet. Samtidig vil hele det kirurgiske teamet ha mer oversikt over hva som er telt og hva det gjenstår telling på. Noen av informantene hadde opplevd situasjoner med gjenglemt utstyr som ble oppdaget under telling etter pasienten var lukket og time-out var gjennomført. Rammeplanen for videreutdanning i operasjonssykepleie setter medansvar for at pasienten ikke blir påført unødig skade og at komplikasjoner forebygges (Utdanning- og forskningsdepartementet, 2015). Disse situasjonene kunne vært forebygget ved at kirurgisk telling ble gjennomført før time-out, og at en da hadde oppdaget at eksempelvis en kompress fortsatt lå igjen i pasienten før kirurgen startet med lukking.

5.2.2 Manglende respekt for time-out

Operasjonssykepleierens ansvar- og funksjonsbeskrivelse (NSFLOS, 2015) sier at operasjonssykepleieren skal *“bidra til gjennomføring av “trygg kirurgi” for å sikre og ivareta pasientsikkerheten”*. Vår studie viser at respekten for time-out varierer mellom seksjonene. Flere av informantene opplever at sjekklisten blir gjennomført ufullstendig og kjapt, samtidig som det også forekommer forstyrrelser i form av snakking eller manglende fokus fra andre medlemmer i det kirurgiske teamet. Respekten for time-out er avhengig av kultur på seksjonen, og studier om pasientsikkerheten viser at sykehusets arbeidskultur har betydning for pasientresultatet etter kirurgi (Affleck, 2017; Sacks et al., 2015). Studien til Oksavik et al. (2021a) forteller at et kirurgisk team med ulik erfaring og forskjellig syn på praksisnormer, kan føre til mindre respekt og kommunikasjonsutfordringer som kan påvirke pasientbehandlingen. Det er avgjørende at alle medlemmene i det kirurgiske teamet, ledere og veiledere lager en kultur som forebygger uønskede hendelser (Oksavik et al., 2021a).

5.3 Faktorer som gjør telling utfordrende og truer pasientsikkerheten

5.3.1 Støy og avbrytelser på operasjonsstuen

Funnene i studien viser at det ofte kan være mye støy fra ulike medisinsk utstyr inne på operasjonsstuene. Dette kan gjøre det utfordrende å lytte til det som blir sagt, og informasjon må bli gjentatt. Informantene i studien opplever ofte å få andre beskjeder mens de gjennomfører kirurgisk telling. De opplever også irritasjon fra kirurgene når de ikke kan gjøre flere ting samtidig. Studien til Oksavik et al. (2021b) viste at støynivået umiddelbart økte når operasjonen nærmet seg slutten og kirurgen sa *“vi lukker”*. Forskning viser også at støy er en påkjenning for operasjonssykepleierne, og avbrytelser i tellingen øker risikoen for gjenglemt utstyr (D’Lima et al., 2014; Fencl, 2016; Oksavik et al., 2021a; Rowland & Steeves, 2010).

I anbefalte rutiner for gjennomføring av Trygg Kirurgi står det at støy, avbrytelser og forstyrrelser skal minimeres og andre oppgaver skal ikke utføres parallelt under kirurgisk telling (Helsebiblioteket, 2017). Våre funn viser at det forekommer støy og avbrudd under kirurgisk telling, som øker risikoen for gjenglemt utstyr ved at oppmerksomheten og konsentrasjonen blir påvirket. Dette støttes av studien til Fencel (2016) som nevner at dette kan føre til at tellingen ikke blir gjennomført eller at en tror at gjenstandene allerede er blitt talt.

5.3.2 Stress og tidspress

Våre funn viser at tid er en avgjørende faktor for om kirurgisk telling blir utført i samsvar med rutinene. Smith & Burke (2014) observerte i sin studie at den sterilt utøvende og koordinerende sykepleier måtte gjøre andre oppgaver mens kirurgisk telling ble utført, og derfor ikke konsentrerte seg fullt om telleprosedyren. Informantene i vår studie nevner at faren er størst for at rutinene glipper avslutningsvis i operasjonen, da det er mye som skal skje samtidig og stressnivået øker. Studien til Oksavik et al. (2021b) underbygger våre funn ved at operasjonssykepleierne uttrykte bekymring for tidspresset på operasjonsstuen, og at de ikke fikk tid til å ta vare på pasientene. Våre funn viser at operasjonssykepleiere gjennomfører telling, men at de nødvendigvis ikke rekker å telle ferdig under kritiske faser av operasjonen. Dette støttes av studien til D´Lima et al. (2014) som viste at operasjonssykepleierne erfarte at tellerutinene ofte kom i konflikt med kirurgens prioriteringer. Som et resultat av dette havnet operasjonssykepleierne i konflikt mellom å utføre tellerutiner som en del av sitt ansvarsområde, og stå opp mot tidspresset fra det kirurgiske team.

5.3.3 Individuell oppdekning av assistansebordene og bytting av personale under operasjon øker faren for feil

Flere av informantene i vår studie uttrykker viktigheten med en standardisert oppdekning av assistansebord og instrumentristene. De erfarer at seksjoner med standardiserte prosedyrer følger disse, men at enkelte operasjonssykepleiere setter sitt "personlige preg" på oppdekkingen. Studien til Fencil (2016) viste at standardisering økte pasientsikkerheten og reduserte risiko for skade og uønskede hendelser. I studien til Rowland & Steeves (2010) hadde flere opplevd å ikke finne instrumenter eller kompresser under telling grunnet uryddige assistansebord.

Ifølge informantene i studien vår er dårlig tid vesentlig for pasientutfallet, og standardiserte prosedyrer kan være et tiltak for økt nøyaktighet, effektivitet og kontinuitet. Studien vår viser at individuelle systemer er en utfordring ved avløsning til pauser eller i forbindelse med vaktskifte. Dette støttes i studien til Igesund et al. (2021), som videre beskriver at operasjonssykepleierne da må bruke tid på å omorganisere til "sitt personlige system". Dette fører til to krevende prosesser der omorganiseringen havner i konflikt med den sterile assistansen (Igesund et al., 2021). Våre funn viser at denne overgangen er en fallgrube for at feil kan oppstå, og at operasjonssykepleierne har manglende kontroll over instrumentene før de får omorganisert til "sitt system".

Ut ifra egne erfaringer fører individuell oppdekning til mer bruk av tid til omorganisering, men også forvirring når det gjelder opplæring av nyansatte og studenter. I studien til Igesund et al. (2021) fikk studentene beskjed om å dekke opp assistansebordene ved å bruke veilederens "individuelle system". Dette ble begrunnet med at veilederen lettere kunne ta over for studenten ved steril assistanse. På den andre siden fortalte studentene at å ha systematiske prosedyrer om hvordan en skal dekke opp assistansebordene, var et godt utgangspunkt når man er lite erfaren (Igesund et al., 2021). På bakgrunn av tidligere forskning ser vi et behov for en standardisert prosedyre som tilrettelegger for bedre læring og kvalitet i praksis for uerfarne operasjonssykepleiere og studenter (Igesund et al., 2021). Våre søk har ikke identifisert en nasjonal skriftlig prosedyre for oppdekning og organisering av assistansebord.

5.4 Å stå alene med et stort ansvar for pasientsikkerheten

5.4.1 Operasjonssykepleierne opplever et personlig ansvar for telling

Informantene i vår studie uttrykte det store ansvaret de har for tellingen, og å sørge for at alt stemmer. Men de uttrykte også at hele det kirurgiske teamet hadde et felles sluttansvar for at kirurgiske gjenstander ikke ble glemt igjen i pasientens kropp. I studien til D´Lima et al. (2014) kom det frem at det var usikkerhet på hvem som til slutt var ansvarlig for å ha kontroll over de kirurgiske gjenstandene som ble brukt under operasjonen. Selv om det er uklarerheter over hvem som har sluttansvaret, uttrykker flere av informantene i studien vår at telling er sentral for pasientsikkerheten, og at flere opplever dette som et stort personlig ansvar. Dette støttes videre i studien til Oksavik et al. (2021b).

5.4.2 Betydning av støtte fra kollegaer og å tørre å si ifra

Ifølge operasjonssykepleiernes ansvars- og funksjonsbeskrivelse skal operasjonssykepleierne bidra til et sikkert samarbeid og kommunikasjon i teamet (NSFLOS, 2015). Flere av informantene i studien uttrykker viktigheten med å si ifra, men at det kan være ubehagelig å stoppe opp operasjonen for å kreve sin tid til å telle. Forskning viser at kommunikasjonsproblem kan oppstå om ikke operasjonssykepleieren er selvsikker, og snakker høyt opp mot det kirurgiske teamet under gjennomføring av telleprosedyrer og sjekklister (D´Lima et al., 2014). Våre funn viste at studenter og uerfarne operasjonssykepleiere vegrer seg mer for å si ifra, og at det i slike situasjoner er viktig med støtte av operasjonssykepleiere med mer erfaring. Studenter og uerfarne operasjonssykepleiere trenger også mer tid til å gjennomføre telling da de nødvendigvis ikke kjenner instrumentistene og prosedyrene. Dette blir støttet av Oksavik et al. (2021a) som også viste at erfarne operasjonssykepleiere som hadde jobbet lenge på avdelingen var delaktig i operasjonen på en annen måte enn de nye.

Selv om noen opplever at det er ubehagelig å si ifra, viser våre funn at flere av informantene hadde "stått på sitt" selv om kirurgen nødvendigvis ikke mente at det var gjenglemt noe i pasientens kropp. Oksavik et al. (2021a) viste at operasjonssykepleiere må tørre å si ifra om feil, eller om det er noe som ikke stemmer. Det handler om den kirurgiske samvittigheten, motet til å si ifra, og til å stoppe opp inngrepet (Dåvøy, 2018, s. 200). Vi tenker at kollegastøtte er svært viktig for å sikre at prosedyrene blir gjort korrekt, og for å sørge for pasientsikkerheten. Vi som nye operasjonssykepleiere ser også fordelene og tryggheten med å få støtte i miljøet, som også øker tryggheten for å forstå og kunne korrigere hverandre, slik som Johannesen et al. (2015, s. 10) også skriver.

5.4.3 Manglende retningslinjer for studenter sitt ansvar for telling

Studentrollen kan være utfordrende med mange nye inntrykk, og til tider sterke personligheter å forholde seg til i det kirurgiske teamet. Vår studie viser at det stilles høyere krav og forventninger utover i praksisforløpet som student, samtidig som de skal "finne sin rolle" i det kirurgiske teamet. I en av informantenes beskrivelse som student i praksis bekreftes det tydelige avvik ut ifra eksisterende prosedyrer. Antall peanger på instrumentristen stemte ikke fra begynnelsen av, men informanten opplevde ikke noe rom for å si ifra om dette. I situasjonen der informanten følte på manglende kontroll, og ønske om å trekke seg unna, fikk informanten til svar at de forventet høyere krav og at de måtte øve seg. Vi tenker at det store ansvaret studenten får her kan føre til svekkelse i selvtillit, men også at personen kan stille for høye krav til seg selv på et senere tidspunkt. Dette kan true pasientsikkerheten om en tar på seg for mer ansvar enn en har kapasitet til.

Forskning viser at erfaring ikke bare er en styrke når det gjelder forståelse av tellerutinene, men øker også tilliten for å ta kontroll på gjennomføring av tellingen (D´Lima et.al, 2014). Under studentens hendelse i vår studie er det mye som skjer samtidig, og det er ingen som er lydhør for hva studenten prøver å formidle. Her er det tydelig kommunikasjonssvikt og mangel på respekt. Studenten endte til slutt opp med ansvaret alene. Hvorfor dette skjer kan diskuteres. Studier viser at stressnivået øker når det er mye som skjer samtidig (Oksavik et

al., 2021b). Kanskje den koordinerende operasjonssykepleieren er opptatt med sine egne oppgaver, og tenker at risikoen er liten for at det blir glemt igjen noe. Kanskje noen tenker at de skal sjekke opp i det etterpå, men så blir det glemt. Her viser det så tydelig hvorfor støtte fra kollegaer er viktig, og å få hjelp til å si ifra i teamet om at en trenger tid til å få kontroll før pasienten lukkes og vekkes opp.

Vi har hatt kontakt med sykehuset og høgskolen for å undersøke om det eksisterer prosedyrer når det gjelder studenters ansvarsområde for telling av instrumenter. Dette gjelder prosedyrer for telling av instrumenter sammen med veileder og hvem som er ansvarlig om feil skjer. Dette er noe som ikke eksisterer i dag. Men de lærer at utstyret skal telles og kontrolleres, og at det er et krav om å gi beskjed om noe ikke stemmer.

Vår studie viser at det er usikkerheter når det gjelder retningslinjer og rutiner for oppfølging av studenter. Noen av informantene vet at operasjonssykepleieren har sluttansvar når det gjelder telling av kirurgisk utstyr, mens noen vet ikke at operasjonssykepleieren skal telle med studentene i det hele tatt. Dette er ikke i tråd med forskning (Oksavik et al., 2021a) som viser at når nyansatte eller studenter deltar under operasjon, er det stor oppmerksomhet på den uerfarne for å sikre at de ikke utgjør noen risiko. Det kan være ulikheter blant sykehus i Norge om hvilke interne retningslinjer som finnes, men vi ser manglende retningslinjer og klarhet i ansvarsområdet når det gjelder telling sammen med studenter. Om det ikke er klarhet i hvem som står ansvarlig om feil skjer, er det svært lett for at feil kan oppstå. At gjenglemt utstyr i studien vår oppstod når tre av operasjonssykepleierne var studenter i praksis, kan en undre seg over. Det kan tenkes å være på grunn av uklarheter om ansvar for telling, at det blir stilt høye krav eller at en stoler for mye på studentene.

5.4.4 Holdninger og respekt for hverandres arbeidsoppgaver

Informantene i vår studie føler seg respektert av sine kolleger, men beskriver at arbeidsoppgave ikke blir sett på som like viktige av alle medlemmene i teamet. Dette mener informantene har med personlige holdninger å gjøre. Studier har vist at dårlige holdninger varierer mellom mangel på respekt og opprettholdelse av telleprosedyrer, og at kollegaenes

prioriteringer av tellerutiner påvirker personlig evne til å gjennomføre telling riktig og effektivt (D´Lima et al., 2014; Rowland & Steeves, 2010). Vår studie viste at ikke alle ser viktigheten med å bruke tid på telling ved mindre inngrep. I studien til Oksavik et al. (2021b) var det flere av operasjonssykepleierne som fortalte at de ble latterliggjort når de foretok kirurgisk telling ved inngrep med et lite sårsnitt. Selv om det er mindre risiko, mener informantene i vår studie at det likevel er viktig å gjennomføre telling for å opprettholde en god rutine.

Flere av informantene kommenterte at det er ønskelig at kirurgene er mer tålmodig i slutten av inngrepene. Andre hadde opplevd å få kommentarer på at ting må gå fortere. I studien til Oksavik et al. (2021a) var det flere operasjonssykepleiere som hadde opplevd å få tilsnakk fra kirurgen, men de forstod at når kirurgene hadde stått lenge på operasjoner så ble de slitne. Operasjonssykepleierne valgte derfor bevisst å overse dette ettersom det kunne gå utover deres egen prestasjon og arbeidsglede. Selv om informantene i vår studie hadde opplevd å få kommentarer fra kirurgene, uttrykte de at de ble tatt på alvor om de bare fortalte hvorfor de måtte få tid til å gjennomføre telling. Yrkeserfaring, faglig bakgrunn og kulturelle normer er sentrale faktorer som påvirker operasjonssykepleierens evne til å prioritere telling fremfor motstridende krav fra andre medlemmer i det kirurgiske team (D´Lima et.al, 2014). Studier har vist at operasjonssykepleiere som har større erfaring og faglig bakgrunn klarer i større grad å beholde roen og ikke bli påvirket av maktforhold (Oksavik et al., 2021a; D´Lima et al., 2014).

Ifølge pasientsikkerhetsprogrammet (I trygge hender 24-7, 2016) består en god pasientsikkerhetskultur av ansatte sine holdninger og rutiner. Dette påvirker i stor grad pasientbehandlingen. Når operasjonssykepleiere opplever frustrasjon fra kirurgene eller at det er mangel på respekt for deres arbeidsoppgaver, kan det føre til at oppmerksomheten til pasienten og pasientsikkerheten blir truet (Oksavik et al., 2021a). Spørsmålet er om de ulike seksjonene kan stille seg kritisk til egen kultur og gjøre endringer som kan fremme pasientsikkerheten, og hvem har da ansvar for dette? Vi tenker at her må det være et godt samarbeid mellom ledelsen og de ansatte. Vi har et felles ansvar for pasientsikkerheten, og ledelsen må åpne opp for en kultur der de ansatte kan snakke åpent om egne ideer og tanker for å bedre teamsamarbeidet, og om faktorer som fremmer egne arbeidsoppgaver.

5.4.5 Opplevelsen når noe går galt

Studiens funn viser at det er en stor påkjenning å være med i en situasjon der noe har gått galt. I vår studie kommer det frem at selv om informantene har opplevd at utstyr er gjenglemt, er det noe alle operasjonssykepleiere frykter å være vitne til. En undersøkelse (Helmers, 2019) viser at mange sykepleiere frykter å gjøre feil i jobben sin. Mange beskriver at de frykter at de skal påføre pasienten skade, og sitte igjen med skyldfølelse. Flere frykter også at de ikke skal klare å fortsette i jobben etter å ha gjort feil (Helmers, 2019). I vår studie beskriver flere av informantene at det å ha vært med på en slik hendelse, gjør noe med deg som person. Selv om mange synes det var tøft å bli intervjuet om dette temaet, snakket alle om viktigheten med å formidle dette videre til andre i samme yrkesgruppe. Noen av informantene beskrev at de i etterkant av hendelsen har blitt mer streng, både med seg selv og med andre i det kirurgiske teamet. Mange forteller at de er blitt bedre på å si ifra, og stå på sitt. Viktigheten med telling og å følge alle rutiner blir tatt mer på alvor, og mange lar seg ikke avbryte under tellingen.

Å sitte igjen med en vond følelse av å gjøre feil vil sette sine spor. Støtte og oppfølging fra ledelsen og kollegaer tenker vi er det viktigste i slike situasjoner. Å gjøre feil kan føre til at en mister troen på egen faglig kunnskap og vurderingsevne (Helmers, 2019). At operasjonssykepleierne i studien er åpne om å innrømme feil og står frem for at andre skal lære, er en styrke de har som vi erkjenner med ydmykhet og respekt. Etter å ha gjort feil må en gi hverandre støtte til å reise seg igjen, og bli møtt med undring og ikke fordømmelse. De fleste prøver å gjøre så godt de kan, og trenger å bli lyttet til, respektert og tatt på alvor. En slik tankegang kan bidra til at flere kommer styrket ut av vanskelige situasjoner, og at vi alle hjelper hverandre på veien til å bli bedre.

6.0 Metodekritikk

Valg av metode gir ikke noe garanti for den vitenskapelige kvaliteten, men baserer seg på relevans, overførbarhet og troverdighet (Malterud, 2017, s. 219). I kvalitative studier kan en komme frem til mange ulike tolkninger i datamaterialet. Vi må derfor vurdere resultat og gyldighet ut ifra hva vår problemstilling skal belyse (Malterud, 2017, s. 199).

6.1 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

Overførbarhet sier noe om funnene som er kommet frem i studien kan gi ny innsikt, som i andre sammenhenger kan være nyttig for andre (Malterud, 2017, s. 66). Forståelsen en utvikler gjennom forskning påvirkes om en har tilknytning til miljøet en studerer (Thagaard, 2018, s. 190-193). At vi er utdannet operasjonssykepleiere ser vi på som både som en fordel og en ulempe. Vi kan ha en lettere forståelse og gjenkjennelse rundt det som studeres, og ha et bedre utgangspunkt for å velge ut det som er mest viktig i funnene vi kommer frem til. Samtidig kan vår bakgrunn som operasjonssykepleiere føre til at vi overser det som er annerledes fra våre egne erfaringer. Eventuelt at vi raskt gjør oss opp en mening om det vi synes er viktig. Det kan føre til at vi lettere legger føringer i intervjuene, ut ifra det vi selv ønsker å få svar på. Dette har vi vært opptatt av under intervjuene, at vi ikke skal legge førende spørsmål, men heller bygge videre på det informantene deler av nyttig informasjon. Under transkriberingsprosessen kunne vi få en ny oppfatning av materialet, og nye tanker og spørsmål til videre intervjuer (Malterud, 2017, s. 80). Intervjuguiden ble revidert underveis i intervjuprosessen da vi fant nye områder vi synes var viktig å undersøke dypere, og som hadde betydning for studien. En svakhet ved studien er at vi kan ha gått glipp av viktig informasjon i de første intervjuene.

Studiens *validitet* handler om å stille spørsmål om gyldigheten i kunnskapen vi har samlet inn, og om våre tolkninger av materiale er gyldige (Malterud, 2017, s. 192). Gjennom hele forskningsprosessen har det vært viktig å stille spørsmål om både metode, utvalget, forskningsspørsmålet og datainnsamlingen gir oss svar på det vi faktisk lurte på. Ved å stille

spørsmål om gyldighet i våre funn, kan vi forebygge feil og tidlig stille spørsmål om funnene våre er overførbare (Malterud, 2017, s. 24). Selv om vårt tema er veldig sensitivt, opplevde vi likevel at informantene ønsket å snakke om sine erfaringer og dele det vanskelige. Dette styrker studien. Det er veldig viktig at vi er tro mot informantene sin stemme. Derfor har det vært svært viktig gjennom analysen at bearbeiding av data samsvarer med den sammenhengen informasjonen er hentet ut fra. En styrke i studien er at flere av informantene som snakker om det samme, og trekker frem mange likhetstrekk (Malterud, 2017, s. 193-194). Studiens validitet styrkes også ved å sammenligne våre funn med resultater fra andre studier (Thagaard, 2018, s. 191).

Begrepet *reliabilitet* bruker vi til å stille spørsmål om andre ville kommet frem til de samme resultatene, om de utførte den samme studien (Thagaard, 2018, s. 187). Ved at vi har brukt direkte sitater og ikke notater er med på å styrke reliabiliteten i studien. Vi er da mer uavhengig av vår oppfatning enn ved bruk av notater som mer baserer seg på rekonstruksjon av utsagn som kommer frem. Reliabiliteten styrkes også ved at vi er to forskere i prosjektet. Informasjonen blir da tolket av oss begge, og vi diskuterer og samarbeider for å komme frem til det mest korrekte resultatene, og gjør avgjørende beslutninger i forskningsprosessen sammen (Thagaard, 2018, s. 187-188).

6.2 Datainnsamling og utvalg

I utgangspunktet ønsket vi å rekruttere informanter ved to ulike sykehus for å se om rutinene for telling og bruk av sjekklister var lik ved ulike sykehus, men dette ble for ressurskrevende. Vi valgte derfor å rekruttere informanter ved forskjellige avdelinger på det samme sykehuset, for å undersøke om de forskjellige avdelingene følger de samme rutinene. At vi har intervjuet informanter fra bare ett sykehus i landet kan sette spørsmål til overførbareheten. Svakheten ved å samle data fra kun et sykehus kan være at andre sykehus er flinkere på prosedyrer og rutiner, eller at operasjonssykepleierne har en annen oppfatning av temaet. Fordelen med å forske innenfor samme sykehuset er at noen av operasjonssykepleierne har erfaring fra flere av avdelingene på det samme sykehuset. Da

kan operasjonssykepleierne ha bedre utgangspunkt i å reflektere og sammenligne rutiner og prosedyrer på tvers av avdelingene.

I våre inklusjonskriterier var det ønskelig å ha nyere forskning, og ikke forskning publisert etter 2012. Vi har likevel valgt å inkludere to eldre studier ettersom det finnes lite kvalitativ forskning på temaet (Gillespie et al., 2010; Rowland & Steevens, 2010,). Dette kan sette spørsmål om det som kommer frem er overførbart, ettersom rutiner og operasjonssykepleiernes oppfatning kan endres over tid.

7.0 Konklusjon

Formålet med vår studie var å undersøke operasjonssykepleieres erfaring med kirurgisk telling, og kontrollrutiner for å hindre at utstyr ikke blir gjenglemt i pasientens kropp. Studien viser at gjenglemt utstyr kan skje om en ikke holder fokus, og det er et stort ansvarsområdene for operasjonssykepleiere å forebygge at dette skjer.

I studien har vi belyst flere faktorer som påvirker operasjonssykepleiernes evne til å gjennomføre prosedyrer for telling av kirurgiske gjenstander på en sikker måte. Studien har vist at avdelingene tar utgangspunkt i de samme prosedyrene for telling, men at utførelse varierer på individnivå og på tvers av avdelingene. Dette fører til usikkerhet blant operasjonssykepleierne som truer pasientsikkerheten. Mange lager egne rutiner for oppdekning av assistansebord, noe som gjør det utfordrende for andre å overta under et inngrep. Å ha et ryddig område, og ha standardiserte prosedyrer for oppdekning av assistansebord gir oversikt over kirurgiske gjenstander brukt i det sterile feltet. Et godt tverrfaglig samarbeid er avhengig av teamets holdninger og kommunikasjon, og studien viser at operasjonssykepleierne har et ansvar for å si ifra hvis de opplever at pasientsikkerheten er truet.

Et viktig funn i studien er at det stilles for høye krav til studenter. Det er manglende retningslinjer på hvem som har ansvar for telling, og om en skal telle med studenter eller

ikke. I tillegg kommer det frem i studien at det er manglende prosedyre på telling av preparat-poser.

Resultatene vi har kommet frem til kan være til nytte for operasjonssykepleiere og andre medlemmer av det kirurgiske teamet, samt øke fokuset på gode kontrollrutiner, godt samarbeid og respekt for hverandres oppgaver. Det kan også påvirke andres ønske om å forbedre egne holdninger og rutiner.

8.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Studien viser at det er behov for forskning som undersøker tiltak på individ- og systemnivå for å fremme tverrfaglig samarbeid og respekt for hverandres oppgaver innen kirurgisk pasientbehandling på norske sykehus. I lys av to tilfeller av gjenglemte preparatposer på kort tid, ser vi behovet for å undersøke om det bør innføres en prosedyre på telling av preparatposer under laparoskopi. Sjekklisten trygg kirurgi burde inneholde mer spesifisert utstyr slik at alt blir talt. I tillegg burde det tas opp til vurdering om det burde være en retningslinje på at det ikke skal tilføres pasienten mer enn en preparat-pose om gangen. Det kommer også frem i studien, sett sammen med tidligere forskning, at det bør utvikles en nasjonal skriftlig prosedyre for standard oppdekking av assistansebord.

Studien viser at det er behov for å opprette en retningslinje for telling av kirurgisk utstyr sammen med studenter. Det er per i dag ingen skriftlig retningslinje på dette, og studien bekrefter uklarheter på rutiner for dette. Vi har diskutert dette med vår veileder, som også ser behovet for å undersøke dette videre. Saken er meldt videre til Norsk Sykepleierforbund.

Litteraturliste

- Affleck, D. (2017). A Canadian Educator Perspective on Quality Perioperative Nursing Practice. *ORNAC Journal*, 35(3), 13-37. Hentet 18. mai 2022, fra: <https://web-p-ebscohost-com.galanga.hvl.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=194ee94b-420e-4b6c-9556-64b9fe18ab7f%40redis>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (NESH) (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Forskningsetikk. Hentet 5. februar 2022, fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- D'lima, D., Sacks, M., Blackman, W., & Benn, J. (2014). Surgical Swab Counting: A Qualitative Analysis from the Perspective of the Scrub Nurse. *Journal of Perioperative Practice*, 24(5), 103–111. <https://doi.org/10.1177/175045891402400503>
- Dåvøy, G.M. (2018). Kirurgisk samvittighet. Dåvøy, G.M., Eide, P.H., Hansen, I (red.) *Operasjonssykepleie* (s.199-202). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, P.H. & Dåvøy, G.M. (2018). Funksjons- og ansvarsområde. Dåvøy, G.M., Eide, P.H., Hansen, I (red.) *Operasjonssykepleie* (s. 28-80). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fencil, J. L. (2016). Guideline Implementation: Prevention of Retained Surgical Items. *AORN Journal*, 104(1), 37–48. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.005>
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Longbottom, P., & Wallis, M. (2010). The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 732–741. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.001>
- Haugen, A.S, & Dåvøy, G.M. (2018). Pasientsikkerhet og trygg kirurgi. Dåvøy, G.M., Eide, P.H., Hansen, I (red.) *Operasjonssykepleie* (s.178-198). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helmers, A-K. B. (2019). *Tre av ti sykepleiere frykter ukentlig å gjøre feil som skader pasienten*. Hentet 25. april 2022, fra <https://sykepleien.no/2019/10/tre-av-ti-sykepleiere-frykter-ukentlig-gjore-feil-som-skader-pasienten>
- Helsebiblioteket. (2017). *Kirurgisk telling—Anbefalte rutiner for telling av utstyr under*

kirurgi. Helsebiblioteket.no. Hentet 20. februar 2022, fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/kirurgisk-telling-anbefalte-rutiner-for-telling-av-utstyr-under-kirurgi>

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-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Igesund, U., Overvåg, G., & Rasmussen, G. (2021). *Trygg kirurgi – oppdekking og organisering av instrumentbord til operasjon: En scoping review*. Sykepleien.no. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2021.84445>

I trygge hender (2016). Slik jobber du med pasientsikkerhetskulturen. Hentet 14. mars 2022, fra <http://www.itryggehender24-7.no/malinger/pasientsikkerhetskultur/slik-jobber-du-med-pasientsikkerhetskulturen>

Johannesen, A., Tuft P. & Christoffersen L. (2015). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt Forlag.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Molven, O. (2019) *Helse og jus* (9. utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS.

NPE. (2019). *Erstatningssaker - gjenglemt utstyr*. Hentet 16. desember 2021, fra: <https://www.npe.no/no/Helsepersonell/statistikk/temaartikler/erstatningssaker---gjenglemt-utstyr/#>

NPE. (2021) *Helsepersonell*. Hentet 11. desember 2021, fra <https://www.npe.no/no/Helsepersonell/>

NSF. (u.å) *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 26. mars 2022, fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

- NSFLOS. (2015). *Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse*. Hentet 16.12.2021, fra <https://nsflos.no/wp-content/uploads/2016/01/Operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse.pdf>
- Nørgaard, A., Johnsen, R., & Marhaug, G. (2016). Bruk av WHO's sjekklister for trygg kirurgi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.1079>
- Oksavik, W.S (2018) Samarbeid i team. Dåvøy, G.M., Eide, P.H., Hansen, I (red.) *Operasjonssykepleie* (s.203-217). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Oksavik, W.S, Heen, C. & Heggdal K. (2021a). Faktorer som påvirker kommunikasjon og samspill i kirurgiske team med betydning for pasientsikkerhet - belyst fra operasjonssykepleierens ståsted. *Klinisk sygepleje 2021-03-12 (1)*, 3-22. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2021-01-02>
- Oksavik, W., Heen, C., & Heggdal, K. (2021b). Kirurgisk telling som verktøy for sikker pasientbehandling ved kirurgi: En kvalitativ studie av operasjonssykepleieres erfaringer. *Inspira*, 16(1), 47–64. <https://doi.org/10.23865/inspira.v16.3114>
- Personopplysningsloven (2018) *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-12-20-116) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Rasmussen, G., Wangen, M.G. & Torjuul, K. (2015). Ikke-tekniske ferdigheter i utøvelsen av operasjonssykepleie. *Nordisk sygeplejeforskning*, 5(4), 397–410. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-04-08>
- Rowlands, A. & Steeves, R. (2010). Incorrect Surgical Counts: A Qualitative Analysis. *AORN Journal*, 92(4), 410–419. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.01.019>
- Sacks, G.D., Shannon E.M., Dawes, A.J., Rollo, J.C., Nguyen, D.K & Russel, M.M (2015). Teamwork, communication and safety climate: a systematic review of interventions to improve surgical culture. *BMJ Qual Saf.*, 24(7), 458-467. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003764>
- Saunes, I.S., Svendsby, P.O., Mølstad, K. & Thesen, J. (2010) *Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet 11.februar 2022 fra:

<https://www.fhi.no/publ/2010/kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet----/>

Siu, J., Maran, N. & Paterson-Brown, S. (2016). Observation of behavioural makers of non-technical skills in the operating room and their relationship to intra-operative incidents. *The surgeon*, 14(3), 119–28. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2014.06.005>

Smith, Y. & Burke, L. (2014). Swab and instrument count practice: ways to enhance patient safety. *British journal of nursing*, 23(11), 590-593. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.11.590>

Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenester* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

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

Utdannings- og forskningsdepartementet. (2015). *Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie*. Hentet 24. januar 2022, fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393-rammeplan_for_videreutdanning_i_operasjonssykepleie_05.pdf

Vedlegg

Vedlegg I - Søknad til sykehusledelsen

Søknad om gjennomføring av forskningsprosjekt

Informasjon om forskningsprosjektet:

”Operasjonssykepleierens tanker og erfaringer med kirurgisk telling og gjenglemt utstyr”

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for dette forskningsprosjektet og hva prosjektet innebærer.

Formål

Studien blir gjennomført i forbindelse med videreutdanning i operasjonssykepleie på Høgskolen på Vestlandet, og skal brukes i arbeidet med masteroppgave.

Norsk pasientskadeerstatning (NSD) behandler hvert år flere saker der utstyr har blitt gjenglemt i pasienter under kirurgiske inngrep. NSD informerer om 51 tilfeller med gjenglemt utstyr i norske sykehus fra 2016-2020. Selv om det finnes retningslinjer og etablerte prosedyrer viser tidligere forskning at det er variasjon i gjennomføring av kirurgisk telling og at ulike faktorer har påvirkning på operasjonssykepleierens gjennomføring av prosedyren.

Hensikten med denne studien er å få innsikt i operasjonssykepleierens praktisering av kirurgisk telling, deres erfaringer og tanker rundt hvorfor dette svikter i enkelte tilfeller. Det er lite kvalitativ forskning på dette temaet i Norge, og vi ønsker derfor å utføre denne studien med fokus på den enkelte operasjonssykepleierens erfaring rundt temaet.

På bakgrunn av dette vil studien undersøke følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med tellerutiner for å hindre at instrumenter og utstyr blir gjenglemt i pasienten kropp?

Hvem er ansvarlig for studien?

Oda Borgevad Kornerud (masterstudent) og Monika Ulleland (masterstudent) i samarbeid med Høgskolen på Vestlandet.

Veileder for masteroppgaven er Gro Hovland

Hvem ønsker vi å inkludere i studien?

Vi ønsker hjelp fra avdelingssykepleier med å komme i kontakt med operasjonssykepleiere som er interessert i temaet for å undersøke tanker og handlinger i forbindelse med kontrollrutiner for telling, og eventuelt hva som skjedde i en situasjon der instrumenter eller utstyr manglet under operasjon. Vi ønsker å intervju 6-7 operasjonssykepleiere, men vil vurdere antall fortløpende ut fra kvaliteten og innholdet i intervjuene.

Hva innebærer studien?

Vi har valgt å bruke et kvalitativt forskningsintervju som studiedesign for vårt forskningsprosjekt. Vi ønsker å bruke et forskningsintervju med intervjuguide som datainnsamlingsmetode. Operasjonssykepleierne vil bli intervjuet individuelt. I hovedsak utføres det ett intervju per deltaker.

Informasjonen blir registrert ved hjelp av båndopptaker og notater som blir tatt under intervjuene. Intervjuene vil primært bli gjennomført på et kontor på operasjonsavdelingen eller i et grupperom på Høgskolen i Bergen.

Det er frivillig

Informantene kan når som helst protestere mot at de inkluderes i dette forskningsprosjektet, de trenger ikke å oppgi noen grunn. Alle personopplysningene vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for den enkelte hvis han/hun velger å trekke seg.

Personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deltakerne til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Før oppstart av intervjuene vil vi først melde prosjektet til Norsk senter for forskningsdata (NSD) via meldeskjema. Vi vil også sende inn en søknad Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som vil vurdere om studien er meldepliktig ift. innhold av personopplysninger. Søknadene vil sendes inn senest en måned før vi starter datainnsamlingen.

Når vi har fått godkjenning til å gjennomføre studien fra NSD, REK og Haukeland Univeritetssykehus skal prosjektet registreres på HVL sin forskningsserver, og all behandling av data vi samler inn (lydfiler, notater) skal foregå på denne serveren. Deltakerne vil bli informert om at data som samles inn vil oppbevares etter NSD sine retningslinjer og bli oppbevart på en forsvarlig måte. De som har tilgang til denne serveren, vil være forfatterne av masteroppgaven samt veileder.

Personopplysningsloven (2018) stiller krav til samtykke for deltakelse. Før vi starter med datainnsamlingen vil vi levere ut informasjonsskriv med samtykkeskjema til operasjonssykepleierne som skal delta. Samtykkeskjemaet vil inneholde klare opplysninger om hva deltakeren samtykker til, hva samtykket omfatter og hvilke behandlingsansvaret/forskere samtykket rettes til. Samtykkeskjemaet oppbevares på

forskerserveren. Deltakerne vil også bli informert om at det blir tatt i bruk båndopptaker under intervjuene, og velger selv om de samtykker til at vi skal bruke dette under intervjuene.

For å holde deltakernes identitet skjult vil vi anonymisere alle personidentifiserte opplysninger. Dette gjelder både under transkriberingen og presentasjon av resultater. Vi vil etterkomme disse kravene ved å bruke pseudonymer/kodenavn på alle deltakerne.

Hva skjer med opplysningene når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når masteroppgaven er godkjent, noe som etter planen er ca. juni 2022. Informasjon som vi har samlet inn skal kun brukes som beskrevet. Når studien er ferdig, vil utskrifter og lydopptak bli makulert og slettet. Vi som forskere er underlagt taushetsplikt ifølge Helsepersonelloven § 21, slik at ingen informasjon annet enn det som er samtykket å bruke i studien vil videreføres.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deltakerne?

Vi behandler opplysninger om deltakerne fordi forskningsprosjektet er vurdert å være i allmennhetens interesse, men de har anledning til å protestere eller trekke seg dersom de ikke ønsker å delta i prosjektet.

Deltakernes rettigheter

Så lenge deltakerne kan identifiseres i datamaterialet, har de rett til:

- å protestere
- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert
- å få rettet personopplysninger,
- å få slettet personopplysninger, og

- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av sine personopplysninger.

Hvis du har spørsmål til studien eller ønsker å vite mer ta kontakt med:

Oda Borgevad Kornerud

Telefon: +4790804195

Studentmail: 146353@stud.hvl.no

Monika Ulleland

Telefon: +4748238831

Studentmail: 581697@stud.hvl.no

Eller vår veileder:

Gro Hovland

Telefon: +4757677626

Epost: Gro.Hovland@hvl.no

Institutt for helse-omsorgsvitenskap

Høgskolen på Vestlandet

Med vennlig hilsen

Oda Borgevad Kornerud - *Masterstudent*

Monika Ulleland - *Masterstudent*

Gro Hovland - *Høgskolelærer og veileder for prosjektet*

Vedlegg II - Informasjonsskriv til informanter

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Operasjonssykepleierens tanker og erfaringer med kirurgisk telling og gjenglemte utstyr”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få innsikt i operasjonssykepleierens praktisering av kirurgisk telling, deres erfaringer og tanker rundt hvorfor dette svikter i enkelte tilfeller. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Hensikten med denne studien er å få innsikt i operasjonssykepleierens erfaringer og tanker rundt temaet, og egne tiltak for å hindre at instrumenter og utstyr blir gjenglemte i pasientens kropp.

Studien blir gjennomført i forbindelse med videreutdanning i operasjonssykepleie på Høgskolen på Vestlandet og skal brukes i arbeidet med masteroppgave.

Norsk pasientskadeerstatning (NSD) behandler hvert år flere saker der utstyr har blitt gjenglemte i pasienter under kirurgiske inngrep. NSD informerer om 51 tilfeller med gjenglemte utstyr i norske sykehus fra 2016-2020. Selv om det finnes retningslinjer og etablerte prosedyrer viser tidligere forskning at det er variasjon i gjennomføring av kirurgisk telling og at ulike faktorer har påvirkning på operasjonssykepleierens gjennomføring av prosedyren.

Det er lite kvalitativ forskning på dette temaet i Norge, og vi ønsker derfor å utføre denne studien med fokus på den enkelte operasjonssykepleierens erfaring rundt temaet.

På bakgrunn av dette vil studien undersøke følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med tellerutiner for å hindre at instrumenter og utstyr blir gjenglemt i pasienten kropp?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Oda Borgevad Kornerud (masterstudent) og Monika Ulleland (masterstudent) er ansvarlig for prosjektet, i samarbeid med Høgskolen på Vestlandet.

Veileder for masteroppgaven er Gro Hovland.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I vår studie ønsker vi å rekruttere operasjonssykepleiere som er interessert i temaet for å undersøke tanker og handlinger i forbindelse med kontrollrutiner for telling. Gjennom avdelingsleder har vi spurt hvem som kan være aktuell for å delta i denne studien. Vi ønsker at operasjonssykepleiere vi skal intervjuer har erfaring med en situasjon der instrumenter eller utstyr manglet under operasjon, og er villig til å dele tanker og erfaring om situasjonen. Vi ønsker å intervjuer 6-7 operasjonssykepleiere, men vil vurdere antall fortløpende ut fra kvaliteten og innholdet i intervjuene.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi har valgt å bruke et kvalitativt forskningsintervju som studiedesign for vårt forskningsprosjekt. Du som operasjonssykepleier vil bli intervjuet individuelt ut ifra en intervjuguide. Vi utfører i hovedsak ett intervju per deltaker.

Vi ønsker å innhente informasjon om erfaringer og tanker rundt situasjoner der du har erfart at det mangler utstyr, eller vet om en slik situasjon der det skjedde. Vi ønsker å undersøke om rutiner blir fulgt slik de skal, og tanker og erfaringer du har rundt dette temaet. I enkelte situasjoner har dette sviktet, og vi ønsker å gå i dybden på hvorfor dette skjer med utgangspunkt i din og andres erfaring.

Informasjonen blir registrert ved hjelp av båndopptaker og notater som blir tatt under intervjuene. Intervjuene vil primært bli gjennomført på et kontor på operasjonsavdelingen eller i et grupperom på Høgskolen i Bergen.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. All innsamlet data vil anonymiseres, og det vil ikke påvirke ditt arbeid på sykehuset eller forhold til kollegaer.

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 fra deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Før oppstart av intervjuene vil vi først melde prosjektet til Norsk senter for forskningsdata (NSD) via meldeskjema. Vi vil også sende inn en søknad Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som vil vurdere om studien er meldepliktig ift. innhold av personopplysninger. Søknadene vil sendes inn senest en måned før vi starter datainnsamling.

Når vi har fått godkjenning til å gjennomføre studien fra NSD, REK og Haukeland Universitetssykehus skal prosjektet registreres på HVL sin forskningsserver, og all behandling av data vi samler inn (lydfiler, notater) skal foregå på denne serveren. All data som samles inn, vil oppbevares etter NSD sine retningslinjer og bli oppbevart på en forsvarlig måte. De som har tilgang til denne serveren, vil være forfatterne av masteroppgaven samt veileder.

Personopplysningsloven (2018) stiller krav til samtykke for deltakelse. Før vi starter med datainnsamlingen vil vi levere ut informasjonsskriv med samtykkeskjema til deg som skal

delta. Samtykkeskjemaet vil inneholde klare opplysninger om hva du som deltaker samtykker til, hva samtykket omfatter og hvilke behandlingsansvaret/forskere samtykket rettes til. Samtykkeskjemaet leveres inn til forskerserveren. Vi kommer til å bruke båndopptaker under intervjuene dersom du samtykker til dette.

For å holde din identitet skjult vil vi anonymisere alle personidentifiserte opplysninger. Dette gjelder både under transkriberingen og presentasjon av resultater. Vi vil etterkomme disse kravene ved å bruke pseudonymer/kodenavn på alle deltakerne.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når masteroppgaven er godkjent, noe som etter planen er ca. juni 2021. Informasjon som vi har samlet inn, skal kun brukes som beskrevet. Når studien er ferdig, vil utskrifter og lydopptak bli makulert og slettet. Vi som forskere er underlagt taushetsplikt ifølge Helsepersonelloven § 21, slik at ingen informasjon annet enn det som er samtykket å bruke i studien vil videreføres.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Dine rettigheter

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

- Innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- Å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- Å få slettet personopplysninger om deg

- Å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Oda Borgevad Kornerud

Telefon: +4790804195

Studentmail: 146353@stud.hvl.no

Monika Ulleland

Telefon: +4748238831

Studentmail: 581697@stud.hvl.no

Eller vår veileder:

Gro Hovland

Telefon: +4757677626

Epost: Gro.Hovland@hvl.no

Institutt for helse-omsorgsvitskap

Høgskolen på Vestlandet

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:
NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på
telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Oda Borgevad Kornerud - *Masterstudent*

Monika Ulleland - *Masterstudent*

Gro Hovland - *Høyskolelærer og veileder for prosjektet*

Samtykke til deltakelse i individuelt intervju

«Operasjonssykepleierens erfaringer og tanker om kirurgisk telling og gjenglemt utstyr»

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i et kvalitativt forskningsintervju
- å delta i individuelt intervju der sykepleier stiller meg spørsmål om temaet
- Jeg er innforstått med at alle mine opplysninger vil bli anonymisert og behandlet etter gjeldene regler for forskning frem til prosjektet avsluttes.
- Jeg er innforstått med at deltakelsen er frivillig, og at jeg når som helst kan trekke meg fra studien.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg IV - Intervjuguide

Intervjuguide

Innledning:

1. Hvor lang erfaring i yrket?
2. Hvorfor takka du ja til å delta i studien?

Bakgrunn:

1. Stemmer det at du selv har erfaring med en situasjon der det er blitt gjenglemt utstyr?
 - a) Hvis ja, kan du fortelle om dette situasjonen?
 - b) Hvilke system/rutiner hadde du for telling av utstyret ved denne situasjonen?
2. Vet du om situasjoner som har skjedd der andre har glemt igjen utstyr?
 - a) Hvis ja, hva skjedde og hvorfor?
 - b) Hva kunne vært gjort annerledes?
3. Hvilke tanker har du rundt temaet "gjenglemt utstyr"?

Angående rutiner:

1. Hva er nåværende kontrollrutiner i deres avdeling angående telling av utstyr?

- a) Følger alle dine kollegaer samme rutinene?
 - b) Opplever du at andre avdelinger har samme rutiner, at de teller at dere teller?
 - c) Opplever du at rutinene ikke alltid blir fulgt? Hvis ja, i hvilke situasjoner er dette?
2. Er det noe du opplever vanskelig eller utfordrende ved telling av instrumenter?
 3. Hvilke årsaker tenker du har innvirkning på at utstyr kan bli gjenglemt?
 4. Har kollegaene du jobber med betydning for om en klarer å opprettholde kontrollrutiner?
 - a) Føler du deg respektert av dine kollegaer?
 - b) Hvordan har det å avlaste andre kollegaer under operasjon betydning for utførelse av kontrollrutiner?

Forebygging:

1. Hva gjør du for å ikke glemme igjen utstyr?
 - a) Hva er det viktigste for deg for at vi skal unngå dette?
2. Hvis du kunne endret noe ved dagens rutiner, hva ville det vært?

Til slutt:

- o Kan du si noe mer om...?
- o Kan du forklare nærmere?
- o Har jeg forstått det slik at....?
 - o Er det noe mer du ønsker å tilføye? Åpne for innspill og kommentarer.

Vedlegg V – Søketablell

Database/søkemotor	Søkeord/Emneord	Avgrensning	Antall treff	Funn:
Cinahl	OR nurse AND retained surgical items	2012-2022 Linked full text	236	Artikkel #1 Artikkel #2
	Surgical count AND patient safety AND retained foreign objects	2012-2022 Linked full text	163	
	Surgical count AND perioperative nursing AND surgical team	2012-2022 Subject major: surgical count procedure	76	Artikkel #3
	*	2012-2022 Subject major: retained instruments	62	Artikkel #4
	Retained foreign objects AND operation nurse AND qualitative	2012-2022 Linked full text	0	
PubMed	Operation nurse AND foreign objects		49	
	Operation nurse OR scrub nurse AND foreign objects		36	
	Surgical nurse OR scrub nurse AND gossypiboma AND qualitative		4	Artikkel #5
<p>Artikkel #1: Rowlands, A. & Steeves, R. (2010). <i>Incorrect Surgical Counts: A Qualitative Analysis</i></p> <p>Artikkel #2: Smith, Y. & Burke, L. (2014) <i>Swab and instrument count practice: ways to enhance patient safety.</i></p> <p>Artikkel #3: Oksavik W.S, Heggdal C. & Heggdal K. (2021) <i>Kirurgisk telling som verktøy for sikker pasient-behandling: En kvalitativ studie av operasjonssykepleieres erfaringer ved kirurgi</i></p> <p>Artikkel #4: Fencl, J.L (2016) <i>Guideline Implementation: Prevention of Retained Surgical Items.</i></p>				
<p>Artikkel #5: D'lima (2014) <i>Surgical swab counting: a qualitative analysis from the perspective of the scrub nurse</i></p> <p><i>Andre artikler vi har valgt å inkludere har blitt valgt fra kildehenvisningen i faglitterære bøker og fra de øvrige studiene som ble valgt i litteratursøket.</i></p>				

Vedlegg VI - Utdrag fra analysen

Helhetsinntrykk	Meningsbærende enheter		Kondensering		Syntese	
Foreløpige temaer	Kode-gruppe	Meningsbærende enheter	Undergruppe	Kondensat	Syntese	Ny overskrift
Mot til å si ifra	Kommunikasjon	<p><i>"Det er veldig på at vi sier til hverandre at vi går ikke videre, og vi bøtter hverandre opp. Spesielt når folk begynner å mase på at vi må gjøre flere ting på en gang, så må vi gi beskjed... begge to... spesielt operasjonsykepleier som er på operasjonsalen, at vi går ikke videre for vi har telt".</i></p> <p><i>En må hjelpe hverandre å si fra. Det er en felles trygghet, og sikkerhet for at ikke noe skal bli gjenglemt".</i></p> <p><i>"Nei... jeg husker den gangen at da stod jeg og så på en kompress som ble lagt i såret mens de skulle lukke fascien. Så tenkte at den skal jeg passe på at den kommer inn igjen. Da var det også en medisinstudent som stod og så... og når vi skal ha ny telling samt, når huden ble lukket, så ble jeg litt sønn distre, og klarte liksom ikke helt å følge den kompressen hele tiden, selv om eg hadde tenkt at nå skal jeg følge med der, så blir du opptatt med noe annet samt... Så når vi skulle ha ny telling og huden skulle lukkes, så manglet det jo en kompress. Nei altså vi sa jo hva vi hadde sett... og de påstod jo at alt var tatt ut"</i></p>	Betydning av støtte fra kollegaer og å tørre å si ifra	<p><i>"Jeg stod og så på en kompress som ble lagt i såret mens de skulle lukke fascien. Jeg tenkte at den skal jeg passe på. Når vi skulle ha ny telling og huden skulle lukkes, så manglet det jo en kompress. De påstod at den var tatt ut, men det var den ikke. Den lå igjen. Vi sa jo hva vi hadde sett".</i></p> <p><i>Gullsitat: "En må hjelpe hverandre å si fra. Det er en felles trygghet, og sikkerhet for at ikke noe skal bli gjenglemt"</i></p>	De fleste informantene beskriver viktigheten med å si fra for å unngå at utstyr skal bli gjenglemt. Både med tanke på å få tid til å telle, eller om en har manglende oversikt over situasjonen eller utstyret.	Å stå alene med et stort ansvar

Vedlegg VII - Eksempel på "Trygg Kirurgi" sjekklister

Forberedelse <i>før innledning av anestesi</i>	Time-out <i>før operasjonsstart</i>	Avslutning <i>før hovedoperatør forlater operasjonsfeltet</i>
<p>Har pasienten bekreftet?</p> <input type="checkbox"/> Identitet <input type="checkbox"/> Operasjonsfelt <input type="checkbox"/> Type inngrep <input type="checkbox"/> Metall i kroppen <p>.....</p> <p>Er operasjonsfeltet merket?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt <p>.....</p> <p>Er nødvendig pasientinformasjon og bildeinformasjon tilgjengelig?</p> <input type="checkbox"/> Ja <p>.....</p> <p>Er anestesisjekk utført og medikamenter kontrollert?</p> <input type="checkbox"/> Ja <p>.....</p> <p>Preoperativ hårklipp korrekt utført?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt <p>.....</p> <p>Har pasienten: Kjent allergi?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <p>Vanskelig luftvei/risiko for aspirasjon?</p> <input type="checkbox"/> Ja, og utstyr/assistanse er tilgjengelig <input type="checkbox"/> Nei <p>Risiko for > 500 ml blodtap? (> 7 ml/kg hos barn)</p> <input type="checkbox"/> Ja, og adekvat intravenøs tilgang og væske er tilgjengelig <input type="checkbox"/> Nei <p>Før pasienter med diabetes: Er blodsukkeret innenfor normalområdet?</p> <p>Risiko for hypotermi?</p> <input type="checkbox"/> Ja, og tiltak er planlagt og iverksatt <input type="checkbox"/> Nei	<p>Er alle i teamet presentert for hverandre med navn og funksjon?</p> <input type="checkbox"/> Ja <p>.....</p> <p>Kirurg, operasjonssykepleier, anestesilege og anestesisykepleier bekrefter muntlig:</p> <input type="checkbox"/> Hva er pasientens navn? <input type="checkbox"/> Hva er planlagt prosedyre, operasjonsfelt og -side? <input type="checkbox"/> Er pasienten i rett leie? <p>.....</p> <p>Gjennomgang av potensielle risikofylte hendelser</p> <p>Kirurg:</p> <input type="checkbox"/> Hva er forventet blodtap? <input type="checkbox"/> Er det noen risikofaktorer teamet bør kjenne til? <input type="checkbox"/> Er det behov for spesielt utstyr eller ekstra undersøkelser? <input type="checkbox"/> Hva er forventet varighet av operasjonen? <p>Anestesilege og anestesisykepleier:</p> <input type="checkbox"/> Hva er pasientens ASA-klassifisering? <input type="checkbox"/> Er det særlige risikofaktorer ved anestesi som teamet bør kjenne til? <p>Operasjonssykepleier:</p> <input type="checkbox"/> Er steriliteten på instrumentene bekreftet? <input type="checkbox"/> Er det utfordringer knyttet til bruken av utstyret? <p>.....</p> <p>Infeksjonsforebyggende tiltak Er antibiotikaprofylakse gitt i henhold til prosedyre og i løpet av de siste 60 minuttene?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt <p>.....</p> <p>Er tromboseprofylakse forordnet?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt	<p>Teamet gjennomgår muntlig:</p> <input type="checkbox"/> Hvilke inngrep er gjennomført? <input type="checkbox"/> Stemmer antall instrumenter, kompresser/duker/tupfere, nåler og annet utstyr? <input type="checkbox"/> Er prøvematerialet riktig merket (inklusive pasientens identitet) og lagt på riktig medium? <input type="checkbox"/> Har det vært uønskede hendelser eller problemer med utstyret som det skal varsles om? <input type="checkbox"/> Hva er viktig for postoperativ behandling av denne pasienten? <p>.....</p> <p>Lokale tillegg/spesielle tillegg for enheten:</p>

(Nørgaard et al., 2016)