



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.:	445
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	13171
----------------------	-------

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:	5
Andre medlemmer i gruppen:	432

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

Forebygging av leiringsskader i den peroperative fasen – En kvalitativ studie av operasjonssykepleieres erfaringer og opplevelser

Prevention of positioning injuries in the perioperative phase – A qualitative study of surgical nurses' experiences

Kandidatnummer: 432 og 445

Master i klinisk sykepleie - Operasjon

Høgskulen på Vestlandet, FHS, institutt for helse og omsorgsvitenskap

Veileder: Ellen Johanne Svendsbø, Førsteamanuensis

Dato for innlevering: 25/05/22

Antall ord: 13171

Jeg 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

Arbeid med masteroppgaven har gitt oss faglig tyngde og gjort oss mer reflektert i vår nye hverdag som operasjonssykepleiere. Vi erfarer at den åpner opp for økt fokus på forskning og videre utvikling av faget.

Vi ønsker først og fremst å takke vår veileder Ellen for god veiledning og oppmuntring underveis i prosessen. Operasjonssykepleierne vi har intervjuet har vist et stort engasjement for faget, og vi er takknemlig for alle refleksjoner og informative samtaler sammen med dem. Vi ønsker i tillegg å takke medstudent og kollega Unni for gode innspill til masterprosjektet.

Til slutt vil vi også rette en stor takk til Louie som hver studiedag har lagt ved våre fotender. Han har fått oss med på gåturer når vi har trengt å lufte hodet og lært oss at ballkasting er god terapi i frustrerte øyeblikk.

Bergen, 24 mai 2022

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Forebygging er en sentral oppgave for operasjonssykepleieren, og det forebyggende arbeidet starter fra operasjonspasienten ankommer operasjonsstuen. Operasjonspasienten som skal til langvarig kirurgi, har et særlig behov for ivaretagelse av anatomiske funksjoner og vevsintegritet. Kunnskaper om når man skal iverksette tiltak er særdeles viktig, når man vet at faren for trykkskader øker ved inngrep over to til tre timer. Leieendring er, ifølge litteraturen, av stor betydning for pasientutfall.

Formål: Formålet med denne studien var å undersøke operasjonssykepleieres erfaringer og opplevelser med det forebyggende arbeidet under langvarige operasjoner, samt hvilke vurderinger og tiltak som ble kartlagt for operasjonspasienten. Problemstilling:

«Operasjonssykepleieres erfaringer og opplevelser med leieendring under langvarige operasjoner»

Metode: Kvalitativt design er valgt for denne studien, og semistrukturerte individualintervju er tatt i bruk for å utforske valgt problemstilling. Det ble gjennomført seks intervju med operasjonssykepleiere fra seks ulike fagfelt på et sykehus i Norge. Systematisk tekstkondensering ble benyttet som analysemetode.

Funn: Funn viser at operasjonssykepleiere har ulike måter å organisere det peroperative arbeidet sitt på. I mangel på rutiner innad i avdelingene, åpnes det opp for egne vurderinger og beslutninger. Informantene uttrykket et ønske om prosedyrer som kan samkjøre arbeidsoppgaver for tilrettelegging av lik pasientbehandling. For å øke kvaliteten på det forebyggende arbeidet belyser funn at det er behov for en mer omfattende kartlegging av operasjonsrisikofaktorer i Trygg Kirurgi sjekklisten, en mal for videreføring av operasjonsopplysninger, samt tverrfaglige samhandlingsmøter.

Konklusjon: Det oppmuntres til at operasjonsavdelinger tilrettelegger rutiner og dokumentasjon for leieendring. På denne måten kan operasjonssykepleier få økt fokus til å ivareta sitt faglige ansvar i det peroperative forløpet. Kartlegging av leiringsrisikofaktorer og behov for peroperative tiltak bør være standardisert i Trygg Kirurgi sjekklisten og belyses for

alle i operasjonsteamet under time-out. Dette ville ført til økt fokus på forebygging av leiringskader.

Nøkkelord: Operasjonssykepleier, operasjonspasienten, leiring, leiringskader, sjekklister for Trygg Kirurgi, forebygging, samarbeid, kartlegging, risikovurdering, erfaring og pasientsikkerhet.

SUMMARY

Abstract: Prevention is a central task for the surgical nurse, and the preventive work regarding this starts from the moment the surgical patient arrives at the operating room. The surgical patient who is undergoing long-lasting surgery has a special need for maintaining anatomical functions and tissue integrity. Knowledge of when to implement measures is particularly important, when it is known that the risk of pressure injuries increases over two to three hours. Repositioning of the patient in the perioperative phase is according to literature, of great importance for patient outcome.

Purpose and research question: The purpose of this study was to investigate the surgical nurses' experiences with the preventive work during long-lasting surgeries, as well as which assessments and measures are screened for the surgical patient. Research question:

«Surgical nurses' experiences with repositioning of the patient in the perioperative phase during long-lasting surgeries»

Method: The method chosen for this study was a qualitative design and semi-structured individual interviews were used to explore our research question. Six interviews were conducted with surgical nurses from six different medical fields in the operating department at a hospital in Norway. Systematic text condensation was used as the analysis method.

Findings: Findings show that surgical nurses have different ways of organizing their perioperative work. The absence of routines within the departments opens up for individual assessments and decision-making. The informants expressed a desire for procedures that can coordinate work tasks to facilitate equal patient treatment. To increase the quality of the preventive work, findings highlight the need for a more comprehensive screening for surgical risk factors in the Safe Surgery checklist, a template for the continuation of surgical information and interdisciplinary collaborative meetings.

Conclusion: Operating departments are encouraged to arrange routines and documentation for repositioning. This way, surgical nurses can have an increased focus on fulfilling their professional responsibility in the perioperative phase. Screening of repositioning risk factors and the need for perioperative measures should be standardized in the Safe Surgery checklist and

highlighted for everyone in the surgical team during time-out. This would lead to an increased focus on the prevention of pressure injuries.

Keywords: Surgical nurse, surgical patient, positioning, positioning injuries, surgical safety checklist, prevention, teamwork, screening, risk assessment, experience, and patient safety.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Studiens formål og problemstilling.....	3
1.3 Oppgavens struktur	3
2.0 Teoretiske begreper og tidligere forskning	4
2.1 Søkeprosessen	4
2.2 Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse	4
2.3 Sentrale begreper	5
2.3.1 Leiring.....	5
2.3.2 Leieendring ved langvarig operasjon	6
2.3.3 Leiringsskader.....	7
2.3.4 Teamarbeid	9
2.3.5 Pasientsikkerhet	10
2.4 Sjekkliste for Trygg Kirurgi.....	11
3.0 Metode	12
3.1 Design	12
3.2.1 Pilotintervju.....	13
3.2.2 Utvalg og rekruttering.....	13
3.2.3 Gjennomføring av intervjuene og databehandling.....	14
3.3 Analyse	15
3.3.1 Helhetsinntrykk.....	16
3.3.2 Meningsbærende enheter	16
3.3.3 Kondensering	17
3.3.4 Sammenfatning	18
3.4 Metodiske overveielser	18
3.4.1 Metodevalg og tilnærming.....	19
3.5 Etske aspekter	20
4.0 Presentasjon av funn	22
4.1 Det faglige ansvaret pre- og peroperativt.....	23
4.1.1 Forarbeidet til kirurgi	23
4.1.2 Egne initiativ	23

4.1.3	Kompetanse og refleksjon.....	24
4.2	Rutiner og dokumentasjonsverktøy	24
4.2.1	Dokumentasjonsbehov og etterspørsel etter rutiner	24
4.2.2	Kompetanseheving.....	25
4.3	Teamarbeid på operasjonsstuen	25
4.3.1	Felles mål og opplevelsen av å miste kontroll	26
4.3.2	Interessekonflikter.....	26
4.4	Forebyggende og helsefremmende arbeid	27
4.4.1	Kartlegging av operasjonsrisikofaktorer	27
4.4.2	Videreføring av operasjonsopplysninger	27
4.5	Kommunikasjon mellom sykehusavdelinger	28
4.5.1	Tilfeldige opplysninger og uformell dialog	28
4.5.2	Tverrfaglige samhandlingsmøter	29
5.0	Diskusjon	30
5.1	Ivaretagelse av operasjonssykepleier sitt faglige ansvar.....	30
5.2	Forbedringspotensialer for dokumentasjonsrutiner og kompetanseheving.....	33
5.3	Betydningen av et velfungerende operasjonsteam.....	34
5.4	Mer omfattende individuell kartlegging for økt pasientsikkerhet.....	36
5.5	Konsekvenser ved manglende kommunikasjon.....	38
6.0	Konklusjon.....	41
	Referanser	43
	VEDLEGG 1 – Godkjenning fra NSD	1
	VEDLEGG 2 – Godkjenning fra klinikkdirektør og personvernombudet.....	1
	VEDLEGG 3 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	1
	VEDLEGG 4 – Intervjuguide	1
	VEDLEGG 5 – Sjekkliste Trygg Kirurgi	1
	VEDLEGG 6 – Utdrag fra ett av fem hovedtema i analyseprosessen	2

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av de siste fem årene har Norsk pasientskadeerstatning (NPE) behandlet 85 saker relatert til mulig skade eller feil leiring under operasjon. Hele 62 av disse innrapporterte skader på grunn av leiring fikk medhold fra Norsk Pasientskadeerstatning. Dette utgjør hele 73%. Spesielt for sakene er at pasientene ble påført skade i en annen del av kroppen enn den som ble behandlet, og halvparten av sakene handlet om nerveskader i skulder, arm eller hånd (Norsk Pasientskadeerstatning, 2019). Askvik (2014) hevder at de hyppigste konsekvensene pasientene opplever er nedsatt funksjon, nummenhet eller tap av følelse i den kroppsdelen som er berørt. Leiringsskader er, ifølge Norsk Pasientskadeerstatning (NPE, 2019) noe som ikke skulle funnet sted i utgangspunktet, og det forekommer hyppigst i armer og bein. Skadene opptrer særlig i forbindelse med langvarige operasjoner hvor man har unnlatt å bevege pasientens ekstremiteter underveis (Hærnes, 2011).

Å legge operasjonspasienten til rette for kirurgi er en sentral oppgave utført av operasjonssykepleier, og dette omtales som leiring. Dette blir gjort for å gi kirurgisk tilgang til operasjonsfeltet og man ønsker å forebygge postoperative komplikasjoner (Hansen & Brekken, 2018, s. 321). Leiringsarbeidet er et utfordrende arbeid og dette skyldes flere faktorer. Blant annet skal det tas i betraktning og hensyn til: operasjonspasientens tyngde og manglende evne til deltakelse, avanserte leiringer, ulik kunnskap om hjelpemidler til leiring, samt anestesistyr og overvåkning (Fawcett D. L., 2019, s. 157).

En annen faktor er at andre faggrupper er involvert og skal koordineres med, som for eksempel anestesipersonale, kirurger og portører. Portører er personell som kan være ansatt ved operasjonsavdelinger, og kan bistå ved fysisk krevende forflytninger på operasjonsstuen. Operasjonssykepleiere opplever ofte en forventning om at de selv tar en ledende rolle og det endelige ansvaret for pasientens leiring (Brooker, Vikan, & Thyli, 2020, s. 214).

Interessekonflikter er noe som kan oppstå når man arbeider tverrfaglig på operasjonsstuen. For operasjonssykepleieren er gunstig leiring viktig å sørge for, ettersom det har noe å si for operasjonspasientens utfall etter kirurgi. På lik linje er god tilgang til operasjonsfeltet viktig for

kirurger og frie luftveier essensielt for anestesipersonell. Dersom leieendring blir nedprioritert kan pasienten i verste fall bli påført muskel, nerve- og trykkskader (Sørensen, Kusk, & Grønkjær, 2015, s. 2). Derfor er det viktig at alle yrkesgrupper på operasjonsstuen anerkjenner hverandres arbeidsoppgaver og tar hensyn til hverandre når disse skal gjennomføres.

Opptil halvparten av uønskede hendelser som medfører komplikasjoner hos pasienter innlagt på sykehus er knyttet til kirurgi. Haugen og Dåvøy (2018, s. 181) hevder at mange av disse hendelsene kunne vært forhindre dersom man hadde hatt et økt fokus på forebygging. I Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av operasjonssykepleiere (NSFLOS) sin ansvars- og funksjonsbeskrivelse inngår operasjonssykepleieres ivaretagelse av kvalitet og pasientsikkerhet. Ved leiring skal pasienten sikres slik at en forebygger ytterligere skade og lidelse utover det selve behandlingen kan medføre (NSFLOS, 2015).

Den Amerikanske Nasjonale Fagorganisasjonen for operasjonssykepleiere (AORN) utviser tydelige retningslinjer for leiring. Ifølge AORN er det visse faktorer som er avgjørende for om skader kan oppstå. Disse kan være type leiring, lengden på operasjonen samt faktorer som alder, vekt og skrøpelighet. Å gjenopprette normal funksjon etter en perifer nerveskade kan ta fra noen få dager til et år, avhengig av alvorlighetsgrad. Enkelte ganger kan skader som dette være permanent (Bouyer-Ferullo, 2013).

Bakgrunn for aktuelt masterprosjektet bunner i prosjektdeltakerne sin praksis som operasjonssykepleiestudenter og videre som operasjonssykepleiere. Flere ganger ble det observert at operasjonspasienter ble liggende lenge i samme stilling. Dette gjaldt også for de langvarige operasjonene. Det opplevdes ikke å være rutiner for å stanse opp og bevege pasientens ekstremiteter underveis, og dette dannet grunnlag for refleksjon og en nysgjerrighet for å utforske tema. Spesialutdanningen tydeliggjør og formidler at forebygging er en sentral oppgave for operasjonssykepleieren. Det å vite når man skal iverksette tiltak er særdeles viktig ettersom litteraturen hevder at faren for trykkskader øker ved inngrep over to til tre timer. Dersom knivtid er mer enn fire timer fordobles denne risikoen (Hansen & Brekken, 2018, s. 324).

1.2 Studiens formål og problemstilling

Hensikten med denne studien er å undersøke nærmere om operasjonssykepleiere tenker på pasientens leiring mens operasjonen pågår. Det kan være flere faktorer til at operasjonssykepleierne hindres i å kreve tid og plass for å bevege på pasientens ekstremiteter under langvarige operasjoner. Det vil undersøkes hvilken opplevelse operasjonssykepleiere har med forebyggende arbeid, samt erfaringer med iverksettelse av peroperative tiltak. Å bevege på ekstremiteter underveis i operasjonen refereres til som leieendring. Dersom prosjektet ender opp med funn som avdekker utfordringer innenfor tema, er det mulig å peke på forbedringsområder. På denne måten kan det dannes grunnlag for ytterligere studier. Problemstillingen er:

«Operasjonssykepleieres erfaringer og opplevelser med leieendring under langvarige operasjoner»

1.3 Oppgavens struktur

Teoretisk rammeverk for studien vil presenteres i neste kapittel. Dette vil bestå av sentrale begreper, tidligere forskning, Trygg Kirurgi sjekklister, samt operasjonssykepleierens ansvar- og funksjonsbeskrivelse. Videre i kapittel tre beskrives valgt metode og design for datainnsamling og behandling av innhentet materiale. Her vil det også kritisk reflekteres over valgt metode, og diskuteres hvorvidt studien er troverdig. I fjerde kapittel gjennomgås funn fra feltarbeidet. I femte kapittel skal disse drøftes, samt kobles til tidligere forskning og teori. Sjette kapittel skal være en oppsummering av studien hvor det konkluderes med om funn kan svare på gjeldende problemstilling.

2.0 Teoretiske begreper og tidligere forskning

2.1 Søkeprosessen

I søkeprosessen for å innhente relevant forskning er det brukt følgende databaser: SveMed+, PubMed, CINAHL og BMJ Journals. Gjennom Oria fikk vi tilgang til fulltekstversjoner til flere av artiklene. Med disse databasene brukte vi funksjonen «avansert søk» og brukte følgende søkeord: patient positioning, perioperative nurse, checklist, time-out, position injuries, nerve injury, operating room nurse, patient safety, communication, preventing perioperative injuries og teamwork. Artiklene er ikke eldre enn 10 år. Både nordiske og internasjonale studier er inkludert.

2.2 Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse

Operasjonssykepleiere har mange ansvarsområder på operasjonsstuen, og det daglige arbeidet er både direkte og indirekte rettet mot pasienten. Det direkte arbeidet består av observasjon, vurdering og tolking av pasientens behov for sykepleie før, under og etter et kirurgisk inngrep (Dåvøy & Eide, 2018, s. 29). Det indirekte arbeidet i operasjonssykepleie er avgjørende for at et kirurgisk inngrep blir så vellykket som mulig. Det innebærer et ansvar for å tilrettelegge for operasjonen ved å velge operasjonsstue, instrumenter og utstyr tilpasset det aktuelle inngrepet (Dåvøy & Eide, 2018, s. 31). Operasjonssykepleieren må kunne ta kompetente vurderinger av pasientens spesifikke situasjon, behov for velvære, sikkerhet og helhetlig sykepleie (Dåvøy & Eide, 2018, s. 28).

Operasjonssykepleiere har et forebyggende ansvar og en sentral rolle i leiring av pasienter. Dette må være individuelt planlagt ved å kartlegge og vurdere pasientens behov ut ifra problemer, risikofaktorer og ressurser (NSFLOS, 2015). Samtidig skal de dokumentere leiringen og legge til rette for operatørens tilgang til operasjonsfeltet (Fawcett D. L., 2019, s. 158). Ifølge NSFLOS (2015) skal operasjonssykepleieren ha avansert kunnskap om kroppens oppbygning og funksjon. Operasjonssykepleieren skal sikre pasienten ved å forebygge ytterligere skade og lidelse enn det operasjonen utgjør i seg selv. Dette utføres blant annet ved forsvarlig leiring for å unngå trykk-, strekk- og nerveskader (Spruce, 2017).

På operasjonsstuen har operasjonssykepleierne to ulike roller, noe som krever at to stykker alltid er medlemmer av operasjonsteamet. Den ene fungerer som sterilt utøvende operasjonssykepleier og den andre som koordinerende operasjonssykepleier (NSFLOS, 2015). Den sterilt utøvende er den som befinner seg innenfor det sterile feltet, og som assisterer kirurgen. Det innebærer et ansvar om å forsikre seg om at instrument, forsyninger og annet utstyr er tilgjengelig og funksjonelle, samt kvalitetssjekke sterilitet. Peroperativt skal operasjonssykepleierne sammen opprettholde et sterilt miljø. Den koordinerendes oppgaver utøves utenfor det sterile feltet, og skal skaffe teamet som står sterilt det som behøves under operasjonen (Cuming, 2019, ss. 1-13). De har også en sentral funksjon i de preoperative forberedelsene av operasjonspasienten (NSFLOS, 2015).

2.3 Sentrale begreper

2.3.1 Leiring

Å leire vil si hvordan pasienten blir lagt til rette på operasjonsbordet i forkant av en kirurgisk behandling eller undersøkelse. Riktig kirurgisk leiring er avgjørende for sikker og vellykket kirurgi. Leiring av pasienten på operasjonsbordet kan resultere i unaturlige kroppsposisjoner for å gi best mulig tilgang til operasjonsfeltet. Kunnskap som operasjonssykepleieren har om anatomi og fysiologi er avgjørende for å kunne forebygge leiringsskader (Fawcett D. L., 2019, s. 142). Dette innebærer også tilpassing og bruk av tekniske hjelpemidler (Hansen & Brekken, 2019, ss. 320-321).

Sikker kirurgisk leiring kan identifiseres som «pasienten er fri for tegn og symptomer på peroperativ leiringsskade» (Fawcett D. L., 2019, s. 158). Det krever blant annet en gjennomgang av hudtilstanden samt kardiovaskulær og nevrologisk status. Den koordinerende operasjonssykepleieren kan sørge for frihet fra skade hos pasienten, ved å gjøre følgende: gjennomføre en trygg forflytning til og fra operasjonsbordet, sørge for at pasienten er varm og tørr samt ikke opplever prikking, nummenhet eller smerte som ikke er relatert til den kirurgiske prosedyren. Det er også viktig å opprettholde hud- og vevsintegritet og respirasjonsstatus, å gjenvinne normal fysisk mobilitet postoperativt og opprettholde perifer nervevaskulær funksjon (Fawcett D. L., 2019, s. 158).

Det er viktig å tilrettelegge for hver enkelt pasient og vurdere eventuelle risikofaktorer den har. Dette betyr at operasjonssykepleieren må gjøre seg kjent med pasientens anamnese, planlegge leiringen, iverksette tiltak, samt dokumentere den (Rothrok, 2019, s. 159). Det er flere mål med god leiring. Man vil unngå leiringsskader og unaturlige bevegelser eller strekk av kroppens ekstremiteter. Andre relevante mål er å opprettholde adekvat respiratorisk funksjon og blodsirkulasjon, at ingen nerver utsettes for kompresjon, jevn fordeling av kroppsvekt, og å anerkjenne og ta hensyn til pasientens behov og egenskaper (Hansen & Brekken, 2019, s. 321). Disse målene sørger for at pasienten har et best mulig utgangspunkt for å komme seg gjennom en operasjon med minimale funksjonstap. På denne måten minimaliseres postoperative komplikasjoner (Rothrok, 2019, s. 159).

2.3.2 Leieendring ved langvarig operasjon

Langvarige operasjoner forstås i dette tilfellet som kirurgi med varighet over to til tre timer. Definisjonen er valgt fordi studier viser at risikoen for trykkskade øker ved inngrep som er lengre enn to til tre timer (Hansen & Brekken, 2018, s. 324).

I tråd med operasjonssykepleierens terapeutiske ansvar skal det arbeides forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende (NSFLOS, 2015, s. 4). Problemer, risiko og ressurser skal identifiseres, og det skal prioriteres og iverksettes operasjonssykepleietiltak for pasientens beste. Slik profesjonell omsorg skal utøves i samsvar med fagets tradisjoner, etiske prinsipper og helselovgivningen. Basert på individuelle pasientvurderinger må operasjonssykepleieren identifisere og utføre peroperative tiltak ved leieendring for langvarig kirurgi (Cuming, 2019, s. 2). Denne fasen er en systematisk og planlagt prosess med integrerte trinn, og kritisk tenkning gir grunnlag for peroperative tiltak og for å ta uavhengige vurderinger og kliniske avgjørelser. Dette innebærer utredning, kartlegging av operasjonssykepleiebehov, å ta høyde for mulig utfall, planlegging, gjennomføring og evaluering (Cuming, 2019, s. 3).

Leieendring er en av arbeidsoppgavene til operasjonssykepleieren i den peroperative fasen. Behovet for å endre på enhver stilling skal undersøkes med jevne mellomrom. Da skal tilgjengelige trykkpunkter sjekkes for sirkulasjon, og pasient og polstring skal justeres etter nødvendighet. Alt som omhandler denne arbeidsoppgaven skal dokumenteres: stilling, polstring,

leiringsutstyr og metoder som brukes for å sikre pasienten til operasjonsbordet. Leieendring skal også alltid dokumenteres (Fawcett D. L., 2019, s. 160).

Lumbley, Ali & Tchokouani (2014) viser til at jo lenger tid som går desto større utviklingspotensial har trykkskade. Dette, fordi det kan gi et langvarig press på sårbare kroppsdeler med benutspring. Studiet viser at trykkskader kan utvikle seg fra to og en halv timer. Datainnsamlingen som tar for seg 222 pasienter med postoperative trykkskader, utviklet disse i løpet av en gjennomsnittlig knivtid på mindre enn fire timer. Med en individuell variasjon fra to til femten timer var det oppdaget flest tilfeller av utvikling av trykkskade mellom to til fire timer. Litteratur som studien baserer seg på anbefaler leieendring hver andre til tredje time når det er mulig under langvarige operasjoner.

Søgaard, et al., (2016) belyser at immobiliseringen hos pasienten varer lengre enn selve operasjonen. Pasienten som er til langvarig kirurgi er i ro i sengen under forberedelse til operasjon, og en stund etter. I tillegg kan mange fortsatt være påvirket av anestesi, medisiner og smerter i tiden etter. Det kan hende at pasienten ikke er i stand til å uttrykke eller føle smerte ved trykk, strekk og hudforskyvning, og ikke evner å endre posisjon på egenhånd. På denne måten kan den totale immobilitetsperioden være betraktelig lenger enn man i utgangspunktet tar høyde for. Den internasjonale retningslinjen til European Operating Room Nurses Association's Position Statement and Guidelines for Perioperativt Nursing Practice (EORNA) anbefaler at man vier oppmerksomhet mot lengde på operasjonen, ettersom det er en sammenheng mellom operasjonens varighet og forekomst av trykkskader (Søgaard, Fremmelevholm, & Ottosen, 2016).

2.3.3 Leiringsskader

Leiringsskader er skader som utilsiktet oppstår på operasjonsbordet på grunn av pasientens leiring (Lassen & Bunkenborg, 2018, ss. 68-73). Fysiske krefter som brukes til å etablere og opprettholde en kirurgisk stilling kan skade huden og underliggende vev. Skadene kan omfatte hud, muskler, nerver eller ledd, og forårsakes av trykk- og skyvekrefter, samt friksjon og mikroklima (lys, temperatur, fuktighet og luftstrømninger) (Store Norske Leksikon, 2020). I

tillegg øker forholdene på operasjonsstuen (fuktighet, varme og kulde) ytterligere sårbarheten til huden og underliggende vev, sannsynligheten for skade (Fawcett D. L., 2019, s. 142).

På operasjonsstuen kan trykkskade oppstå, men det kan ta flere dager etter operasjonen før det blir synlig (Fawcett D. L., 2019, s. 143). Organisasjonen National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP, 2016) definerer en trykkskade som en skade som er lokalisert på huden og/ eller underliggende bløtvev, og befinner seg vanligvis over et beinutspring. Skadene kan vise seg som intakt hud eller som et åpent sår, og de kan være smertefulle. Skadene oppstår som følge av intens og/ eller langvarig trykk, eller trykk i kombinasjon med skyvekrefter. Bløtvevets toleranse for trykk og skyvekraft kan også påvirkes av mikroklima, ernæring, perfusjon, komorbiditeter og tilstanden til bløtvevet før inngrepet (Fawcett D. L., 2019, s. 143).

Kirurgi er i de fleste tilfeller forbundet med anestesi. Avhengig av anestesitype blir muskeltonus og reflekser satt ut av funksjon. Pasienten kjenner da ikke ubehag eller smerter, og som et resultat av dette er ikke pasienten i stand til å endre på stilling på operasjonsbordet. Uansett alvorlighet av leiringsskader, er dette ansett som et unødig traume for pasienten (Hansen & Brekken, 2019, s. 328). Fysiologiske forhold som blodmangel, proteinmangel, lavt blodtrykk, alder og vekt er eksempler på faktorer som kan disponere for utvikling av leiringsskader (Lassen & Bunkenborg, 2018, ss. 68-73).

Nerver kan skades allerede ved strekk på 10-15% og en perifer nerveskade kan oppstå så tidlig som 15-30 minutter etter operasjonens start. Enkelte leiringer har høyere risiko for nerveskader (Bouyer-Ferullo, 2013). Perifer nerveskade oppstår når perifere nerver ikke får god nok blodtilførsel, enten via strekk, kompresjon eller på grunn av kirurgisk snitt eller metabolske årsaker (Prielipp, Morell, & Butterworth, 2002). Når dette skjer reduseres sensorisk og motorisk funksjon i nerven og man kan oppleve nummenhet, prikking, smerter eller vansker med å gripe. Bidragsfaktorer til slike nerveskader er ofte mangelfull leiring i seg selv, langvarige operasjoner eller andre pasientspesifikke risikofaktorer som diabetes, røyking, alder og fedme (Bouyer-Ferullo, 2013).

Ifølge Primiano, et al., (2015) viser denne forskningen at pasienter som gjennomgår kirurgiske inngrep har høy risiko for utvikling av trykksår. Målet med denne studien var å identifisere

prevalens av og risikofaktorer assosiert med trykksårutvikling blant pasienter som gjennomgår kirurgiske prosedyrer over tre timer. Når en operasjonspasient utvikler et trykksår innen 72 timer postoperativt indikerer det mest sannsynlig at såret oppstod under operasjonen. Sjansen for å pådra seg en peroperativt ervervet trykkskade varierer fra 12-66 % (avhengig av operasjonsavdeling). Disse er forårsaket av intenst eller langvarig trykk som ikke avlastes over en lengre periode, noe som resulterer i skade på hud og underliggende vev.

I perioden 2012-2014 hadde Strategi for Patientsikkerhed ved Odense Universitetshospital et prosjekt om minimering av antall sykehuservervede trykksår. Operasjonsavdelinger ved sykehuset viste stor interesse for temaet ettersom de generelt har mye fokus på leiring, men ikke kjenner reelt til omfanget av trykkskader utviklet under operasjon. Ifølge Sjøgaard, et al., (2016) var andelen av tegn til trykkskader på 67% av i alt 66 pasienter som deltok i studiet. Tegn til trykkskadene var fortsatt til stede hos 25% av pasientene etter to timer postoperativt.

2.3.4 Teamarbeid

Bang (2010, s. 2) hevder at et team er en gruppe mennesker som innehar felles arbeidsoppgaver og mål. For å oppnå felles mål må medlemmene samarbeide og koordinere handlinger. Teammedlemmene på operasjonsstuen har ulike fagspesifikke oppgaver og må tilpasse seg hverandre.

Den enkeltes tekniske ferdigheter står sentralt i arbeidet som operasjonssykepleier, men ikke-tekniske ferdigheter kan være avgjørende for arbeidsflyt og atmosfære på operasjonsstuen. Slike ferdigheter dreier seg om evner til kommunikasjon og situasjonsforståelse (Oksavik, Heen, & Heggdal, 2021). Forskning viser at godt samarbeid mellom spesialsykepleier og kirurg gir bedre pasientutfall, og at god kommunikasjon gir lavere pasientdødelighet (Leonardsen, 2015, s. 219).

Det kirurgiske teamet har et felles ansvar for å følge med på de fysiologiske og fysiske konsekvensene av stillingen pasienten er plassert i før inngrepet (Rothrok, 2019, s. 142). Et velfungerende team kan derfor ha stor betydning for resultatet (Brooker, Vikan, & Thyli, 2020, s. 214). Den koordinerende operasjonssykepleieren leder og deltar i planlegging og koordinasjon av denne delen av forberedelse for operasjon. Ifølge NSFLOS (2015) er operasjonssykepleieren en del av det kirurgiske teamet, men er selvstendig ansvarlig for egen yrkesutøvelse.

Eksisterende risikofaktorer som kan påvirke leiringsstrategier bør vurderes når en planlegger for leiring, og støtteutstyr som tekniske hjelpemidler eller polstring som er nødvendig (Fawcett D. L., 2019, s. 158). Det må også tas stilling til om man trenger ytterligere assistanse fra annet personell, for eksempel portører.

2.3.5 Pasientsikkerhet

På mange måter fungerer operasjonssykepleieren som operasjonspasientens advokat i en sårbar situasjon. Dette krever at man arbeider kunnskapsbasert og er jevnlig oppdatert på forskning. Den må inneha en intuitiv evne til å la seg lede av erfaring, se ting fra forskjellige perspektiv, og ha en stor utholdenhet og fleksibilitet. Det kreves kunnskaper om kirurgisk anatomi, fysiologiske forhold og konsekvenser for operasjonspasienten, forebygging av peroperative risikofaktorer, samt at operasjonssykepleier kan håndtere pasient og pårørendes psykososiale behov både før og etter operasjon (Cuming, 2019, s. 1).

Ifølge lovverket må helsepersonell utøve arbeidet sitt i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Dette reguleres gjennom flere lover: spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999) og helsepersonelloven § 4 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Hensikten er å kvalitetssikre tjenestene som tilbys og sørge for at de ligger på et visst nivå. Tjenestene må være tilrettelagt slik at personalet som yter dem kan overholde sine lovpålagte forpliktelser. De skal være virkningsfulle og trygge, samt gi pasientene vern mot unødig skade (Helsedirektoratet, 2017). For operasjonssykepleieren vil det å forebygge leiringsskader være en viktig del av arbeidet med pasientsikkerhet.

Sørensen, Kusk og Grønkjær (2015) forsvarer hvorfor leiring er en utfordrende oppgave. Det er et behov for å etablere permanente kirurgiske team, samt ha spesialsykepleiere med ekstra kompetanse innen leiring, tilgjengelig ved operasjonsavdelinger. Oksavik, Heen og Heggdal (2021) diskuterer hvordan ikke-tekniske ferdigheter som kommunikasjon, samarbeid og situasjonsforståelse er av betydning for en sikker oppgaveløsning. Brooker, Vikan og Thyli (2020) finner gjennom sin studie at operasjonssykepleiere ikke er redd for å rapportere mulige pasientskader relatert til kirurgien, men at terskelen for å gjøre dette er noe høy. Er man usikker

på om pasienten ble skadet, faller valget på å “se til pasienten” i ettertid heller enn å rapportere hendelsen som en “nære- på hendelse”.

2.4 Sjekkliste for Trygg Kirurgi

Operasjonsstuen er et rom hvor det utføres evidensbaserte tiltak. Sykehus har ulike protokoller og prosesser på plass for å støtte pasientsikkerhet (Marley, 2019, s. 461).

I nyere tid er det innført en sjekkliste kalt “Trygg Kirurgi”. Sjekklisten ble utviklet av Verdens Helseorganisasjon (WHO, 2009) og er ment for å forbedre samarbeid, kommunikasjon og for å redusere komplikasjoner ved kirurgiske inngrep. Sjekklisten skal gjennomgås av operasjonsteamet ved tre kritiske punkter i forløpet 1) før innledning av anestesi, 2) før start av knivtid og 3) ved avslutning av operasjonen (Haugen & Dāvøy, 2018, s. 188).

Sjekklisten kan være tilpasset en spesifikk avdeling, men den skal være gjenkjennbar på tvers av avdelinger. Den består alltid av en forberedelse, time-out og avslutning (Tidsskriftet Den Norske Legeforening, 2016). Time-out er en pause i aktiviteten som inntreffer før start på alle kirurgiske prosedyrer. En slik protokoll innebærer at hele teamet stopper opp for å verbalt bekrefte pasientens identitet, anestesi, riktig leiring, prosedyre og riktig operasjonsfelt og side, risikofaktorer ved kirurgi, infeksjoner- og tromboseprofylakse, og gjennomgå at alle implantater og nødvendig utstyr er tilgjengelig og klar. Preoperativ verifisering av pasient, merking av operasjonsfelt samt time-out må forekomme før hver kirurgisk prosedyre igangsetter. Operasjonssykepleieren har som ansvar å sørge for utførelse og å dokumentere denne prosessen (Marley, 2019, s. 461).

Ifølge Haugen & Dāvøy (2018, s. 188) viser noen studier at innføringen av “Trygg Kirurgi” har ført til en stor reduksjon av alvorlige komplikasjoner, liggetid og dødelighet. Thomassen et al., (2013) konkluderte med at bruk av sjekklister forbedret kommunikasjon mellom teammedlemmene og uønskede hendelser ble redusert. Det ga bedre etterlevelse av prosedyrer og retningslinjer, og reduserte komplikasjoner og dødelighet.

3.0 Metode

Metode kapittelet skal forklare hvordan man svarer på problemstillingen, og hvordan man systematisk henter inn data, dette er en logisk prosess hvor man følger en spesifisert handlingsplan (Polit & Beck, 2021, ss. 9-10). Det skiller mellom kvalitative og kvantitative metoder. Ved kvantitative studier forklares forskningsdesign, hvordan man skal plukke ut deltakere, hvordan man skal samle data og analysemetoder. Ved kvalitative studier diskuteres det under metode mye av de samme spørsmålene som ved kvantitative studier, men med andre vinklinger. Her ser man mer på settingen og konteksten av studier (Polit & Beck, 2021, s. 57).

3.1 Design

Studien tar utgangspunkt i dette tema gjennom bruk av kvalitativ forskning. Den kvalitative orientering retter oppmerksomheten mot menneskelig tenkning, læring, viten og sin måte å forstå seg selv som person på (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 30). Det er ikke bare gjennom samtaler at man innhenter viktige data. Den sosiale samhandlingen og omgivelsene spiller også viktige roller for det totale resultatet. Her betyr både ord og observasjoner noe.

Kvalitative forskningsintervju kan foregå som individualintervju eller gruppesamtaler. Individualintervjuene er ment for å gå i dybden, og er mer eller mindre ustrukturerte (Malterud, 2017, s. 133). Aktuell studie baserer seg på semistrukturerte individualintervju, som er den mest brukte betegnelsen på denne formen for forskningsintervju. "Semistrukturert" betyr at det brukes en intervjuguide samtidig som det er rom for samtale rundt emnet ellers (Kvale & Brinkmann, 2015, ss. 46-47).

På forhånd var det utarbeidet en intervjuguide, ettersom det er viktig å vise informanten hva studien trenger kunnskap om. Samtidig skal studien åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen, og invitere deltakeren til å lære mottakerne noe de ikke visste fra før (Malterud, 2017, ss. 133-134). Intervjuguiden er delt opp i fire foreløpige kategorier. Dette, for å holde oversikt og transkripsjonsprosessen systematisk. Samtidig er det laget tid og rom for at det kan stilles utdypende spørsmål underveis, dersom informanten har interessante poeng eller ønsker å prate mer om tema som er av stor betydning for den det gjelder. Forskerne er ikke passive lyttere, men følger aktivt opp informantenes svar (Kvale & Brinkmann, 2015, s.

26). Forskningsintervjuet skiller seg fra en hverdagslig samtale ved at intervjueren innehar en maktposisjon og definerer og kontrollerer samtalen. I denne formen for datainnsamling, er derfor trygghet og ettertanke sentrale nøkkelord for å innhente erfaringer og overveielser fra informanten. Ellers er forskeren nøytral og nevner ikke egne meninger.

3.2.1 Pilotintervju

Et utkast av en intervjuguide ble utarbeidet og satt på prøve for å vurdere eventuelle justeringer. Det ble kontaktet medstudenter som bidro til pilotintervju. Prosjektlederne byttet på å være intervjuer og ko-moderator. Intervjuer er den som skal henvende seg til informanten og stille spørsmål, samt følge opp interessante utsagn. Ko-moderator sin rolle er å dokumentere observasjoner av omgivelser, kroppsspråk, reaksjoner og ellers poeng som skiller seg ut som ekstra viktige og interessante for informanten (Malterud, 2017, s. 138). Dette ble utført to ganger, og begge intervjuene tok fra 20-28 minutter.

Ved tilbakemelding fra intervjuobjektene ble det etterspurt spørsmål innenfor visse, relevante tema for prosjektet. Dette omhandlet særlig tverrfaglig samarbeid på og utenfor operasjonsstuen, samt Trygg Kirurgi sjekklister (se vedlegg 5) opp imot selve leiringsarbeidet. På dette tidspunktet inneholdt intervjuguiden for mange og spesifikke spørsmål, og etter rådføring med veileder falt valget på å omformulere og kutte ut noen av dem. I henhold til valgt intervjuform, ble spørsmålene åpnet mer opp for å lage rom for viktige perspektiver fra informanten. På denne måten kan informantenes svar sammenliknes, og det kan undersøkes om det finnes problemområder relatert til det forebyggende arbeidet peroperativt, eller ikke, ved de ulike avdelingene.

3.2.2 Utvalg og rekruttering

Studiet vil foreta et strategisk utvalg. I denne typen utvalg foretar man systematiske vurderinger av hvem som er best egnet som informanter (Grønmo, 2021).

Som inklusjonskriterier skal informantene først og fremst være offentlig godkjente sykepleiere med spesialutdanning i operasjonssykepleie og minimum 1 års erfaring fra tilhørende avdeling. Studien inkluderer informanter med både kort og lang erfaring. Dette kan gi et mer variert utvalg

og større bredde i datamaterialet. Videre ønskes det å inkludere operasjonssykepleiere fra et sykehus innenfor fagfeltene ortopedi, urologi, plastikk kirurgi, brannskade, gastrokirurgi og gynekologi. Dette, fordi en stor overvekt av erstatningssakene relatert til leiring er knyttet til ortopedi, kreft og gastrokirurgi (Norsk Pasientskadeerstatning, 2019).

Operasjonssykepleiere som ikke jobber praktisk med faget ekskluderes fra prosjektet. Dette kan dreie seg om operasjonssykepleiere som er ansatt i administrative stillinger. Avdelinger som i hovedsak utfører småkirurgi og som har en stor andel operasjoner med varighet under 2 timer utgår. Studien omfavner operasjonssykepleie til voksne pasienter, og ekskluderer derfor dem som jobber mye eller utelukkende med barn.

Å sikre en god studiekvalitet er lettere med færre deltakere (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2019). Det vil inkluderes seks operasjonssykepleiere til prosjektet. Med tanke på å få gjort et grundig arbeid med intervju, transkribering og analyse virker det som et overkommelig antall informanter i forhold til oppgavens omfang.

3.2.3 Gjennomføring av intervjuene og databehandling

I studien er det gjennomført seks individualintervju av operasjonssykepleiere. Det har blitt avklart at informantene må bruke fritiden sin på å stille til intervju, ettersom avdelingene ikke har kapasitet til å sette av tid til dette. Tid og sted ble avtalt etter informantenes ønsker, og endte opp med å være et møterom på sykehuset eller høyskolen. Intervjuene fant sted fra februar- mars 2022. De varierte i tid og varte fra 20- 40 min. Individualintervjuene ble gjennomført med intervjuer og ko-moderator, og prosjektlederne har vekslet på rollene.

For å ta vare på verdifull informasjon fra informanter ble det tatt i bruk to båndopptakere. Dette har informantene blitt opplyst om før de har gitt sitt samtykke. Båndopptakeren ble gjennom hele perioden oppbevart innelåst i leilighet, bak en kode-beskyttet oppbevaringsboks. Når intervjuene med operasjonssykepleierne var gjennomført ble de omdannet til skriftlig tekst. Denne prosessen kalles transkripsjon (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 208). For å kunne bruke det til analyse, må det være ordrett kopiert fra lydfil (Polit & Beck, 2017, s. 531). På denne måten ivaretas også følelsesuttrykk. Selve transkripsjonsdokumentet er lagret på en kodet datamaskin. Lydfiler ble transkribert direkte fra båndopptaker og tekstfiler som ble opprettet i forbindelse med

transkribering ble anonymisert og nummerert. Det ble opprettet gode rutiner for datasikkerhet under prosjektets varighet (De nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2017). Når det gjelder oppbevaring av datasamling, blir denne lagret og oppbevart på en forsvarlig måte i en sikker database. For dette prosjektet brukes databaser som stilles til disposisjon ved Høgskolen på Vestlandet.

3.3 Analyse

Når man analyserer data, er det viktig å følge faste prosedyrer. Det kan være en fremgangsmåte som er grundig beskrevet, og prosessen kan samtidig bære preg av fleksibilitet og kreativitet. Ifølge Malterud (2017, s. 97) skal presentasjon av analysen kunne vise for andre hvilken vei man har gått, og forskernes tolkninger og konklusjoner skal være systematisk og gjenkjennbart. Uavhengig av analysemetode, må man først bestemme seg for hvordan det er mest hensiktsmessig å lese data på; å lese den på langs eller på tvers. I langsgående analysemetoder følges ett eller flere forløp over tid. Tverrgående analysemetoder, som hyppigst er representert innenfor helsefaglig forskning, sammenfatter data innhentet fra mange ulike deltakere. Systematisk tekstkondensering er utviklet for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (Malterud, 2017, s. 97). Den har en intensjon om å introdusere forskning for nybegynnere på en overkommelig måte og bunner ikke i filosofiske metodetradisjoner.

Systematisk tekstkondensering (STC) er åpen for at rekruttering og intervjufokus kan justeres underveis. Antall informanter kan eksempelvis justeres i forhold til hva som var tenkt i utgangspunktet etter hvert som man fordyper seg i de empiriske dataene (Malterud, 2017, s. 97). I denne metoden er det viktig å uttrykke bevissthet rundt refleksivitet, altså at forskernes forforståelse kan være preget av egen erfaring fra praksis og jobb, og dette skal demonstreres i presentasjonen av forskningsresultatene. Man har en induktiv tilnærming til datainnsamling, noe som betyr at man skal ha et så åpent sinn som mulig når man videre skal omgjøre data fra virkeligheten til teori (Malterud, 2017, s. 98). Det er et eksplorerende design for å samle kunnskap fra områder hvor det er lite forhåndskunnskap.

Fire sentrale trinn i STC består av å 1) danne et helhetsinntrykk, 2) identifisere og etablere meningsdannende enheter, 3) abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene, og 4) sammenfatte betydningen av dette.

3.3.1 Helhetsinntrykk

For å danne et helhetsinntrykk fra transkripsjonene, ble de lest gjennom individuelt. Man ønsket å få et overblikk og sitte igjen med umiddelbare inntrykk av det informantene formidlet. Setninger som overrasket, gjentok seg, pekte seg ut og som var relevant for problemstillingen var særlig interessant å fange opp, og det ble notert ned forslag til foreløpige tema underveis. Dette er ifølge Malterud (2017, s. 99) en viktig del av prosessen. Helheten, samt å sette forforståelse og den teoretiske referanserammen til sides, vil åpne opp for nye inntrykk og ideer. Dette blir en videreutvikling av temaene i intervjuguiden (Malterud, 2017, s. 100).

Foreløpige temaer utviklet seg til å bli: peroperative tiltak er operasjonssykepleieravhengig, felles rutiner og fravær av dette, interessekonflikter og kompromiss med andre teammedlemmer, operasjonssykepleier som pasientens advokat, kommunikasjon mellom operasjonsenhet og sengepost vedrørende postoperative leiringskader, og kvalitet på leiringsarbeidet preoperativt. Det ble deretter laget en tabell for å ha struktur og oversikt over analyseprosessen.

3.3.2 Meningsbærende enheter

Meningsbærende enheter er relevant tekst fra materialet som kan være kort eller lang. Poenget er å sortere og filtrere vekk tekst som er irrelevant (Malterud, 2017, s. 101). I dette steget av analyseprosessen er det fordelaktig å jobbe i fellesskap. Her skal man gå dypere inn i materien og fange opp relevant informasjon som ikke ble oppfattet ved første helhetsinntrykk (Malterud, 2017, s. 100). Begge forskerne gjennomgikk transkripsjonen grundig. Alle intervjuene ble lest linje for linje.

Meningsbærende enheter ble identifisert og deretter fargekodet. Det ble laget en ny, utvidet tabell og denne ble brukt videre som et verktøy for å organisere datamaterialet. Når de meningsbærende enhetene er identifisert, skal disse settes sammen i kodegrupper. Hver kodegruppe representerer ulike perspektiver ved problemstillingen (Malterud, 2017, s. 101). Ved å kode setter man en merkelapp på tekstbiter, og de som har felles innhold samles. Gjennom

dette arbeidet ble det utarbeidet mange kodegrupper. Flere av disse hadde fellestrekk og kunne slås sammen til én revidert kodegruppe. Enkelte meningsbærende enheter ble omorganisert til mer passende kodegrupper.

Iterativ er en betegnelse for å utføre noe flere ganger (Store Norske Leksikon, 2020). Det foregår en iterativ prosess som utvikler seg i takt med det som kommer frem av empirien. Det innebærer en gradvis omforming fra det som startet som tema, til å bli kode, og videre til reviderte kodegrupper (Malterud, 2017, s. 103). Til slutt inneholdt analysen én revidert kodegruppe per tema, altså til sammen seks kodegrupper. Reviderte kodegruppe ble som følger: planlegging av peroperative tiltak er operasjonssykepleieravhengig, fravær av felles rutiner og dokumentasjonsverktøy, tverrfaglig samarbeid, operasjonssykepleier som pasientens advokat, fravær av kommunikasjon mellom avdelinger og kvalitet på leiringsarbeidet preoperativt.

3.3.3 Kondensering

I neste steg i analyseprosessen skal det systematisk hentes ut mening fra de meningsbærende enhetene ved å kondensere innholdet som er kodet sammen. Den empiriske datasamlingen man sitter med nå er et dekontekstualisert utvalg av meningsbærende enheter (Malterud, 2017, s. 105). Vi har laget to til tre subgrupper til hver kodegruppe. Malterud (2017, ss. 105-106) anbefaler tre til fem kodegrupper med tilhørende to til tre subgrupper. Under utarbeidelsen av disse var det viktig å ha problemstillingen i fokus. Subgruppene skal kunne bidra til å belyse problemstillingen fra ulike perspektiver. Ut ifra disse ble det laget et kondensat som er et kunstig sitat som baserer seg på de meningsbærende enhetene innenfor hver kodegruppe. Dette skal være beskrivende og inkluderende tekster som får frem summen av innholdet i de meningsbærende enhetene. Ut ifra de ferdige kondensatene skal det deretter lages et gullsitat som på en god måte kan beskrive innholdet i kondensatet mer kortfattet (Malterud, 2017, s. 108).

I gullsitatet tilstrebes det så lik gjengivelse av informantenes sitat som mulig. Jeg-form er brukt for å minne oss selv på viktigheten av at den intensjonelle meningen ikke forsvinner. Man skal også tilstrebe å bruke like uttrykk som informantene brukte under intervjuet (Malterud, 2017, s. 107). Et eksempel på et gullsitat fra analysen ble: «Peroperative tiltak blir mer individuelt opp til den enkelte operasjonssykepleieren. Man må liksom tørre å heve stemmen. Det mener jeg blir litt for dumt, at pasientsikkerheten avhenger av hvem du har som operasjonssykepleier.»

3.3.4 Sammenfatning

I det siste trinnet skal man sammenfatte det abstraherte meningsinnholdet og rekontekstualisere en analytisk tekst for hver kodegruppe og subgruppe (Malterud, 2017, s. 108). Når man har kommet så langt er det viktig å sammenlikne sluttresultatet opp mot det informantene faktisk har sagt i intervjuene. Dette er for å teste at man har holdt seg innenfor sammenhengen som teksten var hentet ut ifra etter rekontekstualiseringen. Den analytiske teksten skal presentere resultatene. Basert på hovedfunnene er det laget nye overskrifter til hovedtemaene. Resultatet ble som følger: det faglige ansvaret pre- og peroperativt, rutiner og dokumentasjonsverktøy, teamarbeid på operasjonsstuen, forebyggende og helsefremmende arbeid og kommunikasjon mellom sykehusavdelinger.

3.4 Metodiske overveielser

Ifølge Polit og Beck (2021, s. 153) er pålitelighet og validitet spesielt viktige kriterier i forskning. Pålitelighet refererer til nøyaktigheten og konsistensen av informasjon som er innhentet. Validitet sier noe om styrken av bevisene i en forskning der funnene er upartiske og godt forankret. Gjennom validitetsbegrepet stiller man spørsmål om kunnskapens gyldighet og det er hele tiden nødvendig å ha som en rød tråd gjennom prosessen. Typisk for kvalitativ forskning søkes det endring og tilpasning underveis. Å stille spørsmål om forskningens troverdighet, om «når, om og hvem», er nødvendig for å oppfylle ønsket om å generalisere funnene. Hva er overførbarheten og for hvem andre er kunnskapen relevant? Alle valg og steg i prosessen skal være nøye gjennomtenkt (HVL MedieLab, 2017).

Det finnes forskjellige rammeverk for å vurdere validitet. Et eksempel er Lincoln og Guba's kvalitetskriterier (Polit & Beck, 2017, ss. 559-560). Den inneholder fem overordnede begrep. Troverdighet handler om hvorvidt man kan stole på data og fortolkningen. Forskningsmetodene skal inspirere tillit til at resultatene og tolkningene er sannferdig (Polit & Beck, 2021, s. 154). Pålitelighet sier noe om forskernes evne til å utvise stabilitet og nøyaktighet over tid. Ville andre forskere kommet frem til samme resultat? Bekreftethet er en form for objektivitet og her kan forskerne spørre seg om deltakernes stemmer reflekteres i fortolkningen. Overførbarhet spør seg for hvem resultatene er gyldig. Det femte og siste kriteriet er ekthet og betyr at forskerne skal

vise bredde og ulike nyanser og virkeligheter av informantenes fortellinger (Polit & Beck, 2017, ss. 559-560).

Forskerne hjelper informantene å beskrive deres opplevelser uten å lede diskusjonen (Polit & Beck, 2017, s. 471). De må være oppmerksomme på egen rolle, bakgrunn og motiver, samt perspektiver og virkning av egne fordommer. Man driver da med systematisk refleksjon (HVL MedieLab, 2017). Sluttproduktet med presentasjon av forskningsresultatene skal demonstrere refleksivitet for leseren. Som forsker skal man være klar over at man har mulighet og evne til å farge innholdet med sin egen forforståelse og konklusjon. Dette er en menneskelig reaksjon, til tross for at man innehar forskerrollen. Derfor er det viktig å ha en reflektert og bevisst holdning til refleksivitet og hva det har å si, så man kan stille aktive spørsmålsteget i alle faser underveis som en systematisk del av arbeidet som skal utføres. En god forsker vil skape og oppsøke posisjoner som utfordrer feltkunnskap og fordommer han selv har i bagasjen (Malterud, 2017, s. 19).

Noe som er et typisk kjennetegn for den kvalitative forskningsprosessen, er også begrepet fleksibilitet. Som forskere skal man lære av erfaringer underveis og feltarbeidets foreløpige resultater kan gjøre problemstillingen mer spisset enn opprinnelig. På denne måten kan dette arbeidet føre til en noe endret karakter av formålet. Derfor kalles prosessen fleksibel, når datainnsamling og analyse utfyller hverandre i en trinnvis prosess (Malterud, 2017, s. 76).

3.4.1 Metodevalg og tilnærming

Kvale og Brinkmann (2015, s. 160) hevder at de to første minuttene i et intervju er avgjørende. I løpet av dette lille øyeblikket danner intervjuobjektet en klar oppfatning av den personen hun eller han skal dele sine tanker med. Derfor er det viktig at man viser interesse, avslappethet, forståelse og respekt når man skal intervjuer.

Det settes visse krav til intervjueren for å skape en komfortabel atmosfære. Spørsmål skal utformes med omhu slik at de er forståelige og gir mening for informantene. I tillegg må prosjektledere vekke tillit og utvikle strategier for å etablere troverdighet (Polit & Beck, 2015, ss. 515-517).

I dette prosjektet skal man gjennomføre individualintervju. Dette er ikke like effektivt i forhold til tidsbruk som fokusgruppeintervju, men kan likevel være hensiktsmessig. Deltakerne kan kjenne seg tryggere på å ytre meninger i en setting hvor andre ikke er til stede (Creswell & Poth, 2017, s. 164).

Under et intervju kan grenser utfordres dersom man ikke fanger opp signaler om behov for avstand (Polit & Beck, 2017, s. 507). Når informanten ikke ønsker å snakke om et tema eller gå dypere inn i en problemstilling kan det virke krenkende om man ikke oppfatter motvilje og velger å fortsette. På den andre siden kan opplevelse av nærhet og forståelse under samtalen føre til at informanten knytter seg og får forventninger om flere samtaler (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2019). Intervjuer må derfor tenke nøye gjennom hvordan man opptrer i feltet før intervjuene gjennomføres. Som et ledd i dette arbeidet planlegger prosjektledere derfor å gjennomføre pilotintervjuer. På den måten kan man få tilbakemeldinger på hvordan en atferd kan påvirke andre og om måten man går frem på er i samsvar med god forskningsskikk.

Et kvalitativt forskningsintervju utført ansikt til ansikt vil stort sett alltid ha høy responsrate, og behov for oppklaring underveis kan lett fanges opp. Informantene vil trolig i mindre grad svare at de ikke vet eller la være å svare når de må forholde seg til en person som spør. Man kan observere informantene underveis i intervjuet og innhente tilleggsinformasjon om for eksempel kroppsspråk og vilje til samarbeid (Polit & Beck, 2015, ss. 275-276).

Det vil kanskje være flere gyldige tolkninger av det samme materialet. Ytringer inngår i en kontekst og måten man tolker dem på vil aldri bli objektiv. Som forskere, ut ifra bakgrunnen som sykepleiere og operasjonssykepleiere, tok man med en forforståelse som påvirker måten man samler og tolker dataen på. Dette preger måten man møter informanter på og igjen informantenes forventninger til prosjektet (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2019).

3.5 Ethiske aspekter

Det ble sendt et meldeskjema for å få tillatelse til prosjektet i oktober 2021, til Norsk senter for forskningsdata (NSD, 2022). Prosjektet ble vurdert i november 2021 og deretter godkjent i

desember 2021. Det ble spesifisert fra NSD at prosjektet ikke behøvdes legges frem for Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Den viktigste risikoen for deltakerne i dette prosjektet er personvern. Informantene vil prate om sine personlige erfaringer knyttet til avdelingen som den er ansatt ved. Det stilles krav til anonymisering. Informanten skal føle seg trygg, ivaretatt og beskyttet. Opprinnelig var det ønskelig å henvende seg til avdelingslederne slik at de kunne plukke ut kandidater til prosjektet. Det var ikke kapasitet fra avdelingslederne til å gjennomføre dette og derfor tok prosjektlederne kontakt med personvernombudet ved det aktuelle sykehuset. På denne måten fikk prosjektet tillatelse fra personvernombudet til å oppsøke og innhente kandidater på egenhånd. Det foreligger også en skriftlig godkjenning fra klinikkdirektør for operasjonsavdelingene til at prosjektet kan utføres her.

Helseforskningsloven § 13 krever samtykke fra deltakere i medisinsk- og helsefaglig forskning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Informantene har blitt informert muntlig og skriftlig, samt signert på et skjema for samtykke. Dette gjøres for å dokumentere frivillig og informert deltakelse (Polit & Beck, 2017, s. 150). Deltakerne skal ha adekvat og tilpasset informasjon om prosjektet, samt ha forutsetninger for å samtykke eller avslå deltakelse. Som forskere skal man ikke bare kommunisere informasjon, men også sørge for at den er forstått (Polit & Beck, 2017, s. 145).

En rekke lover regulerer de etiske aspektene av forskning. Dette dreier seg om lover som personopplysningsloven, helseforskningsloven og forskningsetikkloven. Helsinkideklarasjonen er et sentralt dokument som skal beskytte sårbare grupper og gi etiske retningslinjer for det medisinske forskersamfunnet. Ifølge denne er ikke operasjonssykepleiere definert som en sårbar gruppe. Som forskere må man opptre med aktsomhet og sette seg inn i og følge forskningsetiske normer (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2019).

4.0 Presentasjon av funn

Basert på seks gjennomførte individualintervju vil funn bli presentert, inndelt i fem hovedtema med tilhørende to til tre subgrupper. Funnene som presenteres er et utvalg av det som anses som relevant for å belyse aktuell problemstilling som er: «operasjonssykepleierens erfaringer og opplevelser med leieendring under langvarig operasjoner». Hvert hovedtema illustreres med et sitat for å konkretisere. Sitatet er abstrahert fra datainnsamlingen.

Tabell 1: Funnene sammenfattet i fem hovedtemaer og elleve subgrupper

Hovedtema	Subgrupper
Det faglige ansvaret pre- og peroperativt	<ul style="list-style-type: none"> • Forarbeidet til kirurgi • Egne initiativ • Kompetanse og refleksjon
Rutiner og dokumentasjonsverktøy	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentasjonsbehov og etterspørsel etter rutiner • Kompetanseheving
Teamarbeid på operasjonsstuen	<ul style="list-style-type: none"> • Felles mål og opplevelsen av å miste kontroll • Interessekonflikter
Forebyggende og helsefremmende arbeid	<ul style="list-style-type: none"> • Kartlegging av operasjonsrisikofaktorer • Videreføring av operasjonsopplysninger
Kommunikasjon mellom sykehusavdelinger	<ul style="list-style-type: none"> • Tilfeldige opplysninger og uformell dialog • Tverrfaglig samhandlingsmøter

4.1 Det faglige ansvaret pre- og peroperativt

Temaet handler om forarbeidet til kirurgien og betydningen av dette, samt operasjonssykepleiers ansvar peroperativt. Det presenteres hvordan den enkelte operasjonssykepleieren setter i gang tiltak på egne initiativ og hvordan kompetanse og evnen til refleksjon spiller inn i dette arbeidet.

4.1.1 Forarbeidet til kirurgi

Flertallet av informantene beskrev at det å legge pasienten til rette for operasjon er en sentral del i arbeidet med å forberede pasienten for langvarig kirurgi. Å ta seg den tiden det krever å leire er en viktig del av den forebyggende arbeidet. Hvis det ikke gjøres et godt nok forarbeid må man kanskje justere på ting underveis. De fleste informantene hevder at justering på leiet underveis kan være utfordrende, og at man risikerer å miste kontroll over utsatte områder på kroppen. På grunn av dekningen kan man miste oversikten over trykkpunkter på nerver og vev.

«Jeg synes tidspress er utfordrende. Dette er ofte vanskelig før operasjonen, det å ta seg god tid til å leire. Hvis forarbeidet ikke er optimalt må vi justere underveis og det kan ende med å gi dårlig kvalitet på leiet. Dersom pasienten ligger med reimer kan det være fare for at de forflyttes et sted som ikke burde utsettes for trykk. Derfor er det fordelaktig å gjøre seg faktisk helt ferdig.»

4.1.2 Egne initiativ

Felles for flere av informantene var at de opplevde å danne egne arbeidsoppgaver og ta initiativ til peroperative tiltak når de selv følte at det var behov for det. De forteller at det er opp til den enkelte operasjonssykepleieren å igangsette disse tiltakene. Enkelte uttrykket misnøye med dette, og at pasientsikkerheten ikke burde være avhengig av hvem du har som operasjonssykepleier. Funn viser at det faglige ansvaret man lærer om under spesialutdanningen, ikke blir godt nok ivare tatt i praksis. I mangel på fellesrutiner kommer det frem at samtlige av informantene laget sine egne regler og rutiner for leieendring under langvarig kirurgi. Noen benytter rolige perioder i kirurgien og ser muligheter for å sette i gang forebyggende tiltak, som for eksempel å bevege på ekstremiteter.

«Peroperative tiltak blir mer individuelt opp til den enkelte operasjonssykepleieren. Man må liksom tørre å heve stemmen og kreve sin plass. Det mener jeg blir litt for dumt, at pasientsikkerheten avhenger av hvem du har som operasjonssykepleier.»

4.1.3 Kompetanse og refleksjon

Funnene viser at varierende grad av engasjement for faget og personlighet kan være viktige faktorer for det peroperative arbeidet. Evne til å bruke fag og fleksibilitet, å tørre å heve stemmen og til å ta ledelse er personavhengig. Informantene mente at dette kan vise seg å være avgjørende for kartlegging av operasjonspasientens behov og for å gjennomføre tiltak. På denne måten mener de at pasienten kan motta ulik behandling av operasjonssykepleiere peroperativt. Uten konkrete prosedyrer følte noen av informantene at det åpner opp for individuell tolkning av arbeidsoppgaver.

«Enkelte reflekterer rundt hva de gjør og hvorfor, og er stadig åpen for utbedring av sin egen praksis. Andre følger prosedyrene eller reglene, og gjør bare det de må.»

4.2 Rutiner og dokumentasjonsverktøy

Funn innenfor dette tema omhandler dokumentasjonsbehov og etterspørsel etter rutiner, og kompetanseheving.

4.2.1 Dokumentasjonsbehov og etterspørsel etter rutiner

Samtlige informanter har gitt uttrykk for behovet for dokumentasjon og felles rutiner i sine respektive avdelinger. Noen av informantene poengterer flere faktorer som bidrar til at det forebyggende arbeidet peroperativt blir nedprioritert eller glemt. Eksempler på dette kan være callinger og telefoner som må svares på, teknisk utstyr som må stilles inn og akutte kirurgiske hendelser man må ta seg av. Fare for å glemme gjennomførelse av peroperative tiltak er derfor noe mange nevner kan forekomme. Flere informanter uttrykket et ønske om dokumentasjonsplikt vedrørende leiendring og peroperative tiltak i operasjonsplanleggeren. Det ble beskrevet at det kan øke bevisstheten til operasjonssykepleieren, samt fungere som en påminnelse. Det vil på denne måten bidra til økt pasientsikkerhet, og det blir også nevnt at dokumentasjonen kan være verdifull til bruk innen forskning.

«Når det koker på stuen og samtidig huske på leieendring ... Jeg savner en rubrikk i operasjonsplanleggeren for å dokumentere peroperative tiltak. Derfor kan det være en stor trygghet i å ha et verktøy for å bli minnet på dette. For det finnes ingen tydelige retningslinjer eller prosedyrer for leieendring ved min avdeling. Og da må jeg liksom stole på at jeg har det i bakhodet.»

4.2.2 Kompetanseheving

De fleste informantene var enige om at det ville vært nyttig med et faglig løft når det kommer til leiring. Man får et inntrykk gjennom intervjuene av at det er et ønske om undervisning og kompetanseheving blant ansatte. Samtlige forklarer at leiringskompetanse tar lang tid å opparbeide seg og det kan ta flere år før man er komfortabel og selvsikker i dette arbeidet. Det er også viktig å nevne at det er individuelt hvor mye veiledning man trenger for å lære seg et leie. Her identifiseres et behov for en mer strukturert organisering fra avdelingenes side. De fleste informantene måtte klø seg i hodet når de ble spurt om når de fikk leiringsrelatert undervisning sist. Noen kunne ikke huske sist eller mente de aldri hadde fått, mens andre kunne svare at de hadde fått undervisning for to eller fire måneder siden.

Felles for alle var at de mente undervisning i leiring var verdifullt og nyttig, og at man kunne hatt mer av dette. Det ble nevnt at samkjørt undervisning med portører kan bidra til bedre kvalitet på leiringsarbeidet, fordi portører er i de fleste tilfeller innblandet.

«Du skal føle deg trygg på denne oppgaven, ikke sant? Du må øve, ikke bare én eller fem, men kanskje mange ganger. Kunne ønske avdelingen hadde et mer organisert undervisningstilbud når det kommer til leiring. Det hadde gjort meg mer selvsikker i leiringsarbeidet.»

4.3 Teamarbeid på operasjonsstuen

Dette tema omhandler samarbeidet mellom de ulike teammedlemmene og hvordan dette byr på fordeler og utfordringer.

4.3.1 Felles mål og opplevelsen av å miste kontroll

Portør, anestesi og operasjonssykepleier har felles mål og oppgaver relatert til leiring. Informantene uttrykket at portører letter det fysisk krevende arbeidet deres. Flere av informantene opplever at det ofte er mange hjelpere involvert i leiringsarbeidet, noe som kan føre til mange meninger. Noen beskriver opplevelse av å miste kontroll og den fulle oversikten over trykk- og strekkpunkter på pasientens kropp. Felles for informantene var at de følte de kunne gi beskjed om hva de trengte. De opplever også generelt et godt samarbeid med anestesien peroperativt, med tanke på forebygging av leiringskader.

«Det er lett for oss å miste kontroll under leiringsarbeidet i forkant av operasjonen. Mange er involvert i forflytningen, og av og til kan andre teammedlemmer ta over styringen. Dette kan enkelte ganger være fint dersom personen er mer erfaren. Men til tider frustrerende fordi man mister den fulle oversikten. Det er jo jeg som har ansvaret for å forebygge leiringskader gjennom hele forløpet.»

4.3.2 Interessekonflikter

De fleste informantene forteller at terskelen for å tilkalle kirurg til leiringsarbeidet preoperativt er lav, og dersom de føler seg usikker er dette en fordel. Flere forteller at de hadde foretrukket å ha kirurgen mer til stede her. Arbeid med leiring peroperativt viser seg derimot å by på litt mer utfordringer. Funnene viser at det kirurgiske forløpet kan hindre operasjonssykepleier i å utføre peroperative tiltak. Videre forklares det at kirurgien kan kreve at pasienten ligger helt i ro i en periode, for eksempel ved mikrokirurgi og bruk av mikroskop. Det kan også skje at pasienten er hemodynamisk og/eller respiratorisk ustabil. Dette fører til at leieendring blir nedprioritert og det kan være lenge til neste mulighet.

Informantene synes det er noe utfordrende når operasjonssykepleier må inngå kompromiss med kirurg i leiringsarbeidet. De mener at god kirurgisk tilgang i noen tilfeller kan true pasientens anatomiske begrensninger og det naturlige bevegelsesmønsteret. Flere informanter uttrykker at det er litt utfordrende å måtte forstyrre kirurgen peroperativt. Operasjonssykepleiere føler at de må vise diskresjon i dette arbeidet. Samtidig hevdes det at ingen i operasjonsteamet klager over

at de vil bevege på ekstremitetene for å forhindre leiringsskader, og at kirurgene ofte blir positivt overrasket når operasjonssykepleieren vil utføre tiltak.

«Når kirurgenes ønske for hvordan pasienten skal leires kan pushe pasientens anatomiske begrensninger ... Da føler jeg sånn «ah ...» vondt inni meg, som at jeg må være pasients advokat.»

4.4 Forebyggende og helsefremmende arbeid

Her vil det presenteres funn som omhandler kartlegging av operasjonsrisikofaktorer og videreføring av operasjonsopplysninger.

4.4.1 Kartlegging av operasjonsrisikofaktorer

Ut ifra funn viser det seg å være varierende grad av hvordan informantene anvender sjekklisten for kartlegging av operasjonspasienten. De fleste mener at sjekklisten ikke ivaretar pasienten som skal til langvarig kirurgi. Én informant går systematisk gjennom punktene i sjekklisten og vurderer hvilke hensyn som må tas i forhold til den individuelle pasienten. Flere informanter uttrykker ønske om et eget punkt under time-out hvor man tar høyde for operasjonsrisikofaktorer for kartlegging av operasjonspasientens individuelle behov og planlegging av peroperative tiltak i forkant av operasjonen. På denne måten mener informantene at tiltak blir vurdert høyt foran alle i operasjonsteamet.

«Kanskje vi burde satt lengde på inngrepet i sammenheng med type leiring og ta høyde for hva man vil gjøre for å forebygge leiringsskader underveis i operasjonen. Kanskje vil alder, vekt og anatomiske utfordringer være avgjørende for om man vil ta ekstra hensyn. Da kommer det heller ikke som en overraskelse for andre i operasjonsteamet når vi allerede har snakket om det.»

4.4.2 Videreføring av operasjonsopplysninger

Funn viser at informantene savner en mal til gjennomgang ved overlapping av skift dersom dette skjer underveis i kirurgien. Dette kan omhandle operasjonsopplysninger og peroperative hensyn og tiltak. Det at informantene opplever at prosedyrer for peroperativ oppfølging er mangelfull, kan medføre at informasjon ikke når frem.

«Det er jo ofte at vi avløser hverandre peroperativt og da kan det være visse ting som er viktig for dem som tar over å vite. Jeg savner å ha en mal å gå etter, for når du skal ut fra operasjonsstuen, så er du ofte litt ør i hodet og informasjon kan bli glemt. Det kan være greit at nestemann vet når man har for eksempel beveget på arm eller bein sist.»

4.5 Kommunikasjon mellom sykehusavdelinger

Her presenteres funn som omhandler dialog mellom operasjonsavdelinger og avdelinger hvor operasjonspasienten tilbringer det postoperative forløpet.

4.5.1 Tilfeldige opplysninger og uformell dialog

Informantene blir i liten grad opplyst om leiringsskader som oppdages i det postoperative forløpet. Flere forteller at dersom de får vite noe er det ofte kirurg som kommer med tilbakemelding. Noen informanter etterspør kirurg fordi de har følt på usikkerhet angående leiringen eller vært bekymret for pasienten. Alle er enige om at de savner informasjon om leiringsskader, og de kan godt tenke seg at slike skader oppstår uten at de får beskjed om det i etterkant. En informant undrer seg over om kunnskaper om leiringsskader til personell ved sengepost er gode nok. Informanten er usikker på om sengepostpersonellet vet hvilket leie pasienten har lagt i under operasjonen, og hva de skal se etter i det postoperative forløpet. Som et resultat av dette reises spørsmålet om man mistenker underrapportering av avviksmeldinger relatert til leiringsskader.

Felles for informantene er at de har opplevd eller blitt opplyst om at operasjonspasienten har hatt tegn til leiringsskader umiddelbart etter operasjonen. Funn viser at opplysninger om tegn til leiringsskader oppdaget på en annen avdeling ofte skjer ved tilfeldigheter.

«Vi har ikke noe dialog med sengepost. En gang da en kollega tilfeldigvis var der for å legge inn en veneflon, hadde pasienten postoperative smerter i en frisk del av kroppen. Da ringte jeg opp og sa at de måtte skrive avviksmelding, men da fikk jeg tilbakemelding om at sykepleieren allerede hadde reist hjem og neste sykepleier på skift hadde ikke blitt informert om dette.»

4.5.2 Tverrfaglige samhandlingsmøter

Informantene beskrev gjentatte opplevelser med tegn til leiringsskader og savner en arena for å diskutere dette på tvers av profesjoner og avdelinger. De beskriver at de ønsker møter om leiring og leiringsskader innad i avdelingen. Informantene beskriver også at de etterlyser å bli opplyst oftere om leiringsskader som har oppstått, og for å eventuelt lære av andre sine erfaringer og snakke åpent om dette.

Informantene synes det hadde vært nyttig å vite om pasienter med samme type leiring opplever liknende postoperative smerter eller ubehag relatert til leiet de har lagt i under operasjon. På denne måten kan de lære og forbedre avdelingen sin praksis.

«Jeg skulle jo ønske at man fikk tilbakemelding fra postoperativ eller sengepost, så man kan lære om det er flere med samme leiet som får de samme plagene eller hvorfor det skjedde med akkurat denne pasienten. Jeg tror det ville vært nyttig med en arena hvor vi møtes jevnlig og diskuterer sammen med andre spesialsykepleiere, sykepleiere, kirurger og anestesileger for å forbedre oss og ha et nærmere samarbeid. Vi har jo alle interesser av å øke pasientsikkerheten.»

5.0 Diskusjon

Formålet med prosjektet var å undersøke erfaringer og opplevelser med leieendring under langvarige operasjoner, fra operasjonssykepleierens perspektiv. I dette kapittelet skal studiens funn drøftes opp mot teori og tidligere forskning.

5.1 Ivaretagelse av operasjonssykepleier sitt faglige ansvar

De fleste informantene uttrykker enighet i at leiring for langvarig kirurgi er en stor del av det forebyggende arbeidet. Det er et tidkrevende arbeid og man tar utgangspunkt i at operasjonspasienten skal ligge lenge i ro. Dette fordrer at man tilstreber god leiring særlig med tanke på at justering av leiet underveis i operasjonen kan innebære noe risiko. Ifølge NSFLOS (2015) sin ansvars- og funksjonsbeskrivelse skal operasjonssykepleier kartlegge og vurdere pasientens behov individuelt ut ifra gitte pasientopplysninger. Man tar i bruk den kunnskapen og erfaringen man har opparbeidet seg fra både utdanning og praksisfeltet for å danne et godt utgangspunkt.

Cuming (2019, s. 1) sier at kunnskaper om kirurgisk anatomi, fysiologiske forhold og konsekvenser for operasjonspasienten, og forebygging av peroperative risikofaktorer ligger til grunne når praktiske oppgaver skal løses ved hjelp av teori. Eksempelvis kan det være fordelaktig for en pasient som er lagt til rette i et leie uten trykk eller strekk, å få ligge lengre i ro uten fare for vevsforskyvning, enn hva som ville vært tilfelle dersom kirurgisk tilgang krevde et mer komplisert leie.

Flere av informantene gir uttrykk for at god leiring og leieendring spiller inn i hverandre, og at det kan være en kompleks oppgave å vite når tiltak kreves eller om tiltak kan være en risiko. Denne oppgaven krever refleksjon, evne til å se ting fra ulike perspektiv og evne til å være fleksibel (Cuming, 2019, s. 3).

Én informant har et særlig behov for å belyse at tidspress kan utfordre leiringssituasjonen. Å ta seg god tid til å leire pasienten er fordelaktig og kan i seg selv spare operasjonsteamet for tid og ressurser dersom leiet krever mindre fokus peroperativt. Men begrenset tid er en bidragsfaktor til

at leiet kan ha dårlig kvalitet, og da må det i noen tilfeller justeres underveis. Dersom pasienten har reimer rundt seg kan disse forskyves, og man har dårligere oversikt når det ligger under dekningsen. Med denne vissheten er det særlig viktig at koordinerende operasjonssykepleier leder forløpet rundt leiringsforberedelsene. NSFLOS (2015) poengterer at operasjonssykepleieren er en del av det kirurgiske teamet men er selv ansvarlig for egen yrkesutøvelse. Dette belyser viktigheten av å jobbe seg gjennom alle trinn i prosessen, til fordel for den peroperative fasen av arbeidet.

Funnene viste at flertallet av informantene opplevde å danne egne arbeidsoppgaver fordi det ikke var konkrete rutiner å følge under langvarige operasjoner. Ifølge Fawcett D. L., (2019, s. 158) inngår leieendring i arbeidsoppgavene til en operasjonssykepleier. Behovet for endring av stilling skal undersøkes med jevne mellomrom. Informantene mente derimot at det var individuelt opp til den enkelte operasjonssykepleieren å igangsette peroperative tiltak. At behandlingen man mottar skal være avhengig av hvem du har som operasjonssykepleier, burde ikke være en realitet. Én informant hadde laget seg rutiner for å sjekke ekstremiteter for trykk hvert 30 minutt, ettersom informanten satt seg inn i pasientsituasjonen og tenkte at den ville satt pris på å motta liknende behandling selv.

På denne måten kan mangel på peroperative rutiner felles for avdelingen åpne opp for at operasjonssykepleierne tolker og danner sine egne rutiner. Spesielt engasjement og motivasjon kan utgjøre en betydelig forskjell i pasientbehandlingen mellom operasjonssykepleierne, hvor enkelte er mer opptatt av forbedring av sin egen praksis enn andre.

Funn viser at informantene forteller om varierende grad av observasjon, vurdering og tolkning av operasjonspasienten blant operasjonssykepleiere. Peroperative tiltak igangsettes på eget initiativ i praksis, på grunn av manglende rutiner ved avdelingene. Litteraturen forteller at dette arbeidet alltid skal utføres før, under og etter et kirurgisk inngrep (Dåvøy & Eide, 2018, s. 29). Med visshet om dette kan man spørre seg om avdelingen tilrettelegger for at dette blir sikret.

Fawcett D. L., (2019, s. 160) sier at leieendring alltid skal dokumenteres. Her opplever informantene at det ikke er en prosedyre eller rutine for dokumentasjon, og at peroperative tiltak ofte kan bli tilsidesatt på grunn av dette. Når dokumentasjon for leieendring ikke må

dokumenteres som vurdert eller utført, samt at det mangler skriftlige rutiner, forteller informantene at de laget sine egne regler og rutiner for leieendring under langvarig kirurgi.

Cuming (2019, s. 1) mener at operasjonssykepleieren må inneha en rekke evner og kunnskaper. Blant annet erfaring, utholdenhet, fleksibilitet og bevissthet rundt forebygging og konsekvenser av behandling eller fravær av dette. Funn viser at informantene hadde forskjell i antall års erfaring, og dermed en varierende utførelse av arbeidsoppgaver. Noen hadde innebyggede rutiner eller regler og ulik kunnskap om leiring. Dette resulterte i at informantene planla peroperative tiltak ulikt, og noen hadde mer fokus på dette enn andre. En som er nyutdannet blir lært opp til å kunne planlegge og iverksette tiltak, men når avdelingen gjerne ikke tilrettelegger for dette arbeidet kan det bli nedprioritert. Dette kan også føre til en kultur ved avdelingen som ikke har et samkjørt fokus på leieendring.

Lumbley, Ali & Tchokouani (2014) anbefaler leieendring hver andre til tredje time når det er mulig under langvarige operasjoner. De viser til at jo lengre tid som går, desto større er utviklingspotensialet for trykkskade på sårbare kroppsdeler. Når informantene forteller at det ikke er noe konkrete tiltak å følge, reiser det spørsmål om hvorfor teorien ikke samsvarer med praksis på operasjonsstuen. Det er en del av det faglige ansvaret til operasjonssykepleieren å utføre tiltak for best mulig forebygging av leiringsskader, men i praksis føler informantene at dette ikke blir godt nok ivaretatt og samkjørt innad i avdelingene.

Informantene uttrykket at det er varierende hvilken interesse og engasjement operasjonssykepleiere har for faget sitt. Personlighet kan også prege hvordan man utøver yrket sitt på. Cuming (2019, s. 1) poengterer at operasjonssykepleier skal ivareta pasient og pårørendes psykososiale behov både før og etter operasjon. Dette setter visse krav til operasjonssykepleier i forhold til hvordan å mestre arbeidet med sårbare pasienter på en tillitsvekkende og ansvarsfull måte.

Hvordan man samarbeider med andre teammedlemmer er også individuelt. For eksempel det å tørre å heve stemmen og ta ledelse viser seg å være personavhengig og erfaringsbasert, og informantene mener at dette kan bidra til at operasjonspasienten kan motta ulik behandling fra operasjonssykepleier til operasjonssykepleier. Dette støttes av studien til Oksavik, Heen og

Heggdal (2021, s. 214) som hevder at ikke-tekniske ferdigheter som evner til kommunikasjon og situasjonsforståelse kan være avgjørende for arbeidsflyt og atmosfære på operasjonsstuen. Å arbeide sammen i et velfungerende team er betydningsfullt for pasientutfall, og studier hevder at god kommunikasjon mellom spesialsykepleier og kirurg gir lavere pasientdødelighet (Brooker, Vikan, & Thyli, 2020, s. 214).

5.2 Forbedringspotensialer for dokumentasjonsrutiner og kompetanseheving

Funn viser at dokumentasjon ikke bare er av pasientsikkerhetsmessige hensyn, men det vil også fungere som en sikkerhet for operasjonssykepleieren. Når operasjonen er i gang og det gjerne er travelt på stuen, kan peroperative tiltak bli overskygget av andre arbeidsoppgaver eller i verste tilfelle glemt. Informantene uttrykker tydelig et ønske om en mer presis dokumentasjon vedrørende leieendring og peroperative tiltak i operasjonsplanleggeren. I dag kan man dokumentere i en fritekst-boks her, men dette er ikke påkrevd. Informantene beskriver at dette kan bidra til å øke bevisstheten og fungere som en påminner på lik linje med andre tiltak som er viet plass i dokumentasjonen. Ifølge Fawcett (2019, s. 160) skal behovet for leieendring undersøkes med jevne mellomrom. Tilgjengelige trykkpunkter skal sjekkes for sirkulasjon, og pasient og polstring skal justeres etter nødvendighet. Alt som relateres til denne arbeidsoppgaven skal dokumenteres.

Man har også ansvar for å dokumentere tidspunkt for de ulike trinnene i hele forløpet, og dette er noe operasjonssykepleier kan forholde seg til i sin vurdering av peroperative tiltak. Sjøgaard, et al. (2016) poengterer at operasjonspasienten er immobilisert i lengre tid enn operasjonens varighet. Operasjonspasienten er som regel immobilisert i sengen før og under forberedelse, samt i etterkant av operasjonen. Derfor bør man som operasjonssykepleier vie særlig oppmerksomhet mot lengden på operasjonen, og bruke operasjonsplanleggeren aktivt i sin planlegging av hensiktsmessige tiltak. Funn viser at dokumentasjon av leieendring i tillegg kan være fordelaktig for bruk i fagrelatert forskning. Kanskje man kan utforske dypere hvilken effekt leieendring har for operasjonspasienten.

Informantene utviste enighet om at undervisning i leiring var verdifullt og det kunne være nyttig med et faglig løft blant ansatte. De fortalte at et samkjørt undervisningstilbud med portører

kunne bidra til bedre kvalitet i leiringsarbeidet. Sørensen, et al., (2015) støtter denne ideen og forsvarer hvorfor leiring er en utfordrende oppgave og at det er et behov for et etablert kirurgisk team som har ekstra kompetanse innen leiring. Informanter forteller at portører utfyller og letter dette arbeidet, samtidig som operasjonssykepleierne leder og tar ansvar i valg og avgjørelser innen leiringsarbeidet for å best mulig ivareta operasjonspasienten. Derfor mener informantene at flere undervisninger sammen med portører ville bidratt til bedre samkjøring under leiringsarbeidet.

Ut ifra funnene ble det identifisert et behov for undervisning i leiring, samt at dette ble sikret slik at alle ansatte får dette tilbudet. Informantene forklarer at kompetanse i leiring tar lang tid å opparbeide seg og det kan ta flere år før man føler seg selvsikker. Dersom avdelingene tilrettelegger for økt fokus og mulighet for læring, kan kompetanse tilegnes raskere og den individuelle operasjonssykepleieren føler seg mer kompetent og oppdatert. Dette er i tråd med operasjonssykepleiers ansvars- og funksjonsbeskrivelse (NSFLOS, 2015).

Marley (2019) understreker at operasjonsstuen er et rom hvor det skal utføres evidensbaserte tiltak, der sykehuset skal ha ulike protokoller og prosesser på plass for å støtte pasientsikkerheten. Felles for informantene var at de ønsket flere leiringsrelaterte undervisninger. Å anvende oppdatert forskning og arbeide kunnskapsbasert er et ansvar hos operasjonssykepleieren (NSFLOS, 2015).

5.3 Betydningen av et velfungerende operasjonsteam

Informantene hadde en felles opplevelse med at det ofte kunne være mange hjelpere involvert i leiringsarbeidet. Når operasjonssykepleiere, anestesi og portører har felles mål og oppgaver relatert til leiring, kan det medføre mange meninger. Bang (2010) hevder at for å få oppnå et felles mål må teammedlemmene samarbeide og koordinere handlinger. Noen av informantene kunne i enkelte tilfeller føle at det var fint dersom en mer erfaren tok over styringen. Men det kunne også føre til å miste kontroll over trykk- og strekkpunkter på pasientens kropp.

Operasjonssykepleieren har som ansvar å kartlegge eksisterende risikofaktorer som kan påvirke leiringsstrategier. Dette innebærer også leiringsutstyr som tekniske hjelpemidler, geleputer eller

polstring til den individuelle operasjonspasienten (Fawcett D. L., 2019, s. 158). Oksavik, Heen & Heggdal (2021) sier at ferdigheter som kommunikasjon og situasjonsforståelse er avgjørende for arbeidsflyt og samarbeid på operasjonsstuen. Den koordinerende operasjonssykepleieren har kjennskap til pasientens eventuelle anatomiske utfordringer, og må derfor huske å ta ledelse og være deltakende i planleggingen, samt være tydelig med sin kommunikasjon og tydeliggjøring av behov til teammedlemmene.

Felles for informantene var at de følte de kunne gi beskjed om hva de trengte og opplevde et godt samarbeid med anestesen peroperativt. Brooker, Vikan & Thyli (2020) mener at et velfungerende team kan ha stor betydning for resultatet av leiringen og resten av operasjonsforløpet.

Funn viser at flere informanter hadde et ønske om å ha kirurgen mer til stede under preoperativ leiring av operasjonspasienten. Dersom leiet må endres er det, som tidligere nevnt, utfordrende og nesten umulig å ha den fulle oversikten over trykkpunkter og vevsforskyvning på grunn av at pasienten allerede er dekket sterilt. De fleste informantene forteller derimot om en lav terskel for å tilkalle kirurg til å delta i leiringsarbeidet, dersom de føler seg usikker. Det bekreftes gjennom studien til Oksavik, Heen og Heggdal at god kommunikasjon og samarbeid fører til en sikker oppgaveløsning, noe som igjen fører til økt pasientsikkerhet. Samtidig har det kirurgiske teamet et felles ansvar for å følge med på de fysiologiske og fysiske konsekvensene av stillingen som pasienten er plassert i preoperativt (Rothrok, 2019, s. 142). Derfor er det både nyttig og nødvendig å tilkalle kirurg dersom man mistenker at leiringen ikke holder mål uten ansvarlig kirurg til stede.

Noe som viser seg å by på mer utfordringer, er det peroperative arbeidet med leieendring. Funn viser at det kirurgiske forløpet kan hindre operasjonssykepleier i å utføre nødvendige tiltak. Kirurgien kan kreve at pasienten må ligge ubevegelig i en periode, eller det kan være anesthesiologiske utfordringer som krever et stabilt leie. Da kan leieendring bli nedprioritert og det kan være lenge til neste mulighet. Bang (2010, s. 2) hevder at et team har et felles mål, men gjerne ulike arbeidsoppgaver. Å tilpasse seg hverandre er en viktig faktor.

Flere informanter føler at de må vise diskresjon i det peroperative arbeidet sitt, og gjerne være dem som tilpasser seg andre yrkesgrupper. Som regel er det ingen i operasjonsteamet som klager over at operasjonssykepleier vil bevege på ekstremiteter for å forhindre leiringsskader, og kirurgene blir ofte positivt overrasket når det blir foreslått tiltak. Det som informantene opplever at kan være utfordrende derimot, er å måtte forstyrre kirurgen peroperativt.

Operasjonssykepleier må i den preoperative fasen noen ganger inngå kompromiss med kirurg i leiringsarbeidet. Funn viser at god kirurgisk tilgang i noen tilfeller kan true pasientens anatomiske begrensninger og det naturlige bevegelsesmønsteret. Dette kan oppleves ubehagelig for enkelte og noen av informantene har følelsen av å måtte være pasientens advokat i slike situasjoner. På den ene siden skal operasjonssykepleier legge til rette for operatørens tilgang til operasjonsfeltet (Fawcett D. L., 2019, s. 158). På den andre siden skal det utføres forsvarlig leiring for å unngå trykk-, strekk- og nerveskader (Spruce, 2017).

5.4 Mer omfattende individuell kartlegging for økt pasientsikkerhet

Et viktig mål for operasjonssykepleieren er å sikre en kirurgisk tilgang som resulterer i at pasienten er fri for tegn på peroperativ leiringsskade (Fawcett D. L., 2019, s. 158). Funn viser at operasjonssykepleiere bruker opplysninger fra operasjonsplanlegger og pasientjournal til å ivareta operasjonspasienten pre- og peroperativt. Informantene forklarer hvordan de bruker sjekklisten som et verktøy i forberedelsesfasen, og noen tar ekstra hensyn til det som er av betydning for det operasjonsfaglige (vedlegg 5). Man får et inntrykk av at det er opp til den enkelte operasjonssykepleier hvilke sammenhenger man ser ut ifra pasientopplysningene, og det er tydelig rom for å gjøre sine egne tolkninger og beslutninger. Varighet, leiringstype, alder, vekt, anatomiske utfordringer, blærestatus, forventet blodtap, temperatur og væskesøl er noen av en rekke faktorer som kan være avgjørende for peroperative tiltak som operasjonssykepleier vil ta hensyn til.

Man kan derfor anta at det er varierende hvordan operasjonssykepleiere anvender tilgjengelige verktøy og hvilken evne man har til å bruke dette til å planlegge videre forløp. Utøving av profesjonell omsorg innebærer en systematisk og planlagt prosess som sørger for utredning, kartlegging av operasjonssykepleiebehov og å ta høyde for mulige utfall (Cuming, 2019, s. 3). På

denne måten kan man planlegge, gjennomføre og evaluere, og sørge for at dette gjelder uavhengig av hvem du har som operasjonssykepleier.

De fleste informantene mener at rutiner som skal sikre ivaretagelse av operasjonspasienten som skal til langvarig kirurgi, kunne være forbedret. Det uttrykkes spesielt et behov for belysning av operasjonsrisikofaktorer. Å integrere dette i time-out slik at hele operasjonsteamet får kjennskap til det kan være fordelaktig. På denne måten kartlegges den individuelle pasientens behov og man kan planlegge peroperative tiltak i forkant av operasjonen. Da vil det heller ikke komme som en overraskelse på de andre i teamet dersom man for eksempel må justere på leiet peroperativt. Dette er i tråd med lovverket som sørger for at helsepersonell utøver arbeidet sitt i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og gir omsorgsfull hjelp. Dette reguleres blant annet gjennom spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Denne sier noe om at det skal tilrettelegges for at helsepersonell kan være i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, så den enkelte pasient kan motta et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Ifølge helsepersonelloven § 4 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999) skal helsepersonell utføre arbeidet sitt i tråd med kravene som stilles til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp forventet ut ifra helsepersonellens kvalifikasjoner.

Litteraturen forteller at operasjonssykepleiere har et forebyggende ansvar. Pasientbehandling skal være individuelt planlagt ved å kartlegge og vurdere pasientens behov, problemer, risikofaktorer og ressurser (NSFLOS, 2015). Dette arbeidet skal fortsette peroperativt og postoperativt ved at riktig informasjon kommer frem til neste operasjonssykepleier som overtar, og som kan kontinuere det forebyggende arbeidet. Informantene forteller at de savner en mal å gå etter ved overlapping av skift og opplever at prosedyrer for peroperativ oppfølging er mangelfull. Dette kan medføre at informasjon ikke når frem. Alle pasienter er forskjellige og det er viktig for dem som deltar i operasjonsteamet å ha riktig og oppdatert informasjon om operasjonspasienten, slik at peroperative hensyn og tiltak som leieendring blir fulgt opp av neste operasjonssykepleier (Cuming, 2019, s. 2).

Pasienter med ulike fysiologiske forhold som alder, vekt, blodmangel, proteinmangel og lavt blodtrykk er eksempler på faktorer som kan disponere for utvikling av leiringsskader (Lassen & Bunkenborg, 2018, ss. 68-73). Opplysninger som dette kan være av stor betydning ettersom

pasienten er dekket sterilt og opplysninger ikke nødvendigvis fremkommer ved første blick. I tillegg kan ulike forhold på operasjonsstuen som fuktighet, varme eller kulde øke sårbarheten ytterligere til pasientens hud og underliggende vev, og dermed øke sannsynligheten for skade (Fawcett D. L., 2019, s. 142). Ettersom Fawcett (2019) hevder at behovet for leieendring skal undersøkes med jevne mellomrom, er det viktig at peroperative opplysninger blir videreført. Dette kan være opplysninger angående forventet varighet på operasjonen, når det var foretatt leieendring sist og hvor ofte det bør iverksettes, samt informasjon om kritiske trykkpunkter som er særlig sårbare.

Søgaard, et al., (2016) anbefaler at man vier oppmerksomhet mot varighet på operasjonen. Når man vet at immobilisering av pasienten varer lengre enn selve inngrepet er det viktig å erkjenne at tid og utvikling av leiringsskade har en sammenheng. Opplysninger vedrørende immobiliseringsperiode er nyttig å videreformidle slik at overtakende operasjonssykepleier får en grundig oversikt over hele forløpet.

Helsedirektoratet (2017) hevder at tjenester skal kvalitetssikres og være tilrettelagt slik at personell som yter dem kan overholde sine lovpålagte forpliktelser. De skal være virkningsfulle og trygge, samt gi pasientene vern mot unødige skade. Å tilrettelegge og opprette en mal for videreføring av viktige operasjonsopplysninger vil bidra til ivaretagelse av pasientsikkerheten og kan i tillegg være en trygghet for dem som skal arbeide forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende (NSFLOS, 2015).

5.5 Konsekvenser ved manglende kommunikasjon

Funn viser at operasjonssykepleiere blir i liten grad opplyst om leiringsskader som oppdages i det postoperative forløpet. Flere av informantene har én eller flere ganger følt på usikkerhet angående leiring og vært bekymret for pasienten i ettertid. Studien til Brooker, et al., (2020) viser at operasjonssykepleiere har en noe høy terskel for å rapportere mulige pasientskader relatert til inngrepet, og dersom de er usikre faller valget heller på å se til pasienten i ettertid enn å rapportere som en nære-på hendelse. Dette samsvarer med funn fra prosjektet som viser at flere av informantene ofte oppsøker kirurg i ettertid dersom de har vært bekymret for operasjonspasienten.

Felles står et ønske om mer informasjon angående leiringsskader ettersom mistanke reises til tross for at man ikke hører så ofte om det, verken muntlig eller gjennom avviksmelding.

Søgaard, et al. (2016) sin studie gir et bilde av hvor stor forekomst det er av tegn til trykkskader, når studien viser at 25 % av pasientene fremdeles opplevde tegn til trykkskade etter to timer postoperativt.

En perifer nerveskade kan redusere sensorisk og motorisk funksjon i nerven, og resulterer i nummenhet, prikking, smerter eller gripevansker (Bouyer-Ferullo, 2013). Ifølge Primiano, et al., (2015) er sjansen for å pådra seg et peroperativt trykksår fra 12-66%, og oppstår det under 72 timer postoperativt er det høy sannsynlighet for at peroperative faktorer har bidratt til dette. Noen informanter fra prosjektet belyser at operasjonspasienten som regel blir overlatt fra spesialsykepleiere til sengepost tidlig i det postoperativt forløpet. Dette stiller ulike krav til dem som overtar ansvaret og som skal følge opp videre. Funn viser at operasjonssykepleiere stiller spørsmål ved kompetanse ved avdelingen hvor operasjonspasienten skal tilbringe resten av sykehusoppholdet sitt. En viktig grunn til dette er at det er lite eller ingen kommunikasjon mellom operasjonsavdelingen og sengepost.

Om viktige opplysninger videreformidles er usikkert. Dette kan være opplysninger om hvilket leie pasienten har lagt i eller særlige hensyn som må tas. Funn viser at leiringsskader identifisert senere i det postoperative forløpet, ofte opplyses om ved tilfeldigheter og at flere informanter får informasjon om dette gjennom uformell dialog. Som et resultat av dette mistenkes en underrapportering av leiringsrelaterte avviksmeldinger. Dette utfordrer hensikten med å regulere helsereelatert arbeid gjennom lovverk, ettersom den er å bidra til å yte virkningsfulle og trygge tjenester som gir pasientene vern mot unødig skade (Helsedirektoratet, 2017).

Kunnskapen en operasjonssykepleier innehar vedrørende anatomi, fysiologi, leiring og konsekvenser av dette er avgjørende for å kunne forebygge leiringsskader. Både Fawcett (2019, s. 142) og Cuming (2019, s. 1) støtter dette. Informantene beskriver at de har gjentatte opplevelser med tegn til leiringsskader og savner en arena for å diskutere dette. Med leiringskunnskaper og erfaringer kan operasjonssykepleiere komme med nyttig informasjon til andre profesjoner ved tverrfaglige samhandlingsmøter. Informantene forteller videre at en slik arena kan identifisere om pasienter med samme type leiring opplever liknende postoperative

smarter eller ubehag som ikke er relatert til operasjonsfeltet. Dette kan bidra til at operasjonssykepleiere kan lære og forbedre sin praksis på avdelingen i det forebyggende arbeidet med leiring.

Ettersom Fawcett (2019, s. 143) hevder at leiringsskader oppstått på operasjonsstuen kan bli synlig inntil flere dager etter inngrepet, kan slike tverrfaglige møter bidra til å øke fokus og muligens oppdage postoperative leiringsskader på et tidligere tidspunkt. Som nevnt tidligere undrer noen informanter seg over om sykepleiere på sengepost vet hva de skal se etter vedrørende tegn til leiringsskader. Møter med sengeposten kan bidra til økt kompetanse blant sykepleiere på de respektive avdelinger, samt at det kan utveksles erfaringer og opplevelser. Informantene nevner også at kirurger og anestesileger kan involveres i dette samarbeidet. Dette kan bidra til økt pasientsikkerhet og forbedring av praksis. Effekten av en slik løsning hvor flere profesjoner arbeider tverrfaglig og nært, finnes det for øvrig lite forskning på. Derfor kan dette være interessant å utforske videre.

6.0 Konklusjon

For å utforske prosjektets problemstilling på best mulig måte er det diskutert faktorer som har innflytelse på operasjonssykepleieres opplevelser og erfaringer med leieendring under langvarig kirurgi. Dette er et forebyggende arbeid hvor operasjonssykepleiers faglige ansvar står sentralt. Funn og tidligere forskning viser at det kan være utfordrende å prioritere leiringsendring når flere profesjoner jobber samtidig med sine respektive arbeidsoppgaver. Operasjonssykepleiere er vant til å tilpasse seg, og utsette sine gjøremål når andre mer prekære og/eller akutte oppgaver melder seg. Det er også en variasjon i hvordan operasjonssykepleiere organiserer arbeidet sitt, og det er et behov for å samkjøre rutiner og konkretisere peroperative tiltak.

Man vet at leiring og fravær av leieendring kan gi konsekvenser for pasienten, i ulik alvorlighetsgrad. Av pasientsikkerhet- og helsepersonellmessige hensyn skal alt leiringsarbeid dokumenteres. Informantene i studien er enige i at operasjonsplanleggeren kan forbedres for å kvalitetssikre dette. Det kan for eksempel introduseres rubrikker som direkte går på rutiner relatert til leieendring og tidspunkt for utført tiltak, som en forbedring av dagens praksis hvor det dokumenteres valgfritt i fritekst. Ved langvarige operasjoner hvor det vil skje en overlapping av operasjonssykepleiere uttrykker flere informanter et ønske om en mal opprettet av avdelingen, for å sikre at viktige operasjonsopplysninger blir videreført.

Teammedlemmenes evne til å samarbeide på operasjonsstuen viser seg å være av betydning, og dette gjelder både i det pre- og peroperative arbeidet. Funn viser viktigheten av at operasjonssykepleier tar et ledende ansvar når pasienten blir lagt til rette for operasjon, ettersom det er operasjonssykepleier som har bedre kjennskap til pasientens anatomi og begrensninger. Det er identifisert et behov for å belyse operasjonsrisikofaktorer blant teammedlemmene og å integrere dette i time-out. På denne måten kan operasjonspasientens behov for peroperative tiltak presenteres for andre i operasjonsteamet før oppstart av kirurgi.

Funn viser at leiringsskader identifisert senere i det postoperative forløpet, ofte opplyses om ved tilfeldigheter og gjennom uformell dialog. Har man vært bekymret for om pasienten har fått konsekvenser av leiringen, oppsøker man heller kirurg for å høre hvordan det har gått heller enn å rapportere. Dette er en bidragsfaktor til at det reises spørsmål ved om leiringsrelaterte

avviksmeldinger underrapporteres. Operasjonssykepleierne er bekymret for om personell ved sengepost ikke oppfatter postoperative smerter og ubehag relatert til pasientens leiring på operasjonsstuen, og stiller spørsmål ved om sengepostpersonell vet hva de skal se etter i tiden etter operasjon. En tverrfaglig arena hvor man møtes på tvers av profesjoner og avdelinger kan være verdifull, og kan åpne opp for læring og forbedring av praksis for alle parter til fordel for operasjonspasienten.

Referanser

- Askvik, K. (2014, Juli 25). *Har utbetalt 42 millioner for liggeskader*. (M. Moe, Redaktør) Hentet fra Dagens Medisin: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2014/07/25/har-utbetalt-42-millioner-for-liggeskader/>
- Bang, H. (2010, Januar 5). Teamarbeid – et gode eller et onde? (K. C. Williams, Red.) *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, ss. 2-3. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/redaksjonelt/2010/01/teamarbeid-et-gode-eller-et-onde>
- Bouyer-Ferullo, S. (2013, January). Preventing Perioperative Peripheral Nerve Injuries. *AORN Journal*, s. 26.
- Brooker, K. J., Vikan, M., & Thyli, B. (2020, Januar 29). A Qualitative Exploratory Study of Norwegian OR Nurses' Patient Positioning Priorities. *AORN Journal*, ss. 211-220. doi:10.1002/aorn.12930
- Creswell, J., & Poth, C. (2017). *Qualitative Inquiry and Research Design*. London: Sage Publications Inc.
- Cuming, R. G. (2019). Concepts Basic to Perioperative Nursing. I J. C. Rothrock, *Alexander's Care of the Patient in Surgery* (ss. 1-13). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Dåvøy, G., & Eide, P. H. (2018). Funksjons- og ansvarsområde. I G. Dåvøy, P. H. Eide, & I. Hansen, *Operasjonssykepleie* (ss. 28-44). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De nasjonale Forskningsetiske Komiteene. (2017, Oktober 11). *Forskningsetikkloven*. Hentet fra Forskningsetikk: <http://www.forskningsetikk.no/lovverk/>
- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. (2019, Mai 23). *Den Nasjonale Forskningsetiske Komité for Medisin og Helsefag (NEM)*. Hentet fra Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Fawcett, D. L. (2019). Positioning the Patient for Surgery. I J. C. Rothrock, *Alexanders' Care of the Patient in Surgery*. Elsevier - Health Sciences Division.
- Fawcett, D. L. (2019). Positioning the Patient for Surgery. I J. C. Rothrock, *Alexander's Care of the Patient in Surgery* (ss. 142-286). Elsevier.
- Grønmo, S. (2021, Mars 1). *Utvalg*. Hentet fra Store Norske Leksikon: <http://snl.no/utvalg>
- Hærnes, N. (2011, Oktober 26). *Leiret riktig?* (H. Hafstad, Redaktør) Hentet fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/2011/10/leiret-riktig?fbclid=IwAR2lrW4MgXrSFPkguwd3b6ySgr4J-v4njcHDb9m9L8HD75E7efmtIHaUMfQ>

- Hansen, I., & Brekken, R. (2019). Leiring av pasienten på operasjonsbordet. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide, & I. Hansen, *Operasjonssykepleie* (ss. 321-353). Oslo: Gyldendal.
- Hansen, I., & Brekken, R. S. (2018). Leiring av pasienten på operasjonsbordet. I G. M. Dåvøy, I. Hansen, & P. H. Eide, *Operasjonssykepleie* (ss. 320-353). Oslo: Gyldendal.
- Haugen, A. S., & Dåvøy, G. M. (2018). Pasientsikkerhet og trygg kirurgi. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide, & I. Hansen, *Operasjonssykepleie* (ss. 178-198). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999, Juli 2). *Helsepersonelloven*. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999, Juli 2). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Hentet fra Lovdata: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008, Juni 20). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)*. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011, Juni 24). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven>
- Helsedirektoratet. (2017, Mars 21). *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/formal-og-virkeomrade#paragraf-1-formalet-med-forskriften-begrunnelse>
- HVL MedieLab. (2017, Mars 2). *Kvalitetskriterier-validitet i kvalitativ forskning*. Hentet 2021 fra Youtube: https://www.youtube.com/watch?v=f8ShrJfbqYQ&t=416s&ab_channel=HVLMedieLab
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.
- Lassen, B. V., & Bunkenborg, G. (2018). Patienter skal lejres forsvarligt før operation. *Fag & Forskning*, ss. 68-73. Hentet fra <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2018-2/patienter-skal-lejres-forsvarligt-foer-operation>
- Leonardsen, A.-C. L. (2015, Juni 3). Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet. *Nordisk Sygeplejeforskning*, ss. 218-227. doi:10.18261/ISSN1892-2686-2015-02-12
- Lumbley, J. L., Ali, S. A., & Tchokouani, L. S. (2014, January 10). Retrospective review of predisposing factors for intraoperative pressure ulcer development. *Journal of Clinical Anesthesia*, s. 3. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2014.01.012>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Marley, H. P. (2019). Genitourinary Surgery. I J. C. Rothrock, *Alexander's care of the patient in surgery* (ss. 455-528). Canada: Elsevier, Inc.
- Norsk Pasientskadeerstatning. (2019, September 19). *Erstatningssaker - leiringsskade*. Hentet fra Norsk Pasientskadeerstatning:
<https://www.npe.no/no/Helsepersonell/statistikk/temaartikler/erstatningssaker---leiringsskade/>
- NPE. (2019, September 19). *Erstatningssaker - leiringsskade*. Hentet fra NPE - Norsk Pasientskadeerstatning:
<https://www.npe.no/no/Helsepersonell/statistikk/temaartikler/erstatningssaker---leiringsskade/>
- NPIAP. (2016). NPIAP Pressure Injury Stages. *NPIAP - The National Pressure Injury Advisory Panel*. doi:10.1097/won.0000000000000281
- NSD. (2022, Mai 03). *Norsk senter for forskningsdata*. Hentet fra NSD: <https://www.nsd.no/>
- NSFLOS. (2015). *Operasjonssykepleierens ansvar- og funksjonsbeskrivelse*. Hentet fra NSF's Landsgruppe av operasjonssykepleiere: <https://nsflos.no/wp-content/uploads/2016/01/Operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse.pdf>
- Oksavik, W. S., Heen, C., & Heggdal, K. (2021, Januar 2). Faktorer som påvirker kommunikasjon og samspill i kirurgiske team med betydning for pasientsikkerhet - belyst fra operasjonssykepleierens ståsted. *Klinisk Sykepleje*, ss. 3-22. doi:10.1826/ISSN.1903-2285-2021-01-02
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2015). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer.
- Prielipp, R. C., Morell, R. C., & Butterworth, J. (2002). Ulnar nerve injury and perioperative arm positioning. *Anesthesiology Clinics of North America*, ss. 589-603. doi:10.1016/s0889-8537(02)00009-3
- Primiano, M., Friend, M., McClure, C., Nardi, S., Fix, L., Schafer, M., . . . McNett, M. (2015, Juni 15). Pressure Ulcer Prevalence and Risk Factors among Prolonged Surgical Procedures in the OR. *Association of periOperative Registered Nurses*. doi:10.1016/j.aorn.2011.03.014
- Rothrock, J. C. (2019). *Alexander's Care of the Patient in Surgery*. St. Louis, Missouri: Elsevier.

- Søgaard, K., Fremmelevholm, Å., & Ottosen, B. (2016). Forebyggelse af tryksår under operation. *Sygeplejersken*, ss. 64-69. Hentet fra <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2016-1/forebyggelse-af-tryksaar-under-operation>
- Sørensen, E. E., Kusk, K. H., & Grønkjær, M. (2015, Juli 31). Operating room nurses` positioning og anesthetized surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, ss. 1-9. doi:10.1111/jocn.13000
- Spruce, L. (2017, January). Back to Basics: Preventing Perioperative Pressure Injuries. *AORN Journal*, s. 10.
- Store Norske Leksikon. (2020, 12 26). *Iterativ*. Hentet fra Store Norske Leksikon: <http://www.snl.no/iterativ>
- Store Norske Leksikon. (2020, April 13). *Mikroklima*. Hentet fra Store Norske Leksikon: <https://snl.no/mikroklima>
- Thomassen, O., Storesund, A., Softeland, E., & Brattebo, G. (2013, September 4). The effects of safety checklists in medicine: a systematic review. *Acta Anasthesiologica Scandinavica*, ss. 2-15. doi:10.1111/aas.12207
- Tidsskriftet Den Norske Legeforening. (2016, Mai 24). *Bruk av WHOs sjekklister for trygg kirurgi*. Hentet fra Tidsskriftet Den Norske Legeforening: <https://tidsskriftet.no/2016/05/originalartikkel/bruk-av-whos-sjekklister-trygg-kirurgi>
- WHO. (2009, April 2). *World Health Organization*. Hentet fra WHO Surgical Safety Checklist: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery/tool-and-resources>

VEDLEGG 1 – Godkjenning fra NSD

21.12.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 9.12.2021.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 21.12.2021. Behandlingen kan fortsette.

Ellen Johanne Svendsbø er ny prosjektansvarlig. Dette er også oppdatert i aktuelle vedlegg i skjemaet.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos NSD: Håkon J. Tranvåg

Lykke til videre med prosjektet!

18.11.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 18.11.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet. Om prosjektansvarlig ikke svarer på invitasjonen innen en uke må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.5.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos NSD: Håkon J. Tranvåg

Lykke til med prosjektet!

VEDLEGG 2 – Godkjenning fra klinikkdirektør og personvernombudet

SV: Søker om godkjenning til masteroppgave



fr. 10.12.2021 10:19

Til: [REDACTED]

Hallo!

Prosjektet deres er godkjent fra min side under forutsetning av at NSD-godkjenningen kommer i orden (som den ganske sikkert blir).

Lykke til!

Vennlig helsing

[REDACTED]

Klinikkdirektør

[REDACTED]

Det er innhentet muntlig tillatelse til at prosjektlederne kan rekruttere informanter fra aktuelt sykehus. Spesialrådgiver [REDACTED] telefon: [REDACTED] ved Personvernombudet ble kontaktet 25.01.2022.

VEDLEGG 3 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med å bevege pasientens armer og bein under langvarige operasjoner? ”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke operasjonssykepleieres erfaringer med å bevege pasientens ekstremiteter peroperativt. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette er et masterprosjekt i Master i klinisk sykepleie, utført av to operasjonssykepleiere ved Høgskulen på Vestlandet. Vi vil se på hvilke erfaringer operasjonssykepleiere har med å bevege pasientens ekstremiteter peroperativt. Operasjonssykepleiernes erfaringer vil gi et bredere grunnlag for hvorvidt leieendring kan forhindre ytterligere skade på pasientens kropp. Som et resultat kan dette prosjektet dokumentere erfaringer som kan føre til økt bevissthet og eventuelt et forbedringspotensial. Det er ønskelig med informanter fra fagfeltene ortopedi, gastrokirurgi, urologi, plastikk kirurgi og gynekologi. Vi håper å komme i kontakt med 6 operasjonssykepleiere.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Veileder fra HVL er Førsteamanuensis Ellen Johanne Svendsbø.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Ifølge Norsk Pasientskadeerstatning er ortopedi, kreft og gastrokirurgi høyest representert i erstatningssaker knyttet til leiringsskader, på landsbasis. Derfor vil vi invitere deg som jobber innenfor disse fagfeltene. Vi har tatt kontakt med din seksjonsleder, og personvernombudet ved Haukeland Universitetssykehus har gitt oss tillatelse til å innhente informanter.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at vi intervjuer deg og setter av rundt 60 minutter til dette. Vi har på forhånd utarbeidet spørsmål som inviterer til samtale rundt erfaringer, men har eventuelt noen hjelpespørsmål. Disse spørsmålene er frivillig å svare på. Dersom du tillater det, bruker vi gjerne en lydopptaker for å sikre verdifull informasjon fra deg. Samtidig vil en av oss notere og observere fra sidelinjen. Tema som vil bli sentrale i intervjuet, vil være leiring, teamarbeid, pasientsikkerhet og leiringsskader. Erfaringer du deler med oss vil bli anonymisert i masteroppgaven.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake

uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Deltakelsen i dette prosjektet vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Prosjektgruppens medlemmer og veileder vil ha tilgang til datainnsamlingsmaterialet mens prosjektet pågår. Vi bruker lydopptaksutstyr fra Høgskulen på Vestlandet, og vi lagrer lydfilene i høyskolens databaser. Du som deltaker vil være anonym, og vil bli referert i prosjektet etter en kode. Informasjonsskrivet som du signerer, samt navne- og kodeliste, vil oppbevares i et arkiv utilgjengelig for uvedkommende. Enkelt personer vil ikke kunne gjenkjennes i en eventuell publikasjon av masteroppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Alt materiale vil bli slettet når masteroppgaven er avsluttet, etter planen 31.05.22. Ved en eventuell utsettelse av innlevering kan tidsperspektivet strekke seg til påfølgende semester. Informasjonsskriv, lydfiler og notater vil destrueres i etterkant.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Havsgård, Skjærli og Svendsbø har sendt inn studien for overveielse, og fått den godkjent 21.12.21.

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:

Høgskulen på Vestlandet ved:

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| - Michelle Havsgård | mhavsgard@gmail.com |
| - Maria Mandelid Skjærli | mariaaskjarli@gmail.com |
| - Ellen Johanne Svendsbø | ellen.svendsbo@hvl.no |

Vårt personvernombud:

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| - Anne-Mette Somby | anne-mette.somby@hvl.no |
|--------------------|-------------------------|

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

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

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlige

Michelle Havsgård & Maria Mandelid Skjærli

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med å bevege pasientens armer og bein under langvarige operasjoner?*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- frivillig deltakelse
- å ha lest og forstått innholdet i informasjonsskrivet
- å delta i intervju med lydopptak
- at mine personopplysninger blir lagret et sikkert sted og destrueres ved avsluttet prosjekt, etter HVL sine etiske retningslinjer for forskning

(NAVN)

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 4 – Intervjuguide

Avdeling: **Antall års erfaring som operasjonsspl.:**

Alder: **Kjønn:**

Tema 1: Leiring

- Hva tenker du er positivt med å ha fokus på leiring?
 - Kan du utdype eventuelle utfordrende elementer?
- Hvordan er egen kompetanse innenfor leiringsarbeidet?
- Hvor tilgjengelig er nødvendig leiringsutstyr?
- Har selve leiringsarbeidet i forkant forutsetninger for om du vil foreta endringer underveis i operasjonen? Kan du utdype dette?

Tema 2: Teamarbeid

- Hvem deltar i leiringsarbeidet ved din avdeling?
 - Hvilken rolle har kirurgen her?
- Dere har portører som kan assistere når pasienten legges til rette for operasjon. Hva tenker du om dette, og kan det spille inn for ditt videre arbeid?
 - Ved samarbeid her- hvem tar ledelsen?
- Når fikk du sist undervisning med fokus på leiring?

Tema 3: Pasientsikkerhet

- Trygg Kirurgi Sjekkliste brukes ved operasjonsavdelinger over hele landet, og er ment for å inkludere og sikre at en rekke behov blir ivaretatt hos pasienten. På hvilken måte føler du at sjekklisten ivaretar behovene til en pasient som skal gjennomgå langvarig operasjon?
- Ved inngrep over 2 timer anbefales det å sjekke armer og bein. Kjenner du til rutiner for leiringsendring ved din avdeling?
 - Kan du fortelle litt om dette?
 - Hvilken respons får du når du tar initiativ til leiringsendring?

Tema 4: Leiringsskader

- Hvor lang tid tar ofte de langvarige inngrepene hos dere?
 - Iverksetter du tiltak når inngrepet har vart i to timer eller mer?
- Har du opplevd at pasienten har vært utsatt for trykk på grunn av leiring?
 - Har du for vane å sjekke trykkutsatte områder på pasientens kropp etter avdekning?
- Forskning viser at tegn til leiringsskader kan oppstå så sent som 48 timer etter operasjon.
Blir dere opplyst om leiringsskader i etterkant?
 - Hvis ja, hvordan formidles denne informasjonen?
 - På hvilken arena synes du det er best å diskutere leiringsskader?

Er det noe du gjerne vil si til oss før vi avslutter?

VEDLEGG 5 – Sjekkliste Trygg Kirurgi

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

WHO's sjekkliste for Trygg Kirurgi brukt ved St. Olavs hospital (Tidsskriftet Den Norske Legeforening, 2016)

VEDLEGG 6 – Utdrag fra ett av fem hovedtema i analyseprosessen

Helhetsintrykk Forslag til foreløpige temaer	Meningsbærende enheter Foreløpige temaer til koder og sortering		Kondensering Koder til abstrahert meningsinnhold		Syntese Kondensering til beskrivelser, begreper og resultater	
Foreløpige temaer	Kodegruppe	Reviderte koder	Subgruppe	Konde nsat	Syntese	Ny overskrift
Felles rutiner og fravær av dette	(1) Ingen retningslinjer og prosedyrer (1) Leier som gjøres regelmessig mestres godt (1) Lite/ingen undervisning (1) Forbedringsområder ved sjekklisten (2) Uorganisert undervisning (2) Samkjørt opplæring med andre faggrupper (2) Manglende rutiner (3) Manglende dokumentasjonsverktøy (3) Handlingslammet pga fravær av rutiner (3) Fravær av undervisning (3) Fravær av rutiner (3) Savner fokus på leiring i operasjonsmiljøet (4) Mangel på rutiner øker faren for å glemme peroperativ tiltak (4) Undervisningstilbud (4) Forbedringspotensiale av sjekkliste (4) Manglende dokumentasjonsverktøy (5) Ansvarsfraskrivelse ved nye leiringshjelpemidler (5) Avdeling må tilrettelegge for kompetanseheving hos nyansatte (5) Sjekklisten har ikke fokus på leiring (5) Organisering og planlegging av peroperative tiltak Mangel på dokumentasjonsverktøy (6) Ansvarsfraskrivelse ved nye leiringshjelpemidler (6) Kompetanseheving på tvers av profesjoner, ønsker samkjøring av leiringsundervisning med portører (6) Avdeling må tilrettelegge for kompetanseheving (6) Manglende dekning av leiringsopplysninger- og behov peroperativt (6) Manglende kartlegging av høyere risiko for leiringskade ved timeout - risikofaktorer ved time-out, f.eks leiring og behov for leieendring, temperaturregulering, kateter, metall i kroppen (6) Forbedring av dokumentasjonsverktøy – (6) Ønsker rutiner for dokumentasjon i operasjonsplanleggeren for påminnelse pasientsikkerhet og forskning (6) Tilrettelagt og fast undervisning i leiring	Fravær av felles rutiner og dokumentasjonsverktøy	1. Fare for å glemme gjennomførelse av peroperative tiltak 2. Ønske om økt undervisningstilbud og kompetanseheving blant ansatte 3. Ønske om dokumentasjonsplikt vedr. leieendring i operasjonsplanleggeren			

Helhetsinnt rykk Forslag til foreløpige temaer	Meningsbærende enheter Foreløpige temaer til koder og sortering	Kondensering Koder til abstrahert meningsinnhold		Syntese Kondensering til beskrivelser, begreper og resultater	
Foreløpige temaer	Reviderte kodegrupper	Subgruppe	Kondensat	Gullsiter	Ny overskrift
Felles rutiner og fravær av dette	Fravær av felles rutiner og dokumentasjonsverktøy	<p>1. Dokumentasjonsbehov og etterspørsel etter rutiner</p> <p>2. Kompetanseheving</p>	<p>1. Fare for å glemme gjennomførelse av peroperative tiltak. Ønske om dokumentasjonsplikt vedrørende peroperativ leieendring i operasjonsplanleggeren «Når det koker på stuen, og samtidig huske på leieendring ... Det er heller ikke så lett å komme på dersom det er mye å gjøre underveis i operasjonen. Jeg savner en rubrikk i operasjonsplanleggeren for å dokumentere peroperative tiltak. Derfor kan det være en stor trygghet i å ha et verktøy for å bli minnet på dette. For det finnes ingen tydelige retningslinjer eller prosedyrer for leieendring ved min avdeling. Og da må jeg liksom stole på at jeg har det i bakhodet.»</p> <p>2. Ønske om økt undervisningstilbud og kompetanseheving blant ansatte «Hvor mye veiledning som skal til for å lære seg et leie er individuelt. Du skal føle deg trygg på denne oppgaven, ikke sant? Du må øve, ikke bare én eller fem, men kanskje mange ganger. Kunne ønske avdelingen hadde et mer organisert undervisningstilbud når det kommer til leiring. Det hadde gjort meg mer selvsikker i leiringsarbeidet.»</p>	<p>«Når det koker på stuen, og samtidig huske på leieendring ... Jeg savner en rubrikk i operasjonsplanleggeren for å dokumentere peroperative tiltak. Derfor kan det være en stor trygghet i å ha et verktøy for å bli minnet på dette. For det finnes ingen tydelige retningslinjer eller prosedyrer for leieendring ved min avdeling. Og da må jeg liksom stole på at jeg har det i bakhodet.»</p> <p>«Du skal føle deg trygg på denne oppgaven, ikke sant? Du må øve, ikke bare én eller fem, men kanskje mange ganger. Kunne ønske avdelingen hadde et mer organisert undervisningstilbud når det kommer til leiring. Det hadde gjort meg mer selvsikker i leiringsarbeidet.»</p>	Rutiner og dokumentasjonsverktøy

VEDLEGG 1 – Godkjenning fra NSD

21.12.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 9.12.2021.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 21.12.2021. Behandlingen kan fortsette.

Ellen Johanne Svendsbø er ny prosjektansvarlig. Dette er også oppdatert i aktuelle vedlegg i skjemaet.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos NSD: Håkon J. Tranvåg

Lykke til videre med prosjektet!

18.11.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 18.11.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet. Om prosjektansvarlig ikke svarer på invitasjonen innen en uke må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.5.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos NSD: Håkon J. Tranvåg

Lykke til med prosjektet!

VEDLEGG 2 – Godkjenning fra klinikkdirektør og personvernombudet

SV: Søker om godkjenning til masteroppgave



fr. 10.12.2021 10:19

Til: [REDACTED]

Hallo!

Prosjektet deres er godkjent fra min side under forutsetning av at NSD-godkjenningen kommer i orden (som den ganske sikkert blir).

Lykke till

Vennleg helsing

[REDACTED]

Klinikkdirektør

[REDACTED]

Det er innhentet muntlig tillatelse til at prosjektlederne kan rekruttere informanter fra aktuelt sykehus. Spesialrådgiver [REDACTED] telefon: [REDACTED] ved Personvernombudet ble kontaktet 25.01.2022.

VEDLEGG 3 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med å bevege pasientens armer og bein under langvarige operasjoner? ”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke operasjonssykepleieres erfaringer med å bevege pasientens ekstremiteter peroperativt. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette er et masterprosjekt i Master i klinisk sykepleie, utført av to operasjonssykepleiere ved Høgskulen på Vestlandet. Vi vil se på hvilke erfaringer operasjonssykepleiere har med å bevege pasientens ekstremiteter peroperativt. Operasjonssykepleiernes erfaringer vil gi et bredere grunnlag for hvorvidt leieendring kan forhindre ytterligere skade på pasientens kropp. Som et resultat kan dette prosjektet dokumentere erfaringer som kan føre til økt bevissthet og eventuelt et forbedringspotensial. Det er ønskelig med informanter fra fagfeltene ortopedi, gastrokirurgi, urologi, plastikk kirurgi og gynekologi. Vi håper å komme i kontakt med 6 operasjonssykepleiere.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Veileder fra HVL er Førsteamanuensis Ellen Johanne Svendsbø.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Ifølge Norsk Pasientskadeerstatning er ortopedi, kreft og gastrokirurgi høyest representert i erstatningssaker knyttet til leiringsskader, på landsbasis. Derfor vil vi invitere deg som jobber innenfor disse fagfeltene. Vi har tatt kontakt med din seksjonsleder, og personvernombudet ved Haukeland Universitetssykehus har gitt oss tillatelse til å innhente informanter.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at vi intervjuer deg og setter av rundt 60 minutter til dette. Vi har på forhånd utarbeidet spørsmål som inviterer til samtale rundt erfaringer, men har eventuelt noen hjelpesporsmål. Disse spørsmålene er frivillig å svare på. Dersom du tillater det, bruker vi gjerne en lydopptaker for å sikre verdifull informasjon fra deg. Samtidig vil en av oss notere og observere fra sidelinjen. Tema som vil bli sentrale i intervjuet, vil være leiring, teamarbeid, pasientsikkerhet og leiringsskader. Erfaringer du deler med oss vil bli anonymisert i masteroppgaven.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake

uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Deltakelsen i dette prosjektet vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Prosjektgruppens medlemmer og veileder vil ha tilgang til datainnsamlingsmaterialet mens prosjektet pågår. Vi bruker lydopptaksutstyr fra Høgskulen på Vestlandet, og vi lagrer lydfilene i høyskolens databaser. Du som deltaker vil være anonym, og vil bli referert i prosjektet etter en kode. Informasjonsskrivet som du signerer, samt navne- og kodeliste, vil oppbevares i et arkiv utilgjengelig for uvedkommende. Enkelt personer vil ikke kunne gjenkjennes i en eventuell publikasjon av masteroppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Alt materiale vil bli slettet når masteroppgaven er avsluttet, etter planen 31.05.22. Ved en eventuell utsettelse av innlevering kan tidsperspektivet strekke seg til påfølgende semester. Informasjonsskriv, lydfiler og notater vil destrueres i etterkant.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Havsgård, Skjærli og Svendsbø har sendt inn studien for overveielse, og fått den godkjent 21.12.21.

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:

Høgskulen på Vestlandet ved:

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| - Michelle Havsgård | mhavsgard@gmail.com |
| - Maria Mandelid Skjærli | mariaskjarli@gmail.com |
| - Ellen Johanne Svendsbø | ellen.svendsbo@hvl.no |

Vårt personvernombud:

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| - Anne-Mette Somby | anne-mette.somby@hvl.no |
|--------------------|-------------------------|

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

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

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlige

Michelle Havsgård & Maria Mandelid Skjærli

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med å bevege pasientens armer og bein under langvarige operasjoner?*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- frivillig deltakelse
- å ha lest og forstått innholdet i informasjonsskrivet
- å delta i intervju med lydopptak
- at mine personopplysninger blir lagret et sikkert sted og destrueres ved avsluttet prosjekt, etter HVL sine etiske retningslinjer for forskning

(NAVN)

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 4 – Intervjuguide

Avdeling: **Antall års erfaring som operasjonsspl.:**

Alder: **Kjønn:**

Tema 1: Leiring

- Hva tenker du er positivt med å ha fokus på leiring?
 - Kan du utdype eventuelle utfordrende elementer?
- Hvordan er egen kompetanse innenfor leiringsarbeidet?
- Hvor tilgjengelig er nødvendig leiringsutstyr?
- Har selve leiringsarbeidet i forkant forutsetninger for om du vil foreta endringer underveis i operasjonen? Kan du utdype dette?

Tema 2: Teamarbeid

- Hvem deltar i leiringsarbeidet ved din avdeling?
 - Hvilken rolle har kirurgen her?
- Dere har portører som kan assistere når pasienten legges til rette for operasjon. Hva tenker du om dette, og kan det spille inn for ditt videre arbeid?
 - Ved samarbeid her- hvem tar ledelsen?
- Når fikk du sist undervisning med fokus på leiring?

Tema 3: Pasientsikkerhet

- Trygg Kirurgi Sjekkliste brukes ved operasjonsavdelinger over hele landet, og er ment for å inkludere og sikre at en rekke behov blir ivaretatt hos pasienten. På hvilken måte føler du at sjekklisten ivaretar behovene til en pasient som skal gjennomgå langvarig operasjon?
- Ved inngrep over 2 timer anbefales det å sjekke armer og bein. Kjenner du til rutiner for leiringsendring ved din avdeling?
 - Kan du fortelle litt om dette?
 - Hvilken respons får du når du tar initiativ til leiringsendring?

Tema 4: Leiringsskader

- Hvor lang tid tar ofte de langvarige inngrepene hos dere?
 - Iverksetter du tiltak når inngrepet har vart i to timer eller mer?
- Har du opplevd at pasienten har vært utsatt for trykk på grunn av leiring?
 - Har du for vane å sjekke trykkutsatte områder på pasientens kropp etter avdekning?
- Forskning viser at tegn til leiringsskader kan oppstå så sent som 48 timer etter operasjon. Blir dere opplyst om leiringsskader i etterkant?
 - Hvis ja, hvordan formidles denne informasjonen?
 - På hvilken arena synes du det er best å diskutere leiringsskader?

Er det noe du gjerne vil si til oss før vi avslutter?

VEDLEGG 5 – Sjekkliste Trygg Kirurgi

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

WHO's sjekkliste for Trygg Kirurgi brukt ved St. Olavs hospital (Tidsskriftet Den Norske Legeforening, 2016)

VEDLEGG 6 – Utdrag fra ett av fem hovedtema i analyseprosessen

Helhetsintrykk Forslag til foreløpige temaer	Meningsbærende enheter Foreløpige temaer til koder og sortering		Kondensering Koder til abstrahert meningsinnhold		Syntese Kondensering til beskrivelser, begreper og resultater	
Foreløpige temaer	Kodegruppe	Reviderte koder	Subgruppe	Konde nsat	Syntese	Ny overskrift
Felles rutiner og fravær av dette	(1) Ingen retningslinjer og prosedyrer (1) Leier som gjøres regelmessig mestres godt (1) Lite/ingen undervisning (1) Forbedringsområder ved sjekklisten (2) Uorganisert undervisning (2) Samkjørt opplæring med andre faggrupper (2) Manglende rutiner (3) Manglende dokumentasjonsverktøy (3) Handlingslammet pga fravær av rutiner (3) Fravær av undervisning (3) Fravær av rutiner (3) Savner fokus på leiring i operasjonsmiljøet (4) Mangel på rutiner øker faren for å glemme peroperativ tiltak (4) Undervisningstilbud (4) Forbedringspotensiale av sjekkliste (4) Manglende dokumentasjonsverktøy (5) Ansvarsfraskrivelse ved nye leiringshjelpemidler (5) Avdeling må tilrettelegge for kompetanseheving hos nyansatte (5) Sjekklisten har ikke fokus på leiring (5) Organisering og planlegging av peroperative tiltak Mangel på dokumentasjonsverktøy (6) Ansvarsfraskrivelse ved nye leiringshjelpemidler (6) Kompetanseheving på tvers av profesjoner, ønsker samkjøring av leiringsundervisning med portører (6) Avdeling må tilrettelegge for kompetanseheving (6) Manglende dekning av leiringsopplysninger- og behov peroperativt (6) Manglende kartlegging av høyere risiko for leiringskade ved timeout - risikofaktorer ved time-out, f.eks leiring og behov for leieendring, temperaturregulering, kateter, metall i kroppen (6) Forbedring av dokumentasjonsverktøy – (6) Ønsker rutiner for dokumentasjon i operasjonsplanleggeren for påminnelse pasientsikkerhet og forskning (6) Tilrettelagt og fast undervisning i leiring	Fravær av felles rutiner og dokumentasjonsverktøy	1. Fare for å glemme gjennomførelse av peroperative tiltak 2. Ønske om økt undervisningstilbud og kompetanseheving blant ansatte 3. Ønske om dokumentasjonsplikt vedr. leieendring i operasjonsplanleggeren			

Helhetsinntrykk Forslag til foreløpige temaer	Meningsbærende enheter Foreløpige temaer til koder og sortering	Kondensering Koder til abstrahert meningsinnhold		Syntese Kondensering til beskrivelser, begreper og resultater	
Foreløpige temaer	Reviderte kodegrupper	Subgruppe	Kondensat	Gullsitater	Ny overskrift
Felles rutiner og fravær av dette	Fravær av felles rutiner og dokumentasjonsverktøy	1. Dokumentasjonsbehov og etterspørsel etter rutiner 2. Kompetanseheving	1. Fare for å glemme gjennomførelse av peroperative tiltak. Ønske om dokumentasjonsplikt vedrørende peroperativ leieendring i operasjonsplanleggeren <i>«Når det koker på stuen, og samtidig huske på leieendring ... Det er heller ikke så lett å komme på dersom det er mye å gjøre underveis i operasjonen. Jeg savner en rubrikk i operasjonsplanleggeren for å dokumentere peroperative tiltak. Derfor kan det være en stor trygghet i å ha et verktøy for å bli minnet på dette. For det finnes ingen tydelige retningslinjer eller prosedyrer for leieendring ved min avdeling. Og da må jeg liksom stole på at jeg har det i bakhodet.»</i> 2. Ønske om økt undervisningstilbud og kompetanseheving blant ansatte <i>«Hvor mye veiledning som skal til for å lære seg et leie er individuelt. Du skal føle deg trygg på denne oppgaven, ikke sant? Du må øve, ikke bare én eller fem, men kanskje mange ganger. Kunne ønske avdelingen hadde et mer organisert undervisningstilbud når det kommer til leiring. Det hadde gjort meg mer selvsikker i leiringsarbeidet.»</i>	<i>«Når det koker på stuen, og samtidig huske på leieendring ... Jeg savner en rubrikk i operasjonsplanleggeren for å dokumentere peroperative tiltak. Derfor kan det være en stor trygghet i å ha et verktøy for å bli minnet på dette. For det finnes ingen tydelige retningslinjer eller prosedyrer for leieendring ved min avdeling. Og da må jeg liksom stole på at jeg har det i bakhodet.»</i> <i>«Du skal føle deg trygg på denne oppgaven, ikke sant? Du må øve, ikke bare én eller fem, men kanskje mange ganger. Kunne ønske avdelingen hadde et mer organisert undervisningstilbud når det kommer til leiring. Det hadde gjort meg mer selvsikker i leiringsarbeidet.»</i>	Rutiner og dokumentasjonsverktøy