



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	05-05-2023 09:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	26-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MKS591 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	415
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	14784
----------------------	-------

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:	17
Andre medlemmer i gruppen:	502

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



MASTEROPPGAVE

Hygieniske retningslinjer i operasjonsavdelingen, blir det fulgt?

En kvalitativ studie av operasjonsteamets tanker og holdninger til de skrevne retningslinjene

Hygienic guidelines in the operating department, are they followed?

A qualitative study of the operational team's thoughts and attitudes towards the written guidelines

Kandidatnummer: 415 & 502

Emilie Espeseth og Hilde Dyrkolbotn-Herland

Master i klinisk sykepleie – operasjon

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

Veileder: Grethe Dåvøy

Innleveringsdato: 26.05.2023

Antall ord: 14 784

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

Det å skrive denne masteroppgaven samtidig som vi er nyutdannede operasjonssykepleiere og arbeidet i en 80% stilling har uten tvil vært svært krevende. Likevel har interessen for temaet vært en avgjørende motivasjonsfaktor for å fullføre masteroppgaven. Vi er svært takknemlig for muligheten til å jobbe som et team, da vi har utfyllt hverandre på ulike områder i oppgaven. Det har vært verdifullt å alltid ha en partner å diskutere idéer og tanker med, og dra nytte av ulike perspektiver. Samarbeidet oss imellom har vært svært godt.

Vi vil rette en stor takk til alle deltakerne som stilte opp til intervju, og delte sine erfaringer og meninger om temaet vårt. Takk til alle de ulike sykehusene som imøtekom vår forespørsel om å intervju deltakerne i arbeidstiden deres. Videre ønsker vi å takke våre arbeidsgivere som har godkjent vaktbytter slik vi fikk fullført alle intervjuene.

Vi ønsker å rette en hjertelig takk til våre tålmodige ektefeller, Daniel og Fredrik, som har bidratt til å gjøre det mulig å balansere familielivet og arbeidet med denne masteroppgaven. Vi gleder oss til å tilbringe mer tid med våre fire barn uten at skolearbeid krever all oppmerksomheten vår.

Sist, men ikke minst tusen takk til veilederen vår Grethe Dåvøy for hennes kontinuerlig støtte og veiledning gjennom hele prosessen! Vi hadde aldri klart det uten deg!

Vi vil påpeke at vi har brukt noe fra teori og metode delen fra prosjektplanen vår fra MAMET1KS ABIO 2022.

Sammendrag

Bakgrunn: Infeksjonsforebygging er en sentral oppgave for operasjonssykepleieren. Fordi pasienten er svært utsatt og sårbar, kreves det hygienisk miljø med et langt høyere standard enn ellers i helsevesenet. Fra praksis i vår operasjonsutdanning erfarte vi at det kirurgiske teamets holdninger til de hygieniske retningslinjer som omhandler påkledning inn i operasjonsstuen var svært ulike, noe som har fått oss til å undre oss over om alle i det kirurgiske team kjenner til de strenge hygieniske standardene som gjelder på operasjonsavdelingen. Dette har motivert oss til å få et større innblikk i det kirurgiske teamets holdninger til hygieneregimet på operasjonsstuen.

Hensikt: Hensikten med studien er å undersøke hvilke holdninger det kirurgiske team har til de strenge hygieniske retningslinjene i operasjonsstuen, med spesielt fokus på påkledning før man går inn i operasjonsavdelingen. Vi er interessert i å undersøke om ringer, armbåndsur, armbånd, smykker og øredobber fjernes, hvilken hodebekledning som benyttes, om riktig bruk av skotøy brukes og om den grønne operasjonsuniformen faktisk blir brukt på riktig måte.

Metode: Metoden er kvalitativ med en induktiv tilnærming, designet er det kvalitative forsknings intervju. Det ble gjennomført 6 intervjuer med operasjonssykepleiere på et sykehus i Vest-Norge. Systematisk tekstkondensering ble benyttet som analyse metode.

Resultat: Resultatene viser at det er både høy standard og strenge retningslinjer ved ortopediske inngrep, men standarden blir til tross for det ikke opprettholdt hos enkelte av teammedlemmene. Det kommer også fram at ut ifra en operasjonssykepleiers perspektiv er det overraskende gode og positive holdninger til de hygieniske retningslinjene i ortopediske avdelinger.

Konklusjon: Standarden er god, men det vil alltid være forbedringspotensialer selv hos de aller beste. Det må også være slik at alle har ansvar for å gi beskjed når det oppstår brudd på retningslinjene. Men viktigst av alt er det ledernes ansvar.

Implementeringen av endringer i operasjonsavdelingen med hensyn til overholdelse av de hygieniske retningslinjene hviler hovedsakelig på nettopp lederen, da det er deres ansvar å sikre at slike endringer finner sted. Ledernes rolle innebærer å innføre og sikre gjennomføringen av tiltak som fremmer etterlevelsen av de hygieniske retningslinjene på operasjonsavdelingen. Vi håper at denne studien kan bidra til mer refleksjon og større fokus på de hygieniske retningslinjene.

Nøkkelord: Operasjonssykepleie, hygieniske retningslinjer, påkledning, smykker, hodeplagg, holdninger, smittefare, veiledning og kompetanse

Abstract

Background: Infection prevention is a central task for the operating room nurse . Because the patient is very exposed and vulnerable a hygienic environment with significantly higher standards than in other the healthcare system is required. From our practical experience in the operating room education, we observed significant variations in the surgical team's attitudes towards the hygienic guidelines related to attire in the operating room. This has led us to wonder whether all members of the surgical team are familiar with the strict hygiene standards that apply in the operating department. This has motivated us to gain a deeper understanding of the surgical team's attitudes towards the hygiene regimen in the operating room.

Purpose: The purpose of the study is to investigate the attitudes of the surgical team towards the strict hygienic guidelines in the operating room, with a particular focus on dressing before entering the operating department. We are interested in investigating whether rings, wristwatches, bracelets, jewelery and earrings are removed, the type of headgear used, whether the correct use of footwear is used and whether the green surgical uniform is actually being used correctly.

Method:The method is qualitative with an inductive approach, and the design is the qualitative research interview. Six interviews were conducted with operating room nurses at a hospital in western Norway. Systematic text condensation was used as an analysis method.

Result: The results show that there are both high standards and strict guidelines for orthopedic interventions, but the standard is, despite this, not maintained by some of the team members. It also emerges that, from the perspective of an operating room nurse, there are surprisingly good and positive attitudes towards the hygienic guidelines in orthopedic departments.

Conclusion: The standard is good, but there will always be room for improvement even with the very best. It must also be the case that everyone is responsible for giving notice when a breach of the guidelines occurs. But most importantly, it is the leaders responsibility. The implementation of changes in the operating department with regard to compliance with the hygienic guidelines rests mainly on the leader, as it is their responsibility to ensure that such

changes take place. The managers' role involves introducing and ensuring the implementation of measures that promote compliance with the hygienic guidelines in the operating department. We hope that this study can contribute to more reflection and greater focus on the hygienic guidelines.

Keywords: Operating room nursing, hygienic guidelines, attire, jewelry, headwear attitudes, risk of infection, guidance and competence

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Temaets relevans	1
1.3 Søke prosessen	2
1.4 Tidligere forskning	2
2.0 Teoridel	5
2.1 Operasjonssykepleie	5
2.2 Kirurgisk team	5
2.3 Regionalt kompetansesenter for smittevern	6
2.4 Holdninger	7
2.5 Læring	7
2.6 Etikk og kvalitet	8
2.7 Florence Nightingale	9
3.0 Hensikt og forskningsspørsmål	9
4.0 Metode	10
4.1 Forskningsdesign	10
4.2 Utvalg	10
4.3 Rekruttering av deltagere	11
4.4 Datainnsamling	11
4.5 Transkribering	12
4.6 Analyseprosessen	12
5.0 Etiske vurderinger	14
6.0 Presentasjon av funn	15
6.1 Kategori 1: De hygieniske retningslinjene blir stort sett fulgt <i>“Det ligger i ryggmargen”</i>	17
6.1.1 Ortopedisk seksjon har en høyere hygienisk standard	17
6.1.2 Man kan alltid bli bedre	19
6.1.3 Operasjonssykepleiere er <i>“voktere”</i> selv om de ikke alltid gir beskjed	20
6.1.4 Synergi	21
6.2 Kategori 2: Hygiene i forhold til retningslinjer må hele tiden være på dagsorden	22
6.2.1 Hygiene er en sak for leder	23
6.2.2 Opplæring er nødvendig	23
6.2.3 Hygiene som månedstema	24
6.3 To store sukk fra informantene	25
6.3.1 Kirurgisk-håndvask/hånddesinfeksjon	25

6.3.2 Dørene mellom operasjonsstua og tilhørende rom skal være stengt under operasjon	26
7.0 Diskusjon	27
7.1 De hygieniske retningslinjene blir stort sett fulgt "Det ligger i ryggmargen"	28
7.2 Hygiene i forhold til retningslinjer må hele tiden være på dagsorden	36
8.0 Metodediskusjon	40
9.0 Oppgavens relevans for praksis	41
10.0 Konklusjon	41
11.0 Referanseliste	43
Vedlegg 1 Påkledning ved opphold i operasjonsenheten	47
Vedlegg 2 Tidligere forskning	52
Vedlegg 3 Semistrukturert intervjuguide	54
Vedlegg 4 Samtykkeskjema	57
Vedlegg 5 Samtykkeerklæring	61
Vedlegg 6: Svar på søknad fra REK	62
Vedlegg 7: Svar på søknad fra NSD	66
Vedlegg 8: forespørsel til fagansvarlig for å få intervju på de ulike sykehusene	67
Vedlegg 9: Svar fra sykehus/fagansvarlig om å få intervju	69
Tabell 1:Funnene sammenfattet i tre hovedgrupper og åtte subgrupper	16
Figur 1 Heldekkende hjelm, figur 1 (Mölnlycke, 2017).	31
Figur 2 Hette med knytting rundt halsen, figur 2 (OneMed, u.å).	31
Figur 3 Vanlig operasjonslue, figur 3 (Apotek 1, u.å.)	31
Figur 4 : Bar fra albuen og ned	72

1.0 Innledning

Operasjonssykepleier sine holdninger til hygiene er noe av det viktigste arbeidet de gjør og deres viktigste kjennetegn. For at et kirurgisk inngrep skal være vellykket er det kirurgiske team avhengig av en funksjonell og hygienisk korrekt operasjonsstue, utstyr, instrumenter og et kirurgisk team som har pasienten sitt beste i fokus (Dåvøy & Eide, 2019, s. 30-32). I en operasjonsstue er det krav til streng hygienisk standard, der det er utarbeidet flere retningslinjer for det kirurgiske team. Retningslinjene består av generelle smitteverntiltak som blant annet omhandler påkledning inn i operasjonsavdelingen (vedlegg 1) (Borchgrevink-Lund, 2022). Dette ser vi også gjenspeiles i lovverket der det er nedfelt skriftlige retningslinjer for generelle smitteverntiltak i helsetjenesten (Forskrift om smittevern i helsetjenesten, 2015, § 2-2). Hensikten er å beskytte pasienten, personalet og operasjonsmiljøet mot smitte (Hansen, Andersen & Loraas, 2019, s. 271). Når vi snakker om å ha pasientens beste i fokus tenker vi blant annet på at de hygieniske retningslinjer opprettholdes og følges av alle i det kirurgiske team.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Fra praksis i vår operasjonsutdanning erfarte vi at det kirurgiske teamets holdninger til de hygieniske retningslinjer som omhandler påkledning inn i operasjonsstuen var svært ulike, noe som har fått oss til å undre oss over om alle i det kirurgiske team kjenner til de strenge hygieniske standardene som gjelder på operasjonsavdelingen. Dette har motivert oss til å få et større innblikk i det kirurgiske teamets holdninger til hygieneregimet på operasjonsstuen. Vi ønsker å presisere at med påkledning tenker vi spesifikt på korrekt bruk av den grønne operasjonsuniformen, riktig valg av hodebekledning i forhold til det kirurgiske inngrepet, valg av skotøy, er ringer, armbåndsurl, armbånd, smykker og øredobber fjernet i samsvar med de hygieniske retningslinjene sier.

1.2 Temaets relevans

Temaet er relevant for operasjonssykepleierfaget fordi det kan være med å skape refleksjon og bevisstgjøring rundt de valgene det kirurgiske teamet tar før de går inn i operasjonsstuen. Oppgaven kan også bidra til bedre opplæring av nytt personale som skal inn i operasjonsavdelingen, slik at det blir likt for alle. Vi håper at resultatene fra studien kan være med å bidra til å gjøre det kirurgiske teamet bevisst på deres holdninger til de hygieniske retningslinjene og ikke minst for å forbedre pasientsikkerheten.

Kandidatnummer: 415 og 502

1.3 Søke prosessen

Søk er gjennomført i databasene - Cinahl, Ovid, Pub Med og Google scholar ble brukt (vedlegg 2). Vi brukte følgende søkeord og mesh ord:

- "Surgical team" OR Surgeon* OR "Intraoperative team*" OR "Operating room staff" OR "Team members in ORs" OR "Operating room personnel" OR "Perioperative team*" OR "Pasient Care team"
- "Operating room*" OR "Surgical or Perioperarative or Intraoperative" 66 og 68
- "Surgical attire" OR "Surgical Scrubbing"
- "Guideline Adherence"
- "Attitude of Health Personnel"

1.4 Tidligere forskning

En oversikt over de forskningsartiklene som er inkludert ligger i form av en tabell som vedlegg 2.

Retningslinjer for kirurgisk antrekk hjelper perioperative personell ved å minimere risikoen for at pasienter kan bli utsatt for postoperative infeksjoner. Hvis teammedlemmer ikke følger retningslinjene for kirurgisk antrekk fullt ut, kan det utgjøre en betydelig risiko for pasienten. I 2018 oppstod det en debatt mellom kirurgene og teammedlemmer vedrørende retningslinjene for kirurgisk antrekk. Kirurgene kritisert blant annet bevisene som støttet anbefalingen om at hetter/luer skulle dekke både ører og hår. I tillegg avviste kirurger ved Brigham and Women's Hospital i Boston, Massachusetts de gjeldene retningslinjene (Carole G. Mayes, 2020).

Carole G. Mayes gjennomførte en studie basert på Glaser og Strauss grounded theory for å utforske beslutningsprosessen til 17 intraoperative teammedlemmer knyttet til kravene for kirurgisk antrekk inne på operasjonsavdelingen. Deres valg om å følge retningslinjene varierte fra å overholde de fullstendig og til å følge dem delvis basert på ulike kategorier. Deltakerne i intervjuene nevnte flere faktorer relatert til deres personlige identitet. Disse faktorene kommer fra den enkelte person og knytter seg til personlighet, individualitet, personlige overbevisninger og tenkemåte. Ulike personlighetstrekk påvirket deres beslutning om etterlevelse av kirurgisk antrekk, inkluderte ønsket om å følge regler, påvirkning av kollegaer og egenskaper som latskap, sta eller deres dedikasjon for pasientsikkerhet. Deltakerne uttrykte også at noen ønsket å skille seg ut fra andre ved å bryte retningslinjen.

Kandidatnummer: 415 og 502

De valgte å bruke en hette/lue som ikke var i retningslinjen for å utrykke sin personlighet. Personlige overbevisninger som ofte ikke var basert på objektive bevis, spilte en rolle i beslutningen om å følge eller ikke følge kravene til kirurgisk antrekk. Gode vitenskapelig bevis og forskning kunne påvirke deltakerne til å følge retningslinjene bedre.

Studien utført av Loison, et al., (2020), som er en observasjonsstudie, observerte 61 kirurgiske team med hensyn til deres overholdelse av retningslinjene for kirurgisk påkledning. Resultatene av studien viser at kun 56% av personalet overholdt kravene for kirurgisk antrekk inne på operasjonsstuen. Det ble observert at kirurger og sykepleiere overholdt retningslinjene bedre enn anestesipersonell. 69-86% brukte smykker, 56%-79% av lue/hette dekket ikke håret fullstendig eller 19-59% brukte ikke munnbind på korrekt måte. Videre viser resultatene at ansatte som arbeidet med ortopedisk kirurgi fulgte kravene til retningslinjene bedre. Kirurger og sykepleiere hadde høyere overholdelse sammenlignet med anestesileger og annet helsepersonell.

I tverrsnittstudien til Aktaş & Damar (2022) var 98,2% av de 228 operasjonssykepleiere enig i anbefalingen om å ha korte negler på og unngå bruk av kunstige negler i operasjonsteamet. I midlertidig oppgav 43% av deltakerne at daglig bruk av neglelakk var tillat. 99,6 % av deltakerne var enig i at ingen i teamet skulle bruke ringer, klokker og armbånd. Videre viste resultatene 77,6% fulgte anbefalingen om å bruke maske som dekker både nese og munn på operasjonsstuen. Studien viser at operasjonsteamet hadde kjennskap til retningslinjer og anbefalinger for å forebygge kirurgiske infeksjoner. Likevel var variasjonen i anvendelse av retningslinjene i sykehusene 49,2%-89,4%. Årsaken til denne variasjonen skyldes både etterlevelse av andre perioperative medlemmer og sykehuset holdninger til problemet.

I studien utført av Giudice et al., (2019) ble 308 helsepersonell observert med hensyn til overholdelse av internasjonale retningslinjer inne på operasjonsstuen. Resultatene indikerte at kun 93% brukte munnbind, og av disse brukte kun 78% munnbindet korrekt, det vil si ved å dekke både nesen, munnen og skjegget. Selv om 99% av personalet brukte operasjonshette, var det kun 48% som hadde håret ordentlig tildekket. Videre ble det påvist statistisk signifikante forskjeller mellom de yrkesgruppene når det gjaldt korrekt bruk av kirurgisk antrekk. Det er viktig at de tiltak som er nedfelt i retningslinjene blir etterlevd, særlig når det gjelder holdningene til helsepersonell som arbeider på operasjonsstuen.

Kandidatnummer: 415 og 502

Lisa Spruce (2017) gjennomførte en litteraturstudie der funnene støtter anbefalingene at operasjonsteamet skal bære hette/lue korrekt når de befinner seg på operasjonsavdelingen. Ifølge Litteraturen er utbrudd av postoperative infeksjoner relatert til potensielt patogene bakterier som stammer fra helsepersonells hud og hår. En studie som primært undersøkte bakteriell forurensing av ørene, anbefaler en at ørene tildekkes når man oppholder seg i operasjonsenheten. Oppsummert forskning anbefaler å dekke håret og ørene for å forhindre at hud og hårpartikler skader pasienten. Verdens helseorganisasjon gir en sterk anbefaling om at kirurgisk personell dekker håret under operasjonen, men det gir ikke spesifikke anbefalinger om hvilken type hette/lue. En annen organisasjon anbefaler at hette/lue skal dekke alt hår og anbefaler ikke å bruk av lue som ikke dekker alt håret. Det er viktig at ledere krever at operasjonsteamet dekker til både håret og ørene.

Kang, et al., (2023) sin systematiske litteraturstudie påpeker at omtrent 55% av tilfellene med postoperative infeksjoner kunne være unngått hvis helsepersonell hadde overholdt evidensbasert forebyggende tiltak og metoder. Samarbeid mellom perioperative sykepleiere, kirurger og anesthesi kan gi fordeler for infeksjonsforebyggende tiltak ved å arbeide mot et felles mål om å forebygge infeksjoner. AORN er en organisasjon for sykepleiere som jobber inne perioperativ praksis. Organisasjonen anbefaler bruk av ren kirurgisk påkledning, inkludert en ren kirurgisk maske som dekker både munn og nese og er korrekt plassert for å forhindre luftlekkasjer på sidene av masken, når det sterile utstyret åpnes. Det kreves at personalet skifter kirurgisk påkledning umiddelbart ved synlig forurensing. Videre er det anbefalt å bruke et rent hodeplagg som dekker alt håret.

Ifølge Fransson (2022) sin masteroppgave hvor hun gjennomførte en tversnittstudie med kvantitativ tilnærming, viser resultatene blant de 56 operasjonssykepleierne som deltok i undersøkelsen, flere tilfeller av manglende overholdelse av hygieniske retningslinjer. Selv om de operasjonssykepleierne i stor grad verdsetter de hygieniske retningslinjene høyt, følges de ikke i like stor grad. I studien til Pop-Vicas, et al., (2019) som hadde et fokusgruppeintervjue med 19 deltakere, nevnes det også mangelfull overholdelse av påkledningskrav i operasjonsstuen, inkludert bruk av operasjonsklær utenfor sykehuset.

2.0 Teoridel

2.1 Operasjonssykepleie

Når pasientene skal gjennomgå en operasjon utsettes pasienten for infeksjonsrisiko. Det er operasjonssykepleier sitt ansvar å identifisere eventuelle smittefarer og bryte smittekjeden. De *må* kontinuerlig overvåke det kirurgiske inngrepet, operasjonen, utstyret og personell for å forhindre potensiell risiko, og eventuelt sette i gang smitteforebyggende tiltak. Eventuelt diskutere med kirurgen og pasienten, i enkelte situasjoner bør det behandles med antibiotika. Operasjonssykepleier har et ansvar for å overvåke operasjonsstuen og sørge for at ikke det sterile området blir kontaminert. Operasjonspasienten er svært utsatt og sårbar, det er derfor nødvendig med et hygienisk miljø som har høyere standard enn ellers i sykehuset. Operasjonssykepleier har avanserte kunnskaper i mikrobiologi, smittevern og praktiske kunnskaper og erfaringer. Ut ifra dette kan de vurdere om pasienten blir utsatt for infeksjonsrisiko og sette i gang tiltak for å forebygge dette (Eide & Dåvøy, 2019, s. 30-32).

Ofte brukes benevnelsen:

«et hygienisk korrekt miljø, der begrepet hygiene forbindes med det som er rent, friskt og sunnhetsfremmende, i motsetning til det som er usunt og sykdomsfremkallende» (Eide & Dåvøy, 2019, s.32).

NSF's landsgruppe av operasjonssykepleiere har utarbeidet operasjonssykepleierens ansvars og funksjonsbeskrivelse og sier følgende om rammer for tjenesten:

Operasjonssykepleier skal:

“Følge til enhver tid gjeldene lover, forskrifter og retningslinjer/prosedyrer som gjelder helsetjenesten generelt, og institusjonen/sykepleietjenesten generelt og følger sentrale lover” (Smittevernloven, Arbeidsmiljøloven) og lokale retningslinjer og prosedyrer for smitteforebyggende tiltak (NSFLOS, 2016).

2.2 Kirurgisk team

Et kirurgisk team består som oftest av anestesilege, anestesisykepleier, kirurg og operasjonssykepleier. Kompetanse og holdninger anses som et stort krav hos hvert enkelt teammedlem. Teammedlemmene har egne spesifikke oppgaver, de er alle avhengige av hverandre sin ekspertise og de har sammen et felles mål. Det kirurgiske team består kun av det antall medlemmer som er nødvendig, en av de viktigste grunnene er av hygieniske hensyn (Dåvøy, 2019, s. 203-204). Teamet kan hele tiden være i forandring, og det kan stadig oppstå nye grupper, og nye team arbeidere som aldri har jobbet sammen før. Alle har

Kandidatnummer: 415 og 502

ulike og personlige roller å ta ansvar for innad i teamet. Arbeidsoppgavene må koordineres seg imellom, men i en god flyt sammen i teamet (Oksavik, 2019, s. 203). Faggruppene utfyller hverandre, og har deretter vekselvis lederrollen gjennom operasjonen.

Operasjonssykepleier har flere ansvarsområder, som i det hele resulterer i å være pasientens “advokat” under operasjonen. Ansvaret krever at operasjonssykepleier tar ansvar for egen ledelse og andre og er klar på hva som skal til for å gi den beste kvalitet i pasientomsorgen (Oksavik, 2019, s. 213).

Oksavik (2019) skriver at kjent personell og følelsen av tilhørighet i teamet skaper trygghet, og dette kan bidra til høyere pasientsikkerhet. Hun skriver også at trygge team gjør en tryggere på å si ifra om en oppdager fare for feil eller mangler (Oksavik, 2019, s. 205). Gjennom å opptre med respekt for hverandres meninger og oppmuntrer og støtter slik at hver enkelte føler seg ivaretatt nok til å gi beskjed høyt hvis en oppdager at pasientsikkerheten trues (Oksavik, s.209). Avdelingsleder og seksjonsleder har mange oppgaver å forholde seg til utenfor selve operasjonsenheten, noe som kan være utfordrende i arbeidet med å skape trygge miljøer. Er ikke avdelingsleder delaktig i alle nivåer og ikke er kjent med hva som skal til for å bygge sikkerhetskultur, kan det som Oksavik (2019) skriver oppstå en barriere. Ledere som kun er opptatt av ytre faktorer på bekostning av pasientsikkerhet, kan være en bremse med tanke på utvikling av profesjonelle kirurgiske team.

“Ledere i helsevesenet har en forpliktelse til å skape arbeidsmiljøer som er karakterisert av respekt, åpenhet, ansvarlighet, læring og kvalitet i omsorg” (Oksavik, s. 213).

Leder har også en stor rolle når det kommer til ønske om å skape nye endringer innen oppgave- eller kulturendring (Oksavik, s. 213).

2.3 Regionalt kompetansesenter for smittevern

Alle regionale helseforetak i Norge skal ha et senter for smittevern som skal fungere som kompetansesenter for helseregionen. Helse Vest sitt kompetansesenter for smittevern skal koordinere smittevernsarbeid, bidra til aktivitet og generere fagutvikling i Helse Vest RHF sine helseinstitusjoner (Regionalt kompetansesenter Helse Vest, 2023). Helse Vest sin plan for smittevern 2022 sier blant annet:

Lederforankring og aktiv støtte fra alle ledernivå i sykehuset er en viktig forutsetning for vellykket implementering. Andre viktige forutsetninger er bevisstgjøring rundt barrierer mot endring og eliminasjon av disse. Organisasjonskulturen er avgjørende for å få til varige endringer. Smittevernpersonell trenger kunnskap og opplæring i forbedringsmetodikk for å lykkes med implementeringsarbeidet. (Regional plan for smittevern, 2022, Helse vest)

2.4 Holdninger

Raaheim (2019) skriver at "holdning" er et begrep som blir brukt til å beskrive noe vi egentlig ikke kan observere, men hvordan et menneske oppfører seg. Begrepet holdning får sin mening gjennom de forklaringer vi gir den, og vi forklarer den som visse indre og stabile egenskaper som kjennetegner menneskets møte med ulike situasjoner av forskjellig karakter. Selve situasjonen stimulerer til en bestemt type respons eller atferd. Vi kan observere situasjonen og menneskets reaksjoner. Begrepet "holdning" er hvordan vi tolker et menneske for å forklare deres spesifikke oppførsel. Vi kan ikke beskrive en persons holdninger direkte, men det kan sees gjennom personens verbale ytringer og gjennom det den enkelte gjør. Vi konkluderer personens sine holdninger på bakgrunn av hans eller hennes reaksjoner i forskjellige situasjoner. Dette betyr at vi i enkelte tilfeller kan ta feil og tolke en persons holdninger hun eller han ikke har (Raaheim, 2019, s. 165-166).

2.5 Læring

Læring knyttes med en endring i menneskers opplevelse og atferd. Endring skyldes ikke alltid på grunn av læring, det kan komme av varige endringer fra erfaring (Renolen, 2010, s. 25). Normal sansing eller miljømessig påvirkning ses i forbindelse med denne type erfaringen. Sansene spiller inn her, og det er da snakk om informasjon fra miljøet som registrerer sansene, eller informasjon som følge av aktivitet i miljøet. Modning er forbundet til biologiske prosesser i kroppen. Renolen (2010) bruker dette som et eksempel:

"Vi kan ikke lære et spedbarn å snakke før taleorganene er modne"

Atferdsendringer må være nok så stabil for at man skal kunne lære. Det understrekes også av Renolen (2010) at atferdsendringer trenger ikke å vise seg like etter læringen, men det må være evne for forandring. For å forstå en rekke psykologiske emner er læring av grunnleggende betydning. Via læring vokser mennesker frem ferdigheter, vaner, kunnskaper og holdninger.

Kandidatnummer: 415 og 502

Operasjonssykepleiere har et pedagogisk ansvar når det kommer til opplæring av andre. (Dåvøy, 2019, s.34) Vi skal være en rollemodell for andre i operasjonsavdelingen. Personlig vekst bør utgjøre en målsetning for alle operasjonssykepleiere, men da må en være engasjert i veiledning av andre. Kontinuerlig veiledning har vist seg å ha en positiv innvirkning på praksis og viser seg i bedring av kunnskaper, holdninger, og ferdigheter og til slutt pasientbehandling. Det pedagogiske ansvaret består i å tilrettelegge for utvikling av alle som er til stede. Når en kollega trenger opplæring, bør det legges til rette for det. Operasjonssykepleiere skal ikke bare gjøre sitt beste for pasienten, men også for kollegaene de samarbeider med. Det pedagogiske ansvaret til operasjonssykepleierne går blant annet ut på å utvikle andre medlemmer av det kirurgiske team sin kompetanse (Dåvøy, 2019, s.34-36)

2.6 Etikk og kvalitet

Kvalitet handler om hvordan vi utfører jobben vår på. Følger vi de ulike retningslinjene slik vi burde gjøre det? Oppstår det læring og utvikling som gjør oss bedre? Kvalitet og pasientsikkerhet er noe som kontinuerlig jobbes med (Aakre, 2016, s.159). Vi viser her til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten hvor det står:

«Helse og omsorgstjenesten har etter loven plikt til å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet» (Helse og omsorgsdepartementet, 2021).

Kvalitetsbegrepet beskriver begrunnelsen for det juridiske kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Kvalitet kan forstås ut fra ulike perspektiver. Total kvalitet er når menneskers liv og sikkerhet står på spill og den enkelte må sørge for at det handles klokt og rett. Standarder er at det må være noen minstekrav til holdning og handling i tjenestene som alle kan forvente. Kontinuerlig forbedring er alle ansatte og spesielt ledere sitt ansvar for at alle i foretaket deler erfaringer som bidrar til læring og viser om kvaliteten bør forbedres og den enkelte tar ansvar for å melde fra om uønskede hendelser. Det pågår kontinuerlig kvalitetsarbeid på alle disse tre nivåene som her nevnt. Kvalitet i det arbeidet vi gjør avgjøres av hvilken hensikt vi har med vårt arbeid og hva vi faktisk gjør for å sørge for at vi oppnår det som er ønskelig. I helsetjenester er målet på kvalitet at vi gir best mulig helsehjelp, til den enkelte. Pasientsikkerhet og verdighet er de viktigste indikatorene (Aakre, 2016, s. 159-160).

Kvalitet i et etisk perspektiv er måten vi praktiserer vår faglighet på. Etikk er innlysende kjernen i alt kvalitets og kompetansearbeid. Guttorm Fløystad sin enkle kvalitetsmodell

Kandidatnummer: 415 og 502

visualiserer to hovednivåer i kvalitetsarbeider, forskriftsnivå eller på holdningsnivå. På forskriftsnivå er det blant annet retningslinjer og prosedyrer som beskrives. På holdningsnivå er det etikk som en fokuserer på, hvor holdninger, verdier, normer og forpliktelser er de innlysende områdene for systematisk kvalitetsutvikling (Aakre, s. 162-163, 2016).

2.7 Florence Nightingale

Selv om Nightingale ikke blir nevnt i våre retningslinjer, er hun en teoretiker som vi tror kunne stått inne for de retningslinjene som er lagt til grunn i våre helseforetak. I boken Notater om sykepleie (Nightingale 2000), har hun i forhold til da tiden, nettopp skrevet ned prosedyrer på hva som må til, og hva som ikke virker i forhold til å få en hygienisk standard som er med på å fremme pasientene helbred. En av hennes inspirerende tanker var å alltid tenke over hvordan ting ble gjort, og sette dette inn i en sammenheng. Hun skriver også at det å ha og å ta ansvar i situasjoner kan bety liv eller død. (Nightingale 2000, s79-80). I et team, slik vi har det på en operasjonsstue, vil ansvarlighet vise seg både i forhold til hvordan et helt team fungerer, ikke bare enkeltpersoner. "Å være ansvarlig er så visst ikke bare å utføre de rette forholdsreglene selv, men å sørge for at også alle andre gjør det; sørge for at ingen hverken med vilje eller av uvitenhet motarbeider eller forkludrer slike tiltak" (Nightingale 2000, s.80). Hun skriver videre at alle må utføre den plikt de har blitt satt til (Nightingale 2000, s.80).

3.0 Hensikt og forskningsspørsmål

Formålet med denne studien er å undersøke holdningene til det kirurgiske team i forhold til de strenge hygieniske retningslinjene i operasjonsstuen, med spesielt fokus på påkledning før man går inn i operasjonsavdelingen. Vi er interessert i å undersøke om ringer, armbåndsur, armbånd, smykker og øredobber fjernes, hvilken hodebekledning som benyttes, om riktig bruk av skotøy brukes og om den grønne operasjonsuniformen faktisk blir brukt på riktig måte.

Ut ifra problemstillingen er forskningsspørsmål følgende:

«Hvilke erfaringer har operasjonssykepleierne på en ortopedisk operasjonsavdeling med medlemmene i det kirurgiske teamet i forhold til ivaretagelse av de hygieniske retningslinjene som skal overholdes?»

4.0 Metode

Vi har valgt en kvalitativ induktiv metode, der det subjektive er satt i sentrum, og der vi vil trekke slutninger fra den enkeltstående til det allmenne (Malterud 2017, s.27) Malterud (2021, s.30) skriver at kvalitativ metode er en forskningsmetode som gir mulighet for beskrivelse, analyse og fortolkning av menneskers egenskaper og karaktertrekk, eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres. Materialet er av tekst, bygget fra samtaler eller observasjoner. Den kvalitative metoden kan brukes for å undersøke menneskelig erfaringer, opplevelser, holdninger og forbindelser mellom mennesker.

4.1 Forskningsdesign

Ut ifra forskningsspørsmålet vårt har vi valgt en kvalitativ tilnærming med det kvalitative forskningsintervju som design. Vi har også valgt å ta med egne observasjoner fra praksis. Ved å bruke disse metodene har det gitt oss muligheten til både et direkte innsyn i handlingene til det kirurgiske team og i tillegg muligheten til å få indirekte beskrivelser av deres handlinger, noe som har styrket studien vår (Malterud, 2021, s. 69-70).

Et individuelt semistrukturert intervju med åpne spørsmål til operasjonssykepleierne i det kirurgiske team ble brukt for å samle inn data fra deltakerne. Når innsamlet data fra det kvalitative intervjuet skulle produseres måtte vi som "forskere" opprettholde en mekanisk overholdelse av regler og være avhengige av våre ferdigheter og personlige vurderinger om hvordan spørsmålet ble stilt til deltakerne. Dette var viktig for at vi hadde nok kunnskap om temaet slik at vi kunne stille gode oppfølgingsspørsmål når intervjupersonen svarte. For å bli høyt kvalifiserte intervjuere trengte vi mengdetrening (Kvale & Brinkmann, 2021, s.84). Som nybegynnere i intervjusituasjonen var vi åpen med første deltaker om at dette var vårt første intervju. Etter det første intervjuet så vi spesifikt på hvilke steder i intervjuet vi kunne gjøre det bedre på de neste intervjuene. Noe som gjorde oss mer bevisst på å stille gode meningsfulle oppfølgingsspørsmål som kunne gi svar på problemstillingen vår og hvilke spørsmål som kunne fjernes eller byttes ut med et annet spørsmål.

4.2 Utvalg

På bakgrunn av våre undersøkelser valgte vi en utvelgning av deltakere ved selvseleksjon, da fikk vi deltagere som var motivert og interessert i temaet vi skrev om og som kunne stryke problemstillingen. I betraktningen tok vi med at det kunne føre til skjevhet ved at man får med de deltakerne som er veldig motivert til å delta.

Kandidatnummer: 415 og 502

Studien foregikk på flere ulike ortopediske avdelinger på 3-4 sykehus i Vest-Norge.

Inklusjonskriteriene var at deltakerne skulle være utdannet operasjonssykepleiere i minst 50% stilling på en ortopedisk avdeling, de måtte kunne forstå og snakke norsk. Det var ingen kriterier om lengde på arbeidserfaring som operasjonssykepleier. Dette fordi vi mener at hygieniske retningslinjer er noe som skal være innarbeidet uansett lengde på arbeidserfaring, samtidig som at vi kunne se om det var noen forskjeller fra deltakerne som hadde mer eller mindre erfaring. Vi ekskluderte studenter innen helse og medisin, og personer som ikke kunne snakke norsk.

Til sammen fikk vi seks operasjonssykepleiere som alle jobbet på en ortopedisk seksjon. De hadde fra 2 til 25 års erfaring.

4.3 Rekruttering av deltagere

Etter at nødvendig tillatelser ble hentet inn fra NSD og REK (Vedlegg 6. og 7.) sendte vi forespørsel til sykehusleder, fagansvarlig ved de aktuelle klinikker, og leder ved operasjonsavdelingen (Vedlegg 8). Med godkjenning fra fagansvarlige ved de ulike sykehusavdelingene kunne vi starte rekruttering (Vedlegg 9). Ved noen av sykehusene fikk vi god rekrutteringshjelp i de aktuelle avdelingene, slik at vi fikk deltakere som ønsket å stille til intervju. Intervjuene ble holdt i et lokale på sykehuset i arbeidstiden.

4.4 Datainnsamling

Vi gjorde dybdeintervjuene med de ulike deltakerne, som varte i 30-60 minutter. Intervjuet startet med en kort forklaring av formålet med studiet og deretter en gjennomgang av samtykkeskjema. Vi brukte et semistrukturert intervju, og anvendte en intervjuguide (vedlegg 2). På forhånd gjorde vi en pilotstudie med vår første deltager, dette ga oss et innblikk i om spørsmålene vi brukte var enkle og forståelige for deltakerne. Dette ble senere innlemmet i datamaterialet (Malterud, 2021, s. 55).

For at deltakerne skulle gi oss relevante og empiriske data var det viktig at de følte seg trygge. Samtalen foregikk med et åpent og lyttende sinn fra vår side, slik at data fra deltakerne ville gi oss ny informasjon (Malterud, 2021, s. 69-70). Når deltagerne falt av sporet under intervjuet hjalp vi dem gradvis inn igjen på det spørsmålet vi stilte, samtidig som at vi var åpne for å lytte til det som engasjerte deltageren. Dette både for at deltagerens tillit skulle opprettholdes og for at det kunne komme viktig informasjon som kunne være relevant for forskningen vår.

Kandidatnummer: 415 og 502

Intervjuet ble tatt opp på bånd og det ble skrevet feltnotater underveis for å supplere lydopptaket. For at ikke intervjuers oppmerksomhet skulle forstyrres valgte vi at begge forskere skulle være med på intervjuet, der den ene holdt samtalen i intervjuet og den andre tok seg av teknisk utstyr og notater. Et båndopptak ville ikke få med seg nonverbal kommunikasjon og vi hadde derfor nytte av å skrive et feltnotat for å fange opp inntrykk og ettertanker fra intervjuet. Notatene ble nyttig for oppgaven både for å beskrive hva vi så og hørte, men også for viktige poeng fra teoretisk og empirisk litteratur som fikk et vesentlig poeng for vår problemstilling og resultater (Malterud, 2021, s. 72-74). På forhånd satt vi oss inn i lydbåndopptakeren og sjekket utstyres plassering for optimal lydgjengivelse. Båndopptakeren hadde alltid fullt oppladet batteri ved start av intervjuene. Etter anbefalinger fra Malterud (2021, s. 82) om sikker lagring av lydfil og umiddelbar kryptering etter opptak håndterte vi lydfilene på en slik sikker måte. Det ble også opprettet en reservekopi av de krypterte filene.

4.5 Transkribering

Kvale og Brinkmann (2021, s. 205-206) skriver at å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen. Etter hvert intervju som ble gjennomført transkriberte vi selv fra muntlig til skriftlig form samme dag. Dette for å øke muligheten for å oppdage svakheter i materialet, og risikoen for å samle unødvendig mange sider kan reduseres ved endring av rekrutterings- eller intervjustrategi (Malterud, 2021, s. 80). Ved å transkribere det samme dag gjorde det også mulig for oss å ha samhandlingen friskt i minne, etc uttrykk, gjentakelser og kroppsspråk. Intervjuesamtalene ble strukturert slik at de var best egnet for analyse. Når materialet ble strukturert i tekstform, fikk vi lettere oversikt, og selve struktureringen var begynnelsen på analysen. Trinnavis analyse ble anbefalt av Malterud (2021, s. 137), dette ga oss bedre grunnlag for fokusering og fleksibilitet i prosjektet vårt. Intervjuene ble transkribert ordrett. Vi tok hensyn til deltakernes uttrykksmåter og dialekt, og unngikk enhver form for fornedrelse når samtale ble transkribert ordrett. Dette ble gjort ved at teksten forsiktig ble redigert under transkriberingen (Malterud, 2021).

4.6 Analyseprosessen

Det finnes flere fremgangsmåter for analysemetode, vi valgte å bruke Malterud (2021, s. 97) sin systematiske tekstkondensering (STC) som metode for intervjuanalyse. Metodevalget er gjort på bakgrunn av at den er egnet for nybegynnere. Det anbefales at uerfarne forskere

Kandidatnummer: 415 og 502

lærer seg en velbeskrevet analysemetode godt og følger faste prosedyrer (Malterud, 2021, s. 91-92). Analysen gjennomføres i fire trinn, som utgjør hovedstrukturen i STC (Malterud, s. 98). Nedenfor går vi detaljert igjennom de fire trinnene i analysen:

- 1: først å skaffe seg et helhetsinntrykk
- 2: å identifisere meningsdannende enheter
- 3: å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene.
- 4: å sammenfatte betydningen av dette.

Det som utpeker seg med denne analysemetoden er at den innledningsvis retter oppmerksomheten mot få temaer og kodegrupper. I tillegg er fremgangsmåten for abstrahering når data er kodet, med utvikling av et kondensat, spesielt for SCT (Malterud, 2021, s. 98).

Trinn 1: Helhetsinntrykk

Lyddopptaket ble direkte lagt inn på pc som en lydfil etter hvert intervju. Lydfilen ble der etter transkribert med hjelp fra et program i Word. Så startet tekst gjennomgang av intervjuet samtidig som lydfilen ble spilt av flere ganger. Dette for at det ikke skulle oppstå mangler eller feil ved overføring med dataprogrammet vi brukte. På denne måten ble vi kjent med materiale, til tross for mange sider med lesing lagde vi oss et helhetsbilde. Malterud (2021) skriver at helhet er viktigere enn små detaljer. Forforståelse og teori settes til siden, samtidig som man skal holde seg til problemstillingen. Dette for at deltakernes stemme skal bli hørt og vi som intervjuere stiller oss åpen for det materialet har å tilby. Det vi visste fra før av egen erfaring om holdninger til hygieniske retningslinjer måtte legges til siden.

Vi gjorde oss tanker om temaer ut ifra materialet, samtidig som det ikke var her selve kodingen startet. Men en slags sortering av materialet i ulike temaer. Som Malterud (2021, s. 99-100) skriver så er de foreløpige temaene i dette trinnet ikke resultater eller kategorier, men et materiale med mulige svar på problemstillingen.

Trinn 2: Meningsbærende enheter

Kandidatnummer: 415 og 502

I dette trinnet av prosessen satt vi oss mer inn i selve intervjuene, og ga de foreløpige temaene koder, hovedtemaer og undergrupper (Tabell 1). Malterud (2021, s. 105) skriver at kodegruppene er kun virkemidler og organiseringsprinsipper, og ikke selve resultatene. Ved å bruke ulike fargekoder (rød, grønn og gul) delte vi opp materialet i de forskjellige gruppene.

Trinn 3: Kondensering

Her fra begynte den videre prosessen med å trekke ut selve meningen i intervjuene. Vi valgte å ha få hovedkategorier med flere undergrupper. Noe som Malterud (2021) ikke anbefalte, men som for oss ga mer oversikt og struktur i oppgaven. Her kom også vår egen forståelse av materialet inn, og vi brukte både teori, forkunnskaper som sykepleier og ny kunnskap som operasjonssykepleier for å forstå bedre det som ble sagt av deltakerne.

Rød fargekode ble brukt til materialet som var hovedfunn, grønnfargekode for undergrupper og gul fargekode for temaer som engasjerte informantene, men som ikke var helt relevant for vår forskning.

Trinn 4: Syntese – sammenfatning av inntrykk, detaljer, uttrykk og begreper, og resultater

Til slutt skulle alt materialet settes sammen igjen til en naturlig ny beskrivelse. Vi valgte å beskrive analysen slik vi tolket det som ble sagt i intervjuene samtidig som vi dro inn sitater fra deltakerne, med minst mulig korrigerende av deltakernes sitater. Dette for å holde det både konkret og ekte. Malterud (2021) skriver at eksemplene og sitatene brukes til å illustrere nyanser i den analytiske teksten, men at det er selve analyse teksten som skal stå for den nye beskrivelsen en har kommet fram til. Dette er slik vi har prøvd å få det til.

5.0 Etiske vurderinger

I Helsinkideklarasjonen ble det nedfelt etiske prinsipper for forskning som omfatter mennesker, og ble sist revidert i 2013. Deklarasjonen sier noe om hvordan nasjoner og institusjoner arbeider ved å oppfylle de etiske kravene ved forskning på menneske. Uansett hvordan vårt forskningsprosjekt har betydning for fremtidige kollegaer og pasienter er det den enkelte persons eget samtykke og interesse som betyr noe. Å skape ny kunnskap skal aldri stå over respekten for mennesket. Vi skal i all forskning bevare verdighet, integritet, retten til å bestemme selv, privatliv og konfidensialitet i informasjon vedrørende de som deltar i

Kandidatnummer: 415 og 502

forskningen. Deklarasjonen understreker at forsker skal følge nasjonale og internasjonale etiske regler og standarder. Forskeren og etiske komiteer skal sørge for å etterkomme reglene. For de som deltar i forskningen er det en trygghet at vi har egne komiteer som godkjenner forskningsprosjektet. Selv om forskningsdeltakeren skriver under på et informert samtykke kan det være vanskelig å forstå informasjonen og konsekvensene av forskningen (Alvsvåg & Aadland, 2019, s. 190-191).

Det første vi gjorde før prosjektet kunne starte var å sende en søknad til Den regionale etiske komité (REK), i og med at vår forskning ikke involverer pasienter og biologisk materiale, var vi ganske sikker på at vi ikke trengte godkjenning av REK. Men vi ville være på den sikre siden. Dette ble gjort i august 2022, og vi fikk kjapp tilbakemelding om at prosjektet ikke måtte vurderes av dem (Vedlegg 6). Det neste vi gjorde var å sende en søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD), som ble gjort november 2022. Prosjektet ble godkjent i desember 2022, med forbehold om at taushetsplikten til deltakerne skulle opprettholdes (Referansenummer 549255. Vedlegg 7). Der etter ble det sendt en mail til ledere, fagansvarlige og fagsykepleiere ved de aktuelle avdelingene. Prosjektinformasjon, godkjenning fra NSD og REK ble sendt, og et infoskriv til deltakere ble lagt ved i mailen (Vedlegg 4.) Med godkjenning fra fagansvarlige ved de ulike sykehusene kunne vi starte rekruttering (Vedlegg 9).

Deltakerne fikk på forhånd tilsendt et informasjonsbrev om prosjektet som også inneholdt et samtykke skjema (Vedlegg 4). I informasjonsskrivet vårt understrekes det at dersom de har sagt ja til å delta i forskningen, har de rett til å trekke seg når som helst uten å oppgi noen grunn for det. Deltakerne ble informert om at innsamlet materiale ville bli oppbevart på en låst pc, selve intervjuet ble anonymisert med kodesystem uten deres personlige navn og at det slettes etter masteroppgaven er ferdig, vi vil sikre anonymitet og sletting av lydopptak like etter transkribering av intervjuet er ferdig (Alvsvåg & Aadland, 2019, s.191).

Informasjonen ble også gjennomgått ved oppstart av selve intervjuet. Det ble også nevnt i informasjonen at vi hadde taushetsplikt ovenfor dem som deltok og de som deltok hadde taushetsplikt ovenfor sine kollegaer, slik at ingen ble utgitt på hvilken som helst måte.

6.0 Presentasjon av funn

Her vil vi presentere funn av de seks gjennomførte forskningsintervjuene.

Kandidatnummer: 415 og 502

Datagrunnlaget av 6 intervjuer er stort. Det startet som et "villnis", men det utkrystalliserte seg etter hvert tre hovedkategorier med flere undergrupper. Den siste hovedkategorien var ikke et relevant funn for vår problemstilling, men et funn som vi ønsker å ta med fordi det gjentok seg hos alle informantene.

Det skal sies at ortopediske seksjoner har et svært strengt syn på forebygging av infeksjoner og opprettholdelse av god hygiene. Likevel viser vår empiri at det er forbedringspotensialer.

Hovedfunnene fra de seks semistrukturerte intervjuene oppsummeres i tre kategorier med tilhørende undergrupper. *1. De hygieniske retningslinjene blir stort sett fulgt "Det ligger i ryggmargen". 2. Hygiene i forhold til retningslinjer må hele tiden være på dagsorden. 3. To store sukk fra informantene.*

Tabell 1: Funnene sammenfattet i tre hovedgrupper og åtte subgrupper

Hovedkategori	Undergrupper
De hygieniske retningslinjene blir stort sett fulgt «Det ligger i ryggmargen»	<ul style="list-style-type: none">• Ortopedisk seksjon har en høyere standard• Man kan alltid bli bedre• «Operasjonssykepleier er voktere selv om de ikke alltid gir beskjed• Synergi
Hygiene i forhold til retningslinjer må hele tiden være på dagsorden	<ul style="list-style-type: none">• Hygiene er en sak for leder• Opplæring er nødvendig• Hygiene som månedstema
To store sukk fra informantene	<ul style="list-style-type: none">• Det slurves med kirurgisk håndvask• Stor trafikk ut og inn av operasjonsstuene

6.1 Kategori 1: De hygieniske retningslinjene blir stort sett fulgt *“Det ligger i ryggmargen”*

Deltakerne er bevisst på de hygieniske prinsippene allerede før de går hjemme fra. Det forventes av dem at de kommer rene på jobb, og det innbefatter også pleie av hud, og negler. Operasjonssykepleierne har og tar ansvar for egen hygiene:

“Tar jo alt av.. Øredobber, ringer og sørger for at neglene er klipt av og ikke har sår eller skitt under neglene. Bruker minst mulig sminke når jeg er på jobb. Ja det er vel stort sett det”
(Deltaker 1).

Alle deltakerne beskrev at påkledningen skal være perfekt. De grønne uniformene skal være rene fra vaktstart, dette er en selvfølge. Prosedyren er at den personlige hygienien er ivaretatt, korrekt håndhygiene utføres og personalet skifter i garderoben på en slik måte at uniformen holder seg ren også etter at de har tatt den på. Neglene skal være rene, kortklipt og uten noe form for neglepynt. Klokker og smykker skal fjernes og alt hår skal tildekkes. Spesielt utfordrende er det å få alt håret inn i operasjons hetten slik at det ikke drysser ned i operasjonsfeltet.

6.1.1 Ortopedisk seksjon har en høyere hygienisk standard

For de som står i feltet ved ortopedisk seksjon brukes det spesial hjelmer/hetter som skal dekke alt hår og ører for at faren for hår-dryss ikke skal skje (Figur 1). Spesielt ved protesekirurgi er heldekkende hjelm et absolutt krav for alle inne på operasjonsstuen. Men dette er ulikt innenfor de forskjellige fagfeltene på de ulike sykehusene. Som deltaker 2 sier:

“Stort sett alle går med dem, i hvert fall operasjonssykepleierne har disse på hele dagen.”
(Figur 1)

Strengheten i forhold til de som står helt nært operasjonssåret er ekstra viktig hevdes det, selv om alle skal ha en høy hygienisk standard. En forklarte det slik:

“Anestesian de kan bare ha på sånn som de knytter rundt her.” (Figur 2)

Ulike sykehus har ulike prosedyrer i forhold til hvor de skifter til grønn uniform, men den hygieniske tanken er jo nærmere du kommer operasjonsfeltet jo renere skal det være. Noen har egen garderobe utenfor slusen der de kler seg i grønt og dekker den grønne uniformen med en hvit frakk som blir kastet i slusen. Alle skifter til egne sko før de går inn i selve operasjonsavdelingen. Munnbind brukes først når en er inne på selve operasjonsstuen, idet

Kandidatnummer: 415 og 502

det sterile utstyret åpnes. De som var inne på operasjonsstuen under hele operasjonen var veldig flinke til å bruke munnbind. De som gikk til og fra kunne av og til slurve med dette, selv om kravet er klart. For som en sa:

“Det er vel anestesilegene som bare skal inn litt bak teppe, de er ikke alltid så flinke med det.” (Deltaker 4)

Deltakerne beskrev skifte av tøy som noe todelt. De ville både beskytte seg selv og pasienten. Ble klærne forurenset inne på operasjonsstuen, gikk de til garderoben for å skifte til rent tøy, men når de forlot operasjonsavdelingen, dekket de uniformen til for å ikke bli forurenset. I hektiske situasjoner, for eksempel i forbindelse med traumemottak, er det ikke alltid tid til å tenke 100% hygiene. Da løper man ut til “skadestedet” og som hun sa

“Jeg skifter når jeg kommer tilbake.” (Deltaker 3)

De hygieniske retningslinjene på ortopedisk seksjon opplevdes som viktig for deltakerne. Retningslinjene skal følges av alle som skal oppholde seg inne på operasjonsavdelingen. Samtidig var det stor variasjon i det kirurgiske teamet når det gjaldt ringer, armbåndsur, øredobber og halskjeder i operasjonsavdelingen. Det kan se ut som informantene har erfaring med at noen ikke bryr seg like mye om de gjeldende prosedyrene, og at det er noe som nesten er akseptert. For som en sa:

“De ringene og klokkene, det får du jo aldri vekk, selv om det henger plakater oppe som sier at vi ikke skal ha ringer og smykker på jobb, så tenker eg det er jo voksne høyt utdannende mennesker som velger å ignorere.” (Deltaker 1)

Operasjonssykepleierne vi intervjuet erfarte seg selv som en type hygienepoliti. De har dette som et av sine spesialområder inne på operasjonsstuen, der de har ansvar for hygiene fra a til å. Dette gjør at de har et helt spesielt fokus, og vokter denne oppgaven spesielt. De har opplæring i hygiene og smittevern langt utover det de andre teammedlemmene har, og forventer respekt og ivaretagelse på sitt felt. For dem er de hygieniske prinsippene en selvfølge som man ikke går på akkord med. Som en av deltakerne sa:

“Det ligger i bakhodet hele tiden når du jobber, uten at du nødvendigvis står og tenker: nå skal jeg gjøre sånn fordi det er de hygieniske retningslinjene. Men altså etter 23 år så er det

Kandidatnummer: 415 og 502

veldig mye som ligger i ryggmargen som du kanskje ikke har tenkt over, før du kanskje ser noen som ikke gjør det sant?” (Deltaker 3)

Likevel viser det seg at ikke alle bryr seg like mye, og det er frustrerende hevder informantene. Operasjonssykepleieren gir som oftest beskjed, men blir ikke alltid hørt. Opplæring og forståelse er en ting, holdninger er noe annet. Ofte viser det seg at de som ikke er like nøye som oss, er personer som lærer opp sin egen faggruppe, og da går ofte holdningene og væremåte i arv, også de dårlige sidene. Det at vi ser så forskjellig på en og samme ting ser ut som det kan ha med opplæring å gjøre.

“De har sikkert ikke samme opplæring. De er ikke nøye. Ofte er det kirurgene, de som har vært der lenge, så viser de de nye som kommer. Men jeg opplever at det er helst de, som har vært der i mange, mange år som er dårligst på det egentlig” (Deltaker 2)

Fokuset i arbeidet vi gjør er forskjellig inne på operasjonsstuen, noe som burde styrke det å bruke hverandre sin kompetanse på riktig sted.

6.1.2 Man kan alltid bli bedre

Ortopedisk seksjon har gode holdninger til de hygieniske retningslinjene, selv om det er noe svikt. Ortopedene har høy standard og de er strenge når det kommer til hygiene. Skille mellom generell kirurgi og ortopedi er stort i praksis år det kommer til de hygieniske retningslinjene. Noen av deltakerne har en todelt ordning mellom generell kirurgi og ortopedi, noe som kunne skape utfordringer med tanke på retningslinjene:

“Ortopedisk seksjon her har ekstremt gode holdninger til det. Skille er jo veldig mellom generell kirurgi og ortopedi. Ortopedi legene er faktisk noen av de strengeste vi har her inne” (Deltaker 5)

Intensjonen om streng hygiene på ortopediske seksjoner i operasjonsavdelingene er helt klare. Likevel er det forbedringspotensialer sier informantene. Retningslinjer bør være en type “ferskvare” som gjennomgås med jevne mellomrom. Særlig bør nyutdannede leger bli fulgt opp. Rutiner sklir lett ut om det ikke er på dagsorden støtt. Som en sa:

“Retningslinjene er jo der, men om folk leser de og følger de er jo noe annet” (Deltaker 2)

Slik operasjonssykepleierne bedømmer retningslinjene, oppfattes de som gode. De er ikke tilfeldig satt opp, men utarbeidet av personer med fagkompetanse og med kunnskapsbasert

Kandidatnummer: 415 og 502

dokumentasjon som bakteppe. Derfor forventes det at alle i et operasjonsteam kan forstå hvorfor og hvordan disse skal overholdes. Det er en undring hos noen av informantene at nettopp kirurgene ikke alltid er like nøye med hygienen, de som virkelig burde forstå dette, og som vet konsekvensene av en postoperativ sårinfeksjon hos nettopp ortopediske pasienter. I dagens situasjon med antibiotika resistens har man heller ikke alltid medikamentell hjelp:

“Men av en eller annen grunn følger de ikke retningslinjene, også kan man få noen kommentarer at vi har antibiotika eller at bakterier ikke løper” (Deltaker 6)

Noen etterlyser også felles undervisning om de hygieniske retningslinjer med både portører og assistenter i tillegg til kirurgene. En lenke er ikke sterkere enn det svakeste ledd. Slik som ene informanten sa:

“Det hjelper jo ikke at vi er nøye, det må jo være på hele linjen. Ved å forebygge infeksjoner.” (Deltaker 1)

6.1.3 Operasjonssykepleiere er “voktere” selv om de ikke alltid gir beskjed

Operasjonssykepleiere får med seg det meste når det kommer til holdninger og/eller brudd på de hygieniske retningslinjer. Det kommer frem i flere av intervjuene at å konfrontere om brudd operasjonssykepleierne seg imellom, eller dem som står under dem i rang er lettere enn å gi beskjed til de som står over dem i hierarkiet. Det er ikke like enkelt å konfrontere legene. Er en trygg og kjent med hverandre er det enklere å gi beskjed. Samtidig viser det seg at ved brudd på retningslinjene blir det ikke alltid gitt beskjed. Det kan være personlig, hvem som gir beskjed, og hvem som blir snakket til. Det kan se ut som det er opp til hver enkelt hva de velger å gjøre med de aktuelle bruddene.

“Det er vanskelig å gi beskjed til kirurgene, i hvert fall de som har vært her lenge. Men vi burde jo alle vært flinkere til å gi beskjed. Men jeg ser at vi tenker det og ser det, men vi burde jo vært flinkere å si det til de og”(Deltaker 2)

Det ligger et stort ansvar i det å gi beskjed når noe ikke fungerer etter retningslinjene. Enten om man sier fra direkte, eller om man tar opp ting med nærmeste overordnede, har man gitt ansvaret videre. Det er ikke alltid man kan stoppe noe der og da, men en uttalelse som gir hentydning om at noe må endres, åpner opp for muligheter. Da må motparten ta stilling til det som kommer frem.

Kandidatnummer: 415 og 502

“Eg kan ikke fengse de. Eg må jo bare gi beskjed, så må de velge selv hva de skal gjøre med det, mer får ikke eg gjort.” (Deltaker 5)

Flere hevder at hvis det er trygghet innad i gruppen, er det enklere å gi beskjed, og det oppleves som det også er mer aksept for tilsnakk, når en kan argumentere faglig og konkret på samme tid. Operasjonssykepleierne hevder at de ikke er ute etter å ta noen, men de kan oppleve at denne type korreks blir tatt feil opp, særlig når det er ukjente teammedarbeidere. Men det kan også virke som noen er svært glad for å få tilsnakk, det kan hindre pasientskader. Trygghet og kjentskap kan gjøre det mer akseptert å gi beskjed:

“Nei de fleste, altså de tar det jo helt fint. Ja de er jo bare glad for at de får beskjed. Men det er helst de du føler deg trygg på gjerne og kjenner bedre enn andre. De er jo lettere å gi beskjed til.” (Deltaker 2)

Operasjonssykepleierne seg imellom gir lettere beskjed til hverandre, men det er vanskeligere å gi beskjed til leger. Måten ting blir sagt på kan både dempe og hisse en stemning. Derfor blir fremgangsmåten en kommuniserer på i slike vanskelige situasjoner en kunst, men likevel helt nødvendig hevder informantene, som har pasientens ve og vel som første bud. Verdien av å uttrykke seg klart på en fin måte når en skal korrigere noen er en kunst hevder informantene. Er det en av kirurgene som ikke ha utført korrekt vaskeprosedyre, eller har glemt å ta av smykker, kan man jo si som følger:

“Nå var du kjapp, eller om noen har glemt å ta av øredobbene: er vi der i dag?” (Deltaker 3)

De fleste av informantene hevdet at det stort sett ikke var vanskelig å gi beskjed. Det er deres plikt rett og slett. Det ble ofte gjort inne på operasjonsstuen når alle var samlet og alle hørte på. Når alle vet om retningslinjene blir det bare en påminning som gjelder alle i det kirurgiske teamet. Hele teamet har et felles ansvar så her må en trekke i samme retning.

“Det ingen skam å si noe inne på stuen, når du må. Det er helt akseptert å si ifra. Det er ikke vanskelig. Det kan hende det er noe man har glemt i farten, et smykke ja. Så det blir godt tatt imot føler jeg.” (Deltaker 5)

6.1.4 Synergi

Synergi er avviksmeldingssystem som blir brukt i operasjonsavdelingen. Informantene ser på synergi på flere måter. Det tar tid, og noen hevder at det ikke kommer noe utav det. Andre

Kandidatnummer: 415 og 502

hevder at dette kan være en måte å synliggjøre noe på som kan forbedres. Da må det være målet med det hele. At et utfylt synergiskjema rammer enkeltpersoner på den måten at de må forsvare egen handling eller eventuelt legge om egne rutiner. Det viser seg at bruken av synergi er veldig varierende og de fleste bruker det i liten grad, dette til tross for at synergi kan være et forbedrende element hevder noen. Følgende sitater går igjen:

“Vi skriver synergi, men ikke hver gang, enten fordi det er en veldig travel hverdag eller så blir det glemt. Vi er generelt ikke så flinke å bruke synergi syns jeg.” (Deltaker 5)

En annen sa:

“Vi skriver synergi, men ikke på smykkene og klokkene, da måtte vi skrive hver dag.”
(Deltaker 1)

Fåtallet som faktisk skriver synergi, ønsker og håper at det skal skje en forbedring. Slik at det kan settes inn tiltak og forebygge at brudd på de hygieniske retningslinjene skjer igjen og igjen.

6.2 Kategori 2: Hygiene i forhold til retningslinjer må hele tiden være på dagsorden

Smykker kommer stadig på igjen og de gode rutinene som er opparbeidet seg sklir ut.

Retningslinjer er “ferskvare” og de må kontinuerlig jobbes med. Det kan se ut som noen ønsker å opptre litt individuelt, men det lar seg ikke gjøre når det er standarder som skal overholdes. Da må man for eksempel bruke de hettene som regelverket sier. Og man kan ikke pynte seg inne på en operasjonsstue for å tekkes seg selv og andre når prosedyrene ikke tillater det. Det viser seg likevel at noe ukultur går i arv. Mennesker ser at noen gjør en ting og følger etter selv om det ikke er tillatt. Det ser ut som påminning av eksisterende rutiner er en nødvendighet.

“De pynter seg med øredobber. Det er ikke alltid så lett å nå inn til de, for de bestemmer jo på en måte litt over seg selv, men samtidig så prøver vi at de skal følge retningslinjene våre. Men noen går fortsatt med øredobber” (Deltaker 4)

En av deltakerne beskriver at sykehuset hadde for noen år siden en aksjon med fokus på et smykkefritt sykehus, noe som hadde god effekt. Men som nå er sklidd ut litt igjen. Dette indikerer at det må hele tiden jobbes med:

Kandidatnummer: 415 og 502

“Jeg kunne godt tenkt meg en reprise av smykkefritt. Fått vekk alt av smykker, øredobber og ringer. Det ville være en forbedring å ha smykkefritt i avdelingen igjen” (Deltaker 3)

6.2.1 Hygiene er en sak for leder

Hva en leder skal gjøre og hva et teammedlem skal gjøre må en forholde seg til på to forskjellige plan. En operasjonssykepleier må ta tak i det som skjer der og da, mens leder må forholde seg til de generelle bruddene på retningslinjene. Deltakerne står opp for pasienten og sier ifra når de ser noen uønskede hendelser inne på operasjonsstuen. Hvis det er noe som kan få katastrofale utfall for pasienten kan vi ikke vente, da må vi “rope ut”. Som kollega kan det være vanskelig å si fra hvis det er noe en reagerer på, spesielt hvis det er et annet team medlem. Da tas det opp med nærmeste leder. Hvis brudd på retningslinjene skjer gjentatte ganger, da anses det som et lederproblem. Det er samstemt mellom deltagerne at det ikke er deres ansvar å gi beskjed til andre yrkesgrupper ved gjentatte brudd på retningslinjene.

Som en sa:

“Jeg føler ikke at det er vår oppgave å korrigere anestesilegen når de ikke spriter seg, eller bruker klokker og smykker, de vet jo hva som er reglene. Jeg tenker at det er anesthesiavdelingen eller vår avdelingsleder sitt ansvar”

Det primære ansvaret for å sikre tilstrekkelig og engasjert opplæring i henhold til de hygieniske retningslinjer ligger hos ledelsen. Likevel har hvert enkelt teammedlem et personlig ansvar for å etterleve de hygieniske retningslinjene og bidra til en kultur som støtter god hygiene praksis. Dette krever et samarbeid og gjensidig støtte fra alle teammedlemmene. Lederen spiller en viktig rolle for å tilrettelegge for opplæring og sikre at tilstrekkelig tid blir satt av til dette formålet.

6.2.2 Opplæring er nødvendig

Alle deltakerne er enig i at det er nødvendig med god opplæring av det kirurgiske team når det gjelder de hygieniske retningslinjer. Flertallet av deltakerne føler et stort ansvar for opplæring av de andre kollegaene og det å holde de oppdatert krever en kontinuerlig innsats. Likeverdig opplæring, kunnskap om hvorfor og hvordan retningslinjene skal følges er savnet blant deltakerne. Selv om operasjonssykepleierne opplever seg som «hygienepoliti»,

Kandidatnummer: 415 og 502

etterlyser de også et «ledelsespoliti» som i større grad setter de hygieniske retningslinjene i fokus og påser at de opprettholdes.

“Gode retningslinjer er viktig og god opplæring er VELDIG viktig. Men hvordan skal man lære opp en erfaren kirurg? Som har holdt på i årevis. Det er mange meninger, det kommer en ikke fra uansett, det er jo bare sånn det er.” (Deltaker 1)

Mange uttrykker gjennom intervjuene at det er et ønske om undervisning og kompetanseheving blant alle inne på operasjonsavdelingen når det gjelder hygieniske retningslinjer.

“Jeg savner at hygiene også blir i fokuset til kirurgene, portørene og assistentene.” (Deltaker 6).

Hygienesykepleier ved de ulike sykehusene er tilgjengelig for å gi råd, veiledning og undervisning til alle yrkesgrupper, og ikke kun til operasjonssykepleierne. En av deltakerne har også påpekt at alle ansatte har tilgang til kompetanseportal som inneholder ulike læringsmål. Det er uklart hvilke læringsmål de andre yrkesgruppene har tilgang til. Det er en bekymring for at ansatte kan markere læringsmål som fullført, selv om de ikke har gått gjennom dem på en tilstrekkelig måte. På enkelte sykehus er operasjonssykepleierne pålagt et ansvar for å gi opplæring til nye turnusleger, inkludert innføring i kirurgisk håndvask og påkledning. I midlertidig gjelder ikke dette på alle sykehus. En informant påpekte følgende:

“Kanskje vi burde hatt rutiner for opplæring av nye og vi kunne en årlig gjennomgang med kirurgene. Det er sikkert masse vi kunne ha gjort for å få de til å endre. Men vi ser de nye, de er flinkere, og de gjør det de skal. Ja, de er veldig nøye”

Funnene indikerer betydelige forskjeller i den opplæringen som gis til ulike teammedlemmene og dette kan påvirke deres evne til å utføre blant annet prosedyrer på en adekvat måte. Det kan være hensiktsmessig og etablere rutiner for opplæring av nye ansatte for å sikre at de tilegner seg nødvendige ferdigheter og kompetanse på en strukturert og effektiv måte.

6.2.3 Hygiene som månedstema

Deltakerne etterlyser et større fokus på hygiene som månedstema og ønsker mer engasjement rundt dette temaet. De som hadde hatt undervisning i hygiene uttrykte enighet

Kandidatnummer: 415 og 502

om at det var verdifullt og nyttig, og savnet mer undervisning om emne. Det ble også nevnt at samkjørt undervisning med hele det kirurgiske teamet samtidig kunne være gunstig. På et av sykehusene avholdes det ukentlig gangmøter som inkluderer undervisning om ulike temaer, hvor både anesthesi, operasjonssykepleiere og assistenter deltar. Det gis mulighet for interaktiv kommunikasjon, diskusjon, inkludert forslag til forbedring og spørsmål. Den ene deltakeren kommenterte at det var sjelden at hygiene eller hygieniske retningslinjer var på agendaen for fagmøtene og uttalte:

“Når hygiene var fokus på et fagmøte? Godt spørsmål, det veit eg ikke, det er lenge siden tror eg. Selv om hygiene ikke nødvendigvis er månedstema, har vi også undervisning hver tirsdag med ulike tema”

Kirurger og anestesilegen er ikke med på disse “gangmøtene” eller undervisning. Deltakerne anerkjenner nytteverdien av å ha ulike temaer i fokus også for denne faggruppen og kommer med forslag om å inkludere dem i lignende møteaktiviteter og undervisning.

6.3 To store sukk fra informantene

Samtlige informanter ønsket å påpeke noe som de mente kunne ha betydning for den hygieniske standarden, og som det også er retningslinjer på:

1. Kirurgisk-håndvask/hånddesinfeksjon
2. Dørene mellom operasjonsstua og tilhørende rom skal være stengt under operasjon

6.3.1 Kirurgisk-håndvask/hånddesinfeksjon

Å utøve omsorg til pasienten som ligger på operasjonsbordet kan være utfordrende. Vi kan gjøre det bra eller mindre bra. I omsorg ligger det både teoretisk og praktisk kunnskap, men kommunikasjonen mellom teamarbeidene er også viktig hevder informantene. Før et inngrep gjør vi oss mentalt klar, da er vi på “hugget” rent praktisk. Den sterilt utøvende operasjonssykepleieren gjennomfører kirurgisk håndvask/desinfeksjon etter prosedyre, kler seg sterilt og har ansvar for det sterile feltet. Den koordinerende har ikke bare et ansvar for pasienten, men også for hele operasjonsstuen. De må hele tiden være årvåken for å hindre at pasienten potensielt utsettes for fare. Det som er gjentakende hos noen av kirurgene er at de ikke bruker tilstrekkelig nok tid når de utfører preoperativ hånddesinfeksjon.

Kandidatnummer: 415 og 502

“Det er noen ganger vi syns at enkelte kommer veldig fort inn etter å ha utført kirurgisk håndvask. Den tiden varierer, noen bruker veldig lang tid, det er heller ikke gunstig (Deltaker 1).

Dette er frustrerende for både den koordinerende og sterilt utøvende operasjonssykepleieren som har ansvar for operasjonsstuen. Operasjonssykepleierne føler et stort ansvar ovenfor pasienten og mener alle har et personlig ansvar for å følge prosedyren. I en hektisk hverdag må alle i teamet kunne stole på hverandre. Riktig kirurgisk håndvask er avgjørende for å redusere bakteriefloraen på hender og underarmer på den som skal kle seg steril med frakk og hansker og ha sine hender i operasjonssåret. Deltaker 3 uttaler seg varsomt:

“Jeg har flere ganger slengt ut at: “Nå var du kjapp”. Men det har jo aldri fått noe konsekvens at noen har snudd og gått ut og gjort en gang til. Nei, og ikke har jeg vært tøff nok til å så si at du “En tur til i vasken”. Det har jeg heller ikke turt. Det må jeg bare innrømme”. (Deltaker 3)

Disse sukkene fra operasjonssykepleierne var unisone i forhold til at de alle hadde erfaring med at den hånddesinfeksjonen som mange av kirurgene utførte ikke kunne stemme overens med gjeldende retningslinjer. Veldig mange brukte ikke den tiden som retningslinjene krever. De var stort sett for raske. Når kirurgisk hånddesinfeksjon foregår, står legene ute i gangen og gjør dette, men minuttene dette tar må overholdes. Det er bare de selv som kan følge med på klokken å si når prosedyren er ferdig og når alle trinn i prosedyren er gjennomgått. Operasjonssykepleierne tror at her synes det mye, og det gir dem stor uro:

“Det er ikke lenge siden jeg ble fagsykepleier. Så har jeg prøvd å henge opp nye plakater på vaskene og informert de om hva de skal gjøre, men det er ikke lett å snu de. De tenker at litt sprit på hendene det holder. Så vi burde hatt en gjennomgang med alle kirurgene.” (Deltaker 2)

6.3.2 Dørene mellom operasjonsstua og tilhørende rom skal være stengt under operasjon

Det siste “sukket” fra informantene handler om antall døråpninger i løpet av et kirurgisk inngrep. Alle som oppholder seg inne på stuen skal sørge for antall bakterier i luften ikke

Kandidatnummer: 415 og 502

øker. Den ene deltakeren poengterer at dørene på operasjonsstuen skal være lukket under det kirurgiske inngrepet, spesielt under protesekirurgi. Vi vet at hver gang den døren går opp fører det til oppvirvling av partikler. Det gunstige overtrykket som er på en operasjonsstue oppheves når dørene åpnes, og ventilasjonen endres i ugunstig retning. Her var det allikevel ulik praksis på de forskjellige ortopediske seksjonene. Det var generelt mye unødvendige antall døråpninger. Som deltaker 4 sa:

“Det blir ikke så mye tatt hensyn til, den døra er oppe ganske mange ganger. Vi har hatt det oppe at vi må bli flinkere å bruke telefonen. For hvis vi skal ut og hente noe eller må gi en beskjed, så er det lett for og BARE fyke ut døren igjen.”

En av deltakerne uttrykte bekymring for å miste muligheten til å ha kaffepause under inngrepene

“Det er jo mange døråpninger, men kaffe pausene våre de vil vi jo gjerne ha” (Deltaker 1)

På et av sykehuset er det null toleranse for døråpninger under protesekirurgi. De som skulle inn på stuen ble strengt instruert om å ikke forlate stuen under inngrepet. Begrunnelsen er for å minske oppvirvling av partikler inne på operasjonsstuen. Det kan komme situasjoner der det kun er et team tilgjengelig på operasjonsstuen under vaktarbeid og det kan være utfordrende å holde dørene lukket dersom den koordinerende må supplere operasjonsteamet med nødvendig utstyr. Videre tas det hensyn til situasjoner der enkeltpersoner opplever illebefinnende inne på stuen, og i slike tilfeller tillates åpning av dører. Det presiseres likevel at personen ikke får adgang til operasjonsstuen igjen etter å ha forlatt den.

7.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil vi drøfte hovedfunnene fra analysen på bakgrunn av problemstillingen, relevant teori og tidligere forskning. Analysen vår er delt inn i 3 hovedkategorier med flere undergrupper, men det er betydelig grad av overlapp mellom dem. Siden kategoriene i analysen går mye i hverandre har vi valgt å diskutere dem som en samlet enhet/i to hovedkategorier uten å dele de opp under de ulike undergruppene. Kategori 3(to store sukk) vil ikke bli diskutert da disse aspektene ikke var direkte relevant for vår studie, men vi ønsker å understreke viktigheten av å utforske disse temaene. Den vedvarende repetisjonen av

Kandidatnummer: 415 og 502

disse teamene blant deltakerne indikerer at de representerer betydelige utfordringer som fortjener grundig undersøkelse av fremtidige masterstudenter.

7.1 De hygieniske retningslinjene blir stort sett fulgt “Det ligger i ryggmargen” Operasjonssykepleiere spiller en sentral rolle i å identifisere, håndtere og forebygge smitteoverføring under kirurgisk inngrep. Dette involverer en systematisk overvåkning av alle aspekter ved det kirurgiske inngrepet, inkludert “overvåkning” av hele teamet, som er inne på stuen for å oppdage og forebygge eventuell smittespredning og sette i gang nødvendig smitteforebyggende tiltak. Deltakerne viser allerede en bevissthet om de hygieniske prinsippene før de dra hjemmefra, som for eksempel ved å klippe neglene og ved å fjerne smykker og sminke. På bakgrunn av at operasjonspasienten er svært utsatt og sårbar for infeksjoner, og det er derfor avgjørende å opprettholde en høyere standard for hygienisk miljø (Eide & Dávøy, 2019, s.30-32).

Deltakerne beskriver hvordan de på en korrekt måte kler på seg uniformen når de skal inn i operasjonsavdelingen. Påkledninger er både fysisk og kulturell, for eksempel at det bare er på operasjonsavdelingen en bruker grønt tøy, og retningslinjene sier at til det antrekket hører det hverken smykker eller sminke til. Formålet med riktig bekledning, er som Spruce(2017) skriver, å begrense mikrobeeksponering fra personellets hud og hår. Da skal uniformen være ren, også hodebeskyttelsen, og klokke og smykker skal være fjernet (vedlegg 1), slik at man begrenser muligheten for smitte til pasienter så godt som mulig.

Måten man kler på seg uniformen på er heller ikke uvesentlig. Man kler av seg til undertøyet, før man vasker hendene og tar på seg det grønne tøyet og dekker håret. Når en har fått på seg den uniformen som til enhver tid skal brukes inne på en operasjonsavdeling må tankene hele tiden være slik at den skal være så ren at den beskytter pasienten mot det som er mindre rent. Det betyr at hvis en i det kirurgiske teamet forurenses arbeidsantrekket sitt, må vedkommende skifte. Denne type holdningsarbeid er personlig, og en må alltid stole på hverandre at den enkelte gjør nettopp det prosedyrene krever at vi skal gjøre. Hvis uniformen blir tilgriset, for eksempel med puss fra et sår, kan det fort smitte over til en annen pasient hvis ikke operasjonsskittelen blir skiftet. Det er dette som skal ligge i ryggmargen hevder operasjonssykepleierne, selv om de noen ganger har mistanke om at ikke alle gjør som retningslinjene sier. Det er snakk om en personlig ærlighet overfor den aktuelle hendelsen skriver Dávøy (2018), og peker nettopp på den indre stemmen som sier

Kandidatnummer: 415 og 502

hva vi skal gjøre, nettopp fordi vi kjenner prosedyrens intensjon. Det personlige ligger nettopp i om vi gjør det eller ei.

Selv om ikke funnene kan generaliseres, virker det som operasjonssykepleierne som gruppe har et veldig strengt forhold til hygiene og det å forholde seg til retningslinjene. Det at det ligger i ryggmargen, sier noe om et nivå i en standard som den enkelte ikke må gå på akkord med. Det er det som kjennetegner dem som operasjonssykepleiere. I forhold til å gi de beste forutsetningene for pasientene, risikerer de ikke slurv med retningslinjene. Dette har alt å si for den helhetlige kvaliteten på omsorgen som gis til pasienten. Som Aakre (2016) skriver er total kvalitet når menneskers liv og sikkerhet står på spill og den enkelte må sørge for at det handles klokt og rett. Standarder er at det må være noen minstekrav til holdning og handling i tjenestene som alle kan forvente. Noe av operasjonssykepleiernes omsorg ligger nettopp i å gi optimal operasjonssykepleie (Eide & Dåvøy, 2019, s. 30-32). Det vil si at retningslinjene blir fulgt. Det er viktig å ta i betraktning at vi ikke har kontroll på hva som skjer utenfor operasjonsstuen. Hvis det observeres slurv med etterlevelsen av retningslinjene inne på operasjonsstuen, oppstår det en byrettighet bekymring rundt hva som kan være mangelfullt utenfor.

Deltakerne var veldig opptatt av at de var på en ortopedisk seksjon. Tidligere ble ortopediske inngrep regnet som ultrarene. Det ville si at kravet til antall partikler per kubikkmeter skulle være svært lav, lavere enn 10 cfu/m³. Andre inngrep hadde krav til 100 cfu/m³ (Andersen, 2016). Det snakkes i liten grad om disse forskjellene i dag, men for operasjonssykepleieren i denne studien er det med infeksjoner etter et ortopedisk inngrep noe de ser svært alvorlig på. De er og vil være hygienepoliti. Å forholde seg til et lovverk, både lokale og sentrale ligger i den enkeltes instruks.

"Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig" (Helsepersonelloven § 4, kap. 2).

Derfor hevder informantene at det å både ta hånd om egen gruppe, men også gi beskjed når andre ikke oppfyller krav til hygiesikkerhet hører til jobben. Men som de sier, det er ikke alltid like enkelt å korrigere andre.

Når det i avdelingene syndes mot bruk av godkjente hjelmer eller hodebekledning, blir verken regelverket eller forskningen fulgt. Studien til Lisa Spuce (2017) anbefaler å dekke

Kandidatnummer: 415 og 502

både håret og ørene for å forhindre at hud og hårpartikler drysser ned i operasjonsfeltet og potensielt fører til infeksjon. Ifølge litteraturen kan utbrudd av postoperative infeksjoner være relatert til bakterier som finnes på huden og håret til helsepersonell. En annen studie som undersøkte bakteriell forurensing av ørene, mener at det er nødvendig å dekke til ørene når man oppholder seg i operasjonsenheten (Spruce, 2017). Heldekkende hjelm som deltakerne bruker gir mindre risiko for hudflassing og hårdryss, siden den dekker både ørene, hals og nakke. Noe som resulterer i mindre bakterie forurensing i miljøet og mindre infeksjonsrisiko i operasjonssåret (Spruce, 2017). Fransson (2020) underbygger det samme, der hun påpeker betydningen av korrekt bruk av operasjons hette, ettersom det er påvist signifikante forskjeller i bakteriekontamineringen av operasjonssåret når personalet inne på operasjonsstuen ikke bruker operasjons hette i henhold til retningslinjene, sammenlignet når alle bruker operasjons hette i samsvar med retningslinjene.

I samsvar med retningslinjen (vedlegg 1) er det nødvendig at hette eller lue skal dekke alt hår og skjegg. I vår studie bruker alle deltakerne heldekkende hjelmer eller hetter. Heldekkende hjelm beskytter hele hodet, i tillegg både hals og nakke (Figur 1). Anestesien bruker hjelmer eller hetter som kan knyttes rundt halsen (Figur 2). I midlertidig ble det observert at kun en av anestesipersonellet på en av de ortopediske seksjonene brukte spesial hette, mens resten brukte vanlig operasjonslue, selv under protesekirurgi (Figur 3). Deltakerne i studiet vårt understreker at ved protesekirurgi skal alle på operasjonsstuen bruke heldekkende hjelmer.



Figur 1 Heldekkende hjelm, figur 1 (Mölnlycke, 2017).



Figur 2 Hette med knytting rundt halsen, figur 2 (OneMed, u.å.).



Figur 3 Vanlig operasjonslue, figur 3 (Apotek 1, u.å.).

Kandidatnummer: 415 og 502

Ved våre institusjoner er det krav til konkret hodebekledning ved protesekirurgi. Likevel er det noen som ikke vil følge disse retningslinjene. Dette er et gjenkjennbart problem også ved andre institusjoner. I studien til Mayes, (2020) kunne de formidle at det var leger som nektet å forholde seg til retningslinjene. I andre studier viste det seg at dette med hodebekledning er en utfordring flere steder (Loison et al. 2020; Giudice et al 2019) og en må kanskje spørre seg hvorfor. Hva er grunn til at noen ikke vil ta på seg de hodeplaggene som avdelingen krever ved ortopediske inngrep? Vi mener at her må også ledelsen komme på banen. Man kan ikke forvente at operasjonssykepleiere på stuen skal kunne ta dette opp med hver enkelt som nekter å overholde det lokale regelverket. Vi mener at dette er et ledelsesproblem, selv om den enkelte operasjonssykepleier også kan gi beskjed.

Organisasjonen AORN anbefaler bruk av ren kirurgisk maske som dekker både munn og nese og er korrekt plassert for å forhindre luftlekkasjer på sidene av masken (Kang,et.,al, 2023). Deltakerne påpeker at munnbind skal brukes når man er inne på operasjonsstuen. De som var inne på operasjonsstuen var flinke til å bruke munnbind slik det var påkrevd.

Anestesilegene som gikk til og fra kunne slurve med dette. I tillegg viser flere forskningsartikler at det flertallet av personellet inne på operasjonsstuen ikke bruker munnbind på korrekt måte (Loison, et., 2020; Aktas & Damar, 2020; Giudice, et al, 2019).

Funn viser at de hygieniske retningslinjene er viktig for deltakerne. De mener retningslinjene skal følges av alle som går inn i operasjonsavdelingen. Dåvøy (2019, s. 203-204) sier kompetanse og holdninger er et stort krav hos hvert enkelt teammedlem.

Teammedlemmene har egne spesifikke oppgaver, de er alle avhengige av hverandre sin ekspertise og de har sammen et felles mål. Et felles mål anser vi som operasjonssykepleiere å minimere risikoen for at pasienten blir utsatt for infeksjon. Blir det infeksjon i en protese er konsekvensene fatale både for pasienten og sykehuset.

Studien utført av Loison, et.,al (2020) viser at de ansatte som arbeidet med ortopedisk kirurgi hadde en høyere overholdelse av kravene til retningslinjen. Kirurger og sykepleiere hadde høyere overholdelse sammenlignet med anestesileger og annet helsepersonell. Deltakerne våre uttrykker enighet om at ortopedisk seksjon skiller seg ut ved å ha høyere standard og gode holdninger til de hygieniske retningslinjene. Det kommer frem at ortopedene har høy standard og er strenge. Men det er i midlertidig mulig å forbedre seg ytterligere.

Kandidatnummer: 415 og 502

Tilbakemeldingen fra våre deltakere er tydelig på at det er forbedringspotensialet når det gjelder bekledning på operasjonsstua. Selv om operasjonssykepleieren mener at standarden er god innad i egen faggruppe, mener de at det syndes en del, selv på ortopedisk seksjon. Retningslinjene, sier de er laget med tanke på pasientsikkerhet, derfor er det så "irriterende" at ikke alle ønsker å trekke i samme retning. Dessverre er det flere studier som viser nettopp det samme, at selv om retningslinjene er klare er overholdelsen ikke like stor, og det er som regel tuftet på individuelle syn (Fransson, 2022; Giudice, 2019; Pop-Vicas 2019; Mayes 2020; Loison, et al., 2020).

Deltakerne evaluerer de hygieniske retningslinjene som adekvate. De er oppmerksomme på og tar nødvendige forholdsregler for å opprettholde god hygiene og følge retningslinjene i sitt arbeidsmiljø. I de nevnte hygieniske retningslinjene står det klart og tydelig at smykker ikke skal benyttes når man befinner seg inne på operasjonsavdelingen (Vedlegg 1). I midlertidig viser funnene at det var betydelig variasjon blant det kirurgiske teamet når det gjaldt bruk av smykker og tilbehør, som ringer, armbåndsur, og øredobber i operasjonsavdelingen. Her uttrykkes det en bekymring for manglende overholdelse av disse retningslinjene blant deltakerne. Loison, et al., (2020) presenterer også bekymringsfulle funn i deres studie, der en betydelig andel av deltakerne (69%-89%) brukte smykker inne på operasjonsavdelingen. I kontrast til dette, viste funnene i studien til Aktas & Damar (2021) at en høy andel av deltakerne (99,6%) var enig i at ingen i teamet skulle bruke ringer, klokker og armbånd. Likevel var det en betydelig variasjon av etterlevelsen av de ulike retningslinjene mellom 49,2 % og 89,4%.

I studietiden var vi selv vitne til flere brudd på hygieniske retningslinjer av teammedlemmer i det kirurgiske teamet. Blant annet har det blitt registrert bruk av gelenegler, giftringer som er tapet over før kirurgisk håndvask, samt bæring av store smykker rundt halsen. Vår studie avdekker at noen teammedlemmer i operasjonsavdelingen ikke overholder de hygieniske retningslinjene ved å bære smykker, til tross for gjentatte påminnelser. Dette kan skyldes en ukultur i avdelingen, der enkelte ønsker å pynte seg på operasjonsstuen, selv om prosedyren ikke tillater det. En kommentar fra en operasjonssykepleier har spesielt festet seg i minnet "vi kan ikke tillate at operasjonsområdet blir en arena for å vise seg frem. Det er ikke det rette stedet for det. Hvis vi ønsker å bruke operasjonsmanekenger, bør de bygge på andre kriterier enn utseendet, for eksempel kompetanse, kunnskap og viten". Under praksis

Kandidatnummer: 415 og 502

har en av oss personlig erfart der en kirurg bar øredobber under elektiv operasjon, og ved inngrepets avslutning oppdaget vedkommende til sin store fortvilelse at en øredobb var borte. Som en konsekvens av denne hendelsen valgte kirurgen å avstå fra å bære øredobber i etterkant. Denne hendelsen illustrerer en reel situasjon der brudd på de hygieniske retningslinjene kunne fått fatale konsekvenser. Når det blir observert at mange av det perioperative personell velger å bruke smykker inne på operasjonsavdelingen, kan dette medføre en potensiell risiko for lignende situasjoner som den kirurgen opplevde under operasjon.

Til tross for at forskningen klart viser farene ved å bruke uhygieniske gjenstander på operasjonsstuen, velger enkelte i det kirurgiske teamet å bruke smykker og tilbehør, som ringer, armbåndsur, øredobber. Dette reiser spørsmål om hvorfor det tas en slik risiko med hensyn til de alvorlige konsekvensene som kan oppstå ved brudd på de hygieniske retningslinjer. Raaheim (2019) beskriver at holdning refererer til den tolkningen vi gjør av et menneske for å forklare deres oppførsel. Når noen konsekvent unnlater å følge de hygieniske retningslinjene antar vi de har en holdning som ikke anerkjenner viktigheten av de hygieniske retningslinjene. Sammenligningen med å sende en tekstmelding mens man kjører bil, og dermed utsette både seg selv og andre for fare, gir et bilde av risikoen som tas ved å ignorere retningslinjene. Det er derfor viktig å forstå alvoret ved brudd på de hygieniske retningslinjene og konsekvensene det kan ha for pasientene.

Raaheim (2019) underbygger dette ved å forklare hvordan menneskers indre og stabile egenskaper som kjennetegner menneskets møte med ulike situasjoner av forskjellig karakter. Selve situasjonen stimulerer til en bestemt type respons eller atferd. I dette tilfelle en negativ atferd med konsekvenser for et annet menneske for eksempel å potensielt utsette pasienten for en infeksjon.

Selv om enkelte av teammedlemmene ikke følger de hygieniske retningslinjene kommer det fram at operasjonssykepleierne er svært opptatt av å følge retningslinjene og det er svært sjeldent de bryter dem. Men som flere deltakere beskrev så er det ikke alt man registrerer selv, og da må man jo hjelpe hverandre til å huske på retningslinjene. Med mindre det oppstår akutte hendelser der en ikke kan tenke på hygiene, der det er snakk om liv eller død. Fransson (2022) skriver at operasjonssykepleierne etterlevelse av hygieniske retningslinjer avhenger av hvilken type operasjon det gjelder, om det er akutte operasjoner eller

Kandidatnummer: 415 og 502

ortopediske operasjoner med høyere hygienekrav. Forskjellen mellom spesialitetene kan trolig forklares med at ortopediske operasjoner har en kultur med høyere hygienekrav, som muligens fører til at de jobber etter denne høyere hygienestandarden ved andre inngrep også.

Våre deltakere har uttalt at det er vanlig praksis å kommunisere brudd på retningslinjene, spesielt innad i gruppen. Dette støtter også Mayes (2020) sine funn, der det påpekes at det er vanlig praksis å korrigere hverandre muntlig ved brudd på retningslinjer. Selv om samtaler med nærmeste leder kan være et alternativ, er det en plikt å handle når man observerer avvik fra forventet praksis (Oksavik, s. 213). I flere av intervjuene kommer det frem at operasjonssykepleierne i større grad føler seg komfortable med å konfrontere kollegaer eller underordnede ved brudd på retningslinjer, enn å gi beskjed til de overordnede i hierarkiet. Når det eksisterer en følelse av trygghet og kjennskap til hverandre kan det være lettere å gi beskjed. Oksavik (2019) underbygger dette. Hun skriver at kjent personell og en følelse av tilhørighet i teamet bidrar til å skape en trygghet, og dette kan bidra til høyere pasientsikkerhet. Videre påpeker hun at trygge team gjør en tryggere på å si ifra om en oppdager fare for feil eller mangler (Oksavik, 2019, s. 205). Ved å vise respekt for hverandres meninger, oppmuntrer og støtter slik at hver enkelte føler seg ivaretatt nok til å gi beskjed høyt hvis en oppdager at pasientsikkerheten trues (Oksavik, 2019 s.209).

Selv om de fleste av deltakerne praktiserer å gi beskjed, er det allikevel en del som til tross for brudd på retningslinjene ikke alltid gir beskjed. Beslutningen om å ikke melde fra kan være personlig, avhengig av den som gir beskjeden, og den som mottar den. Det kan se ut som det er opp til hver enkelt hva de velger å gjøre med de aktuelle bruddene. Fransson (2022) bekrefter det samme ved å påpeke at det eksisterer en frykt for å gi beskjed til kollegaer med en "vanskelig personlighet", uavhengig av sosialt hierarki.

Vi har selv opplevd å gi beskjed til de "over" oss om brudd på retningslinjene. I midlertidig har mottakeren av beskjed har da valgt å ikke gjøre noe med bruddet. I stedet har de kommet med motargumenter som: "dette er noe som har blir gjort tidligere", "jeg bestemmer selv", "det finnes ingen forskning som støtter dette" etc. Det er godt forståelig at operasjonssykepleiere kan grue seg til å gi beskjed når det blir en slik diskusjon før selve "knivtiden" er startet. Hvis man har kjennskap til en kollega med en "vanskelig personlighet" som også er involvert i en annen operasjon der brudd på de hygieniske retningslinjene

Kandidatnummer: 415 og 502

oppstår, kan man nøle med å gi beskjed eller velge å la være på grunn av den “vanskelige personligheten”

Teamet er avhengig av at alle ledd i teamet jobber godt sammen og en dårlig stemning i teamet er noe som kan være ødeleggende for samarbeidet. Meningsforskjeller, gjeldene normer og holdninger bidrar til forverret teamarbeid, som har en direkte innvirkning på pasientsikkerheten (Fransson, 2022).

Informantene våre sitter inne med høy kompetanse innen smittevern og hygiene, og de bærer preg av at de ikke alltid blir lyttet til. De mener at en god standard er det som skal til for pasientene. Det samme uttrykker Fransson (2022), men hun skriver også at for å opprettholde god hygienisk standard, kreves det en type organisering, som igjen krever erfaring og kunnskap. Slik vi tolker dette kan ikke løsningen bare være hos enkeltpersoner, men heller hos en ledelse som kan klare å få alle til å trekke i samme retning. Det må teamarbeid til i et team. Regional plan for smittevern støtter det Fransson (2022) skriver:

Lederforankring og aktiv støtte fra alle ledernivå i sykehuset er en viktig forutsetning for vellykket implementering. Andre viktige forutsetninger er bevisstgjøring rundt barrierer mot endring og eliminasjon av disse. Organisasjonskulturen er avgjørende for å få til varige endringer. Smittevernpersonell trenger kunnskap og opplæring i forbedringsmetodikk for å lykkes med implementeringsarbeidet. (Regional plan for smittevern, 2022, Helse vest)

Fransson (2022) hevder også at ulike faggrupper har ulike syn på regler og rutiner. Det trenger ikke være vond vilje at en ikke trekker i samme retning, men rett og slett fordi en har andre fokus. Dette var også noe våre informanter hevdet, men som en løsning på dette mente de vi måtte komme sammen for å stake en felles vei. Undervisning i plenum der problematikken ble belyst kunne løse noe av dette. Å trekke lasset i samme retning til et felles mål er viktig hevdet de, men det må som de sa fungere på hele linjen.

7.2 Hygiene i forhold til retningslinjer må hele tiden være på dagsorden

I vår studie kommer det frem at retningslinjer er “ferskvare” og krever kontinuerlig innsats og oppmerksomhet. Fordi det er en vedvarende tendens der bruken av smykker forsetter, til tross for tidligere oppfordringer eller retningslinjer som anbefaler å ikke bruke det.

Eksempelvis forteller en av deltakerne at det henger plakater oppe hvor det står spesifikt at man ikke skal bruke smykker ringer, armbåndsur, armbånd, og andre smykker (øredobber, halskjeder) på jobb. Det er observert lignende plakater som har blitt plassert flere steder i

Kandidatnummer: 415 og 502

operasjonsavdelingen, både ved inngangen fra garderoben og på tavler og dører innenfor avdelingen, i løpet av en nylig tidsperiode. Plakatene er utarbeidet av FHI i samarbeid med Regionalt kompetansesenter for smittevern i Helse Vest (Figur 4).

Denne kontinuerlige innsatsen for å opprettholde og formidle retningslinjer er nødvendig mener deltakerne for å fremme en kultur for samsvar og sikre at personalet er informert om og forstår viktigheten av etterlevelse av retningslinjene for å opprettholde trygge og hygieniske forhold i operasjonsavdelingen. Mayes (2020) underbygger dette og skriver at plakater kan brukes for å minne om kravene for kirurgisk antrekk. For deltakerne er ikke det som står på plakaten noe nytt, men det ser ut som påminning av eksisterende rutiner er en nødvendighet for en del andre inne i operasjonsavdelingen. Noen velger å opptre på en profesjonell måte med å alltid følge retningslinjene og andre har en annen holdning der de velger å ikke følge retningslinjene og motargumentere, og synes allikevel det er helt greit (Renolen, 2010, s. 207).

En av deltakerne beskrev en tidligere aksjon i sykehuset kjent som "smykkefritt sykehus", der det ble gitt premier til de som overholdt tiltaket på best mulig måte. Denne aksjonen viste seg å ha en god effekt. I midlertidig påpekte deltakeren at tiltaket har gradvis mistet effekten iløpet av de seinere årene, noe som også er en tydelig påminnelse på at det må hele tiden jobbes med hygieniske retningslinjer, både på operasjonsavdelingen og i sykehuset generelt. Selv om påminnelser om retningslinjene kan være nyttig for noen, kan det være vanskelig å påvirke teammedlemmer som bevisst velger å bryte retningslinjene. Nightingale ville ha kaldt dette for mangel på ansvarlighet, både hos enkeltpersoner, men også hos ledere (2000).

Raaheim beskriver at vi ikke kan beskrive personers holdninger direkte, men det kan sees gjennom personens verbale ytringer slik som når en deltaker som fortalte det var en oppfatning blant en kirurg at antibiotika kan behandle alt. En slik kommentar vekker bekymring i oss, når vi vet at utviklingen av multiresistente bakterier truer helsevesenet (Fransson, 2020). Fransson (2020) stiller også spørsmål ved dette. Hun skriver at helsevesenet er i stor grad helt avhengig av antibiotikaenes effekt, men hvordan skal vi kunne håndtere infeksjoner når antibiotika ikke lengre har effekt? Manglende overholdelse av retningslinjene truer pasientsikkerheten og kan gi enda større lidelse og skader for pasienter. Å være føre var er noe som er en del av det forebyggende arbeidet til

Kandidatnummer: 415 og 502

operasjonssykepleierne og er nettopp en av grunnene til at vi skal forholde oss til de hygieniske retningslinjene. Det etiske "føre var" prinsippet for å forebygge uønskede hendelser og trusler mot pasientsikkerheten begynner med utvikling av gode kulturer for kvalitetsarbeid (Aakre, 2016, s. 163-164).

De fleste deltakerne skriver synergi, men i liten grad. Vi mener det er nødvendig å etablere en bedre praksis for å skrive synergi, etterfulgt av en tydelig leder som tar ansvar når andre kollegaer bryter retningslinjene. Det er avgjørende at hygieniske retningslinjer følges for å ivareta pasientsikkerheten. Andersen (2016) støtter dette, hun skriver at ledelse spiller en avgjørende rolle når det gjelder å sikre smitteverntiltakene på en arbeidsplass. Manglende ledelse kan føre til at det blir vanskeligere for ansatte å følge smitteverntiltakene på en korrekt måte. Alle ledere i helsevesenet fra helsedirektøren, sykehusetdirektør, og videre ned til avdelingsledere har et ansvar for smittevern og infeksjonskontroll. Dette er forankret iblant annet smittevernloven, arbeidsmiljøloven og helsepersonell loven. Helse og omsorgsdepartementet (2021) sin forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten sier også følgende:

«Helse og omsorgstjenesten har etter loven plikt til å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet»

Selv om at deltakerne våre indikerer at en mindre andel av operasjonssykepleierne skriver synergi er det avgjørende å øke rapportering av uønskede hendelser spesifikt for holdningene og bruddene på de hygieniske retningslinjene i operasjonsavdelingen. Dette underbygges av Aakre (2016), der hun skriver at å melde avvik og lære av avvik hører med kvalitetsarbeidet. Hvis kvaliteten av pasientomsorgen trues og operasjonssykepleier sin lederevne ikke går igjennom blir det avdelingsleder sitt ansvar å påvirke kulturendringer i operasjonsavdelingen (Oksavik, s. 213). Nightingale vil si at dette er mangel på lederansvar (2000, s.80)

"Ledere i helsevesenet har en forpliktelse til å skape arbeidsmiljøer som er karakterisert av respekt, åpenhet, ansvarlighet, læring og kvalitet i omsorg" (Oksavik, s. 213).

Noen av deltakerne argumenterer for at synergi kan være en måte å tydeliggjøre områder på som må forbedres, og dette bør være det overordnede målet. For at lederen skal kunne effektivt påta seg ansvaret med å drive en kulturendring når det kommer til brudd på de hygieniske retningslinjene, er det nødvendig at operasjonssykepleierne skriver synergi, slik at

Kandidatnummer: 415 og 502

lederne kan få innsikt i omfanget av problemet. Ved å registrere flere tilfeller ved brudd på retningslinjene, må lederen etablere nødvendige endringer.

Basert på deltakernes tilbakemeldinger er det tydelig at synergisystemet oppleves som tungvint og tidskrevende i en travel arbeidshverdag. Det er nødvendig å utvikle en mer brukervennlig og effektiv metode for å registrere avvik. Vi vet fra praksis av at noen seksjoner har en kort samling på slutten av dagvakten der tilgjengelige operasjonssykepleierne deltar. Formålet med denne samlingen er å gå gjennom “det grønne korset”, som innebærer eventuelle uønskede hendelser. Det kan vurderes å utvide implementeringen til flere seksjoner og en person kan ha hovedansvaret for å registrere brudd på hygieniske retningslinjer. Til tross for lite synergibruk mener vi at det er lederens ansvar å legge til rette for at hvert teammedlem enkelt kan registrere avvik. Aakre (2016) understøtter det vi skriver, og mener at kontinuerlig forbedring er alle ansatte og spesielt ledere sitt ansvar for at alle i foretaket deler erfaringer som bidrar til læring og viser om kvaliteten bør forbedres og den enkelte tar ansvar for å melde fra om uønskede hendelser.

Funnene våre indikerer betydelige forskjeller i den opplæringen som gis til de ulike teammedlemmene og dette kan påvirke deres evne til å utføre blant annet prosedyrer på en adekvat måte. Det kan være hensiktsmessig og etablere rutiner for opplæring av nye ansatte for å sikre at de tilegner seg nødvendige ferdigheter og kompetanse på en strukturert og effektiv måte. Dette underbygger Renolen (2010) da hun skriver at via læring vokser mennesker frem ferdigheter, vaner, kunnskaper og holdninger. Dåvøy (2019) skriver akkurat det samme som Renolen (2010), men trekker også inn at det kan resultere i forbedring av pasientbehandling. Derfor er det viktig at operasjonssykepleiere gir veiledning for å skape godt samarbeid og utvikle kollegaer sin kompetanse. Dette er det Dåvøy (2019) kaller et pedagogisk ansvar. Deltakerne følte et ansvar for opplæring av andre kollegaer i operasjonsteamet.

Samtidig påpeker studien til Fransson (2020) at det er et personlig ansvar å holde seg oppdatert og søke ny kunnskap. Her mener vi at alle som går inn i operasjonsavdelingen har et personlig ansvar for å følge gjeldende påkledning for opphold i operasjonsenheten. Det er derfor overraskende at en medisinerstudent kan komme hele veien inn i operasjonsavdelingen iført lakksko uten å ha kjennskap til riktig påkledning inne på en operasjonsavdeling.

Dette underbygger viktigheten av det deltakerne sier om opplæring av ny ansatte, det er store ulikheter i opplæringen og det bør implementeres rutinemessig opplæring av alle som skal inn i operasjonsavdelingen. Igjen vil vi her påpeke at det i bunn og grunn er lederne som må ta tak i problemene for å gjøre endringer for at alle i det kirurgiske teamet skal følge de hygieniske retningslinjene og ikke den enkelte operasjonssykepleier. Blir det gitt beskjed fra et ledernivå vil det kanskje også ses en endring i operasjonsavdelingen der alle må følge de hygieniske retningslinjene. Det bør ikke kunne være et valg om å følge eller å ikke følge retningslinjene, de skal alltid følges.

8.0 Metodediskusjon

Hygiene utgjør en vesentlig del av operasjonssykepleiers fagområde, og ved å begrense intervjuene våre til operasjonssykepleiere kan det ha styrket temaet. Dette kan i midlertidig betraktes som en begrensning da vi kun har fått perspektivet fra denne faggruppen som naturligvis er sterkt engasjert i temaet. En svakhet ved vår tilnærming er at vi ikke inkluderte hele det kirurgiske teamet i intervjuene. Ved å involvere alle medlemmene i det kirurgiske teamet kunne vi ha oppnådd en mer omfattende og variert forståelse av årsakene til at de følger eller ikke følger de hygieniske retningslinjene. Dette ville bidratt til å belyse ulike perspektiver og eventuelle faktorer som påvirker etterlevelse av retningslinjene på tvers av ulike faglige roller og ansvarsområder. Vi vurderte muligheten for å observere det kirurgiske teamet under operasjon, etterfulgt av et fokusgruppeintervju med teamet like etter operasjonen. Men vi konkluderte med at det ville være utfordrende å få med hele det kirurgiske team i et fokusgruppeintervju, og at datamateriale ville blitt for lite til å besvare problemstillingen vår. Ved å begrense utvalget til kun ortopedisk seksjon, kan det være begrensninger når det gjelder å få innsikt i holdningene til de hygieniske retningslinjene i andre seksjoner. Ortopedisk seksjon er kjent for å opprettholde generelt høy standard når det gjelder slike retningslinjer. Ved å fokusere på denne spesifikke seksjonen er det mulig å undersøke om holdningene faktisk harmoniserte med den høye standarden. Den avgrensede tilnærmingen til en seksjon bidro til å opprettholde en ryddig og oversiktlig oppgave. Etter å ha gjennomgått intervjuene i etterkant, ser vi at vi kunne justert på spørsmålene, for å tydeliggjøre vårt fokus på påkledning før man går inn i operasjonsavdelingen. Dette kunne muligens gitt oss bedre funn. Å samarbeide som et team har vist seg å være en styrke for oss. Vi har komplementert hverandre på ulike områder, noe som kan ha styrket helheten i

Kandidatnummer: 415 og 502

masteroppgaven. Som nybegynnere i kvalitativ forskningsmetode erkjenner vi muligheten for at vi kan ha misforstått analysemetoden til Malterud og feiltolket beskrivelsene noe som kan potensielt kan ha påvirket kvaliteten på oppgaven vår. Gjennom hele prosessen har vi lært og utviklet oss, noe som vil være verdifullt for oss som fremtidige operasjonssykepleiere. Vi anser oppgaven vår som troverdig, da den er basert på deltakernes forklaringer og gir svar på problemstillingen vår.

9.0 Oppgavens relevans for praksis

Oppgaven har stor relevans for praksis, spesielt ledere, ansvaret må ligge på lederne og ikke hver enkelt operasjonssykepleier.

10.0 Konklusjon

Medlemmer av det kirurgiske team trenger kunnskap og gode holdninger til hygieniske retningslinjer slik at de kan overholdes. Analysen, teorien og litteraturgjennomgangen viser at det er flere brudd på de hygieniske retningslinjer i operasjonsstuen. Analysen vår viser at det er både høy standard og strenge retningslinjer ved ortopediske inngrep, men standarden blir til tross for det ikke opprettholdt hos enkelte av teammedlemmene. Det er bekymringsverdig med tanke på hvilke konsekvenser dette kan føre til for pasienten, og for helsevesenet. Samtidig viser analysen vår at ut ifra en operasjonssykepleiers perspektiv er det overraskende gode og positive holdninger til de hygieniske retningslinjene i ortopediske avdelinger. Alt i alt er standarden høy hos de fleste, men det finnes også forbedringspotensialer. Vi mener at det må være en felles undervisning knyttet til de felles retningslinjer som skal overholdes. Det må også være slik at alle har ansvar for å gi beskjed når det oppstår brudd på retningslinjene, også med bruk av synergi. Men viktigst av alt er det ledernes ansvar. Implementeringen av endringer i operasjonsavdelingen med hensyn til overholdelse av de hygieniske retningslinjene hviler hovedsakelig på nettopp lederen, da det er deres ansvar å sikre at slike endringer finner sted. Ledernes rolle innebærer å innføre og sikre gjennomføringen av tiltak som fremmer etterlevelsen av de hygieniske retningslinjene på operasjonsavdelingen. Retningslinjer som er laget for å forebygge mot infeksjoner skal alltid følges, med mindre retningslinjene står i konflikt med liv og død. Brudd på slike

Kandidatnummer: 415 og 502

retningslinjer kan si noe om holdningene til hvert enkelt team medlem. Vi håper at denne studien kan bidra til mer refleksjon og større fokus på de hygieniske retningslinjene.

Kandidatnummer: 415 og 502

11.0 Referanseliste

Aase, K. & Aase, K. (2022). *Pasientsikkerhet*. Universitetsforlaget.

Aakre, M. (2016). *Jakten på dømmekraft - Praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Alvsvåg, H & Aadland, E. (2019). *Profesjonsetikk i sjukepleie*. Danmark: Det Norske Samlaget.

Apotek 1. (u.å.). *Barrier Kosack operasjonslue grønn*. (Figur 3).

<https://www.apotek1.no/produkter/kosack-operasjonslue-gronn-100stk-914311p>

Aktaş, F. O. & Damar, H. T. (2022). Determining Operating Room Nurses' Knowledge and Use of Evidence-Based Recommendations on Preventing Surgical Site Infections. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 37(3), 404–410. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.iopan.2021.08.012>

Andersen, B. M. (2016). *Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus: Del 2: Praksis og teori* (Rev. utg). Elefantus forl.

Aanesen, K. H. (21. Oktober, 2020). Forskningsutvalg i kvalitative forskningsprosjekt.

Nasjonal digital Læringsarena. <https://ndla.no/nb/subject:1:fb6ad516-0108-4059-acc3-3c5f13f49368/topic:1:860e0dc0-7691-4b90-ba3b-8a00c39c9448/topic:1:6422199b-cd4c-4728-8560-e357482c14d2/resource:3ce09eca-78cb-432f-912a-1baeeb9c4607>

Dåvøy, G.M., & Eide, P.H. (2019). Funksjons- og ansvarsområde. Dåvøy, G.M., Eide, P.H., & Hansen, I (Red.), *Operasjonssykepleie* (2.utg.) (s.30-32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Dåvøy, G.M. (2019). Samarbeid i team. Dåvøy, G.M., Eide, P.H., & Hansen, I (Red.), *Operasjonssykepleie* (2.utg.) (s.203-205). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Dåvøy, G.M., & Andersen, B.M. (2019). Hygiene og infeksjonsforebygging. Dåvøy, G.M., Eide, P.H., & Hansen, I (Red.), *Operasjonssykepleie* (2.utg.) (s.243-245). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Dåvøy, G.M. (2019). Operasjonssykepleierens pedagogiske funksjon. Dåvøy, G.M., Eide, P.H., & Hansen, I (Red.), *Operasjonssykepleie* (2.utg.) (s.34-36). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Espeseth, E., & Herland-Dyrkolbotn, H. (2022). Vitenskapsteori, etikk og metode. MAMET1KS ABIO. Kan hentes som PDF hos HVL.

Forskrift om smittevern i helsetjenesten. (2005). Forskrift om smittevern i helse -og omsorgstjenesten (FOR-2005-06-17-610). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-06-17-610?q=smittevern%20operasjon>

Fransson, A. (2022). *Operationssjuksköterskans uppfattning av operationsteamets följsamhet av hygienriktlinjer - En enkätundersökning. Masteroppgave.* Linnéuniversitetet.

Giudice, D.L., Trimarchi, G., Fauci, V.L., Squeri, R., & Calimeri, S. (2019). Hospital infection control and behaviour of operating room staff. *Central European Journal of Public Health*, 27(4), 292-295. <https://doi.org/10.21101/cejph.a4932>

Hansen, I., Andersen B.M., & Loraas, L-M. E. (2019). Hygiene og infeksjonsforebygging. Dāvøy, M.G., Eide, H.P., & Hansen, I (Red.), *Operasjonssykepleie* (2.utg.) (s.271). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Helse- og omsorgsdepartementet (2021, 2.november). Kvalitet og pasientsikkerhet. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/kvalitet/id536789/>

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell m.v (LOV-2023-04-28-8). Lovdata. [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) - Kapittel 1. Lovens formål, virkeområde og definisjoner - Lovdata](#)

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell m.v (LOV-2023-04-28-8). Lovdata. [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) - Kapittel 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse - Lovdata](#)

Kang, M., Andrew, M. E., Farishta, A., Oltmann, S. C., & Sreeramoju, P. V. (2023). Best Practices and a Business Case for Surgical Site Infection Prevention. *AORN journal*, 117(5), 277–290. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1002/aorn.13912>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Loison, G., Troughton, R., Raymond, F., Lepelletier, D., Lucet, J. C., Avril, C., Birgand, G., & ARLIN Working Group (2017). Compliance with clothing regulations and traffic flow in the

Kandidatnummer: 415 og 502

operating room: a multi-centre study of staff discipline during surgical procedures. *The Journal of hospital infection*, 96(3), 281–285. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.jhin.2017.03.026>

Lund-Borchgrevink, C-F. (2022). *Påkledning ved opphold i operasjonsenheten*. Infeksjonskontroll. <https://www.infeksjonskontroll.no/forebygging/5827>

Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Mayes C. G. (2020). A Grounded Theory of Intraoperative Team Members' Decision Making Regarding Surgical Attire Guideline Adherence. *AORN journal*, 112(5), 457–469. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1002/aorn.13207>

Mölnlycke. (2017). Operasjonsluer. (Figur 1). <https://www.molnlycke.no/SysSiteAssets/master-and-local-markets/documents/norway/surgical-documents/operasjonsluer-2017.pdf>

NSFLOS. (2016, 19. januar). *Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse* <https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>

Oksavik, W.S. (2019). Samarbeid i team. Dåvøy, M.G., Eide, H.P., & Hansen, I (Red.), *Operasjonssykepleie* (2.utg.) (s.213). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

OneMed. (u.å). Evercare operasjonshjelm James (Blå Med Knyting (Figur 2). <https://www.onemed.no/products/I0091361/evercare-operasjonshjelm-james>

Pop-Vicas, A. E., Young, A., Knobloch, M.-J. & Safdar, N. (2019). Mental Models of Surgical Site Infection Prevention Among Surgical Technicians and Nurses. *Open Forum Infectious Diseases*, Volume 6(Supplement_2), S444–S445. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofz360.1097>

Raaheim, A. (2019). *Sosialpsykologi* (2. utg.). Fagbokforlag.

Renolen, Å. (2010). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Fagbokforl.

Kandidatnummer: 415 og 502

Regionalt kompetansesenter Helse Vest Helse Bergen. (2023). Regionale fagplaner for smittevern. (<https://helse-bergen.no/avdelinger/forskings-og-utviklingsavdelinga/pasienttryggleik/regionalt-kompetansesenter-for-smittevern-i-helse-vest#regionale-fagplaner-for-smittevern>)

Helse Vest (2022.). Regional plan for smittevern (PDF) Hentet fra (<https://helse-vest.no/seksjon/styresaker/Documents/2022/15.02.2022/Sak%2000629%20Vedl.%201%20-%20Regional%20smittevernplan%202022.pdf>)

Spruce L. (2017). Surgical Head Coverings: A Literature Review. *AORN journal*, 106(4), 306–316.e6. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.aorn.2017.08.001>

Vedlegg 1 Påkledning ved opphold i operasjonsenheten

Påkledning ved opphold i operasjonsenheten

Hensikt og omfang

Redusere risiko for postoperativ infeksjon etter kirurgiske prosedyrer og beskyttelse personalet mot smitte.

Ved å skifte til nytt rent grønt tøy ved hver "innslusing" og grundig håndhygiene i personalslusen, begrenser man muligheten for smitteoverføring fra pasienter, utstyr og personalet utenfor operasjonsavdelingen.

Prosedyren gjelder for alle som oppholder seg på operasjonsenhetene.

Fremgangsmåte

Grønt arbeidstøy/engangs operasjonsbekledning markerer at personalet arbeider innenfor et fysisk avgrenset område med store krav til hygiene, og benyttes kun av personell som har sitt arbeid (eller er i opplæringsfase) inne i operasjons-/anestesiavdeling/dagkirurgi.

Gjelder alt personale som arbeider/hospiterer i operasjons- og anestesiavdelingen. Grønt arbeidstøy brukes kun i spesialavdelinger.

Adgang til operasjonsavdelingen

- Adgangen til operasjonsavdelingene er begrenset til personell som har nødvendige arbeidsoppgaver der.
- Adgang for personell som ikke til vanlig arbeider på operasjonsavdelingene skal avtales med avdelingens leder.

Personalslusen - Garderoben mellom yttergang og operasjonsavdelingen

- Det skal skiftes fra hvitt arbeidstøy til grønt arbeidstøy i personalslusen/garderoben mellom yttergang og operasjonsavdelingen.
- Ansatte skal ikke skifte fra privat tøy eller oppbevare privat tøy i personalslusen/garderoben ved operasjonsavdelingen.
- Ved start på arbeidsdagen kan man skifte fra privat tøy til arbeidstøy/engangs operasjonsbekledning i sentralgarderoben. Man tar på ren hvit frakk som kneppes helt, og kan deretter gå direkte til operasjonsavdelingen. Personalet trenger da ikke skifte en gang til.
- Den hvite frakken skal aldri tas inn i operasjonsavdelingen og henges der.

Privat tøy

- Av privat tøy tillates kun undertøy og sokker/strømper, eventuelt benyttes sykehusets strømper/sokker.

Kandidatnummer: 415 og 502

- Det skal ikke brukes annet privat tøy under operasjonsbekledningen. Det gjelder også for ledsagere til barn.

Smykker

- Det skal ikke brukes ringer, armbåndsur, armbånd eller andre smykker (ørelobber, halskjeder) i operasjonsavdelingene. Det inkluderer piercing i nesevingen. Piercing andre steder i ansiktet tildekkes.
- For anestesipersonell anbefales bruk av "sykepleier-ur" som festes på brystet (modeller for både menn og kvinner finnes).
- Identitetskort skal festes synlig på arbeidsantrekket. ID-kort skal ikke henge i snor/bånd rundt halsen.

Det skal ikke brukes ringer, armbåndsur eller andre smykker (ørelobber, halskjeder) i operasjonsenhetene. Det inkluderer piercing i nesevingen. Piercing andre steder i ansiktet skal de dekkes til.

Håndhygiene

Grundig håndhygiene skal utføres før man forlater garderoben og går inn i operasjonsavdelingen.

Personalslusen

Påkledningsregler for rent område

- Alt personell som oppholder seg fast i operasjonsavdelingen skal bruke rent grønt arbeidstøy, eller engangs operasjonsbekledning av kunstfiber.
- Personell som **kun** skal oppholde seg i rent område i et kort tidsrom, kan benytte hvitt tøy under følgende forutsetninger:
 - Tøyet er rent.
 - Tøyet har ikke vært benyttet i forbindelse med behandling/undersøkelse av pasienter utenfor operasjonsavdelingen.
 - Tøyet benyttes ikke inne i operasjonsstue eller sterilt lager.

Skifte av sko

- Personell skal benytte vaskbare operasjonssko eller egne innesko med hel kappe, ikke sandaler.

Hår/hodeplagg/munnbind

Kandidatnummer: 415 og 502

- Hette/lue tas på i garderoben og skal alltid benyttes i operasjonsenhetene, og skal dekke alt hår og skjegg. Langt hår bør bindes opp slik at det ikke faller frem under luen.
- Hette/lue/hjelm kan eventuelt tas av i korridorer, kontorer og pauserom, avhengig av lokale bestemmelser.
- Skjegg skal skjules, bruk helst "hjelm/hood".
- Munnbind skal benyttes av alle som beveger seg inn på stuen der kirurgiske inngrep foregår. (Munnbind er engangs og skal ikke bæres rundt halsen eller puttes i lommen).

Skifte av grønt tøy

- Grønt tøy bør ikke brukes i mer enn 8 timer før det skiftes.
- Tøyet skal ellers skiftes når det er blitt synlig tilsølt, og etter operasjoner med risiko for smittespredning.

(Se egen prosedyre: "Påkledning ved kirurgisk inngrep med risiko for smittespredning".)

Bruk av grønt tøy utenfor operasjonsenheten

Grønt tøy skal ikke benyttes utenfor operasjonsenheten.

Unntatt fra dette er:

- Personell som følger pasienter fra operasjonsenhetene direkte til postoperativ overvåkning/intensivavdeling, og straks vender tilbake til operasjonsenheten.
- Personell som går til eget kontor, møterom eller lignende rom uten allmenn adgang, og oppholder seg der til de skal tilbake til operasjonsstuen.

Forutsetningene er da følgende:

1. Det benyttes ren hvit frakk som ikke tidligere har vært brukt ved behandling/undersøkelse av pasienter utenfor operasjonsenhetene.
 2. Det foregår ikke kontakt med pasienter eller andre aktiviteter som kan forurense tøyet under oppholdet utenfor operasjonsenheten.
 3. Grønt tøy skal ikke benyttes i områder med allmenn adgang, f.eks. sengeposter, poliklinikker, kantine o.l.
- Ved øyeblikkelig hjelp der personell fra operasjonsenheten må delta ved behandling av pasienter utenfor enheten og det ikke er tid til å skifte. Det må da skiftes til rent grønt tøy når personellet vender tilbake til operasjonsenheten, eller så snart som mulig hvis pasienten må transporteres til operasjonsenheten for videre behandling der.

Kandidatnummer: 415 og 502

- Anestesipersonell som er på vakt på operasjonsenheten, og som blir tilkalt for innleggelse av perifere venekatetere (PVK) på sengepostene. Det må da benyttes en baknappet langermet beskyttelsesfrakk utenpå det grønne tøyet. Beskyttelsesfrakken skal bare brukes én gang.

Pårørende

- Pårørende som skal ledsage barn bør som hovedregel skifte slik som personalet.
- Dette kravet er absolutt hvis ledsager skal være med helt inn i operasjonsstuen.

Hvis ledsager bare følger med til et forberedelsesrom/innledningsrom og ikke helt inn på operasjonsstuen, kan han/hun benytte en ren frakk over privat tøy.

Definisjoner

Sterilt område:

Operasjonsstuer, skiftestuer, sterile lagre, forberedelsesrom og autoklaverom.

Rent område

Forberedelsesrom/innledningsrom, arbeidsrom, resusciteringsrom, rent lager, oppholdsrom, korridor, kontor og garderober.

Operasjonsbekledning

Operasjonskittel og operasjonsbukse i henhold til Norsk standard NS 3370:2013 Helsevesen - Unisex operasjonsbukse (scrub suit) og NS 3371:2013 Helsevesen - Unisex operasjonskittel (scrub suit) eller senere utgaver av disse. Det skal være mansjett på ermene, nederst på kittel og rundt anklene.

Renromsbekledning

Renromsdrakt (clean air suit) i henhold til Norsk standard NS-EN 13795-2:2019 - Operasjonsbekledning og -duker. Krav og prøvingsmetoder. Del 2: Renromsdrakter.

Operasjonshette/operasjonslue

Engangs hette/lue laget av non-woven (ikke-vevd) materiale.

Non-woven er generelt ansett som en bedre barriere mot hudpartikler og har lavt fiberslipp. Engangshjelm skal dekke hele hodet, inkludert hals/nakke, med åpning for ansiktet.

Operasjonshjelm

Kandidatnummer: 415 og 502

Engangshjelm laget av non-woven (ikke-vevd) materiale. Non-woven er generelt ansett som en bedre barriere mot hudpartikler og har lavt fiberslipp. Engangshjelm skal dekke hele hodet, inkludert hals/nakke, med åpning for ansiktet.

Ultraren kirurgi

Rene kirurgiske inngrep (inngang gjennom hel hud) som omfatter innsetting av permanente fremmedlegemer (implantater).

Vedlegg 2 Tidligere forskning

Navn	Forfattere	Utgivelses år	Studie	Antall deltakere/Observasjoner
Compliance with clothing regulations and traffic flow in the operating room: a multi-centre study of staff discipline during surgical procedures	G. Loison, R. Troughton, F. Raymond, D. Lepelletier, J-C. Lucet, C. Avril, G. Birgand	2017	Observasjonss studie	61 kirurgiske team
Hospital Infection Control and behaviour of operating room staff	Daniela Lo Giudice, Giuseppe Trimarchi, Vincenza La Fauci, Raffaele Squeri og Sebastiano Calimeri	2019	Kvalitativ deskriptiv observasjonsstudie	308 medlemmer av det kirurgiske team- 127 kirurger, 39 anestesisykepleiere, 62 sykepleiere og 80 studenter. De ble observert under 402 kirurgiske prosedyrer.
Determining operating room nurses` knowledge and use of evidence-based recommendation on preventing surgical site infections	Filiz Ogce Aktas og Hale Thuran Damar	2022	Tverrsnittstudie og beskrivende studie	228 operasjonssykepleiere

Mental Models of Surgical Site Infection Prevention Among Surgical Technicians and Nurses	Aurora E Pop-Vicas, Amanda Young, BS, Mary-Jo Knobloc, Nasia Safdar,	2019	Fokus gruppe intervju	19 deltakere. 10 sykepleiere og 9 operasjonsteknikker
Operationssjukskötterskans uppfattning av operationsteamets följsamhet av hygienriktlinjer - En enkätundersökning	Anna Fransson	2022	Masteroppgav e Tversnittsstudi e med kvantitativ tilnærming	56 Operasjonssykepleie re
A Grounded Theory of Intraoperative Team Members' Decision Making Regarding Surgical Attire Guideline Adherence	Carole G. Mayes	2020	Kvalitativ studie Glaser og Strauss' grounded theory	Sytten intraoperative teammedlemmer
Surgical Head Coverings: A Literature Review	Lisa Spruce	2017	Litteratur studie	27 artikler ble inkludert
Best Practices and a Business Case for Surgical Site Infection Prevention	Minji Kang, Maria E. Andrew, Akil Farishta, Sarah C. Oltmann og Pranavi V. Sreeramoju	2023	Systematisk litteraturstudie	Det kommer ikke tydelige frem antall inkluderte artikler i denne litteraturstudien.

Vedlegg 3 Semistrukturert intervjuguide

Semistrukturert intervjuguide	
Innledning/åpningsspørsmål	<ul style="list-style-type: none">• Vi vil gi en kort presentasjon av oss• Hensikten med prosjektet• Gjennomgang av samtykkeskjema• Anonymitets beskyttelse

	<ul style="list-style-type: none">• Oppbevaring og sletting av datamaterialet• Ikke utgi kollegaer• Arbeidserfaring:<ul style="list-style-type: none">- Hvor lenge har du jobbet som operasjonssykepleier?- Har du jobbet på flere seksjoner?
Holdninger til de hygieniske retningslinjer	<ul style="list-style-type: none">• Hvilke hygieniske retningslinjer har dere i din avdeling?• Hva gjør du for å følge de hygieniske retningslinjene?• Hva gjør du før du går hjemmefra for å følge de hygieniske retningslinjene?• Hvordan vil du beskrive dine holdninger i forhold til de hygieniske retningslinjer?• Har du selv erfaring med å ikke følge de hygieniske retningslinjene? Hvis ja kan du fortelle mer om det?• Hvordan vil du beskrive holdningene til det kirurgiske teamet i forhold til de hygieniske retningslinjene?• Hvordan er kulturen i avdelingen i forhold til de hygieniske retningslinjer?• Hvordan erfarer du at det kirurgiske team følger de hygieniske retningslinjer?• Vet du om situasjoner der noen i det kirurgiske teamet ikke har fulgt de

	<p>hygieniske retningslinjene? Hvis ja, hvilken punkter i retningslinjene ble ikke fulgt?</p> <ul style="list-style-type: none">• Hva gjør du ved brudd på de aktuelle retningslinjene?• Gir du beskjed til det kirurgiske teamet dersom de hygieniske retningslinjene ikke følges? Skriver du synergier?• Hvilke respons får du dersom du gir beskjed?• Hvordan opplever du at det kirurgiske teamet ikke følger de hygieniske retningslinjene?• Hvordan vil du beskrive ortopedisk seksjon sine holdninger til smykke og piercinger. Kan du komme med noen eksempler fra praksis?• Kan du utdype spesifikke retningslinjer som teamet har forbedringspotensialer på?• Hvordan vil du si at de hygieniske retningslinjene beskytter pasienten mot smitte?• Har du opplevd at pasienten potensielt kan ha blitt utsatt for smitte på grunn av brudd på de hygieniske retningslinjene?• Hvis du kunne forandret på noe ved de hygieniske retningslinjene, hva ville det vært?• Når var hygiene fokus på et fagmøte?
--	---

	<ul style="list-style-type: none">• Får dere en tilbakemelding dersom pasienten får infeksjon i etterkant av en operasjon? Hvis ja hvordan formidles denne informasjonen?• Er det noe mer du ønsker å tilføye som er viktig å få med?
--	--

Vedlegg 4 Samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet:

Hvilke erfaringer har operasjonssykepleierne på en ortopedisk operasjonsavdeling med medlemmene i det kirurgiske teamet i forhold til ivaretagelse av de hygieniske retningslinjene som skal overholdes?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Formålet med studien er å undersøke hvilke holdninger det kirurgiske team har til de strenge hygieniske retningslinjene i operasjonsstuen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Masteroppgave ved Høgskolen på Vestlandet (HVL). I denne oppgaven vil vi undersøke hvilke valg hver enkelte i det kirurgiske team tar når de går inn i operasjonsstuen i forhold til de hygieniske retningslinjene. Det finnes retningslinjer for hygiene i operasjonsavdelingen som alle som skal inn i operasjonsavdelingen skal følge.

Forskning viser at retningslinjene ikke blir fulgt. Vi håper at studien vår kan belyse hvorfor den enkelte følger eller ikke følger de hygieniske retningslinjene og kan kaste lys på viktige momenter som kan danne grunnlag for refleksjon rundt praksis. Forhåpentligvis vil studien også gjøre den enkelte i det kirurgiske team bevisst på sine valg når de går inn i operasjonsstuen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

HVL er ansvarlig for prosjektet. Masteroppgaven er en del av studieprogrammet «Master i klinisk sykepleie (AIO)» ved Høgskolen på Vestlandet, med spesialisering i operasjonssykepleie. Utdanningen har som mål å utdanne sykepleiere som kombinerer klinisk spesialkompetanse og analytisk kompetanse, og som kan gjøre selvstendige, forskningsbaserte vurderinger og avgjørelser i komplekse situasjoner.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Kandidatnummer: 415 og 502

Du får spørsmål om å delta fordi du er ansatt ved en operasjonsavdeling, og du er en del av det kirurgiske team. Vi har kommet i kontakt med deg via fagansvarlig ved seksjonen hvor du jobber. Hva innebærer det for deg å delta? Ved å delta i prosjektet vil du bli bedt om å delta på et individuelt intervju. Intervjuet vil vare ca. 1 time og vil være på et kontor på sykehuset. I intervjuet vil vi spørre deg om bakgrunnsopplysninger, og deretter vil vi stille deg spørsmål knyttet til hygieniske retningslinjer i operasjonsstuen. Intervjuet vil omhandle hvordan og hvorfor du følger de hygieniske retningslinjene. Med din tillatelse vil vi ta lydopptak av intervjuet og notater underveis.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun masterstudentene, Hilde Dyrkolbotn- Herland og Emilie Espeseth, i tillegg til hovedveileder på prosjektet, Grethe Dåvøy, som har tilgang til opplysninger om deg. Navnet og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrig data. Prosjektet vil bli registrert på HVL sin forskningsserver eller låst PC. Lydopptak vil bli overført til forskningsserveren umiddelbart og slettes fra opptaksenheten innen ett døgn.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet? Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er ca. 01.06.2023. Ved prosjektslutt vil alle personopplysninger og lydopptak slettes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til: -innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene, -å få rettet personopplysninger om deg, -å få slettet personopplysninger om deg, og -å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

●Høgskulen på Vestlandet ved:

- Emilie Espeseth:E-post: emilie.espeseth@gmail.com Telefon: 93044158
- Hilde Dyrkolbotn-Herland: E-post: hilde_dyrkolbotn@hotmail.com Telefon: 48040025
- Grethe Dāvøy - Hovedveileder :E-post:Grethe.davøy@hvl.no Telefon: 55 58 56 33
- Vårt personvernombud:Trine.Anikken.Larsen: E-post:Trine.Anikken.Larsen@hvl.no
Telefon: 55 5876 82

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

Kandidatnummer: 415 og 502

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

Med vennlig hilsen

Emilie Espeseth Hilde Dyrkolbotn-Herland

Prosjektansvarlig Biveileder Masterstudent

Masterstudent

(Hovedveileder)

Vedlegg 5 Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet” ” Hvilke holdninger har det kirurgiske team til de strenge hygieniske retningslinjene i operasjonsstuen?”, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervjuet

Kandidatnummer: 415 og 502

at det blir gjort lydopptak av intervjuet

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

----- (Signert
av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 6: Svar på søknad fra REK

Svarbrev Innboks			
noreply@rekportalen.no	fre. 5. aug. 2022, 14:19		
til meg			



Region: REK vest	Saksbehandler: [REDACTED]	Telefon: [REDACTED]	Vår dato: 05.08.2022	Vår referanse: 516260

Fremleggingsvurdering: "Hvilke holdninger har medlemmer av det kirurgiske team til de strenge hygieniske retningslinjene i operasjonsstuen?"

Søknadsnummer: 516260

Forskningsansvarlig institusjon: Høgskulen på Vestlandet

Prosjektet vurderes som ikke fremleggingspliktig

Søkers beskrivelse

3.0 Hensikt og forskningsspørsmål

Vi ønsker å gjøre denne studien for å undersøke hvilke holdninger det kirurgiske team har til de strenge hygieniske retningslinjene i operasjonsstuen.

Fra praksis i vår operasjonsutdanning erfarte vi at det kirurgiske teamets holdninger til de hygieniske retningslinjene var svært ulike. Noe som har fått oss til å undre over om alle i det kirurgiske team kjenner til de strenge hygieniske standardene ved operasjon. Dette har motivert oss til å få et større innblikk i det kirurgiske teamets holdninger til hygiene regimet i operasjonsstuen. Gjennom kvalitativt intervju av det kirurgiske team håper vi at denne studien kan belyse hvorfor den enkelte følger eller ikke følger de hygieniske retningslinjene. Temaet er relevant for operasjonssykepleierfaget fordi det kan være med å skape refleksjon og bevisstgjøring rundt de valgene det kirurgiske teamet tar før de går inn i operasjonsstuen.

Ut ifra problemstillingen blir vårt forskningsspørsmål følgende:

"Hvilke holdninger har medlemmer av det kirurgiske team til de strenge hygieniske retningslinjene i operasjonsstuen?"

4.1 Forskningsdesign- Observasjon og forskningsintervju

Ut ifra forskningsspørsmålet vårt har vi valgt en kvalitativ tilnærming med både observasjon og forskningsintervju som forskningsdesign. Valget er gjort fordi metodene kan både gi oss et direkte innsyn i handlingene til deltakerne og i tillegg gir oss muligheten til å få indirekte beskrivelser av deres handlinger, noe som kan styrke studien (Malterud, 2021, s. 69-70).

Et individuelt semistrukturert intervju med åpne spørsmål til det kirurgiske team vil brukes for å samle inn data fra deltakerne.

4.2 Utvalg

Studien skal foregå på en avdeling på et Universitetssykehus i Vest-Norge. Totalt vil 10 elektive tilfeldige operasjoner observeres. Tilgang til feltet og deltakerne er noe som avklares på forhånd med ansvarlige ledere.

Vi ønsker å inkludere alle i det kirurgiske team. Der vi intervjuer 2 anestesileger, 2 anestesisykepleiere, 2 kirurger og 4 operasjonssykepleiere. Deltakerne må jobbe i minst 50% stilling.

Observasjonen vil foregå inne på operasjonsstuen, men pasienten vil ikke inkluderes i studien.

Relevans for andre:

Vi ønsker å bruke resultatene fra forskningen til å gjøre det kirurgiske teamet bevisst på deres holdninger til de hygieniske retningslinjene og ikke minst for å forbedre pasientsikkerheten.

Vi viser til fremleggingsvurdering mottatt den 03.08.2022.

REKs vurdering

Søknadsplikten:

Bare medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale, eller helseopplysninger må søke REK om forhåndsgodkjenning, jf. helseforskningsloven § 2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er definert i loven som en "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom", jf. § 4 bokstav a.

Vurdering:

I veilederen om helseforskningslovens saklige virkeområde, utarbeidet av den nasjonale forskningsetiske komiteen for medisinsk og helsefaglig forskning (NEM), står det: "Kvalitative studier kan være vanskelig å vurdere opp mot en slik avgrensning, da kvalitative studier ofte undersøker en liten gruppe menneskers opplevelser og erfaringer rundt f.eks. en behandlingsmetode, vurdering av innhold i en bestemt behandling, et tilbud mv. Det avgjørende er om prosjektets hovedformål er ny kunnskap om helse eller sykdom. Det er altså ikke helseforskning dersom prosjektet skal undersøke forhold rundt sykdom og helse, men heller at prosjektet gir en utvidet forståelse om helse og sykdom som kan forbedre innholdet i en behandling eller et tilbud."

Dette prosjektet søker å få mer kunnskap om hvilke holdninger kirurgiske team har til de strenge hygieniske retningslinjene i operasjonsstuen. Dette fremstår som helsetjenesteforskning og faller dermed utenfor helseforskningslovens virkeområde. Selv om dette er et tema som undersøker forhold rundt sykdom og helse, så er ikke hovedformålet å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.

REK gir heller ikke dispensasjon fra taushetsplikten for observasjon på helseinstitusjoner. Etter at helsepersonelloven § 29 ble revidert den 11. juni 2021 så er paragrafen, og REKs myndighet til å gi dispensasjon, begrenset til tilgjengeliggjøring av opplysninger fra pasientjournaler og andre behandlingsrettede helseregistre. Dere må dermed ta kontakt med sykehuset hvor dere planlegger å gjøre observasjonen. De må sikre at observasjonen kan gjennomføres i tråd med gjeldende lover og regler.

Konklusjon

Konklusjonen er at dere ikke trenger å søke REK om forhåndsgodkjenning.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledning, jf. forvaltningsloven § 11. Komiteen er ikke bundet av de råd som er gitt i dette brevet. Du har fortsatt anledning til å søke REK, og da vil du få et vedtak i saken.

Med vennlig hilsen

Kandidatnummer: 415 og 502

rådgiver

Kopi til:

Høgskulen på Vestlandet

Vedlegg 7: Svar på søknad fra NSD

Vurdering av behandling av personopplysninger

Skriv ut 19.12.2022

Referansenummer
549255

Vurderingstype
Standard

Dato
19.12.2022

Prosjekttittel

"Hvilke holdninger har medlemmer av det kirurgiske team til de strenge hygieniske retningslinjene i operasjonsstuen?"

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

Grethe Dävøy

Student

Emilie Espeseth, Hilde Dyrkolbotn-Herland

Prosjektperiode

31.10.2022 - 01.06.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.06.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personverregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

TAUSHETSPLIKT

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

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

Personverntjenester 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, uttrykkelige angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester 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).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemalerverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller 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 oss 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 oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kandidatnummer: 415 og 502

Vedlegg 8: forespørsel til fagansvarlig for å få intervju på de ulike sykehusene

Fra: Emilie Espeseth [REDACTED]

Sendt: søndag 15. januar 2023 21:05

Til: [REDACTED]

Emne: Intervjudeltakere til masteroppgave

Sender deg en forespørsel for å få tillatelse til å gjennomføre intervjuer med operasjonssykepleiere ved ortopedisk klinikk på [REDACTED]

Vi tar master i klinisk sykepleie- og er nettopp ferdig med videreutdanning på HVL og er blitt operasjonssykepleiere.

Fra praksis i vår operasjonsutdanning erfarte vi at det kirurgiske teamet ikke kjente nøye nok til de strenge hygieniske standardene ved operasjon. Dette har motivert oss til å få et større innblikk i det kirurgiske teamets holdninger til hygiene regimet i operasjonsstuen. Gjennom kvalitativt intervju av det kirurgiske team håper vi at denne studien kan belyse hvorfor den enkelte følger eller ikke følger de hygieniske retningslinjene. Temaet er relevant for operasjonssykepleierfaget fordi det kan være med å skape refleksjon og bevisstgjøring rundt de valgene det kirurgiske teamet tar før de går inn i operasjonsstuen.

Vi vil med dette søke om tillatelse til å intervju det kirurgiske team (anestesilege, anestesisykepleier, kirurg, operasjonssykepleier) ved din avdeling. Dybdeintervjuene med de ulike deltakerne vil vare i 30-60 minutter og holde sted på et kontor på sykehuset. Om det lar seg gjøre å intervju deltagerne i arbeidstid vil dette være en stor fordel. Intervjuet vil starte med en kort forklaring av formålet med studiet og deretter en gjennomgang av samtykke skjema.

Vi vil opplyse om at vi har taushetsplikt og alle opplysningene som kommer frem vil bli anonymisert. Intervjuene er frivillige, og deltakerne kan når som helst trekke seg fra studiet. Deltakerne vil få et informasjonsskriv om studiet og hva de kan forvente, samt deres rettigheter.

Selve undersøkelsen vil ta sted utover januar 2023. Intervjuet vil bli tatt opp på et lydbåndopptak og det vil bli skrevet feltnotater underveis for å supplere lydopptaket. Dataene vil bli oppbevart på en låst pc og at det vil slettet/makulert etter masteroppgaven er innlevert. Vi vil sikre alle deltakerne anonymitet og sletting av lydopptak like etter transkribering av intervjuet er ferdig.

Kandidatnummer: 415 og 502

Forskningsprosjektet har blitt meldt inn til NSD (personvernombudet for forskning), som har vurdert det som godkjent: referansenummer 549255

Vedlagt ligger NSD godkjenning, prosjektplan og dokumentasjon fra REK. Se vekk i fra at det står observasjon i prosjektplanen, dette vil ikke bli aktuelt. Det vil som beskrevet tidligere i mailen kun holdes intervju av operasjonssykepleiere.

Det er også lagt med et brev til deltagere, om det er mulig å henge det opp i operasjonsavdelingen og informere eventuelle deltakere om prosjektet hadde det vært til stor hjelp.

Vi ser frem til å høre fra deg

Vennlig hilsen

Operasjonssykepleiere

Hilde Dyrkolbotn-Herland og Emilie Espeseth

Kandidatnummer: 415 og 502

Vedlegg 9: Svar fra sykehus/fagansvarlig om å få intervju

[Redacted]

Til:

Emilie Espeseth;

Emilie Espeseth

Kopi:

[Redacted]

fr. 13.01.2023 15:13

Hei

Vi har mottatt deres søknad om å få gjennomføre intervju av operasjonssykepleiere i [Redacted]

[Redacted]

Aktuelle vurderinger fra REK og SIKT, samt prosjektplan er gjennomgått. Det forutsettes at taushetsplikt overholdes jmf. REK sin tilbakemelding og at datahåndtering er i tråd med SIKT sin godkjenning.

Rekruttering til intervju må dere gjøre etter å ha avklart med seksjonsledere som har personalansvar for de aktuelle operasjonssykepleierne.

Lykke til med prosjektet.

På vegne av [Redacted]

Vennleg helsing

[Redacted]
[Redacted]

Fagsjef sjukepleie/Professor

[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]

Kandidatnummer: 415 og 502

Fra: [REDACTED]

Sendt: fredag 20. januar 2023 10:47

Til: Emilie Espeseth <233713@stud.hvl.no>

Kopi: [REDACTED]

[REDACTED]

Emne: SV: Deltagere til vår masteroppgave hygienske retningslinjer

Hei, jeg har fått mail fra [REDACTED] med info om masteroppgaven deres.

Jeg har i dag fått 2 operspl som er villig til å stille til intervju. Det passer best for avd om det blir gjort litt ut på dagen, helst etter kl 12-13.

Setter de på kopi her, så har dere mailadressen deres også.

Jeg tenker det er best at dere kommer med forslag til hvilke dager som passer dere, så tar vi det derfra.

Velkommen J

Vennleg helsing

[REDACTED]

Avd.sykepl. operasjon [REDACTED] (spes.avd.)

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Fra [REDACTED]

Til:

Emilie Espeseth

on. 08.02.2023 08:16

Hei Emilie!

Eg gir tillatelse til å intervju operasjonssjuepleiarar i operasjonsavdelinga, [REDACTED] sjukehus!

Det beste er om dykk møter fysisk på [REDACTED] sjukehus. Me er stort sett fleksible på dagar. Fint om ein får tilbakemelding før dykk kjem, i tilfelle det skulle verre noko!

Skal sørge for at operasjonssjuepleiarane vert informert!

Vennleg helsing

[REDACTED]

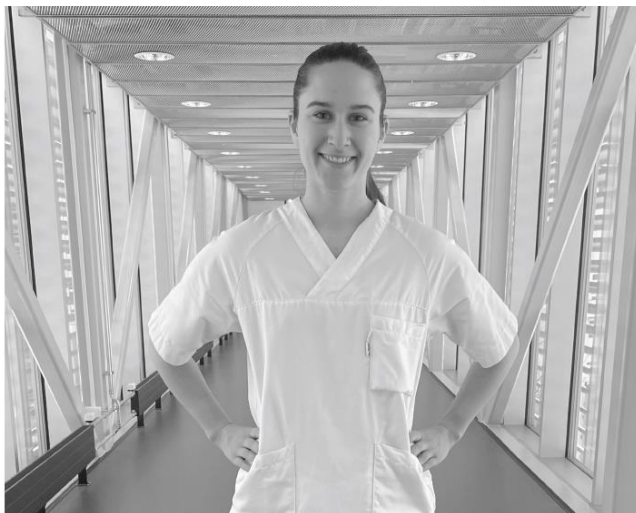
Avdelingsleiar

Operasjonsavdeling

[REDACTED]

Kandidatnummer: 415 og 502





Bar fra albuen og ned!

- ✓ Rent arbeidsantrekk med korte ermer
- ✓ Ingen ringer, armbåndsur eller armbånd
- ✓ Korte og naturlige negler



Figur 4 : Bar fra albuen og ned