



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

MKS591-O-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

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

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	434
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	15849
----------------------	-------

**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

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	20
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	474

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# MASTEROPPGAVE

«Operasjonssykepleieres opplevelser og  
erfaringer med å melde ifra om uønskede  
hendelser under et kirurgisk inngrep»

**Kandidatnummer: 434 og 474**

Antall ord: 15 849

Klinisk sykepleie – Operasjonssykepleie

Høgskolen på Vestlandet

Veileder: Petrin Hege Eide

Innleveringsdato: 26. mai 2023

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

Vi vil med dette forordet takke alle som har bidratt til gjennomføringen av vår masteroppgave, som er et resultat av flere måneders hardt arbeid og engasjement. En spesiell takk rettes også til de deltakerne som har stilt opp i våre forskningsstudier. Uten deres deltakelse og bidrag hadde vi ikke kunnet samle inn de dataene som ligger til grunn for våre funn og konklusjoner.

Vi ønsker videre å rette en stor takk til vår veileder, Petrin Hege Eide, for verdifull veiledning og støtte gjennom hele prosessen. Dine faglige innsikter, tilbakemeldinger og oppmuntringer har vært uvurderlige.

Samarbeidet mellom oss har vært avgjørende for å kunne fullføre denne oppgaven. Gjennom jevnlig kommunikasjon, ideutveksling og felles innsats har vi kunnet dra nytte av hverandres styrker og komplementere hverandre på en effektiv måte. Vi har utfordret og inspirert hverandre, til å tenke kritisk og å utvikle våre faglige perspektiver.

Til slutt ønsker vi å uttrykke vår dype takknemlighet overfor våre familier og nære venner for deres ubetingede støtte og oppmuntring gjennom hele studieperioden. Uten deres støtte og forståelse hadde denne oppgaven ikke vært mulig å gjennomføre.

Vi er glade og stolte over å kunne presentere denne masteroppgaven, og vi håper den vil bidra med ny innsikt og kunnskap på feltet, og at den kan være til nytte for forskere, fagpersoner og andre interesserte i fremtiden.

# Sammendrag

## *Bakgrunn*

I tverrfaglige kirurgiske team arbeider teammedlemmene ofte tett på hverandre og gjennom mange timer, uten at medlemmene tidligere har møttes, og i en høyrisikosituasjon der forholdene raskt kan endre seg. Forsvarlig pasientsikkerhet i en slik kontekst stiller ikke bare høye krav til profesjonalitet, fagkompetanse og tekniske ferdigheter, men også en rekke mer ikke-tekniske aspekt som kan påvirke operasjonssykepleieres vilje til å si ifra ved feil/uønskede hendelser. Nærmere kunnskap om hvilke faktorer som påvirker denne viljen vil kunne lede til økt pasientsikkerhet, høyere trivsel og bedre økonomi/kapasitet i helsetjenesten.

## *Hensikt*

Å undersøke hvilke faktorer operasjonssykepleieres opplever og erfarer at innvirker på hvorvidt de sier ifra når det oppstår uønskede hendelser under kirurgiske inngrep. Økt kunnskap om dette kan bidra til økt pasientsikkerhet og en større grad av trivsel for operasjonssykepleiere.

## *Metode*

Studien benytter kvalitativ metode, med en blanding av semistrukturerte fokusgruppeintervju og individuelle intervjuer. Informantene kom fra ulike norske sykehus og intervjuene fant sted i april 2023. Det ble brukt kvalitativ innholdsanalyse for bearbeiding av de innsamlede dataene.

## *Resultater*

Oppgavens analysedel består av fire hovedtema og åtte undertema: «Makt og avmakt» (med undertema «Mangel på muligheter», «Å ha muligheter» og «Frykt for konsekvenser»), «Holdning og kultur» (med undertema «Holdning og oppførsel» «Å vise hensyn», «Positiv holdning» og «Hierarki»), «Rolleforståelse og ansvar» (med undertema «Pasientsikkerhet») og «Kompetanse og erfaring» (med undertema «Mot»).

## *Konklusjoner*

Studien konkluderer med at en rekke ulike faktorer påvirker sannsynligheten for at operasjonssykepleiere sier ifra om uønskede hendelser under inngrep. Konfliktskyhet, negative holdninger/atferd fremstår å være viktige faktorer. Ulike personer påvirkes noe ulikt av disse, og de med lengre erfaring virker generelt mindre påvirket. Ulike tiltak bør vurderes iverksatt for å redusere innvirkningen av slike faktorer, til det beste for pasientsikkerheten.

# Summary

## *Background*

In multidisciplinary surgical teams, team members often work closely together and for many hours, without the members having previously met, and in a high-risk situation where conditions may quickly change. Appropriate patient safety in such contexts not only put high demands on professionalism, competence and technical skills, but also a number of more non-technical aspects that may influence operating room nurses' willingness to speak up about errors/unwanted incidents. Further knowledge of such factors could lead to increased patient safety, higher well-being and better finances/capacity in the health service.

## *Purpose*

An examination of which factors operating room nurses see and experience as influencing whether they speak up when unwanted events occur in surgical interventions. Further knowledge about this may increase patient safety and well-being for operating room nurses.

## *Method*

The study employs a qualitative method, with a mixture of semi-structured focus group interviews and individual interviews. The informants came from various Norwegian hospitals and were interviewed in April 2023. The data were analysed using qualitative content analysis.

## *Results*

The analysis part consists of four main themes and eight sub-themes: "Power and powerlessness" (sub-themes "Lack of opportunities", "Having opportunities" and "Fear of consequences"); "Attitudes and culture" (sub-themes "Attitude and behaviour", "Showing consideration", "Positive attitudes" and "Hierarchy"); "Roles and responsibility" (sub-theme "Patient safety"); and "Competence and experience" (sub-theme "Courage").

## *Conclusions*

The study concludes that several different factors influence the likelihood of operating room nurses reporting adverse events during surgery. Conflict shyness, negative attitudes/behavior appear to be important factors. Different people are affected somewhat differently by these, and those with longer experience generally seem less affected. Various measures should be considered to reduce the impact of such factors, in the best interests of patient safety.

# Innholdsfortegnelse

Forord.....	I
Sammendrag.....	II
Summary.....	III
Innholdsfortegnelse.....	IV
<b>1 INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Studiens formål og problemstilling.....	2
1.3 Oppgavens struktur.....	3
<b>2 TEORETISK RAMMEVERK.....</b>	<b>3</b>
2.1 Sentrale faktorer for å oppnå god pasientsikkerhet ved kirurgiske inngrep.....	4
2.2 Tidligere forskning.....	11
<b>3 METODE.....</b>	<b>16</b>
3.1 Kvalitativ metode.....	16
3.2 Design.....	16
3.3 Kunnskapsgrunnlaget i kvalitative studier.....	17
3.4 Individuelle intervju og fokusgruppeintervju.....	18
3.5 Intervjuguiden.....	19
3.6 Utvalg og tilgang til informasjon.....	19
3.7 Gjennomføring av intervjuene.....	20

<b>3.8</b>	<b>Databehandling og analyse</b> .....	20
<b>3.9</b>	<b>Forskningsetiske vurderinger</b> .....	23
<b>3.10</b>	<b>Informantenes samtykke</b> .....	23
<b>3.11</b>	<b>Metodologiske betraktninger</b> .....	24
<b>3.12</b>	<b>Studiens troverdighet</b> .....	24
<b>4</b>	<b>FUNN</b> .....	25
<b>4.1</b>	<b>Makt og avmakt</b> .....	25
<b>4.2</b>	<b>Holdning og kultur</b> .....	28
<b>4.3</b>	<b>Rolleforståelse og ansvar</b> .....	31
<b>4.4</b>	<b>Kompetanse og erfaringer</b> .....	34
<b>5</b>	<b>DISKUSJON</b> .....	35
<b>5.1</b>	<b>Makt og avmakt</b> .....	35
<b>5.2</b>	<b>Holdninger og kultur</b> .....	37
<b>5.3</b>	<b>Rolleforståelse og ansvar</b> .....	39
<b>5.4</b>	<b>Kompetanse og erfaring</b> .....	41
<b>6</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	44
<b>7</b>	<b>REFERANSER</b> .....	45
	<b>LISTE OVER VEDLEGG</b> .....	49
-	Vedlegg 1: Litteratormatrise .....	49
-	Vedlegg 2: Intervjuguide .....	49
-	Vedlegg 3: Vedtak fra REK .....	49



-	Vedlegg 4: Svar fra NSD .....	49
-	Vedlegg 5: Informasjon og samtykkeerklæring .....	49
-	Vedlegg 6: Samtykkeerklæring .....	49

# 1 INNLEDNING

I tverrfaglige kirurgiske team arbeider teammedlemmene ofte tett på hverandre og gjennom mange timer, tidvis uten at medlemmene har møttes tidligere, og i en situasjon med høy risiko og der forholdene raskt kan endre seg. Å sikre en forsvarlig pasientsikkerhet i en slik kontekst, stiller ikke bare høye krav til organisering, profesjonalitet, faglig kompetanse og tekniske ferdigheter – men også en rekke mer ikke-tekniske aspekt, så som evne til å kommunisere og samarbeide godt på tvers av profesjoner, roller og oppgaver.

Selv med dagens moderne kirurgiske kunnskap og verktøy, oppstår det likevel mange feil og pasientskader. Ifølge Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (nå underlagt Folkehelseinstituttet) oppstår det uønskede hendelser i ca. 10 – 15 % av alle operasjoner i Norge. I en rapport om pasientsikkerhet ved norske helseforetak ble det videre estimert at det i 2017 oppstod pasientskader i 13,7 % av totalt antall operasjoner ved norske sykehus, og at skadene oftest oppstår i forbindelse med administrasjon av legemidler, håndtering av sårinfeksjoner etter operasjoner og urinveisinfeksjoner (I trygge hender, 2020). Av Norsk pasientskaderegister fremgår det også at ca. 15 % av de totale sykehuskostnadene knytter seg til slike feil (Helsedirektoratet, 2022), og pasientskader i operasjonsstuen er anslått å koste Norge mellom 1,5 – 7 millioner kroner per pasient (Den norske legeforening, 2010).

I rapporten «I trygge hender» (2020) fremgår det også at feil og komplikasjoner i forbindelse med kirurgi i mange tilfeller kan skyldes kommunikasjonssvikt i teamet som opererer. Mangler knyttet til slike og andre ikke-tekniske ferdigheter i kirurgiske team, har også blitt antatt å helt eller delvis være årsak til over halvparten av uønskede hendelser på operasjonsstuen (Bente, 2017). Dette tilsier at det foreligger et betydelig potensial for økt pasientsikkerhet dersom man får kommet «i inngrep med» slike ikke-tekniske årsaker til feil og pasientskader.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som operasjonssykepleiere er vi ansvarlige for å iverksette nødvendige tiltak for å forebygge pasientsikkerhet og infeksjoner ved kirurgiske inngrep (NSFLOS, 2015). En integrert del av dette ansvaret er å aktivt melde fra når det oppstår feil eller uønskede hendelser som kan true pasientsikkerheten.

Samtidig viser forskning at dette likevel ikke alltid skjer, eller skjer til rett tid, og at dette ofte har sin rot i ulike mellommenneskelige forhold innad i de kirurgiske teamene. At slike ikke-tekniske forhold kan påvirke om og når man melder ifra om slike uønskede hendelser, er nok også noe de fleste operasjonssykepleiere har direkte eller indirekte erfart i løpet av sin yrkeskarriere.

At slike tilsynelatende unødvendige faktorer skal få virke negativt inn på pasientsikkerheten, oppleves naturlig nok utilfredsstillende og dette utgjør en hovedmotivasjon for å søke bedre kunnskap om hvilke faktorer det er tale om og hvordan de virker – og kan motvirkes. I tillegg vil det å nøytralisere en del slike faktorer også kunne ha stor betydning for mange operasjonssykepleieres arbeidsmiljø og arbeidstrivsel, ikke minst de som akkurat har kommet ut i praksis.

Gitt deres ikke-tekniske/mellommenneskelige karakter, fremstår forekomsten og virkningen av slike faktorer også å være noe operasjonssykepleiere selv kan direkte være med på å påvirke. Og etter vårt syn vil en dypere bevissthet rundt slike faktorer også kunne gi operasjonssykepleiere bedre redskap til personlig vekst og utvikling i rollen, som også vil styrke vår felles evne til å være gode rollemodeller både for hverandre og for de som er nye i operasjonssykepleierfaget. Som påpekt av andre vil det å være kritisk til sitt eget og andres arbeid løfte kvaliteten i pasientrettet behandling (Dåvøy, 2019, s. 36).

## 1.2 Studiens formål og problemstilling

Studiens formål er å undersøke hvilke faktorer operasjonssykepleiere selv opplever er bestemmende for om de velger å si ifra når de blir oppmerksomme på (risiko for) feil/uønskede hendelser under inngrep, i et håp om at identifikasjon og nøytralisering av slike faktorer kan legge til rette for økt pasientsikkerhet.

På bakgrunn av dette formulerer vi følgende problemstilling:

*“Hvilke faktorer opplever og erfarer operasjonssykepleiere at innvirker på hvorvidt de sier ifra når det oppstår uønskede hendelser under kirurgiske inngrep?”*

## 1.3 Oppgavens struktur

I det følgende skal vi først presentere et teoretisk rammeverk for studien (pkt. 2), før vi redegjør for studiens metode (pkt. 3) og dens funn og analyser (pkt. 4). Til slutt vil vi diskutere studiens funn i lys av eksisterende teori og forskning (pkt. 5), før vi til slutt konkluderer (pkt. 6).

## 2 TEORETISK RAMMEVERK

I dette kapitlet presenteres operasjonssykepleieres funksjonsområde, med særskilt vekt på deres rolle i teamarbeidet på operasjonsstuen. Deretter presenteres et teoretisk rammeverk som omhandler tverrprofesjonelt samarbeid.

Operasjonssykepleie er en egen profesjon innenfor sykepleie som krever avansert kunnskap innenfor kirurgi. Operasjonssykepleiere tilbyr fagklinisk hjelp til pasienter som ofte er i en livstruende situasjon, der det kreves profesjonell og avansert sykepleie (Eide & Dåvøy, 2019, s. 28). Faglig kunnskap og handlingskompetanse, samt en rekke personlige egenskaper, verdier og holdninger, er alle viktige for å utøve yrkesrollen på en profesjonell måte. Som påpekt av Kari Martinsen synliggjøres etikken og moralen gjennom våre handlinger, og sykepleieren må kunne stole på seg selv og ta ansvar og risiko – og kunne begrunne sine handlinger ut ifra den gitte situasjonen (Martinsen, 2003, s. 10). I arbeidet skal operasjonssykepleiere fremme helse, forebygge sykdom og skader, og lindre lidelser. Den faglige utøvelsen skal bygges på kunnskapsbasert praksis og ivareta kvalitet og pasientsikkerhet. For å sikre forsvarlige pasientforløp, kreves det at operasjonssykepleiere inngår i flerfaglige og tverrfaglige samarbeid i de kirurgiske team (NSFLOS, 2015).

Operasjonssykepleieren er ansvarlig for å iverksette nødvendige tiltak for å forebygge pasientskader og infeksjoner ved aktuelle kirurgiske inngrep. I tillegg til dette har operasjonssykepleiere et faglig lederansvar for å sikre et godt samarbeid samt god kommunikasjon under inngrep. Det overordnede målet med alle de ulike sidene av operasjonssykepleierens ansvarsbeskrivelse er å ivareta pasientsikkerhet (NSFLOS, 2005).

Operasjonssykepleie innebærer å kunne organisere seg og ha oversikt, og å samarbeide nært og kommunisere godt med andre profesjoner. For å kunne utføre pasientbehandling av god kvalitet, er det sentralt at operasjonssykepleier forstår pasientens behov og helsetilstand og er i stand til å håndtere denne på best mulig måte ut ifra situasjonen. Operasjonssykepleier må påse at pasienten ikke blir utsatt for skader utover hva som må påregnes som følge av det kirurgiske

inngrepet. For å sikre god videre pleie av pasienten, må inngrepet dokumenteres både skriftlig og muntlig. I forbindelse med elektive og akutte tilfeller, kan det oppstå kritiske situasjoner som krever at operasjonssykepleier må tenke og handle raskt. En må således evne å improvisere ut ifra den konkrete situasjon og med de ressursene en har, og samtidig kunne forutse neste steg og handle deretter. I kritiske situasjoner må man være forberedt på reaksjoner hos både pasienten, seg selv og/eller kollegaer. Operasjonssykepleiere må derfor kunne gjenkjenne egne reaksjoner og være i stand til å mestre dette, og kunne sørge for god kollegastøtte ved behov for bearbeidelse av reaksjoner og hendelser (Fagheftet NSFLOS 2015).

Operasjonssykepleier har en viktig rolle og ansvar for at prosedyrene i operasjonsstuen er kunnskapsbasert og utføres korrekt. En skal ha oversikt, bruke sansene og legge til rette for godt samarbeid med resten av det kirurgiske teamet. Operasjonsstuen er en komplisert avdeling å organisere, der mange ulike profesjoner samarbeider mot et felles mål, noe som krever høy kompetanse for å sikre god og sikker pasientbehandling (NSFLOS, 2005). Operasjonssykepleiere må følgelig jobbe systematisk, koordinert og effektivt delegere arbeidet i operasjonsstue ved behov.

## **2.1 Sentrale faktorer for å oppnå god pasientsikkerhet ved kirurgiske inngrep**

Det er forsket mye på faktorer som kan påvirke tverrprofesjonelt samarbeid og teamsamarbeid. Flere påpeker at ytre rammer definert som klare retningslinjer, tilgang på tilstrekkelige informasjon, god tid, plass og tilgjengelige ressurser har stor betydning (Schot, 2019) Andre igjen viser at det er forhold rundt aktørene som også har betydning. I 2017 ble det utgitt en konsensus artikkel som omhandler hva helsefag arbeidere som leger og sykepleiere må kunne for å samhandle effektivt i team. (Roger, 2017) der de viktigste er rolleforståelse, tverrprofesjonell kommunikasjon, interprofesjonelle verdier, koordinering og beslutningstaking, refleksivitet og temaarbeid. Pasientsikkerheten står naturlig nok her som ellers i høyetet, og de ulike faktorene vil derfor knyttes opp mot det overordnede målet om å sikre en best mulig pleie for pasienten.

### *2.1.1 Pasientsikkerhet*

Pasientsikkerhet handler om å unngå unødvendig skade på pasienter når helsetjenester ytes. Det handler således om et systematisk arbeid for å redusere skader som har sin årsak i manglende

eller mangelfulle rutiner (pasientskader), f.eks. at nødvendig premedikasjon ikke blir gitt i forkant av et inngrep, eller at det benyttes kontaminerte kirurgiske instrumenter (WHO 2009 s. 15). I tråd med dette anses ikke skader som oppstår som følge av naturlig sykdomsforløp og forventede komplikasjoner, så som f.eks. påregnelige postoperative sårinfeksjoner, som pasientskader. I hvilken grad pasienten sikres mot slike unødvendige skader, kan dermed ses på som et mål på helsetjenestens kvalitet (WHO, 2009 s. 15).

Et systematisk arbeid for å sikre pasientsikkerheten ved kirurgiske inngrep forutsetter at man har fokus på både tekniske og ikke-tekniske ferdigheter hos samtlige deltagerne i kirurgiske team. For operasjonssykepleiere vil tekniske ferdigheter bl.a. knytte seg til klargjøring av kirurgiske instrumenter og annet utstyr, kirurgisk vask og oppdekking, telling av og kontroll på kirurgiske instrumenter og vedvarende opprettholdelse av steriliteten i operasjonsstuen (Bente, 2017).

I denne studien er fokus imidlertid særskilt rettet mot de ikke-tekniske ferdighetene, som har blitt antatt å være helt eller delvis årsak til over halvparten av uønskede hendelser på operasjonsstuen. Slike ferdigheter omfatter ulike kognitive og sosiale ferdigheter som er nødvendige for at de ulike deltagerne i kirurgiske team sammen skal oppnå et vellykket resultat for pasienten (Bente, 2017).

For at et kirurgisk team skal fungere godt, er det viktig med både god rolleforståelse og refleksivitet, god tverrfaglig kommunikasjon og godt samarbeid og koordinasjon, og at teamet klarer å etablere enighet om ulike tverrfaglige verdier som kan påvirke samhandlingen under inngrep. I det følgende skal vi gå litt nærmere inn på hver av disse faktorene, med sikte på å sette dem i sammenheng med hverandre og å vise hvordan de på ulike vis påvirker risikoen for uønskede hendelser under inngrep.

### *2.1.2 Rolleforståelse*

Et kirurgisk team består av én/flere kirurger, anestesileger, anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere, med hver sine roller under inngrep. Kirurgen er ansvarlig for å utføre selve operasjonen. Anestesilege og anestesisykepleier har ansvar for å administrere og overvåke anestesi under operasjonen, og samarbeider tett med kirurgen og operasjonssykepleieren for å sikre at pasienten er trygg under hele inngrepet.

Operasjonssykepleiere har på sin side flere og sammensatte oppgaver, som både er direkte og indirekte rettet inn mot pasienten. Operasjonssykepleier har både ansvar for å kontrollere og dokumentere sterilitet og renhetsgrad på instrumentene som benyttes under et kirurgisk inngrep (sterilt utøvende rolle), og for å koordinere bistand til kirurgen(e) under operasjonen (koordinerende rolle). Videre har de avansert kunnskap bl.a. om kirurgiske prosedyrer, anatomi, ulike leiringer, utstyr og instrumenter, som gjør at de kan gi råd og veiledning under kirurgiske inngrep (rådgivende rolle) (Eide & Dāvøy, 2019, s. 30). Disse rollene innebærer også operasjonssykepleiere er underlagt en plikt til å si ifra dersom det oppstår hendelser som kan sette pasientens sikkerhet og helse i fare under et kirurgisk inngrep (Oksavik, 2019, s. 214). Ifølge nasjonal veileder for ledelse og samhandling i operasjonsavdeling, skal operasjonssykepleiere melde ifra dersom det forekommer avvik fra normal operasjonsprosedyre eller pasientsikkerheten på annen måte er truet (Helsedirektoratet, 2018).

Et vellykket kirurgisk arbeid er avhengig av en funksjonell og hygienisk korrekt operasjonsstue, utstyr og instrumenter, samt et operasjonsteam der alle har et felles mål om pasientens beste (Eide & Dāvøy, 2019, s. 32). Hvert medlem av teamet har således viktige roller å spille for å sikre at pasienten får den best mulige omsorg og behandling, og teamet må arbeide tett sammen for å gi pasienten en trygg og effektiv operasjon (Roger et al. 2017).

Rolleforståelse handler i denne sammenheng om å forstå både ens egen og andres roller ved kirurgiske inngrep, inkludert grensene mellom eget og andres ansvar og hva de ulike tverrfaglige verdier betyr for egen rolleutøvelse (jf. nærmere omtale av refleksivitet og tverrfaglige verdier nedenfor). Dette er sentralt for å sikre god koordinasjon og godt tverrfaglig samarbeid (jf. nedenfor), og at operasjonssykepleiere (og andre) føler seg trygge på å melde fra om uønskede hendelser eller problemer som oppstår under et kirurgisk inngrep, uten frykt for represalier eller konsekvenser. For å sikre dette er det også viktig at både operasjonssykepleiere og andre profesjoner føler seg respektert og verdsatt som en viktig del av det kirurgiske teamet (Oksavik, 2019, s. 205).

### *2.1.3 Refleksivitet*

Refleksivitet handler om evnen til å observere og reflektere rundt effektiviteten av det tverrfaglige samarbeidet mellom en selv og andre, og kan sies å være en tenkemåte (et «mindset») som sikrer kontinuerlig identifikasjon av områder der arbeidsrutinene kan forbedres. Slik bevissthet rundt egen opptreden i samspillet med andre i teamet, bidrar til å

identifisere mulige risikofaktorer og å forebygge uønskede hendelser (Weaver et al. 2017). I kirurgiske team der samarbeidet ikke fungerer optimalt vil refleksivitet endatil kunne være avgjørende for at man klarer å identifisere tiltak som kan forbedre samarbeidet (Bente, 2017).

Refleksjon over egen og andres profesjon innebærer bl.a. å erkjenne og respektere ulikheter i kunnskap, ferdigheter og erfaringer, og å være åpen for å lære fra hverandre (Roger et al. 2017). Forståelse av de ulike rollene og hvordan man best bidrar til å bygge tillit og respekt mellom teammedlemmene er noe som utvikles og modnes over tid, gjennom tett arbeid i ulike kirurgiske team. Hvert teammedlem må ta et selvstendig ansvar for å ha et bevisst forhold til og å tilpasse seg omgivelsene og situasjonen, og den presisjon i vurderinger, timing og kommunikasjon dette forutsetter (Oksavik, 2019, s. 209).

Refleksivitet vil også kunne bidra identifikasjon av uhensiktsmessige holdninger og dårlig kultur i team. Holdninger i et kirurgisk team kan påvirke medlemmenes adferd, samarbeidsevne og kommunikasjon med hverandre. Positive holdninger kan bidra til teamets effektivitet, økt pasientsikkerhet og et bedre arbeidsmiljø. Dårlige holdninger, f.eks. preget av misnøye og mistillit, kan derimot føre til konflikter og feil i behandlingen av pasienter (Rosen et al. 2018). En kultur som legger vekt på læring, åpen kommunikasjon med lav terskel for å påpeke feil og bidrag til kontinuerlig forbedring, kan gi økt arbeidskvalitet og pasientsikkerhet. En kultur preget av hierarki og manglende åpenhet, kan øke risiko for feil og uønskede hendelser (Leonardsen, 2015).

Sentrale tiltak for å stimulere til refleksivitet er at det etableres en kultur for det, og at man regelmessig gjennomfører postoperasjonelle evalueringer. For å sikre varig endring, er det selvsagt også viktig at innsikter som nås faktisk leder til justering av individuell atferd og relevante arbeidsrutiner.

#### *2.1.4 Tverrfaglige verdier*

For å oppnå best mulig behandling og pleie for pasienten, er det viktig at alle i operasjonsteamet deler verdier som bidrar til et godt tverrfaglig samarbeid og at beslutninger knyttet til behandlingen ikke baseres på personlige interesser/feiloppfatninger (Cameron et al. 2013). Slike tverrfaglige verdier inkluderer bl.a. kollegialitet, respekt, et kritisk syn på etablerte hierarki, klient- og pasientfokus, et åpent sinn overfor andre perspektiv (mangfold), samt ærlighet, integritet og pålitelighet (Roger et al. 2017). Det er et nært indre forhold mellom disse verdiene. For eksempel vil ærlighet, integritet og pålitelighet lede til respekt og kollegialitet,



samtidig som åpne sinn er en forutsetning for å kunne utøve og tilkjenne et kritisk blikk på etablerte hierarki.

For at medlemmer av det kirurgiske teamet skal tørre å melde ifra, kreves det at alle i operasjonsteamet har respekt for hverandre og anerkjenner hverandres kompetanse og rolle. Enighet innad i teamet om slike verdier fremstår også essensielt for å skape nødvendig trygghet for å utøve ærlighet når man blir oppmerksom på uønsket risiko/uønskede hendelser: *Mot* til å si ifra står nemlig i et direkte forhold til den *trygghet* teammedlemmene opplever i situasjonen. Dette illustrerer også viktigheten av at slike verdier former en integrert del av rolleforståelsen til teammedlemmene, jf. ovenfor om rolleforståelse (Roger et al. 2017).

Det er videre også viktig å etablere enighet om at *alle* teammedlemmer er ansvarlige for å identifisere og rapportere om uønskede hendelser som kan true målet om best mulig pasientbehandling og pasientsikkerhet, og at det å si ifra ikke skal føre til personlig skyldfølelse eller straff – men heller oppfattes som et konstruktivt fokus for felles læring og styrking av pasientsikkerhet (Roger et al. 2017).

Verdier som sikrer god kommunikasjon, høy respekt, godt samarbeid og god pasientsikkerhet er viktige for å bygge tillit og oppnå et godt samarbeid i det kirurgiske teamet (Cameron et al. 2013). God kommunikasjon bidrar også til å senke terskelen for å rapportere og melde ifra om uønskede hendelser, og at etterfølgende diskusjon og implementering av relevante tiltak blir best mulig. God kommunikasjon er ellers også viktig for å sikre at alle i teamet til enhver tid holder fokus på teamets felles mål. Sjekklistene for trygg kirurgi, som sikrer effektiv deling av kritisk informasjon om pasientens tilstand, er ett verktøy som kan bidra til et slikt fokus.

#### 2.1.5 *Tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon*

Det kirurgiske teamet jobber sammen for et felles mål og deler ansvaret for å sikre god pasientbehandling og pasientsikkerhet. Samtidig jobber teammedlemmene ofte tett på hverandre og gjennom mange timer, tidvis uten at medlemmene har møttes tidligere, og i en situasjon med høy risiko og der forholdene raskt kan endre seg. Det stilles derfor store krav til medlemmenes kompetanse, holdninger og evne til samarbeid og kommunikasjon, samt til den organisatoriske rammen rundt teamet.

Godt tverrfaglig samarbeid krever at deltagerne har kunnskap om hva som må til for å oppnå et effektivt samarbeid, forståelse for barrierer i samarbeidet, ansvarlighet, teamdynamikk og

maktforhold (Roger et al. 2017). Som påpekt ovenfor, krever det også god rolleforståelse og at teamet deler sentrale verdier.

I operasjonssykepleierfaget står teamarbeid sentralt for å sikre best mulig pleie og behandling for pasientene (Dåvøy & Haugen, 2019, s. 192), og forsvarlige pasientforløp forutsetter at operasjonssykepleiere tar en aktiv rolle i det flerfaglige og tverrfaglige samarbeidet i teamet (NSFLOS, 2015). I tillegg til å tilby klinisk hjelp og pleie til pasienter som ofte er i en livstruende situasjon, og hvor profesjonell og avansert sykepleie kan være avgjørende for pasientens liv og helbred, har operasjonssykepleiere også et faglig lederansvar for å sikre et godt samarbeid og god kommunikasjon under inngrepet. Operasjonssykepleier er den som koordinerer og sikrer samhandling om ressurser og utstyr som er nødvendig for å gjennomføre et inngrep, og som påser at prosedyrene følges for å minimere risiko for komplikasjoner. Denne koordinerende rollen knyttet til viktige beslutninger i operasjonsmiljøet, i tett dialog med kirurger, anestesisykepleier, anestesileger og andre fagprofesjoner, omfatter både medisinske og praktiske forhold, og understreker viktigheten av gjensidig respekt på tvers av profesjoner og etablerte hierarki (Eide & Dåvøy, 2019, s. 28).

Det er også operasjonssykepleiers ansvar å legge til rette for en hyggelig atmosfære i operasjonsstuen, som f.eks. kan oppnås ved at teammedlemmene presenterer seg før oppstart av operasjon. Det å kjenne hverandre og føle tilhørighet, skaper trygghet som igjen gjør det lettere kan si ifra dersom en ser risiko for feil eller mangler. Dårlig kjemi mellom teammedlemmene kan derimot ødelegge stemningen i operasjonsstuen, ta fokus bort fra pasienten og operasjonen, og føre til at det lettere kan oppstå feil og uønskede hendelser (Oksavik, 2019, s. 207). I en artikkel publisert i tidsskriftet *Journal of Perioperative Practice* (2019), kom det frem at operasjonssykepleierens rolle knyttet til samarbeid og koordinering bidrar til å opprettholde et trygt og effektivt operasjonsmiljø, og at kommunikasjonen innad i det kirurgiske teamet er tydelig.

Under et kirurgisk inngrep kan forholdene som nevnt raskt endre seg, og ofte uten at det er særlig rom for å tenke eller reflektere. For å sikre en trygg og effektiv operasjon må operasjonssykepleiere derfor også ha evne til å arbeide under press og i stressende situasjoner, og samtidig kunne ta raske beslutninger og handle effektivt. Dette krever at operasjonssykepleiere har god og bearbeidet kunnskap og opptrente ferdigheter knyttet til utstyr, prosedyrer og protokoller, og at de evner å håndtere og forebygge komplikasjoner og handle raskt i nødsituasjoner. Gode mellommenneskelige ferdigheter og evne til å samarbeide

effektivt i teamet gjør også slike situasjoner enklere å håndtere, og dette er også med på å skape et positivt arbeidsmiljø og å øke pasientsikkerheten (Oksavik, 2019, 204-208) & (Lauvås & Lauvås, 1997, s. 45).

Det stilles dermed særskilte krav til operasjonssykepleiers evne til samhandling med teamet, pasienten og andre, og til å oppfatte ulike meninger i teamet og å sørge for optimalisering av de tjenester og den omsorg som tilbys (Roger et al. 2017). Dette gjør det ekstra viktig for operasjonssykepleiere å være bevisst på egen rolle, og at man har et reflektert forhold til hva som kan utgjøre barrierer og hindre for et mest mulig velfungerende team – og dermed best mulig pasientsikkerhet, som er selve kjernen i operasjonssykepleierens ansvarsbeskrivelse (NSFLOS, 2005).

Når ulike profesjoner arbeidet tett sammen, forutsetter det at man innen de gitte rammer får utvekslet relevant informasjon og opplysninger med hverandre på en effektiv måte (Lauvås & Lauvås, 1997, s 43). Arbeidsprosessen til det kirurgiske teamet krever at alle har fokus på arbeidet og samtidig bidrar til å skape en god atmosfære i teamet (Oksavik, 2019, s. 203). Dette forutsetter at teamets medlemmer evner å kommunisere effektivt og respektfullt overfor hverandre. Alle har særegenheter og verdier som man ønsker å verne om, og som kan lede til at føler seg truet dersom man opplever at noen utfordrer dem (Oksavik, 2019, s. 206). Det er derfor bl.a. viktig at teammedlemmene evner å kunne lytte, forhandle og å være bevisste rundt hvordan man håndterer konflikter og søker løsninger, samt være bevisste andres verdier uten at man nødvendigvis deler dem (Roger et al. 2017). Som påpekt av Hansen (2019, s. 110) bør en også være bevisst sin egen fremtoning til den/de andre i teamet når man melder ifra om noe. Enhver må tilstrebe å ha en vennlig og hensynsfull oppførsel, være en god lytter, ha tydelig tale, og ikke minst være modig (Oksavik, 2019, s. 215).

Dårlig kommunikasjon på operasjonsstuen kan bidra til økt fare for menneskelige feil, og dermed utgjøre en fare for pasientsikkerheten. Ikke-tekniske ferdigheter har derfor fått mer oppmerksomhet i helsevesenet, som et viktig ledd i å redusere antall uønskede hendelser og pasientskader (Bente, 2017).

I operasjonsstue kan det være en del støy, og bruk av munnbind kan gjøre verbal kommunikasjon utfordrende. Ineffektiv kommunikasjon er ofte årsak til feil og uønskede hendelser. For å forebygge dette i en kompleks organisasjon, må man søke å lage praktiske og robuste systemer (Hauge & Dāvøy, 2019, s. 187). Standardiserte sjekklister med sjekkpunkter

som må være på plass før en f.eks. innleder anestesi, knivstart og før operasjonen avsluttes, kan tjene som effektive verktøy for å forbedre den tverrfaglige kommunikasjonen i operasjonsstuen og redusere risikoen for feil/misforståelser som ellers vil kunne oppstå (Russ et al. 2013) og Dåvøy & Haugen, 2019, s. 192). Sjekklistene krever at operasjonsteamet deler kritisk informasjon knyttet til pasienten og prosedyrer, og bidrar til å etablere en åpen kommunikasjon som også kan styrke teamfølelsen. Det kan også gi operasjonssykepleiere en opplevelse av å være en mer inkludert del av teamet, og gi økt forståelse og respekt for hverandres roller (Dåvøy & Haugen, 2019, s. 192). Motsatt kan manglende interesse for bruken av sjekklistene og tilknyttet samarbeid, påvirke tverrfaglig kommunikasjon negativt. Et annet tiltak for å sikre effektiv kommunikasjon kan også være å bruke verifiserende spørsmål og gjentakelse for å bekrefte at informasjon er nådd frem (Russ et al., 2013).

De ulike profesjonene som inngår i et kirurgisk team har ulik status, og fagene ikke står på like fot (Lauvås & Lauvås, 1994, s. 36). Under selve operasjonen kan det oppstå feil, utfordringer eller misforståelser som krever at noen i teamet tør å ta ansvar og korrigere/si ifra til teammedlemmer med høyere status. Det å varsle under et inngrep kan være utfordrende og ubehagelig for den som sier fra, og kan også oppleves som ubehagelig kritikk for den som korrigeres. Det kan imidlertid også gi den som korrigeres en følelse av lettelse og et utvidet handlingsrom. Når beskjeden gis på en god måte, gis det mulighet for mottaker til å reflektere over situasjonen, til tross for at det kan aktivere følelser som sinne, skam og skyld (Eide & Eide, 2007, s. 321). Det å etablere god kommunikasjon og enighet om slike verdier som nevnt ovenfor i forkant mellom teammedlemmene, kan bidra til å redusere ubehagelige følelser forbundet med varsling og at varslingen lettere oppleves som konstruktiv hjelp heller enn belastende kritikk.

Alle disse faktorene er sentrale for at alle i teamet skal kunne føle seg trygge nok til å si ifra om uønskede hendelser dersom pasientsikkerheten krever det, og at utvekslingen og oppfølgingen av slike bekymringsmeldinger blir håndtert på en effektiv og god måte.

## **2.2 Tidligere forskning**

Det finnes mye tidligere forskning som i større eller mindre grad angår kirurgisk samarbeid, og som vil kunne være relevant å se hen til når vi tar stilling til problemstillingen vi har rettet vår studie inn mot. Nedenfor vil vi forsøke å referere den viktigste forskningen av relevans for vårt emne, og gi et overordnet bilde av hva denne forskningen sier om hvordan ikke-tekniske

aspekt ved slikt temaarbeid kan påvirke operasjonssykepleieres varsling om feil og uønskede hendelser under inngrep.

Innledningsvis finner vi grunn til å løfte frem at tidligere studier har tydet på at så mye som 41 % av uheldige hendelser i behandlingsforløp skjer på operasjonsstuen, og at over halvparten av disse inngreps-relaterte hendelsene kan tilbakeføres til ulike former for svikt i teamarbeid og kommunikasjon (Rasmussen et al. 2015). Dette tilsier at all kunnskap som kan bidra til å redusere slik svikt vil ha betydelig verdi for pasientsikkerheten ved slike forløp.

Det er også interessant å merke seg at hva samarbeid og kommunikasjon innad i et team betyr, vil kunne variere fra medlem til medlem, samt hvilke roller man har i teamet. Leonardsen (2015) viser i så måte i sin studie at kommunikasjon *for operasjonssykepleiere* handler om mellommenneskelige faktorer, respekt, tillit, å bli sett, å ha samme mål og å føle trygghet. For *kirurgene* i studien omhandlet god kommunikasjon å følge beskjeder, at utstyret er på plass og at det er mulighet for konsentrasjon. Slike forskjeller i perspektiv er dermed viktige å hensynta når en skal vurdere ulike sider ved kirurgisk teamarbeid.

Sett fra operasjonssykepleiernes ståsted vil kommunikasjon i det kirurgiske temaet ofte oppfattes som utfordrende (Oksavik et al. 2021). Et eksempel fra samme studie kan tjene som eksempel: Konfrontert med ufine holdninger fra en kirurg, måtte operasjonssykepleier ta stilling til hvordan dette skulle håndteres mens inngrepet pågikk. I situasjonen valgte vedkommende å ikke ta det opp med kirurgen, grunnet en frykt for at det kunne ha innvirkning på arbeidsgleden og den videre prestasjonen (pasientsikkerhet). Dette illustrerer hvordan teamets samarbeid og kommunikasjon også til tider kan stå i et spenningsforhold til pasientsikkerheten.

Operasjonsteamet har blitt omtalt som en sammensatt gruppe av ulike spesialister, noe som øker risiko for uklar kommunikasjon og feil som stammer fra manglende personlige ferdigheter (Leonardsen, 2015). Mange studier viser også at teamets evne til å kommunisere effektivt er sentralt for hvor godt de fungerer, og at å etablere god kommunikasjon kan være et komplekst problem.

Som påpekt av Rasmussen et al. (2015) vil f.eks. det å kunne oppfatte budskapet i kommunikasjon under inngrep ofte forutsette at man ikke bare ser på det verbale, men også det ikke-verbale (f.eks. blikk, håndbevegelser o.l.). I samme studie vises det at nyutdannede operasjonssykepleiere finner det særskilt utfordrende å forstå ikke-verbal kommunikasjon i

kirurgisk teamarbeid. Dette viser kompleksiteten i kommunikasjonen innad i team i kirurgiske settinger, og utgjør trolig i seg selv en årsak til at kommunikasjonen noen ganger svikter. Kommunikasjon og samspill, er svært viktig for utviklingen av en felles forståelse av en gitt situasjon i behandlingsforløpet, samt forståelsen av de forskjellige rollene til hvert teammedlem (Oksavik et al. 2021, s. 4). Dette bekreftes Rasmussen et al. (2015) som peker på at et godt teamarbeid kjennetegnes ved åpen kommunikasjon, håndtering av stressfaktorer og samkjørte teammedlemmer.

Motsatt viser Kaldråstøyl et al. (2022) sin studie at dårlig kommunikasjon innad i teamet på stuen, mangel på respekt og manglende erfaring påvirker samarbeidet i negativ retning. I denne studien fremhevet informantene fire kategorier som kan ha særlig innvirkning på kvaliteten på samarbeidet: God tone og trivsel, pasientrettet fokus, lydhørhet og tydelig ledelse, samt trygghet i yrkesrollen. I «god tone og trivsel», ble det bl.a. lagt at man hadde god og tydelig kommunikasjon, respekt og likeverd, og toleranse for ulike personligheter i teamet. God og tydelig mellommenneskelig kommunikasjon i teamet ble ansett helt avgjørende for et godt samarbeid, mens respekt og likeverd bidro til en god tone og gjorde det enklere å stille spørsmål og ha konstruktiv dialog. Personlige egenskaper, en tydelig ledelse og trygghet i egen rolle var også essensielt i et godt samarbeid. Videre ble det konkludert med det at en felles gjennomgang med alle i teamet i forkant av inngrepet var viktig for å sikre at kvaliteten på slike «ikke-tekniske ferdigheter» ble god under inngrepet.

God kommunikasjon er også en forutsetning for at operasjonssykepleiere skal kunne oppnå målet om å ha en kontinuerlig og god samhandling med operatøren under inngrep, bl.a. slik at en effektivt kan minne kirurgen på å ikke «henge på» pasienten, flytte pasientens armlene ut av posisjon, eller annet som kan forårsake skade (Kolvered et al. 2011). Også her vises viktigheten av at kommunikasjonen innad i teamet er god.

Som påpekt av bl.a. Vogelsang et al. (2019) er det, utover kirurgene og anestesilegene, operasjonssykepleier som har det primære ansvaret for å ivareta pasientsikkerheten i operasjonsstuen. Dette krever både kunnskap, erfaring og oppøvelse av ulike kognitive ferdigheter, som sikrer at en evner å ta selvstendige vurderinger og sikre iverksetting av relevante tiltak til rett tid. Rasmussen et al. (2015) gir også, i tråd med det som er sagt ovenfor pkt. 2.1, uttrykk for at operasjonssykepleieres (og øvrige teamdeltageres) ikke-tekniske ferdigheter utgjør en viktig faktor for å oppnå bedre teamarbeid.

Når det gjelder sannsynligheten for at operasjonssykepleiere sier ifra om feil/uønskede hendelser, er bildet at det er mange faktorer som påvirker om dette skjer eller ikke. Ut fra eksisterende forskning, fremstår det tydelig at erfaring er én viktig faktor. Erfaring vil normalt gi stadig økt trygghet i rollen, og en økt selvsikkerhet som bidrar til at man lettere klarer å «stå for det man mener» også i pressede situasjoner. I en studie gjennomført av Rasmussen et al. (2015) fremgikk det således at operasjonssykepleiestudenter syntes det var utfordrende å vurdere hva som er unormalt. Uten tilstrekkelig erfaring med hensyn til hva som er normalt, er det naturlig nok også vanskelig å si når noe er *unormalt* – og dermed føle seg sikker på når det er grunn til å si ifra og ikke.

Forskning viser også at flere mer kultur- og stemningsrelaterte faktorer kan virke inn. I samme studie av Rasmussen et al. (2015) ga en gruppe operasjonssykepleiere uttrykk for at de helt bevisst valgte å «holde tilbake»/la være å si ifra når de var usikre på miljøet, eller var redde for å forårsake dårlig stemning i operasjonsstuen. Operasjonssykepleierne i denne studien gav også uttrykk for at selvledelse er viktig når man deltar i samarbeid i kirurgiske team – dvs. å ta initiativ og beslutninger etter hvert som situasjonen krever det. Det var viktig for å kunne prestere bedre, og for at egne gjøremål ble kontinuerlig tilpasset og justert til situasjonen og teamdeltakernes arbeidsoppgaver. Motsetningsforholdet i dette reflekterer også en veldig menneskelig faktor, nemlig at man ikke alltid klarer å oppfylle ens egne standarder. Dette viser også viktigheten av å bygge ned barrierer innad i team, enten dette er forårsaket av hierarkiske forhold eller annet.

Det er uunngåelig at alle medlemmer av alle team er like lette å arbeide sammen med, slik som illustrert med eksempelet fra Oksavik et al. (2021) nevnt ovenfor. «Særegne personligheter» og væremåter kan gjøre det utfordrende for operasjonssykepleier å vite hvilken reaksjonsmåte som er hensiktsmessig, ikke minst dersom ubehagelige eller presserende situasjoner skulle oppstå (Rasmussen et al. 2015). Som tidligere påpekt vil en god rolleforståelse og refleksivitet være viktig for operasjonssykepleiere for å forberede seg på ulike situasjoner som kan oppstå, og tenke ut ulike måter å forholde seg til og håndtere disse på.

I følge Oksavik et al. (2021, s. 4) kan videre ulike hierarkiske forskjeller ha innvirkning på teamarbeidet, ved at det skaper faglige grenser og kommunikasjonsbarrierer mellom faggruppene. Hierarki kan i denne sammenheng sammenfattes som ulikheter i maktfordeling, prestisje, autoritet og/eller myndighet Leonardsen (2015). I studien til Oksavik (2021, s. 4) kommer det frem at operasjonssykepleiere også generelt opplever kirurgiske team som

hierarkisk inndelt, der kirurg er overordnet. Dette perspektivet bekrefter studien at også deles av kirurgene: Deres medisinfaglige arbeid er det viktigste, og det er de som bestemmer operasjonstid og prosedyre og for å sikre at arbeidet utføres riktig, bør de andre teammedlemmene følge beskjeder som kommer fra kirurgen. At et slikt over- og underordningsforhold eksisterer mellom kirurg og pleier er riktignok reelt, men som det ofte er påpekt er det viktig å sikre at dette ikke leder til at kommunikasjonen blir så ensidig og svak at viktig medisinsk informasjon ikke blir effektivt formidlet under inngrepet.

Ellers er kirurgisk samvittighet er et tema som går igjen i tilnærmet alle de inkluderte studier. I studien til Kolvered et al. (2011) beskrev operasjonssykepleiere sin egen rolle knyttet til pasientsikkerhet bl.a. som evnen til å holde et våkent øye med prosedyrer og til å bruke sin myndighet til å påpeke feil og unngå uønskede hendelser.

Oppsummert fremstår det riktig å si at det er et komplekst samvirke av forhold som avgjør hvor godt det enkelte kirurgiske team fungerer, og mange ulike faktorer som påvirker i hvilken grad kommunikasjonen innad i teamet er god. Mange av disse faktorene vil også direkte innvirke på i hvilken grad operasjonssykepleiere sier ifra når de observerer forhold eller hendelser som de tenker at er uønskede eller på annen måte er feil. De hierarkiske strukturene som eksisterer i slike team er noe man etter vårt syn må ha et særskilt fokus på å motvirke, slik at disse ikke hindrer operasjonssykepleiere (og andre) fra å si ifra om ting når pasientsikkerheten krever det.



### **3 METODE**

I dette kapittelet omtales metodiske sider ved studien. Innledningsvis gjør vi rede for oppgavens metode, design og vitenskapsteoretiske forankringer (pkt. 3.1 – 3.3). Deretter redegjør vi for kvalitative intervju, intervjuguiden, utvalg, gjennomføring og databehandling/analyse (pkt. 3.4 – 3.8). Til slutt omtaler vi kort forskningsetiske forhold, samtykker, samt enkelte metodiske betraktninger og studiens troverdighet (pkt. 3.9 – 3.12).

#### **3.1 Kvalitativ metode**

For å svare på problemstillingen, har vi valgt å benytte kvalitativ metode med intervju. Dette siden en slik kvalitativ tilnærming fremstår best egnet til å utforske samhandlingen og kommunikasjonen mellom ulike aktører innad i kirurgiske team. En slik tilnærming fremstår også egnet til å synliggjøre operasjonssykepleiernes egne erfaringer og opplevelser, noe som også kan bidra til å danne en viss forståelse for hvordan de opptrer (Malterud, 2013, s. 31).

#### **3.2 Design**

Designet for denne studien er kvalitativt beskrivende, med en blanding av semistrukturerte fokusgruppeintervju og individuelle intervju. Hensikten er å komme i dybden, samt lære om erfaringer og holdninger i et miljø der flere mennesker samhandler. Mens individuelle intervju gir en dypere forståelse av deltakerens erfaring og perspektiver, kan bruk av gruppeintervju skape en dynamikk som gjør det enklere for informanter å åpne seg, og at de kan utfylle og supplere hverandre. Gruppeintervjuer gir også mulighet til å løfte frem flere nyanser og perspektiv dersom de har ulike synspunkter og er uenige med hverandre (Larsen, 2017, s. 101). Intervjuene tilpasses den enkelte deltakeren og gir rom for å utforske spesifikke temaer. Dette antas også å gi oss bedre innsikt i deltakernes kontekst, og legge til rette for en analyse av dataene for å identifisere ulike tematikker og mønstre (Malterud, 2021, s. 133).

Studien vil fokusere på operasjonssykepleiers tidligere erfaringer og opplevelser, slik de selv forteller om dette. Gjennom bruk av semistrukturerte intervju sikrer vi at deltakere blir introdusert for de samme tema og nøkkelord. Dette skal skape konsistens i temaene det reflekteres rundt, samtidig som det også åpner for en viss fleksibilitet ved gjennomføringen av intervjuene. Intervjuguiden er utarbeidet for å være fleksibel mtp. Rekkefølge og mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål der det anses hensiktsmessig. På denne måten sikrer vi at

informantene kan få gitt mer utdypende og konkrete svar. Det gir også informantene fleksibilitet til å ta opp relevante tema og utdype disse (Larsen, 2017, s.99).

### 3.3 Kunnskapsgrunnet i kvalitative studier

Studien benytter Kirsti Malteruds modell for analyse og forståelse av kvalitative data. Ifølge henne er erfaring og fortolkning selve grunnlaget i kvalitativ forskning der begreper som fenomenologi og hermeneutikk er sentrale (Malterud 2011, s. 26). Selv om vi ikke har gjort en ren fenomenologisk studie, har vi vært oppmerksomme på at dataene vi samler inn utgjør førstepersons-perspektiv og dermed har en fenomenologisk karakter (Thornquist, 2021, s. 102). Vi har i så måte vært særskilt bevisste på at informantene tolker situasjonene de spørres om ut fra deres egne subjektive erfaringer og opplevelser (Thargaad, 2009, s. 87), og at lik utdanning/erfaringsbakgrunn ikke nødvendigvis gir lik forståelse og at også deres personlige ressurser, interesser, erfaringer og forståelse vil kunne være medvirkende for hvordan de har lest (og erindrer) slike situasjoner og tema som de intervjues om (Hoffmann, 2014 s. 147).

Tilsvarende har vi tatt hensyn til de hermeneutiske sidene, for å unngå misforståelser og feiltolkninger både ved gjennomføring og etterfølgende analyser av intervjuer. I lys av at informantene er våre arbeidskolleger, har vi f.eks. hatt et tydelig fokus på å opprettholde en åpen men profesjonell tone gjennom intervjuene (jf. Kvale og Brinkmann, 2012, s. 24), og å skape en trygghet rundt det å dele erfaringer med hverandre slik som anbefalt av Malterud (2021, s. 73). Som ledd i dette har vi også lagt opp til at både vi og informantene forholder seg til intervjuguiden.

Gjennom våre tidligere praksisperioder i ulike seksjoner, har vi dannet oss noen egne tanker om hvilke faktorer som påvirker hvorvidt operasjonssykepleiere velger å melde ifra om uønskede hendelser under kirurgiske inngrep. I tråd med anbefalingene til Nilsson (2007, s. 36) har vi også bevisst forsøkt å legge egne hypoteser/fordommer knyttet til studiens tematikk til side under intervjuene, og ha fokus på at det er informantenes opplevelser, perspektiv og situasjonsforklaringer som skal forsøkes løftet frem. Vi har også bevisst forsøkt å ikke unødig påvirke hvordan intervjuene forløper, men heller innta rollen som en aktiv lytter og å bruke intervjuguiden for å stimulere diskusjon mellom informantene og hjelpe dem å få frem et tydelig og nyansert bilde av deres egne opplevelser knyttet til temaene.

### 3.4 Individuelle intervju og fokusgruppeintervju

Semistrukturerte individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer er to vanlige metoder i kvalitativ forskning. Semistrukturerte individuelle intervju gir en dypere forståelse av den enkelte informantens perspektiv, mens fokusgruppeintervjuer utnytter samhandlingen mellom informantene for å få innsikt fra ulike synspunkter. Forskeren har en aktiv rolle i begge tilnærminger, enten ved å stille oppfølgingsspørsmål til individuelle informanter eller ved å tilrettelegge for diskusjon mellom deltakerne. Begge metoder gir mulighet for å produsere ny kunnskap basert på informantenes erfaringer og samhandling med forskeren og hverandre (Malterud, 2021, s. 138).

En annen fordel med fokusgruppeintervju er å få frem informantenes forskjellige sammenligninger av hverandres erfaringer og forståelse, ved at de inspirerer hverandre til å dele av egen erfaring om et tema som alle i gruppen kjenner til (Torje, 2020, s. 46). Diskusjoner som oppstår gjennom slik gruppedynamikken kan dermed bidra til at man får flere fortellinger og dypere meningsuttrykk, samtidig som en slik tilnærming gir forskeren mer kontroll over diskusjonen (Malterud, 2021, s. 139). Gjennom fokusgruppeintervju kan forskeren få flere synspunkter fra flere mennesker på kort tid. Ulempen med fokusgruppeintervju er at enkelte informanter kan dominere diskusjonen, og dermed hindre at andres perspektiv slipper til. Her må moderatoren være oppmerksom og trekke inn andres synspunkter (Polit & Bech, 2021, s. 514).

Fokusgrupper består normalt av fem til åtte deltakere som snakker sammen i én eller halvannen time, under ledelse av en moderator. Ambisjonen var å etablere to fokusgrupper med 3-4 deltagere. I og med at det var utfordrende å få nok deltakere til prosjektet, og at enkelte deltagere ønsket individuelle intervju som følge av temaenes sensibilitet, endte vi opp med å dele deltagerne inn i to fokusgrupper med to deltagere i hver gruppe. Studien er altså bygget på to fokusgruppeintervju med to deltagere i hver gruppe, samt tre individuelle semistrukturerte intervjuer.

Mindre grupper kan begrense dybden i emnet og gi et begrenset spekter av perspektiver. På den annen side kan større grupper generere mye data, som kan være utfordrende å analysere. Større grupper krever også god struktur fra forskeren og moderator, slik at alle informanter får mulighet til å bidra (Halkier, 2002, s. 38-41). Individuelle intervju kan gi flere og dypere detaljer om tema, ettersom dette gir større mulighet for å utforskning av den aktuelle

informantens tanker og følelser uten slike distraksjoner og avbrytelser som kan oppstå i gruppeintervju. Informantene i slike intervjuer kan også føle seg mer komfortable til å dele personlige erfaringer. På den andre siden er individuelle intervju mer tidkrevende, og man mister den ytterligere nyansering og innsikt som gruppediskusjon kan gi (Morgan, 1997, s. 34)

### 3.5 Intervjuguiden

For å besvare prosjektets problemstilling ble det utarbeidet en intervjuguide med stikkord som pekte ut temaer vi ønsket å undersøke (se Vedlegg 2). Målet med fokusgruppene var å få en variert samtale rundt de ulike temaene. Temaene ble formulert på en utforskende og åpen måte, for å få deltakere til å reflektere over sine erfaringer og opplevelse med å melde ifra. For å legge til rette for en åpen diskusjon, anså vi det som viktig at intervjuguiden er ikke var for detaljert og den heller ikke ble slavisk fulgt. Intervjuguiden ble derfor mer brukt som en huskeliste (Malterud, 2021, s. 133). Bruken av åpne spørsmål i intervjuet gav oss mulighet til å få mange forskjellige synspunkter knyttet til prosjektet problemstilling (Kvale 2001, s. 43-46)

### 3.6 Utvalg og tilgang til informasjon

For å sikre heterogenitet ønsket vi å inkludere begge kjønn, da kjønn anses å kunne ha en rolle ved slik varsling som studien angår. For å få variasjon i gruppene og å se om avdelingskultur spiller en rolle, valgte vi operasjonssykepleiere fra ulike avdelinger ved forskjellige sykehus i Norge. Målet var å lage to fokusgrupper med personer fra ulike seksjoner. En slik variasjon i gruppene kan bidra til å finne frem til like/ulike erfaringer, innenfor en relativt stor og heterogen gruppe (Larsen, 2017, s. 89-91). Variasjonsbredde vil også kunne gi mulighet for å beskrive flere nyanser ved problemstillingen (Malterud 2021, s. 59).

Vi startet rekrutteringen ved å sende en søknad til sykehuset, som videreformidlet informasjonen til relevante seksjonsledere. Informantene meldte seg frivillig til prosjektet. Informantene hadde et aldersspenn på 29 – 58 år, og inkluderte 1 mann og 6 kvinner som oppfylte inklusjons- og eksklusjonskriteriene som fremgår av Tabell 1. Jobberfaringen blant informantene varierte fra 3 til 29 år. Rekrutteringsprosessen tok totalt fire måneder.

**Tabell 1:** *Inklusjons- og eksklusjonskriterier anvendt i studien.*

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Operasjonssykepleier som jobber i operasjonsstue</li><li>▪ Samtykkekompetente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ikke operasjonssykepleier</li><li>▪ Operasjonssykepleier som ikke har arbeidet de siste</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Operasjonssykepleier med minst 2 års erfaring.</li> <li>▪ Operasjonssykepleiere i 100% stilling</li> <li>▪ Operasjonssykepleiere i ulike aldersgrupper</li> </ul>	<p>5 årene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Operasjonssykepleier med lederstilling eller deltidsstillinger.</li> </ul>
--	---

### 3.7 Gjennomføring av intervjuene

En viktig forutsetning for å få et godt material, er at informantene føler seg trygge og godt ivaretatt (Malterud, 2004, s 72). Dette oppnådde vi ved at intervjuene ble gjennomført i rolige og behagelige omgivelser som ga rom for diskusjon og tenking, og ved å snakke litt om løst og fast før selve intervjuet. I tillegg hadde vi matsservering i forkant, for å gjøre situasjonen så behagelig som mulig. Det ble i første omgang gjort to fokusgruppeintervju med to operasjonssykepleiere fra ulike avdelinger, mens de fire resterende intervjuer ble gjort individuelt etter ønske fra deltakerne.

To individuelle intervju ble gjennomført med kun én av oss til stede, mens et individuelt intervju ble gjennomført med oss begge til stede. De to gruppeintervjuene ble gjennomført med begge til stede, med en som moderator og en som intervjuer. Vi tilstrebet å gjennomføre alle intervju på en lik måte, men måtte i noen tilfeller fire på våre kriterier for gjennomføring av intervjuene (jf. nærmere pkt. 3.11).

I intervjuene hadde vi fokus på å lytte til informantene med et åpent sinn, og ikke ha noen forventninger til hva svarene de gav skulle gå ut på (Malterud 2004, s. 69). Intervjuets varighet var ca. én time og vi oppfattet samtlige deltakere som engasjerte og villige til å dele opplevelser og erfaringer. Temaene vi har tatt for oss opplevdes av de fleste som noe sensitive, og enkelte deltagere formulerte seg bevisst på måter som skulle hindre at noen skulle kjenne dem igjen.

### 3.8 Databehandling og analyse

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og deretter transkribert. Transkriberingen var en tidkrevende prosess, og krevde nøyaktighet for å sikre at transkripsjonen ble korrekt (Malterud, 2012, s. 96). Etter transkripsjonen foretok vi en grundig analyse av datamaterialet for å danne oss et førsteinntrykk av hva materialet inneholdt av informasjon knyttet til problemstillingen, og med sikte på å identifisere ulike potensielle temaer for bruk i oppgaven (Polit & Beck, 2020, s. 531).

Det finnes ulike tilnæringer til kvalitativ analyse. I denne studien brukte vi systematisk tekstkondensering som utarbeidet av Malterud. Denne tilnærmingen gir nybegynnere en enkel innføring i hvordan en systematisk analyseprosess skal utføres. Malteruds analyseprosess gjennomføres i fire trinn (Malterud, 2021, s. 92-96), jf. pkt. 3.8.1 flg.

### *3.8.1 Trinn 1: Helhetsinntrykk*

Første trinn i analyse bestod i å lese gjennom alle transkripsjonene for å bli bedre kjent med materialet. Vi leste gjennom det transkriberte intervjuene flere ganger for å få et overordnet bilde av materialet, slik at det skulle bli lettere å identifisere mulige temaer som kunne dekke ulike aspekt knyttet til operasjonssykepleieres erfaring og opplevelse med å melde ifra.

I dette trinnet måtte vi jobbe aktivt for å sette vår egen forståelse og teoretiske referanseramme til side, for å ikke påvirke analysen. Samtidig prøvde vi å se dataene fra deltakernes perspektiv. I følge Malterud (2021, s. 99) er det viktig at en i dette trinnet unngår å ha med alt for omfattende materiale. I første omgang fant vi 16 foreløpige temaer som fremstod interessante. Ved en mer grundig gjennomgang av materialet fant vi at mange av temaene gikk i hverandre, og vi endte til slutt opp med 8 hovedtemaer. Disse hovedtema var utformet på basis av tema som skilte seg ut, og kunne peke mot ulike mulige foreløpige resultat.

### *3.8.2 Trinn 2: Meningsbærende enheter*

I det andre trinnet av analysen strukturerte vi datamaterialet på en måte som tillot oss å undersøke nærmere det vi ønsket å studere. Vi arbeidet sammen for å utføre analysen, da dette ville gi oss fordelene av å skape et analytisk rom med flere nyanser. Vi gikk systematisk gjennom alle de syv intervjuene for å identifisere de potensielle meningsbærende enhetene, dvs. informasjon som er nødvendig for å forstå meningen og betydningen av dataene (Kvale, 1997, s. 125). Etter en grundig gjennomlesning sorterte og filtrerte vi den transkriberte teksten slik at vi satt igjen med det som kunne brukes videre i studien. Her vektla vi å heller ta med litt for mye enn litt for lite. De meningsbærende enhetene som var igjen, var både korte og lange. Temaene som ble identifisert i det første trinnet, ble brukt som basis for kodene vi dannet i denne fasen (jf. Tabell 2 nedenfor).

Kodegrupperingen ble brukt her for å identifisere meningsbærende enhetene. Hver kodegruppe presenterer våre foreløpige ideer om ulike aspekter av problemstillingen (Malterud, 2021, s. 101). I starten ble flere koder justert etter hvert som vi arbeidet med materialet, og fikk nye

ideer. Vi brukte fargekoder for å markere de meningsbærende enhetene, som deretter ble plassert i sine kodegrupper. Til eksempel ble “Mot” først plassert i kodegruppe “Holdning”, men så fant vi ut at den skal heller plasseres under kodegruppe “Kompetanse og erfaring”, fordi mot fremstod å være noe som fulgte den selvsikkerhet som normalt opparbeides gjennom erfaring. Videre fant vi at enkelte koder måtte justeres for å bli mindre presise, og dermed romme mer. Vi fant for eksempel ut at “Trygghet” heller burde hete “Makt og avmakt”, ettersom dette også kunne favne andre aspekt enn de som direkte handlet om trygghet.

Dette trinnet hjalp oss med å være mer effektive i utarbeidelsen av relevant tekst knyttet til studiens problemstilling. Kodingen av meningsbærende enheter endret seg noe underveis, og temaene fra første trinn ble justert/slått sammen til nye koder (jf. Malterud 2021, s. 103). Eksempler på noen av de meningsbærende enhetene som vi satt igjen med, er presentert i Tabell 2.

**Tabell 2:** *Eksempler på koding av meningsbærende enhetene.*

Koder i trinn to	Meningsbærende enheter
<i>Redsel for sanksjon</i>	“... jeg ble ikke snakket med i to uker”, “... da jeg ga beskjed, ignorerte han meg ...”.
<i>Mangler muligheter</i>	“... det er ikke alltid mulig å gi beskjed, så jeg velger heller å gjøre det senere, evt. å skrive synergi”, “... jeg velger å gi beskjed til ledelsen ...”.
<i>Å ha mulighet</i>	“... jeg vil heller bruke den muligheten vi ha med å skrive synergi ...”, “... teknisk sett så synes jeg at det er bedre å gi beskjed via synergi ...”.
<i>Frykt for konsekvenser</i>	“... jeg velger å vente til operasjon er ferdig, da kan jeg bare skape dårlig stemning i operasjonsstue ...”.
<i>Holdning og kultur</i>	“... det å gi beskjed handler om kulturen vår og kulturen i seksjonen og i stuen. Den norske kulturen er en konfliktsky kultur”.
<i>Hierarki</i>	“... det å gi beskjed handler også om hierarki ...”, “... hierarki er mest synlig på vakttiden ...”.
<i>Trygghet</i>	“... ofte føler jeg meg ikke trygg til å si ifra ...”, “... jeg vil ikke bli oppfattet som vanskelig og den som leter etter og finner feil ...”.
<i>Opplevelse av erfaring</i>	“... dersom jeg ser en kritikkverdig feil under en operasjon, så sier jeg ifra for å forbedre rutiner ...”, “... å gi beskjed handler om erfaring og kompetanse ...”, “... å gi beskjed handler mest om profesjonalitet ...”.

### 3.8.3 *Trinn 3: Kondensering*

I dette trinnet oppsummerte vi de meningsbærende enhetene ved å kondensere innholdet systematisk. Vi valgte ut relevant materiale og grupperte det etter koder. Vi startet med åtte grupper og endte opp med fire hovedgrupper med ulikt antall undergrupper. Vi leste gjennom tekstbitene i hver gruppe, brukte stikkord og identifiserte flere enheter for hver undergruppe. Deretter diskuterte vi hvilke stikkord som var relevante for å belyse problemstillingen i prosjektet. Vi fortsatte å kondensere innholdet i hver undergruppe og utviklet et kunstig sitat som gjenspeiler informantenes egne ord og begreper fra de meningsbærende enhetene. Disse sitatene fokuserer på det konkrete innholdet fra hver enkelt enhet og gjør det mer generelt for sammenhengen (Malterud 2004, s. 102-105).

### 3.8.4 *Trinn 4: Syntese*

Under dette siste trinnet satte vi sammen alle bitene til en analytisk tekst, basert på kondensatene fra hver av hoved- og undergruppene. Analyseteksten innehar hovedfunn fra de ulike undergruppene. Dette supplerte vi med passende sitater og «gullsitat» som forteller oss hva teksten handler om. I omtalen av funn har vi anonymisert kandidatene sitatene stammer ifra, for at de ikke skal kunne gjenkjennes. Til slutt laget vi nye overskrifter for de ulike tema/undertema som sammenfatter det sitatene omhandlet (Malterud 2004, s. 106-109).

## 3.9 **Forskningsetiske vurderinger**

Søknad om forhåndsgodkjenning ble sendt til Regional komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og til Norsk senter for forskningsdata (NSD) før datainnsamlingen ble påbegynt. REK besluttet at prosjektet ikke var søknadspliktig (se [Vedlegg 3](#)). Etter at NSD hadde behandlet og godkjent prosjektet (se [Vedlegg 4](#)), ble det også sendt søknad til personvernombudet ved Høgskolen på Vestlandet. Da alle søknadene var godkjente, søkte vi godkjenning i fra de aktuelle operasjonsavdelinger.

## 3.10 **Informantenes samtykke**

Vi har sett hen til de etiske retningslinjene, utarbeidet av Nasjonal Forskningsetisk komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH, 2006) med tanke på beskyttelse av informantenes helse og rettigheter, inkludert informantenes personvern. Deltakerne har blitt gitt tilstrekkelig informasjon om prosjektet (se [Vedlegg 5](#)) før de avga sine skriftlige samtykker (informert samtykke) ([Vedlegg 6](#)). Eventuelle ubehagelige aspekter som kunne tenkes å påvirke deltakerne



ble også påpekt i informasjonen som ble gitt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Deltakerne ble også informert om at det er frivillig å delta og at de kan trekke seg når som helst.

### **3.11 Metodologiske betraktninger**

Kvalitativ metode ble valgt da den er best egnet for å besvare studiens problemstilling. Det er både styrker og svakhet ved denne metoden. Derfor er det hensiktsmessig med god vurdering og refleksjon overfor forskningsdesignet, metode, datainnsamling, analyse-strategien og tolkning av funn for å sikre studiens pålitelighet og validitet (Malterud, 2021, s. 192).

Som nevnt var det utfordrende å samle nok informanter til studien, og at dette ledet til at studien ble gjennomført med mindre fokusgrupper enn planlagt i kombinasjon med individuelle intervju. Vi måtte derfor fravike enkelte av de kriterier vi hadde oppstilt for gjennomføringen av intervju. Det kan være at dette har hatt noen innvirkning på hvilke funn vi endte opp med, men det er vanskelig å anslå noe mer nøyaktig om hvilken type/hvor stor innvirkning det i tilfelle har hatt.

Vår egen involvering vil selvsagt også i noen grad ha kunnet påvirke hvilke resultater vi kom frem til på ulike vis (Malterud, 2004 s. 28). Som påpekt av Malterud (2021, s. 193) er det ikke uvanlig at enkelte kriterier ikke kan oppfylles helt ut og at man må gjøre visse kompromisser, og etter vårt syn har de data vi samlet inn gitt et tilstrekkelig godt grunnlag for besvarelse av studiens problemstilling.

### **3.12 Studiens troverdighet**

Basert på det valg av metode som er omtalt ovenfor, og begrunnelsen for dette, mener vi at studiens troverdighet må anses god (reliabilitet og validitet). I så måte legger metoden vi har anvendt til rette for en logisk vei til relevant kunnskap for å besvare problemstillingen (Malterud, 2004 s. 178). Denne metoden er også velbrukt og ansett som en godt egnet vei til å utforske erfaringer og meninger. Etter vårt skjønn har ikke endringene i intervjuform neppe nevnt ovenfor pkt. 3.11 påvirket studiens troverdighet i nevneverdig grad. Utvalget i studien er imidlertid nokså begrenset, og dette vil naturlig nok påvirke hvor representative svarene fra informantene kan anses.

## 4 FUNN

Etter å ha analysert intervjuene, var det tydelig at det var flere av de gjennomgående temaene som gikk igjen i alle informantenes historier. Tabellen under oppsummerer hoved- og undertemaer. I dette avsnittet presenterer vi hovedfunnene med sitater fra de gjennomførte intervjuene.

**Tabell 3:** *Hovedfunn fordelt på hoved- og subtema.*

Hovedtema	Subtema
<i>Makt og avmakt</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mangel på muligheter</li><li>▪ Å ha muligheter</li><li>▪ Frykt for represalier/konsekvenser</li></ul>
<i>Holdning og kultur</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Holdning og oppførsel</li><li>▪ Å vise hensyn</li><li>▪ Positiv holdning</li><li>▪ Hierarki</li></ul>
<i>Kompetanse og erfaring</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mot</li></ul>
<i>Rolleforståelse og ansvar</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pasientsikkerhet</li></ul>

### 4.1 Makt og avmakt

Et av hovedtemaene i studien er oppsummert som «Makt og avmakt» i operasjonsstuen. Aspekt knyttet til dette temaet og hvordan det kan påvirke hvorvidt man melder ifra, gikk igjen i alle informantenes svar. Nedenfor gis en kort omtale av funn knyttet til hvert undertema under dette hovedtemaet, jf. Tabell 3.

#### 4.1.1 Mangler på muligheter

Selv om operasjonssykepleier er trent og opplært i å rapportere om uønskede hendelser i operasjonsstuen, kan det fortsatt være utfordrende å gjøre dette når oppleves å være et begrenset handlingsrom. Informantene formidlet at høyt arbeidspress og det å stå i en krevende og stressende operasjon som krever kontinuerlig konsentrasjon og oppmerksomhet, kan gjøre det utfordrende å påpeke feil/ta opp bekymringer.

<i>“... det er ikke alltid lett å melde ifra når man står midt i et inngrep med mange kirurger og ulike stressmomenter ...”</i>	A2
<i>“... du kan ikke ta det i en kirurgisk setting. Som ofte er stressrelatert ... og hvis jeg da skal kjøre med det jeg tenker er rett og galt, så kan det bli nytt stressmoment ...”</i>	A3

Noen informanter påpeker også at mangel på respons fra ledelse på synergi og varsler som sendes fra operasjonssykepleiere, gjør at de mange ikke lenger ønsker å melde ifra. Det å si ifra og varsle om uønskede hendelser, kan noen ganger oppleves som å skape dårlig stemning og ikke bli tatt seriøst av ledelse. Informantene trekker frem hendelsen i Flekkefjord-saken, der operasjonssykepleiere flere ganger varslet om kirurgiske feil uten at det har ble gjort endringer eller tiltak fra ledelsen. Både i gruppeintervju og individuelle intervju kom operasjonssykepleiere med eksempler der kirurger og anestesileger kommer inn i operasjonsstuen med smykker. Flere operasjonssykepleiere mente også at det å fange opp feil er ledelsen sitt ansvar, særlig når gjelder å gi beskjed om å følge retningslinjer om kleskode og bruk av smykker i operasjonsstuen. Informant A3 sier at det er behov for å forbedre kommunikasjonsstrukturen og ledelsespraksisen for å sikre et trygt arbeidsmiljø og forsvarlig pasientsikkerhet. Denne informantene foreslo at å ha en referansegruppe med fagansvarlige kan være et tiltak for å sikre at synergi og varsler om uønskede hendelser blir behandlet og fulgt opp på en effektiv måte.

<i>“... av og til hjelper det ikke at operasjonssykepleier varsler, da kan det være svikt langt oppe i systemet. Det er jo ledere som behandler synergi ...”</i>	A4
<i>“... Ofte skriver vi synergi uten at vi får noe tilbakemelding om det. Jeg kunne ønsket meg at synergi ble tatt opp i en referansegruppe med fagansvarlig”</i>	A6 og A7
<i>“Jeg synes ledere skal ta ansvar i det å gi beskjed, for eksempel å følge kleskoden og det med at kirurgene kommer inn i stuen med smykker uten at noen sier ifra ...”</i>	A6 og A7

#### 4.1.2 Å ha muligheter

Hvordan det oppleves å melde ifra beror også på de personer man forholder seg til når man bestemmer seg for å si ifra. Ifølge enkelte informanter kan det være hensiktsmessig å melde ifra etter operasjonen, på tomannshånd, for å unngå å sette folk i et vanskelig lys. I et gruppeintervju formidlet en av informantene at systemet kan fungere bra når operasjonssykepleier har mulighet til å skrive synergi. Dette kan føre til endring i prosedyrer som kan gjøre arbeidet tryggere for alle involverte. Samme informanten påpeker samtidig at det er behov for å prioritere arbeidet med å forebygge uønskede hendelser og forbedre sikkerheten i operasjonsstuen.

<i>“... når synergi-systemet fungerer, så er det fantastisk. Vi har fått gjort mange ting på seksjonen hvor jeg arbeider ved å skrive synergi ...”</i>	A3
<i>“... om man skriver synergi, men ikke får tilbakemelding, så er det likevel registrert ...”</i>	A1
<i>“... Så synergi om uønskede hendelse, du må omfavne det og tenke at det er en mulighet for å gjøre noe. Uten å melde ifra, så kommer vi til å fortsette med samme tempo og feil.”</i>	A2

#### 4.1.3 Frykt for konsekvenser

Noen operasjonssykepleiere ga uttrykk for at de var motvillige til å rapportere til kirurgene av frykt for negative konsekvenser eller represalier. I et gruppeintervju rapporterte en av operasjonssykepleiere at kirurgen har sluttet å snakke med henne i over to uker fordi hun hadde sagt ifra om en uønsket hendelse. Annen operasjonssykepleiere ga uttrykk for at kirurgen i ettertid av at en hendelse hadde blitt rapportert skapte en kleint og sarkastisk stemning. Dette kan føre til en følelse av å bli latterliggjort for de som melder ifra. Informantene ga videre uttrykk for at slik oppførsel er uakseptabelt og at det ikke skal føre til negative konsekvenser å melde fra om uønskede hendelser.

<i>“... etter hendelsen så snakket ikke kirurgen til meg på to uker, fordi jeg sa ifra om feilen han gjorde ...”</i>	A7
--	----

<p><i>“... han var sarkastisk, som gjorde at de som meldte ifra følte seg litt dumme, som hadde sagt ifra ...”</i></p>	<p>A6</p>
<p><i>“... Samtidig har det vært veldig kleint i ettertid, i hvert fall de første ukene. Han snakket mye om at han hadde fått en sak på seg, og fleipet mye om dette til de andre kirurgene ...”</i></p>	<p>A4</p>
<p><i>“... Han er en god kirurg, men det som kanskje kan gå utover pasientsikkerheten, er at man ikke tør å si ifra om noe galt i frykt for at han skal bli sur ...”</i></p>	<p>A4</p>
<p><i>“... Jeg har noen ganger opplevd at kirurgen tar godt imot beskjed og takker for det, mens andre ganger kan kirurgen ha ignorert meg, og viser seg uinteressert i beskjeden jeg gir. I slike tilfeller blir det dårlig stemning i stuen.”</i></p>	<p>A2</p>

## 4.2 Holdning og kultur

### 4.2.1 Holdning og oppførsel

Holdning i operasjonsstue var også et hovedtema som gikk igjen hos alle informantene. Holdninger hos både operasjonssykepleiere og resten av det kirurgiske teamet er avgjørende for å melde fra om uønsket hendelse. Det kan tenkes at en god kultur og gode holdninger for å melde ifra om noe også kan gjøre det lettere for våre nyutdannede å innarbeide de samme kvalitetene.

De fleste operasjonssykepleiere uttrykker at det kan være vanskelig å melde ifra ettersom man har en følelse av å være avhengige av kirurger og andre i temaet. Enkelte ga også uttrykk for at de velger å gi beskjed på en diskret måte, for å unngå at kirurgene føler seg avkledd eller blir defensive. Dette kan av og til være klokt, men det er også underliggende holdninger som gjør at man føler man må gå frem på en slik måte. Dette indikerer at det kan være holdninger i operasjonsstuene som gjør det utfordrende å melde fra om uønskede hendelser (f.eks. knyttet til hierarki mellom operasjonssykepleierne og kirurger).

<p><i>"Mange uønskede hendelser som vi har på en operasjonsstue, vi ser at det kommer av holdninger. Når vi lærer opp andre, fører vi våre holdninger over til dem"</i></p>	<p>A1</p>
<p><i>"Å gi beskjed er helt vanlig for meg, det er arbeidsplassen min, og dersom den som får beskjed blir sint eller stresset, er det for meg et tegn på usikkerhet"</i></p>	<p>A2</p>

Det ble videre uttrykt at det kunne bli vektlagt hvordan de andre i teamet stilte seg til varsling av uønskede hendelser. En av informantene siktet til en hendelse der en kirurg viste upassende oppførsel på stuen under et kirurgisk inngrep, som avslører at dårlige holdninger i enkelte tilfeller ikke blir luket ut selv etter at det har blitt meldt ifra.

<p><i>"... Alle var jo glade for at vi meldte ifra, for det er ingen som ønsker at det skal være slik på stuen. Og så opplevde vi jo støtte fra de andre i teamet og fra vår leder. Men samtidig er det som å snakke til døve ører, for det skjer på en måte ikke mer. Han får fortsette å arbeide og holde på slik som han vil, og være like kjip som alltid og det er ingenting som skjer. Han får saker på seg, og bedrer seg kanskje i uker eller måneder, og så kommer det nye sykepleiere igjen som skal assistere han, også er det tilbake til gammel oppførsel."</i></p>	<p>A4</p>
--	-----------

#### 4.2.2 Å vise hensyn

Intervjuene viser at det å melde ifra kan være en måte å vise hensyn på og at det kan bidra til å skape en kultur der læring og forbedring prioriteres. En av informantene fortalte om hendelser som omhandlet en kirurg sine holdninger i operasjonsstuen, og at operasjonssykepleiere kviet seg til å jobbe sammen med ham – og til å si ifra om uønskede hendelser til ham. Hun understreket samtidig at det er viktig å huske på at alle i et kirurgisk team uansett stilling eller erfaring har ansvar for å ivareta pasientsikkerhet. Det er behov for opplæring og veiledning i rapporteringsprosessen, slik at operasjonssykepleiere føler seg trygge på hva som skal gjøres dersom uønskede hendelser oppstår. Hun formidler videre at det å si ifra må prioriteres fremfor frykt for å bli ignorert eller ikke bli tatt alvorlig. Operasjonssykepleiere kan ikke velge å ikke si ifra, endre fokus og skjule hendelser for å beskytte enkeltpersoner. Andre informanter påpekte det samme. Det fremgikk også at flere operasjonssykepleiere velger å ikke si ifra fordi

de ønsker ikke å skape dårlig stemning i operasjonsstue, men også for å unngå å forstyrre det kirurgiske teamet.

<p><i>“Ja, men han er kirurg og han bestemmer, så vi kan ikke forstyrre han.”</i> <i>“Han er sånn og vi må finne oss i det”</i></p>	<p>A4</p>
<p><i>“Jeg sa ikke ifra, egentlig for å skåne ham, slik at han ikke fikk et dårlig rykte.”</i></p>	<p>A5</p>
<p><i>“Det å gi beskjed blir ofte oppfattet som dårlig stemning. Det handler om profesjonalitet. Å gi beskjed skal ikke oppfattes personlig, men en måte å forbedre oss i operasjonsstue ...”</i></p>	<p>A2</p>

#### 4.2.3 Positiv holdning

Informantene var enige i at holdning og kultur i operasjonsstuen når det gjelder å si ifra om uønskede hendelser som oppstår under et kirurgisk inngrep, er avgjørende for pasientsikkerheten. Det er viktig å skape en kultur der det er akseptabelt å gi beskjed og at det blir sett på som en positiv handling. Operasjonssykepleiere formidler at når de sier ifra og det fører til endring, blir de mer motivert til å gi beskjed og bidra til å skape en kultur der å si ifra er en naturlig del av arbeidshverdagen. Det er viktig at et kirurgisk team har et åpent sinn og en positiv holdning til det å si ifra når man ser noe som kan endres eller forbedres. Dette mener informantene vil bidra til økt pasientsikkerhet. Det ble også argumentert for at en positiv holdning og åpen kommunikasjon om å rapportere avvik fra prosedyrer og retningslinjer, er viktig for å sikre pasientsikkerhet. Det ble også ansett viktig med opplæring og støtte for å kunne håndtere uønskede hendelser på en konstruktiv måte.

<p><i>“Dersom jeg ser positive resultater så blir jeg motivert til å fortsette å gi beskjed. Vi ser også at dersom vi sier ifra og vi ser endringer er det noe som også endrer kulturen”</i></p>	<p>A1</p>
<p><i>“Det er viktig å se konsekvenser av å gi beskjed og skape en holdning om at det er positivt å si ifra og å ta opp ting.”</i></p>	<p>A2</p>

<i>“Vi har retningslinjer om prosedyrer, men vi har ikke retningslinjer om hvordan vi skal utføre arbeidet vårt fra A til B. Ofte er det brudd på retningslinjer fordi vi bruker kjønn basert på egne erfaringer.”</i>	A1
<i>“Vi har retningslinjer om prosedyrer, men vi har ikke retningslinjer om hvordan vi skal utføre arbeidet vårt fra A til B. Ofte er det brudd på retningslinjer fordi vi bruker kjønn basert på egne erfaringer.”</i>	A1

#### 4.2.4 Hierarki

Noen informanter rapporterte at opplevelser av hierarki i operasjonsstuen kunne hindre dem i å si ifra, mens andre formidler at hierarki har blitt mindre synlig og at teamarbeid er blitt mer sentralt. En informant ga også uttrykk for at han ikke så hierarki i operasjonsstuen som et problem.

<i>“... egentlig er det ikke så mye hierarki, men det er personavhengig. Jeg tenker at vi er et team og alle er viktige”</i>	A3
<i>“... jeg mener at vi har hierarki i operasjonsstue, men den er mindre synlig enn da jeg begynte å jobbe her i begynnelsen av 90 tallet ...”</i>	A7

### 4.3 Rolleforståelse og ansvar

Når noen i et team ikke følger reglene, er det ofte et spørsmål og hvem sitt ansvar det er å melde ifra om dette. Enkelte av informantene mener det er et ledelsesansvar å gi tilbakemeldinger om slikt, og at ledelsen bør bli flinkere til dette.



<p><i>“... Jeg synes også at ledere skal ta ansvar i det å gi beskjed, for eksempel å følge kleskoden og det med at kirurgene kommer inn i stuen med smykker uten at noen sier ifra”</i></p>	<p>A6 og A7</p>
<p><i>“Som operasjonssykepleier synes ikke jeg at det er min oppgave å gi beskjed om dette, men ledelsen sin oppgave og ansvarsområdet.”</i></p>	<p>A2</p>
<p><i>“... jeg kan gi beskjed, men prøver å gjøre det på en diskre måte, slik at de ikke føler seg “avkledd”.”</i></p>	<p>A3</p>

En annen informant syntes det var vanskelig å melde ifra til eller om andre yrkesgrupper, ettersom at dette var en annens fagfelt.

<p><i>“Det er enklere å korrigeres med egen gruppe enn å melde synergi på en annen yrkesgruppe, som kanskje vil si «nei, men du skjønner ikke faget mitt, du ser ikke ting fra mitt perspektiv”.</i></p> <p><i>“Jeg tror folk setter mindre pris på at de får beskjed om at deres egen oppførsel er dårlig. Eller at man skyldte på utstyr eller tidsmessige utfordringer eller, sånn som ingen har skylden for. Hvis det er ingen i teamet som har skylden for at noe har skjedd, er det lettere å ta det opp og akseptere at det blir meldt. Enn hvis en melder på samarbeidsklima eller at en annen person har gjort noe som ikke er greit, som ikke går på noen personlig”.</i></p>	<p>A5</p>
---	-----------

En annen informant mener det er viktig å melde ifra ved kritikkverdige forhold, og gir også eksempler på hvordan han melder ifra.

<p><i>«Jeg har gitt beskjed flere ganger om kritikkverdig ting under en operasjon for å forbedre det. Det er ikke for å henge ut noen, men for at det skal være et arbeidsmiljø som er godt for oss operasjonssykepleiere og resten av det kirurgiske teamet og det skal være trygt for pasienten».</i></p>	<p>A1</p>
---	-----------

<p><i>«Eksempler på situasjoner: det er hendelser som går på arbeidsmiljø, stemninger på operasjonsstue, kommentarer som ble sagt om oss operasjonssykepleier og som oftest kan oppfattes som trakasserende. Ved sånne hendelser pleier jeg å si fra på synergi, evt. gir jeg beskjed til lederne som kan ta det direkte med vedkommende som har sagt "kommentaren».</i></p> <p><i>«Andre ganger er det hendelser som går på bekostning av selve operasjon, for eksempler at time out ikke ble gjort riktig noe som fører til feil eller at ting som kompresser ble glemt in i pasienten på grunn av at kirurgene ikke var interessert nok i time out eller at ange var stresset under operasjon».</i></p>	
--	--

#### 4.3.1 Pasientsikkerhet

Enkelte informanter ga uttrykk for at man av og til kan føle at man må være «på vakt» for å unngå upassende oppførsel (f.eks. uprovosert sinne fra kirurg), og at dette kan stjele såpass mye oppmerksomhet at det i seg selv kan gå utover pasientsikkerheten.

<p><i>“Det som kanskje kan gå utover pasientsikkerheten, er at man ikke tør å si fra om noe galt i frykt for at han skal bli sur”</i></p> <p><i>“... for eksempel når vi skal mobilisere pasienten under inngrepet, og spør fint om vi kan flytte litt på beina, så kan han være veldig kvass i svarene sine, «NEI det kan dere ikke, jeg sitter i mikroskopet, SELVFØLGELIG kan dere ikke det, da rister alt!». Så han blir den kirurgen som man må liste seg litt rundt da.”</i></p>	<p>A4</p>
--	-----------

Hos en annen informant, satt det litt lengre inne før hun meldte fra om noe direkte der og da. Først når hun så det kunne gå direkte utover pasienten, følte hun sin plikt å melde fra.

<p><i>“Jeg har meldt ifra når hendelsen har direkte påvirket pasientsikkerhet.”</i></p>	<p>A4</p>
---	-----------

## 4.4 Kompetanse og erfaringer

### 4.4.1 Mot

Informantene påpekte at det er viktig å si ifra, men at hvorvidt det faktisk skjer kan være avhengig av faktorer som erfaring, kompetanse og personlige egenskaper. Flere påpekte at operasjonssykepleiere som er modige og tør å si ifra, spiller en viktig rolle i å sikre at operasjonen utføres på en trygg måte.

<i>“... det å gi beskjed er avhengig av både erfaringer, kompetanse og ikke minst egen personlighet.”, “Om man er sjenert så er det ofte utfordrende å si ifra ...”</i>	A3
<i>“... jeg er både mye tydeligere nå, og føler egentlig at jeg ikke har noe å tape. Så jeg kan gi beskjed, men prøver å gjøre det på en diskre måte, slik at de ikke føler seg "avkledd"”</i>	A3

En annen informant beskrev også hvordan usikkerhet på egen kompetanse kan spille inn, spesielt som nyutdannet.

<i>“... i starten når man var student og ny, så er man jo ikke så tøff som når man har vært der en stund.”</i>	A4
--	----

Mange av informantene ga uttrykk for at det kreves erfaring for å tørre å ta opp uønskede hendelser, spesielt som operasjonssykepleier. Når man har jobbet en stund og fått en bedre forståelse av arbeidet, vil man være mer trygg og i større grad tørre å si imot. Informantene understreket også viktigheten av å huske på at man fortjener respekt, og å ha en trygg arbeidsplass.

<i>“... jeg sitter igjen med at man blir tøffere jo lengre man har jobbet som operasjonssykepleier. Og at når man har jobbet der en stund, tør å si imot, og at du vet du fortjener mer respekt enn det som blir gitt deg i starten som ny”</i>	A5
---	----

## 5 DISKUSJON

I dette kapitlet diskuterer vi funnene fra intervjuene opp imot teori og tidligere forskning, med sikte på å avklare hvilke konklusjoner som kan trekkes fra studien. Drøftelsene er inndelt etter samme struktur som ovenfor pkt. 4, nemlig «Makt og avmakt», «Holdninger og kultur», «Rolleforståelse og ansvar» og «Kompetanse og erfaring».

### 5.1 Makt og avmakt

Avmakt (maktesløshet) forstås normalt som en personlig opplevelse av at noe ikke står i vår makt å løse eller gjennomføre, f.eks. fordi problemet virker uoverstigelig/uløselig, ens forsøk uansett fremstår fånytt, eller at ulempene ved å forsøke oppleves å overstige det man er komfortabel med å utsette seg for. Maktesløshet vil dermed ofte innebære at man ikke engang forsøker å løse «problemet» – som i vår sammenheng vil være «å si ifra» om observerte feil eller uønskede hendelser under kirurgiske inngrep. En følelse av makt i vår sammenheng vil motsetningsvis kjennetegnes ved at en opplever seg i stand til «å si ifra».

Det fremstår å være mange ulike årsaker som kan bidra til at operasjonssykepleiere i større eller mindre grad kjenner på følelser av avmakt under et inngrep, og som dermed kan påvirke hvorvidt feil og uønskede hendelser blir tatt opp. Enkelte av disse årsakene må antas å være knyttet til individuelle personlighetstrekk hos den enkelte sykepleier, f.eks. hvor konfliktsky eller samvittighetsfull man er som person o.l. I denne studien er fokus imidlertid mer rettet inn mot ulike kontekstuelle årsaker til at slike avmaktsfølelser oppstår.

Som påpekt under pkt. 2.1, må det legges til grunn at operasjonssykepleiere i mange tilfeller opplever at det eksisterer maktforskjeller og hierarkiske strukturer innad i kirurgiske team. Kirurger er faglig overordnede, og rollene som «over- og underordnet» vil i seg selv skape en asymmetri i maktforholdet innad i teamet. Dette bekreftes også av våre funn i denne studien, hvor flere av informantene gir uttrykk for at det eksisterer en form for maktforskjell i operasjonsstuer. Informantene gir også uttrykk for at avmaktsfølelsen kan bli forsterket av manglende involvering i samarbeidet/kommunikasjonen og beslutningsprosesser ved inngrep, da dette oppleves å heve terskelen for at de uttrykker sine bekymringer og forslag til kirurgene og resten av teamet.

En annen medvirkende faktor til avmakt oppgitt av informantene, er høyt arbeidspress og de krevende forholdene en kan stå i under et inngrep. At det å stå i en krevende eller overveldende

situasjon kan påvirke ens kognitive funksjon og evne til å oppfatte og reagere på situasjoner raskt og effektivt, er naturlig (Viotti & Converso, 2016). At slikt ytre press i situasjonen kan oppleves å snevre inn ens handlingsrom, bekreftes også av informantene i studien til Rasmussen et al. (2015). Høyt arbeidspress er noe som kan motvirkes gjennom organisatoriske tiltak, mens krevende forhold er noe som normalt blir lettere å stå i med erfaring.

Informantene i denne studien har på den annen side også gitt uttrykk for at de føler seg komfortable med å skrive synergi, eller å si ifra «på tomannshånd» i etterkant av operasjon. Dette begrunnes bl.a. med at man vil unngå å forstyrre kirurgene og resten av teamet under selve operasjonen. En slik begrunnelse vil imidlertid kun stå godt så lenge det er tale om bagatellmessige feil, som pasientsikkerheten ikke gjør det nødvendig å ta opp der og da. Det bør dermed påpekes at det kan være risiko for at en slik begrunnelse også kan tjene som en rasjonalisering av hvorfor man velger å ikke si ifra under inngrepet. At en slik risiko kan foreligge i enkelte tilfeller, støttes av at informanter i tidligere studier har rapportert at de helt bevisst velger å «holde tilbake»/la være å si ifra dersom de er usikre på miljøet eller om varsling vil skape dårlig stemning i operasjonsstuen (Rasmussen et al. 2015).

Uavhengig av dette, tilsier dette at avmakten/terskelen for å melde ifra er lavere postoperativt enn under selve inngrepet. Dette fremstår ikke unaturlig, gitt at varsling under inngrep innebærer direkte konfrontasjon med kollegaer/overordnede i omgivelser ofte preget av risiko og stress, jf. ovenfor om høyt arbeidspress/krevende forhold. Våre funn tyder imidlertid samtidig på at viljen til slik konfrontasjon kan variere både med ulike personlige egenskaper (konfliktskyhet/sjenanse o.l.), og mengden erfaring man har (faglig trygghet/selvsikkerhet).

Samarbeid om å skrive synergi vil bl.a. kunne lede til læring og økt pasientsikkerhet, samt økt trygghet og bedre kommunikasjon innad i teamet. Slikt samarbeid vil også i seg selv kunne gi medlemmene mulighet til å bli bedre kjent, og å utvikle sin felles evne til å utvikle nye idéer, løse problemer, og å dele kunnskap og erfaring på en mer effektiv måte (Management synergi, 2020) & (Roger et al. 2017). Det å skrive synergi vil likevel kun bidra til pasientsikkerhet *fremover i tid*. Dette tilsier at det fortsatt vil være viktig å søke å redusere avmaktsfølelser hos teammedlemmer *under inngrepet*, f.eks. gjennom slike tiltak som er nevnt ovenfor pkt. 2.1. Særlig det å etablere en god kommunikasjon i forkant, fokusert på rolleforståelse og felles verdier, fremstår som viktig for å redusere risikoen for at ubehagelige følelser hindrer at feil blir påpekt (Dåvøy & Haugen, 2019,192). I tillegg fremstår det å ha et reflektert forhold til teamsamarbeidet og ens egen rolle og fremtoning i teamet å være viktig. Det fremstår også

sannsynlig at slik refleksivitet vil kunne «akselerere» farten frem til den selvsikkerhet som ofte følger med lengre fartstid og erfaring, og som normalt bidrar til å redusere avmakt.

## 5.2 Holdninger og kultur

Hvilken «kultur» som eksisterer i et team, beror på hvilke holdninger hvert enkelt medlem har og hvordan slike holdninger fordeler seg blant teamets medlemmer. Et team hvor alle medlemmer deler de samme holdninger, og hvor disse holdningene også er konstruktive i relasjon til målene med operasjonen og pasientens sikkerhet, vil dermed kunne sies å ha en god «kultur».

Holdninger kan påvirke medlemmenes adferd, samarbeidsevne og kommunikasjon med hverandre. Positive holdninger kan bidra til å skape et positivt arbeidsmiljø, øke effektiviteten i teamet og forbedre pasientsikkerheten. Motsatt kan negative holdninger føre til utrygghet, konflikter og feilbehandling (Rosen et al. 2018).

Ut fra våre funn fremstår holdninger og kultur/stemning å være blant de viktigste faktorene for om operasjonssykepleiere melder ifra om feil og uønskede hendelser. Informantene i studien formidler at kulturen, holdningene og stemningen i operasjonsstuen, er *avgjørende* for hvorvidt en som operasjonssykepleier melder ifra om uønskede hendelser. De gav også uttrykk for at god kultur og positive holdninger kan gjøre det lettere å tørre å si ifra dersom de oppdager feil.

En type holdning som ofte kan prege kulturen og atferden innad i operasjonsteam, er de som knytter seg til forestillinger om hierarkiske posisjoner. Slike forestillinger kan gi seg uttrykk både i at man føler seg «under» eller «over» andre, dels forankret i reelle forhold (at kirurgene har en faglig overordnet stilling) og dels i underliggende forestillinger knyttet til betydningen av ulike aspekter ved de enkelte teammedlem (f.eks. status, fagkompetanse, alder, erfaring, kjønn m.m.).

Studien gjennomført av Leonardsen (2015) illustrerer at det fra kirurgenes side ofte er en eksplisitt bevissthet knyttet til at de faglig/reelt sett er overordnede i inngrepssituasjonen. I denne studien ga mange av kirurgene bl.a. uttrykk for at de er overordnede under inngrep, at de har et (særskilt) viktig medisinskfaglig arbeid, at det er de som bestemmer det meste relatert til inngrepet, og at for at arbeidet skal utføres riktig bør de øvrige teammedlemmer følge beskjeder (instrukser) som kommer fra kirurgen.

At man har myndighet til å instruere, utelukker imidlertid ikke at en også gir rom for andres synspunkt og meninger. Som påpekt av Roger et al. (2017) er vennlig og åpen kommunikasjon viktig både for å avdekke uønskede hendelser og å sikre god implementering av relevante tiltak.

I ett av våre gruppeintervju formidlet enkelte av informantene at de tidligere hadde unnlatt å si ifra om uønskede hendelser fordi de opplevde at kirurgene ignorerte dem eller gav dem negative tilbakemeldinger på det de tok opp. Slik «avvisende atferd» kan bidra til en følelse av avmakt og stigmatisering, og kan også skape en usikkerhet/nervøsitet som igjen kan påvirke kvaliteten på arbeidsutførelsen.

Både refleksivitet, rolleforståelse, tverrfaglige verdier og fokus på å etablere godt tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon fremstår dermed som viktige tiltak for at etablere en god teamkultur preget av god kommunikasjon og gjensidig respekt. I kraft av myndighetsforholdet, fremstår det samtidig rimelig at kirurgene tar et særskilt ansvar for å hindre at kommunikasjonen blir «én-veis», og at tilfanget av viktig medisinsk informasjon fra operasjonssykepleiere og andre teamdeltagere hindres. Ellers risikerer man at pasientsikkerheten kommer tapende ut.

I vår studie var det ellers uenighet mellom informantene om hvor stor rolle hierarkier/holdninger knyttet til hierarkier spiller. En mannlig informant ga uttrykk for at han «ikke ser hierarki» i operasjonsstuen – og at selv om han skulle oppfatte at det eksisterte en form for hierarki i stuen, så ville det ikke hindre ham i å melde ifra. I samme gruppeintervju formidlet imidlertid to kvinnelige informanter at de opplever at er en viss form for hierarki i operasjonsstuene, og at dette kan gjøre at de velger å ikke si ifra om uønskede hendelser (jf. ovenfor om avmakt som følge av asymmetri).

Det kan spørres om denne perspektivforskjellen i alle fall delvis kan tilbakeføres til kjønn. Psykologisk forskning har over lang tid dokumentert at det er visse statistiske forskjeller mellom menn og kvinner bl.a. knyttet til skår på medmenneskelighets-fasetten («agreeableness») og nevrotisisme-fasettene («neuroticism») i femfaktor-modellen for personlighet, og som bl.a. kan innebære at menn *i snitt* er mindre konfliktsky enn kvinner (Jessen, 2018). Det kan også tenkes å være andre kjønnsrelaterte holdninger som spiller inn her, så som at tradisjonelle kjønnsrolle-holdninger gir mannlige sykepleiere mer autoritet eller «spillerom» for å ytre seg i helsevesenet, at varsling fra menn mottas på en annen måte enn fra kvinner (som potensielt kan utgjøre kjønnsdiskriminering), eller annet.

Utvalget i vår studie er for lite til å si noe mer bestemt om hvorvidt slike faktorer er virksomme og i tilfelle i hvilken grad, og det kan også tenkes at slike mønstre varierer basert på helt andre faktorer så som f.eks. hvilket kjønn eller alder kirurgen har. Vi ser derfor ikke at det er grunnlag for å drøfte dette noe nærmere.

Uavhengig av hvilke holdninger som ender opp med å prege stemningen og kulturen i den enkelte operasjonsstue, fremstår det viktig at operasjonssykepleiere møter dem med refleksivitet under inngrepet (Roger et al. 2017). Det kan bl.a. gi mulighet for å fange opp at dårlige holdninger er til stede, reflektere over hvordan de best kan håndteres, og gi et bedre handlingsrom for å iverksette avbøtende tiltak – enten umiddelbart eller postoperativt. Refleksivitet, og fokus på pasientsikkerhet, kan også bety at det i enkelte situasjoner er best å håndtere visse holdninger ved å overse dem. I studien til Oksavik et al (2021, s. 4) uttrykte enkelte operasjonssykepleierne således at de bevisst valgte å ikke melde ifra til kirurgen om hans ufine holdninger fordi det kunne ha innvirkning på arbeidsgleden og prestasjonene videre.

### **5.3 Rolleforståelse og ansvar**

For at tverrfaglige kirurgiske team skal fungere godt, er det sentralt at medlemmene har en god forståelse av sine egne og andres roller, og at alle er innforstått med eget ansvar og hvordan dette grenser opp mot andres ansvar (Roger et al., 2017). Slik rolleforståelse og tydelige ansvarsgrenser vil gjøre arbeidet lettere, lede til at misforståelser og feil unngås, og gjøre det lettere for alle å navigere og samhandle når det oppstår krevende situasjoner underveis i inngrepet. Rolleforståelse er kort og godt et nøkkelord i arbeidet med å oppnå god pasientsikkerhet og velfungerende kirurgiske team (Dåvøy & Haugen, 2019, s. 192).

Gjennom refleksjoner rundt hvordan/når de melder ifra om uønskede hendelser, tegner studien vår et bilde av at informantene har stor respekt for de ulike teammedlemmenes roller. Som påpekt av Kaldråstøyl et al. (2019) er respekt og likeverd sentralt for å skape god dialog, og å senke terskelen for å stille spørsmål og ha en konstruktiv dialog i det kirurgiske teamet.

Samtidig tyder andre funn i vår studie på at det blant enkelte operasjonssykepleiere eksisterer noe usikkerhet knyttet til roller og ansvar i forhold til det å melde ifra om ulike hendelser som kan true pasientsikkerheten. Flere informanter gav i så måte uttrykk for at det er et lederansvar å melde fra om uønskede hendelser. Videre gav noen av informantene også uttrykk for at de opplevde det som vanskelig å melde ifra direkte til kirurg eller andre profesjoner, ettersom dette kunne føles som å trå over grensene for en annens rolle og ansvarsområde og medføre risiko



for at noen skulle ta det personlig/bli fornærmet. Ut fra tilbakemeldingene fra informantene kan det ellers se ut som at situasjonen og omfanget av den uønskede hendelsen er avgjørende for når og hvordan man melder ifra (pasientsikkerhet), men at tanker om hvordan dette kan påvirke stemningen/miljøet i operasjonsstuen også spiller inn ved slike vurderinger.

I beskrivelsen av operasjonssykepleierens funksjon og ansvarsbeskrivelse, ligger det å ivareta pasientsikkerheten helt i kjernen (NSFLOS, 2015), og operasjonssykepleiere har således en selvstendig plikt til å si ifra om forhold som kan true denne sikkerheten. Funnene nevnt ovenfor tyder derfor på det er viktig for operasjonssykepleiere å ha et bevisst forhold til at respekten for andre profesjoner ikke leder til at man underslår ens egen rolle i og ansvar for å melde ifra – og at det å melde ifra ikke handler om teammedlemmenes følelser, men om pasientens ve og vel.

Dette illustrerer også viktigheten av refleksivitet/refleksjon for å etablere en god rolleforståelse i slike team. Som påpekt av Roger et al. (2017) innebærer refleksjon over egen og andres profesjon blant annet å erkjenne og respektere ulikheter i kunnskap, ferdigheter og erfaringer, samt viktigheten av åpenhet for å kunne lære av hverandre. I lys av funnene nevnt ovenfor, fremstår det tilrådelig at operasjonssykepleiere ved refleksjon over egen rolle i operasjonsstuen også har fokus på å beskrive egen rolle positivt og på egne vilkår, og ikke bare som et «rest-ansvar» i lys av andre profesjoner.

Forståelse av egen og andres roller i kirurgiske team, og hvordan man best bidrar til å bygge tillit og respekt mellom teammedlemmene, er noe som utvikles og modnes over tid. Erfaring gjennom det å delta i ulike team under ulike typer inngrep over tid, bidra til at ens rolle- og ansvarsforståelse blir foredlet etter hvert som ens «teorier» om slike aspekt møter «praksis». Og som nevnt ovenfor vil utøvelse av refleksivitet kunne bidra til at slik modning skjer raskere. Selv om forståelse er noe personlig og derfor noe som hvert enkelt teammedlem må ta et selvstendig ansvar for, vil imidlertid også ulike verktøy kunne stimulere til økt forståelse og respekt for hverandres roller. Ulike sjekklister som brukes før og etter operasjon for å avdekke feil og mangler vil for eksempel kunne ha en slik effekt (Dåvøy & Haugen 2019, s.192). Etter vårt syn kan man her også legge til at postoperativ dialog innad i teamet («debrief») kan være et godt tiltak for å stimulere til ytterligere forståelse – både knyttet til egne og andres roller og ansvar, og til ulike uønskede hendelser og hvordan disse kunne vært unngått eller blitt bedre håndtert.

## 5.4 Kompetanse og erfaring

Som allerede påpekt flere ganger vil sannsynligheten for at operasjonssykepleiere melder ifra om uønskede hendelser avhenge av en rekke ulike faktorer, noe som også bekreftes i vår studie. I dette samspillet av faktorer, spiller også operasjonssykepleieres erfaring, kompetanse og personlige egenskaper en vesentlig rolle. Trygge pasientforløp forutsetter faglig trygge og modige operasjonssykepleiere.

Ikke overraskende viser også vår studie at økt erfaring gjør operasjonssykepleiere mer selvsikre og trygge i faget. Flere av informantene ga uttrykk for at det å ha erfaring oppleves å gjøre det lettere å «si imot» når situasjonen krever det, og at en er mer bevisst respekten man fortjener i yrkesrollen sin. Ettersom opparbeidelse av erfaring krever både tid og praktisk eksponering for ulike problemstillinger som kan oppstå, er dette samtidig kanskje en av de vanskeligste faktorene «komme i inngrep med» gjennom ulike tiltak og intervensjoner.

Våre funn tyder på at manglende erfaring/kunnskap om et inngrep kan være faktorer som kan hindre operasjonssykepleiere i å melde ifra om uønskede hendelser. Som blant annet påpekt av Rasmussen et al. 2015, og som også påpekt av en av våre informanter, er det vanskeligere å melde fra om uønskede hendelser når en er student/nyutdannet og ennå har lite praktisk erfaring. Som ny kan det være vanskelig å helt vite hva som er akseptert eller ikke innad i teamet, og i mangel på praktisk trening kan det også være utfordrende å vite hva som er unormalt og dermed når man bør si ifra (Rasmussen et al. 2015). Dels handler dette også om utfordringer nyutdannede kan ha med å fange opp ikke-verbal kommunikasjonen i slikt teamarbeid, noe som også kan forsterkes dersom man også føler seg faglig utrygg.

At man har ikke nok kunnskap kan videre gjøre det utfordrende å vite hva som er unormalt (Rasmussen et al. 2015), og man kan da også lett føle at mulige ulemper (f.eks. latterliggjøring/ignorering) overstiger fordelene ved å si ifra (avmakt). Selv om operasjonssykepleiere er ansvarlige for egen læring og at man har tilstrekkelig kunnskap til å forstå og håndtere risikoer og komplikasjoner som kan oppstå under et inngrep (Vogelsang et al., 2019), vil mange former for kunnskap ofte også måtte modnes gjennom erfaring. Ulike kunnskaps- og kompetansehevede tiltak vil kunne bidra til slik modning, f.eks. deltagelse på ulike fagkurs/opplæringsprogrammer, gjennomgang av faglige publikasjoner og/eller utveksling av erfaringer og kunnskap med kolleger (Rasmussen, 2015). Gjennom refleksjon rundt egen fremtoning vil man kanskje også raskere finne frem til ulike «avvæpnende måter» å

«si ifra» på, som i noen grad kan nøytralisere fryktede ulemper (f.eks. stille *spørsmålstegn* ved om noe er normalt, heller enn å *konstatere* at noe virker unormalt) (Hansen, 2019, s. 110) (Eide & Eide, 2007, s. 321).

Det å stå i usikkerhet og tvil har både kognitive og emosjonelle kostnader for den det gjelder. Kognitivt krever det oppmerksomhet og tankevirksomhet. Emosjonelt vil ubehaget øke dess lenger tvilen varer og dess mer risiko det oppleves å være forbundet med å ikke ha et sikkert svar (stress/usikkerhet). Det at man kjenner seg utrygg vil ofte også gjøre til at man blir mer selvbevisst, og dermed også mindre oppmerksom på ens omgivelser. Nervøsitet og stress kan også vanskeliggjøre arbeidsutførelsen, og medføre risiko for at noe glipper. Kostnadene ved slik «støy» kan altså også ramme pasienten, gjennom redusert pasientsikkerhet.

Ettersom at over halvparten av uønskede hendelser kan tilbakeføres til ikke-tekniske ferdigheter ved kirurgi (Sykepleien, 2018), kan det også være en god investering i pasientsikkerhet å rette et sterkere fokus mot tverrprofesjonell samhandlingskompetanse under utdanningen av operasjonssykepleiere (og andre profesjoner). Dette kan bl.a. gjøre at nyutdannede er bedre forberedt når de trer inn i slike team, f.eks. på hvilke utfordringer knyttet til kommunikasjon som kan oppstå, og hvordan man kan håndtere dette – og at den essensielle evnen til selvledelse (Rasmussen et al. 2015) modnes raskere enn den ellers ville. I denne sammenheng kan det også nevnes at det kan være mulig å lære fra andre lands tilnærming til slike problemstillinger (Rogers et al. 2017).

Videre fremstår det viktig å også ha et kontinuerlig fokus på tiltak som kan fremskynde opparbeidelsen av erfaring også etter endt utdanning: Tiltak for å redusere «støy»/usikkerhet, øke faglig trygghet og fremme av god selvledelse, vil kunne styrke de nyutdannede sin evne til å ivareta den sentrale rolle de har i å holde et våkent øye med prosedyrer og å påpeke feil under inngrep (Oksavik et al. 2021, s. 4).

Gitt viktigheten av god teamintern kommunikasjon under inngrep, fremstår det f.eks. svært viktig å ta seg tid til å møtes og å trygge hverandre når medlemmer med lite erfaring inngår i kirurgiske team (Kaldråstøyl et al., 2022). Det samme gjelder læring gjennom postoperativ dialog, jf. Oksavik et al. (2021), som også vil bidra til både økt sosial og faglig trygghet. Og selv om det er vanskelig å «operasjonalisere» som et konkret tiltak, tilføyer vi også viktigheten av skjønnsom bruk av humor for å etablere en god og konstruktiv stemning (Oksavik et al., 2021).

Også andre tiltak, som å f.eks. legge til rette for systematisk erfaringsutveksling mellom eldre og yngre operasjonssykepleiere, vil kunne ha god virkning. Slik erfaringsutveksling vil etter vårt syn også kunne bidra godt til å trene opp evnen til å utøve refleksivitet under fremtidige inngrep, og da for begge/alle de som inngår i erfaringsutvekslingen. Utover dette, vil som tidligere påpekt også ulike kunnskaps- og kompetansehevingstiltak kunne bidra til å øke faglig trygghet.

Erfaring og kompetanse, i samspill med personlige ferdigheter, fremstår for oss som en svært sentral faktor for sannsynligheten for at operasjonssykepleiere melder ifra om uønskede hendelser og feil. Etter vårt skjønn bunner disse faktorene i stor grad i hvilken personlig, sosial og faglig trygghet operasjonssykepleier opplever å ha før og under inngrep. For oss fremstår det derfor som at tiltak som lykkes med å øke tryggheten til operasjonssykepleiere vil kunne ha betydelig effekt på pasientsikkerheten, og da især tiltak rettet inn mot nyutdannede.

## 6 KONKLUSJON

En første konklusjon fra denne studien er at den ser ut til å bekrefte at sannsynligheten for at operasjonssykepleiere sier ifra om feil og uønskede hendelser avhenger av flere ulike faktorer, men at disse faktorene virker noe ulikt inn på den enkelte sykepleier. Særlig lengden på erfaringen fremstår å ha en bestemmende rolle på hvor lav terskel man har for å si ifra.

I tillegg til dette, tyder våre funn på at konfliktskyhet også kan være en viktig faktor. Utsagn om at man føler seg mer komfortabel med å ta opp uønskede hendelser i etterkant av inngrep/i synergi, virker å støtte dette. Det at enkelte uttrykker at man ikke vil forstyrre kirurgene/teamet under inngrepet, at man føler usikkerhet knyttet til egen rolle i å ta opp feil, og ledelsen bør ta et større ansvar for varsling, kan fremstå som rasjonalisering av det man allerede selv føler er mest komfortabelt.

At konfliktskyhet kan ha en slik rolle, synes imidlertid også å understreke viktigheten av at man motvirker øvrige faktorer som bidrar til at terskelen for å si ifra heves. Ut fra studien virker det f.eks. som at uønskede holdninger/stigmatiserende atferd ofte får leve lengre enn ønskelig, både før og etter inngrep. Det virker dermed også å være grunn til å konkludere med at det er manglende fokus på pre- og postoperativ dialog i slike team og konstruktive holdninger/kultur, og på ledes ansvar for å ivareta de som har varslet på en måte som stimulerer også til senere varslinger (støttesystem, anonym varsling o.a.). Etter vårt syn kan det også ha verdi å sette inn særskilte tiltak på å redusere konfliktskyhet (trening i å stå i/håndtere konflikter).

Et overordnet inntrykk er endelig at den faglige og sosiale trygghet og selvsikkerhet, som opparbeides gjennom *erfaring*, langt på vei «trumfer» de fleste av de faktorer som ellers kan hindre operasjonssykepleiere i å si ifra. Etter vårt syn vil tiden det tar å opparbeide henge tett sammen med hvilken refleksivitet en har under inngrep, samt hvilken erfaringsutveksling/refleksjon som gjøres utenfor operasjonsstuen. Et større fokus på slike forhold kan etter vårt syn bidra til å styrke viljen og evnen til å si ifra.

Gitt den betydelige andel av uønskede hendelser ved kirurgi som kan tilbakeføres til ikke-tekniske ferdigheter, og at skader som følge av slike hendelser utgjør en betydelig offentlig utgiftspost, fremstår det for oss samfunnsøkonomisk fornuftig å prioritere ulike tiltak for sikre hyppigere varsling. Gitt det begrensede utvalget i vår studie, fremstår det samtidig også fornuftig å utforske emnet nærmere i ytterligere studier.

## 7 REFERANSER

- Bente, K. & Gjertrud, H. (2017). Må samarbeide mer på tvers. *Sykepleien*. 105(3): 64-67. DOI: <https://0.4220/Sykepleiens.2017.60913>.
- Cadman, V. (2016). The impact of surgical safety checklists on theatre departments: a critical review of the literature. *Journal of perioperative practice*. *Sage journal*. 26(4):62-71. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F175045891602600402>.
- Cameron, A., Ignjatovic, M., Langlois, S. & Vukmirovich, L. (2013). Interprofessional values and ethics; consideration for interprofessional collaboration. *Journal of interprofessional Care*, 27(2), 86-92. DOI: <https://10.1177/0969733012468466>.
- Eide & Eide (2011). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning og etikk*. Gyldendal akademisk.
- Eide, P. H & Dāvøy, G. (2019). Funksjons- og ansvarsområdet. I G. M. Dāvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s.28-32). Gyldendal Norsk forlag AS.
- Evert S., Lars T. & Mirko N. (2019) Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration, *Journal of Interprofessional Care*. 34(3). DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
- Halkier, B. (2002) *Fokusgrupper*. Frederiksberg, *Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag*.
- Hansen, I. (2019). Operasjonspasientens psykososiale behov. I G. M. Dāvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 99-126). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Haugen, A. S. & Dāvøy, G. (2019). Pasientsikkerhet og trygg kirurgi. I G. M. Dāvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie*. (s.178-195). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsedirektoratet (2018). Nasjonal veileder for ledelse og samhandling i operasjonsavdelinger. [Nasjonale anbefalinger, råd, pakkeforløp og pasientforløp - Helsedirektoratet \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/tema/operasjonssykepleie/nasjonale-anbefalinger-rad-pakkeforlop-og-pasientforlop).
- Helsedirektoratet. (2021). Pasientskader i Norge 2020 – målt med global trigger tool. [Pasientskader i Norge 2020 - målt med Global Trigger Tool.pdf \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/tema/pasientskader-i-norge-2020).
- Helsedirektoratet. (2022, 1. august). Pasientskader i Norge 2021 – målt med global trigger tool. [Pasientskader i Norge 2021 – målt med Global Trigger Tool.pdf \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/tema/pasientskader-i-norge-2021).
- Hjort, P. F. (2000). *Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering*. <https://tidsskriftet.no/2000/10/kronikk/uheldige-hendelser-i-helsetjenesten-forebygging-og-handtering>.

- Hofmann, B. (2014). *Hva er sykdom?* (2.utg). Gyldendal akademisk.
- I trygge hender (2020). Pasientskader i Norge. [Pasientskader i Norge – I trygge hender \(ityggehender24-7.no\)](https://www.ityggehender24-7.no).
- James, John, t., (2013). A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of patient safety*, 9(3):p 122-128. DOI: <https://10.1097/PTS.0b013e3182948a69>.
- Jessen, R. S., (2018). *Et kjønnsperspektiv på psykisk helse*. Rådet for psykisk helse. [Et kjønnsperspektiv på psykisk helse | Rådet for psykisk helse](https://www.radetforpsykiskhelse.no/et-kjonnsperspektiv-pa-psykisk-helse).
- Kaldråstøyl, G., Bohman, B. M., Salemonsens, E. & Bentsen E. B. (2022). Fremmede kirurgisk teamarbeid – en kvalitativ studie av operasjonssykepleieres erfaringer og oppfatninger. *Inspira: Tidsskrift for anestesi, operasjons- og intensivsykepleiere*. 17 (2), 55-68. DOI: <https://doi.org/10.23865/inspira.v17.3804>.
- Kelvered, M., Æhlen, J. & Gustafsson, B. Å. (2011). Operating theatre nurses experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Wiley Online Library*. 26 (3), 449-457. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00947.x>.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Ad Notam Gyldendal.
- Kvale, S (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lauvås, K & Lauvås, P. (1994). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi* (2. utg). Universitetsforlaget.
- Leonardsen, A. L. (2015). Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet. *Nordisk sygeplejeforskning*. 5 (2), 218-227. DOI: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.18261/ISSN1892-2686-2015-02-12>.
- Malterud, K. (2004). *Kvalitative metoder i medisin forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.), Universitetsforlaget.
- Management synergi. (2020). *Synergi teamutvikling*. <https://synergy.no/synergy-team/>

- Martinsen, K. (2003). Omsorg, sykepleie og medisin. Oslo: Universitetsforlaget
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Sage publications.
- Nilsson, B. (2007). *Gadamers hermeneutikk: Noen betraktninger om sentrale dimensjoner innenfor hermeneutikk ut fra en Gadamerisk tenking*. [Gadamers hermeneutikk \(sykepleien.no\)](http://sykepleien.no)
- NSFs landsgruppe av operasjonssykepleiere. (2015). *Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse*. NSFLOS. <https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>.
- Oksavik, W. S. (2019). Samarbeid i team. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.). *Operasjonssykepleie*.
- Oksavik, W. S., Heen, C. & Heggdal, K. (2021). Faktorer som påvirker kommunikasjon og samspill i kirurgiske team med betydning for pasientsikkerhet—belyst fra operasjonssykepleierens ståsted. *Klinisk sykepleie*. 35 (1), 3-22. DOI: <https://10.18261/ISSN.1903-2285-2021-01-02>.
- Polit, D., & Bech, C. T. (2020). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (11th edition). Philadelphia, USA: Wolters Kluwer
- Rasmussen, G., Wangen, M. G. & Torjuul, K. (2015). Ikke-tekniske ferdigheter i utøvelsen av operasjonssykepleie. *Nordisk sykeplejeforskning*. 5(4), 397-410. DOI: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.18261/ISSN1892-2686-2015-04-08>.
- Rogers, G. D., Thistlethwaite, J. E., Anderson, E. S., Dahlgren, M., A., Grymonpre, R. E., Moran, M. & Samarasekera, D. D., (2017). *International consensus statement on the assessment of interprofessional learning outcomes*. *Medical Teacher*. 39 (4): 347-359. DOI: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1270441>.
- Russ, S., Rout, S., Sevdalis, N., Moorthy, K. & Vincent, C. (2013) Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. *Annals of surgery*. 258(6):856-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.000000000000206>.
- Song, I., Hansen, N. F. (2018) Operasjonssykepleieres ikke-tekniske ferdigheter er viktige for pasientsikkerheten – operasjonssykepleieres evne til situasjonsforståelse og kommunikasjon kan redusere uheldige hendelser på operasjonsstua. 106(69974) e-69974. DOI: <https://10.4220/Sykepleiens.2018.69974>.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2021). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori* (2.utg). Fagbokforlaget
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk



Forlag AS.

- Viotti, S. & Converso, D. (2016). Relationship between job demands and psychological outcomes among nurses: Does skill discretion matter? *International journal of occupational medicine and environmental health*. 29(3). 439-460. DOI: <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00520>.
- Vogelsang, A. V., Swenne, C. L., Gustafsson, B. Å. & Brynhildsen, K. F. (2019). Operating theatre nurse specialist competence to ensure patient safety in the operating theatre: A discursive paper. *Wiley Online Library*. 7 (2), 495-502. DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.424>.
- Weaver, S. J., Benshek, L. E., Leeds, E. L., & Wick, E. c (2017). The relationship between teamwork and patient safety. *Surgical patient care*. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-3-319-44010-1\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-319-44010-1_5).
- World Health Organisation WHO (2009). More than words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. Version 1.1. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO\\_IER\\_PSP\\_2010.2\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

## **LISTE OVER VEDLEGG**

- Vedlegg 1: Litteratormatrise
- Vedlegg 2: Intervjuguide
- Vedlegg 3: Vedtak fra REK
- Vedlegg 4: Svar fra NSD
- Vedlegg 5: Informasjon og samtykkeerklæring
- Vedlegg 6: Samtykkeerklæring

## VEDLEGG 1: LITTERATURMATRISE

Forfatter, publ. år, land, tidsskrift	Tittel	Hensikt med studien	Metode	Populasjon/ utfall	Hovedfunn/ resultater	Kvalitets-vurd.	Redegjort for etiske overveielser
Kelvered, M., Åhlen, J. & Gustafsson, B. Å. 2011 Sverige Wiley Online Library	Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care	Å beskrive operasjonssykepleieres erfaringer med pasientrelatert, intraoperativ sykepleie.	Kvalitativ, fortolkende beskrivelsesmetodikk anvendt. Data ble samlet inn ved hjelp av intervjuer, og analysert ved en induktiv, kvalitativ, deskriptiv analyseteknikk.	Operasjonssykepleiere som arbeider ved distrikts- eller storbyssykehus i Sverige.	Operasjonssykepleierens opplevelse av pasientrelatert, intraoperativ sykepleie ble beskrevet som prosedyrer for å skape en kontinuerlig, tillitsbasert relasjon og situasjonsrelatert trivsel i operasjonsstue. Dette er faktorer som å garantere pasientsikkerhet. - Operasjonssykepleier kjenner på ansvaret for å holde et våkent øye i stuen, og prosedyrer for å skape sikkert miljø som er med for å sikre pasientsikkerhet under operasjon.	Godkjent ved bruk av CASP-sjekkliste.	Muntlig og skriftlig samtykke fra deltakere. Studien fulgte internasjonale forskningsetiske retningslinjer.
Oksavik, W. S., Heen, C., & Heggdal, K. 2021 Norge Klinisk Sykepleje	Faktorer som påvirker kommunikasjon og samspill i kirurgisk team med betydning for pasientsikkerhet – belyst fra operasjonssykepleierens ståsted	Å få forståelse for faktorer som påvirker kommunikasjon og samhandling i kirurgisk team, sett fra operasjonssykepleierens perspektiv.	Kvalitativ tilnærming med fenomenologisk og hermeneutisk forankring. Observasjon av kirurgisk team under gjennomføring av operasjoner, og gjennom interaksjon i individuelle semistrukturerte intervjuer med operasjonssykepleiere i en sterilt utøvende rolle i etterkant av inngrepet ved tre ulike sykehus i Norge 2016-2017.	Tolv operasjonsteam fra tre operasjonsavdelinger i Øst-Norge.	Tre hovedtema identifisert: Atmosfæren i rommet, yrkeserfaring vs. usikkerhet, stue og betydning av lyder. Pasientsikkert kan trues når kommunikasjonen svikter. Kommunikasjon og samhandling ble fremmet gjennom bevissthet, humor og operasjonssykepleierens diplomatiske utholdenhet. Operasjonssykepleier mener at postoperativ kommunikasjon er viktig i operasjonsstue.	Godkjent ved bruk av CASP-sjekkliste.	Godkjent av NSD. Prosjektet ble vurdert ikke søknadspliktig av REK. Deltagerne mottok skriftlig og muntlig informasjon / nødvendig informasjon om studien.
Vogelsang, A., V., Swenne, C., L.,	Operating theatre nurse specialist competence to ensure	Å drøfte operasjonssykepleiers spesialiserte	Diskursiv analyse av juridiske regler og vitenskapelige artikler	Medlemmer fra ulike profesjoner med variert og spesialisert	-Operasjonssykepleier er den eneste i operasjonsstuen som har	Godkjent ved bruk av CASP-sjekkliste.	Godkjenning fra forskningsetisk komité var ikke nødvendig for

Master i klinisk sykepleie/operasjonssykepleie (kand. 434 og 474)

Gustafsson, B., Å. & Brynhildsen, K., F. 2019 Sverige Wiley Online Library	patient safety in the operating theatre: A discursive paper	kompetanse i forhold til de seks generelle kjernekompetansene og pasientsikkerhet.	som ble deduktivt analysert og klassifisert i lys av helsepersonells seks generelle kjernekompetanser.	kunnskap, ferdighet og metoder.	kompetanse til å være ansvarlig for instrumentering, infeksjon og komplikasjon, og kontroll og håndtering av biologiske materiale under kirurgiske inngrep. -Operasjonssykepleier har utdanning og kompetanse til å håndtere de ulike oppgavene under et kirurgisk inngrep og til å ivareta pasientsikkerhet under operasjon.		denne diskursive artikkelen.
Leonardsen AC., L. 2015 Norge Nordisk sykeplejeforskning	Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet	Å avdekke mulige forklaring på diskrepans i opplevelsen av hvordan tverrfaglig samarbeid fungerer i et operasjonsteam.	Intensiv case-studie i et operasjonsteam i perioden mars-august 2012. Gjennomført individuelle, semistrukturerte dybdeintervjuer.	Operasjonsteam i operasjonsstue.	Indikerer at årsaken til diskrepans innad i operasjonsteam kan ha ligge i profesjonsgruppering, med hierarkisk inndeling av teamet, ulik deltagelse i arbeidsprosessen, ulik forståelse av samarbeidets komponenter og ulike opplevelser av stress.	Godkjent ved bruk av CASP-sjekkliste.	Godkjent fra helseforetakets forskning og utviklingsavdeling (FOU), samt NSD.
Rasmussen, G., Wangen, M., G. & Torjuul, K. 2015 Norge Nordisk sykeplejeforskning	Ikke-tekniske ferdigheter i utøvelsen av operasjonssykepleie	Å belyse ikke-tekniske ferdigheters rolle i utøvelsen av operasjonssykepleie.	Kvalitativ studie med både individuelle intervju og gruppeintervju.	Tre operasjonssykepleiestudenter, tre operasjonssykepleiere ved norske universitetssykehus og to lærere ved en høyskole i Norge ble intervjuet.	Studien resulterte i kjernekompetaneteorien ikke-tekniske ferdigheter og fire hovedkategorier: kognitive ferdigheter, samhandlingsferdigheter, ferdigheter i selvledelse og etiske ferdigheter. Ikke-tekniske ferdigheter er en vesentlig del av operasjonssykepleieres kompetanse. Økt bevissthet og opplæring i ikke-tekniske ferdigheter blant studenter, operasjonssykepleiere og lærer kan bidra til bedre samarbeid og arbeidsmiljø i operasjonsteamet, og økt pasientsikkerhet.		REK vurderte prosjektet som ikke søknadspiktig. Prosjektet meldt NSD og personvernombud.

Master i klinisk sykepleie/operasjonssykepleie (kand. 434 og 474)

<p>Kaldråstøyl, G., Bohman, B. M., Salemonsens, E. &amp; Bentsen, S. B. 2022 Norge Inspira: Tidskrift for anestesi-, operasjons- og intensivsykepleiere</p>	<p>Fremmede kirurgisk teamarbeid – en kvalitativ studie av operasjonssykepleieres erfaringer og oppfatninger</p>	<p>Å få mer kunnskap om hvordan operasjons- sykepleiere erfarer og oppfatter det å arbeide i kirurgiske team, og belyse hva som kan fremme teamarbeidet.</p>	<p>Utforskende og beskrivende kvalitativt design med en fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming. Åtte semistrukturerte individuelle intervju gjennomført februar 2021.</p>	<p>Åtte operasjons- sykepleiere fra to ulike sykehus i Helse Vest.</p>	<p>I analysen kom det frem fire kategorier: Betydningen av god tone og trivsel på operasjonsstua, at pasienten er i fokus, lydhør og tydelig ledelse, og trygghet i yrkesrollen. I den første kategorien ble det identifisert tre underkategorier: God og tydelig kommunikasjon, respekt og likeverd, og ulikhet i personligheter i team.</p>		<p>Godkjent av NSD og personvernombudet ved Høgskulen på Vestlandet, samt personvernombudet ved helseforetaket.</p>
---	--	--	--	--	---	--	---

## VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE

Avdeling:	
Antall års erfaringer som operasjonssykepleier:	
Alder:	
Kjønn:	

### Tema 1: Egne erfaringer

- Kan du beskrive en situasjon der du meldte ifra om en uønsket hendelse under et kirurgisk inngrep? Hvorfor ga du beskjed?
- Kan du beskrive en situasjon der du ikke meldte ifra om en uønsket hendelse under et kirurgisk inngrep? Hvorfor valgte du å ikke gi beskjed?
- Kan du beskrive en hendelse etter at du ga beskjed?
- Kan du beskrive tiden etter hendelsen og hvilke erfaringer du har gjort deg?
- Hvilke reaksjoner oppstod?

### Tema 2: Ansvar

- Hvem tror du er sitt ansvar for å melde ifra/ å gi beskjed dersom noen i teamet gjør noe som er ikke er faglig eller personlig enige i?

### Tema 3: Forslag

- Har du forslag slik at andre operasjonssykepleiere kan tørr å gi beskjed dersom de oppstår uforsvarlig eller ikke faglig hendelse.
- Er det noe mer dere ønsker å ta opp i forhold til tema?

<b>Region:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b>	<b>Vår referanse:</b>
REK vest	Anna Stephansen	45008356	17.01.2023	571522

Petrin Hege Eide

**Prosjektsøknad:** Operasjonssykepleieres opplevelser og erfaringer med å melde fra om uønskede hendelser under et kirurgisk inngrep

**Søknadsnummer:** 571522

**Forskningsansvarlig institusjon:** Høgskulen på Vestlandet

## REK avviser søknaden

### Søkers beskrivelse

*Formålet med dette prosjektet er å studere operasjonssykepleieres opplevelser og erfaringer med å melde fra om uønskede hendelser under et kirurgisk inngrep. Studien søker å tydeliggjøre operasjonssykepleieres posisjon i operasjonsteamet og deres motivinvasjoner for å agere som de gjør.*

Vi viser til søknad mottatt 11.01.2023 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK vest på delegert fullmakt fra komiteen, med hjemmel i forskningsetikkforskriften § 7, første ledd, tredje punktum. Søknaden er vurdert med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

### REKs vurdering

Dette er en kvalitativ studie av operasjonssykepleieres opplevelser og erfaringer med situasjoner, hvor de har måttet melde ifra om uønskede hendelser og hvilke erfaringer de har gjort seg i ettertid. Studien søker å tydeliggjøre operasjonssykepleieres posisjon i operasjonsteamet og deres motivinvasjoner for å agere som de gjør. Det er en kvalitativ studie. Opptil 12 erfarne operasjonssykepleiere vil bli spurt om deltakelse i intervju /fokusgrupper om dette temaet.

### Søknadsplikten:

Bare medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger skal 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.

Formålet i dette prosjektet er ikke å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. Formålet med forskningen er å skaffe til veie ny kunnskap om organisering av helsetjenesten, spesifikt hvordan samarbeid i helsetjenesten oppleves og terskelen for å

melde ifra om uønskede hendelser. Prosjektet faller dermed utenfor helseforskningslovens virkeområde og det er derfor ikke behov for å søke forhåndsgodkjenning av REK.

### **Vedtak**

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. §§2 og 4, og søknaden skal derfor ikke behandles av REK.

### **Klageadgang**

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Vennlig hilsen,

Nina Langeland REK vest leder,

Professor, dr.med. UiB og

Anna Stephansen

Sekretariatsleder/kontorsjef

REK vest rek-vest@uib.no

*Kopi til:*

Høgskulen på Vestlandet



## VEDLEGG 4: SVAR FRA NSD

### Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**

235413

**Vurderingstype**

Standard

**Dato**

08.02.2023

**Prosjekttittel**

Operasjonssykepleieres opplevelser og erfaringer med å melde ifra om uønskede hendelser under et kirurgisk inngrep

**Behandlingsansvarlig institusjon**

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

**Prosjektansvarlig**

Petrin Hege Eide

**Student**

Saadia Ohda Lade og Miriam Larsen

**Prosjektperiode**

01.11.2022 - 31.12.2023

**Kategorier personopplysninger**

- Almennelige

**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 31.01.2024.

**Kommentar:**

OPPFØLGING AV PROSJEKTET: Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

## VEDLEGG 5: INFORMASJON OG SAMTYKKEERKLÆRING

### VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET

#### *«Operasjonssykepleieres opplevelser og erfaringer med å melde ifra om uønskede hendelser under et kirurgisk inngrep»*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke operasjonssykepleieres opplevelse og erfaringer med å melde ifra om uønskede hendelser under et kirurgisk inngrep. I dette skrive gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebærer for deg.

#### FORMÅLET MED PROSJEKTET

Vi er to masterstudenter ved HVL Bergen, som holder på med masteroppgave i operasjonssykepleieutdanningen. Vi vil se på hvilke opplevelser og erfaringer har operasjonssykepleiere når det varsler om uønskede hendelser som oppstår under kirurgi, og omhandler situasjoner der andre i teamet gjør noe man ikke er faglig eller personlig enige i. Operasjonssykepleier opplevelse vil gi et bedre grunnlag til hvilke faktorer som er med og som kan hindre operasjonssykepleier å melde ifra, og hva som skal til for å tørr å gi beskjed om uønskede hendelser i operasjonsstue. Resultat fra prosjektet kan dokumentere erfaringene som kan føre til økt bevissthet blant operasjonssykepleiere og eventuelt et forbedringspotensial. Det er ønskelig med informanter fra kvinneklinikken, hode hals, ortopedien, gastro og dag kirurgen ved Haukeland sykehus. Vi ønsker å komme i kontakt med 6 - 8 operasjonssykepleiere fra ulike fagfelter.

#### HVA INNEBÆRER DET FOR DEG Å DELTA?

Dersom du velger å delta i prosjektet, vil du bli intervjuet. Intervjuet vil vare i ca. 1-2 t, og vil bli tatt opp på lydopptak for å sikre verdifulle informasjon fra deg. En av oss kommer til å notere og observere fra sidelinjer. Vi har utarbeidet på forhånd en intervjuguide som inviterer til samtale og diskusjon i gruppe. Fokuset for samtalen er operasjonssykepleierens opplevelser og erfaring knyttet til konkrete fortellinger. Erfaringene du deler med oss ble anonymisert i prosjektet. Det er frivillig å svare på disse spørsmålene. Tid og sted for intervjuet blir vi sammen enige om, etter at dere har bekreftet deltagelse. Intervjuet vil finne sted innen januar 2023.

## FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger. Deltakere som intervjues vil bli anonymisert og alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Lydopptak vil bli slettet når materiale er transkribert, og transkripsjonene slettes etter innlevering av studie i mai 2023.

Deltakelsen i dette prosjektet vil ikke påvirke ditt forhold i arbeidsplassen.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

## DITT PERSONVERN - HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til 2022-2023. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvern regelverket. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektansvarlig studenter og prosjektleder Petrin Hege Eide som har tilgang til denne listen.

## GODKJENNINGER

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet. Sak nr hos REK????

På oppdrag fra Høyskole på Vestlandet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Høyskole på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet og prosjektleder Petrin Hege Eide er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

## DINE RETTIGHETER

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

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

- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

HøgskoleN på Vestlandet ved:

- Saadia Ohda Lade e-post: [saa.ohda@gmail.com](mailto:saa.ohda@gmail.com)
- Miriam Larsen E-post:
- Vår prosjektleder Petrin Hege Eide E-post: [Petrin.Hege.Eide@hvl.no](mailto:Petrin.Hege.Eide@hvl.no)

## KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet, opplever uønskede hendelser eller bivirkninger, eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte prosjektleder Petrin Hege Eide eventuelt prosjektansvarlig Saadia Ohda Lade eller Miriam Larsen

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: [Trine.Anikken.Larsen@hvl.no](mailto:Trine.Anikken.Larsen@hvl.no).

Med vennlig hilsen,

Saadia Ohda Lade & Miriam Larsen

Prosjektansvarlig

# Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Operasjonssykepleieres opplevelser og erfaringer med å melde ifra om uønskede hendelser under et kirurgisk inngrep», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Frivillig å delta i prosjektet.
- Å ha lest og forstått innholdet i informasjonsskrivet
- Å delta i intervju med lydopptak
- At jeg kan gi mine opplysninger til prosjektet.

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

---

Sted og dato

---

Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver

## VEDLEGG 6: SAMTYKKEERKLÆRING

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Operasjonssykepleieres opplevelser og erfaringer med å melde ifra om uønskede hendelser under et kirurgisk inngrep», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Frivillig å delta i prosjektet.
- Å ha lest og forstått innholdet i informasjonsskrivet.
- Å delta i intervju med lydopptak.
- At jeg kan gi mine opplysninger til prosjektet.

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

---

Sted og dato

Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver