



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591-O-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

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

Deltaker

Kandidatnr.:	407
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	16710
----------------------	-------

Egenerklæring *: Ja

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Operasjonssykepleieres refleksjoner rundt oppdekking av kirurgiske instrumenter på instrumentbordene

Surgical nurses' reflections on setting up surgical instruments on the instrument tables

Kandidatnummer: 449

Kandidatnummer: 407

Master i klinisk sykepleie - Operasjon

Høgskulen på Vestlandet, FHS, institutt for helse og omsorgsvitenskap

Veiledere: Hilde Kristin Refvik Riise, førsteamanuensis og Petrin Hege Eide, førstelektor

24.05.2021

Antall ord: 16 710

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

Denne masteroppgaven i klinisk sykepleie - operasjonssykepleie, er et resultat av våre egne erfaringer og opplevelser knyttet til praksis. Interesse for fagutvikling har vært en motiverende faktor. Arbeidet har vært krevende og utfordrende, men samtidig veldig lærerikt. Det er mange tanker og prosesser som ligger bak og vi sitter igjen med mye ny kunnskap og økt innsikt i vårt eget fag.

Vi ønsker å takke alle informantene som stilte opp, og som delte sin kunnskap og meninger med oss.

En stor takk rettes også til veilederne våre, Hilde Kristin Refvik Riise og Petrin Hege Eide for kritiske spørsmål, gode råd og tålmodig veiledning.

Takk til familie, venner og kollega for støtte og oppmuntring underveis.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: I vårt virke som operasjonssykepleierstudenter og senere operasjonssykepleiere har vi observert ulike rutiner når det gjelder dekking av assistanse- og instrumentbordene på de forskjellige avdelingene. Som studenter observert vi at oppdekkingen kunne variere fra dag til dag avhengig av hvilken operasjonssykepleier du gikk med.

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke hva operasjonssykepleiere legger til grunn for de valg de tar når de dekker opp instrumentbordene. Vi ønsket å få frem og kaste lys på viktige momenter som kan danne grunnlag for refleksjon rundt praksis.

Metode: Studien har et kvalitativt design med fokusgruppeintervju som metode for datainnsamling. Deltakerne i studien består av 8 operasjonssykepleiere med mellom 2-31 år erfaring fra relevant praksis. Analysemetoden vi benyttet var systematisk tekstkondensering (STC).

Funn: Hovedfunnene våre er at den enkelte operasjonssykepleiers erfaringsgrunnlag påvirker hvordan instrumentbordene dekkes opp. Operasjonssykepleierne som deltok i studien, bruker kunnskaper fra ulike kilder for å dekke et instrumentbord. I tillegg bruker de kunnskap om hva som skal til for å få flyt i operasjonen, hva som gir handlingsberedskap, kontroll og orden. Operasjonssykepleierne kan ved å lese bordet sitt, se gangen i inngrepet. Standardiserte rister og prosedyrer for oppdekking betraktes som en fordel i noen situasjoner.

Konklusjon: Operasjonssykepleierne baserer valgene sine, når de dekker instrumentbordene, på erfaringer de har gjort seg gjennom praktisk yrkesutøvelse, og bruker kunnskap fra en rekke ulike kilder for å få en gunstig funksjonalitet. Studien viser at operasjonssykepleiere diskuterer hvorvidt det ville ha vært en fordel med overordnede standardiserte fagprosedyrer for oppdekking. Men, det kan se ut som at denne type prosedyrer må være interne og ikke nasjonale.

ABSTRACT

Background: In our career as surgical nursing students and later surgical nurses, we have observed different routines when it comes to setting up the surgical instrument tables at various departments. As students we found the placement of instruments could vary daily depending on the surgical nurse we were placed with.

Aim: The purpose of this study was to investigate what surgical nurses base their decision upon whilst setting up instrument tables. We wanted to shed light on the important factors which contribute to the foundation of their choice in order to understand this practice.

Method: The study undertaken was of a qualitative design utilizing focus group interviews as a method for data collection. The participants in this study consisted of eight surgical nurses who had between 2-31 years of experience from relevant practice. Systematic text condensation was used as the analysis method.

Findings: Our main finding was that each individual surgical nurse used their experience as a basis for setting up their instrument tables. The surgical nurses who participated in our study used knowledge from various areas to set up their instrument tables. In addition, they focused on their experience regarding the most effective and quickest way to begin operations taking into consideration control and order. By observing their instrument table, surgical nurses can envision the steps of the operative procedure. However, standardized procedures for setting up instrument tables are considered an advantage in some situations.

Conclusion: We found surgical nurses based their choices when setting up instrument tables on previous experience gained through practical, professional, practice and have utilized knowledge gathered from several different areas to facilitate effective assistance to surgeons. Our study found surgical nurses discussed whether it would be advantageous to have a standardized professional procedure for setting up instrument tables. However, it seemed this type of procedure must be done internally within the department and not nationally.

Innhold

Forord.....	i
SAMMENDRAG.....	ii
ABSTRACT.....	iii
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Tidligere forskning.....	3
1.3 Lovverket.....	5
1.4 Vår forforståelse.....	5
1.5 Operasjonssykepleie - veien til der vi er nå.....	6
1.6 Oppdekking av assistanse- og instrumentbord.....	7
2.0 Begrepsavklaring.....	8
2.1 System og standardisering.....	8
2.2 Sikkerhet og pasientsikkerhet.....	10
2.3 Kunnskapsgrunnlag.....	11
3.0 Teoretisk perspektiv.....	12
3.1 Patricia Benner.....	12
3.2 Faglig skjønn.....	14
4.0 Hensikt og forskningsspørsmål.....	15
5.0 Metode.....	15
5.1 Design - Fokusgruppeintervju som metode.....	16
5.2 Utvalg.....	16
5.2.1 Rekruttering.....	18
5.3 Datainnsamling og gjennomføring av intervju.....	19
5.3.1. Intervjuguide.....	20
5.3.2 Slik gikk vi frem.....	21
5.3.3 Pilotintervju.....	22
5.3.4 Transkribering.....	22
5.4 Analyse.....	23
5.4.1 Helhetsinntrykk.....	24
5.4.2 Meningsbærende enheter.....	24
5.4.3 Kondensering.....	25
5.4.4 Sammenfatning.....	25
5.5 Metodevurdering.....	25
5.5.1 Reliabilitet og validitet.....	27
5.6 Etske vurderinger.....	29

5.6.1 Informert samtykke og oppbevaring av data	29
6.0 Presentasjon av funn	30
6.1 Kunnskaper som ligger til grunn for hvordan et operasjonsbord dekkes	31
6.2 Betydning av erfaring	32
6.3 Sikkerhet og pasientsikkerhet	34
6.4 Systematisk oppdekking og standardisering	37
7.0 Diskusjon	39
7.1 Nødvendigheten av praktisk erfaring	40
7.2 Fra novise til ekspert	42
7.3 “Det er jo det det handler om”	44
7.4 System og standardisering	46
7.4.1 Kan alt standardiseres?	48
7.5 Overførbarhet til praksis og forslag til videre forskning.....	49
8.0 Konklusjon	50
9.0 Prosjektgruppe og samarbeidspartnere.....	50
Litteraturliste.....	51
Vedlegg.....	56
Vedlegg 1: Intervjuguide	56
Vedlegg 2: Samtykkeerklæring	58
Vedlegg 3: Brukermanual Zoom	63
Vedlegg 4: Godkjennelse fra NSD.....	66
Vedlegg 5: Tilbakemelding fra REK.....	68
 Figur 1 . Assistanse- og instrumentbord, Bergen 24. februar 2021	 8

1.0 Innledning

Operasjonssykepleiere er spesialsykepleiere som har som oppgave å tilrettelegge for, bistå og ivareta pasienter under kirurgi eller omfattende undersøkelser. For å bli operasjonssykepleier må man ha jobbet som sykepleier med relevant arbeid i minst 2 år for å kunne søke seg videre til spesialsykepleierutdanningen. Ifølge Hansen (2018, s. 82) er målgruppen til operasjonssykepleieren, operasjonspasienten og deres pårørende. De er begge i en sårbar situasjon som kan oppleves eller være livstruende, ustabil og uoversiktlig. Mange tenker at operasjonssykepleie er et teknisk fag, et fag der oppgavene utføres i høyteknologiske operasjonsavdelinger uten at profesjonell sykepleierutdanning er nødvendig for å utføre den. Operasjonssykepleiere er imidlertid spesialsykepleiere som både bruker teknisk utstyr, men samtidig gir en omsorgsfull ivaretagelse av pasienten. Dette utgjør en enhet som ikke kan skilles fra hverandre (Martinsen, 2018, s. 130).

Økende teknologisk og medisinsk utvikling gir store utfordringer til dagens helsepersonell. Ny kunnskap og økte krav til kompetanse gjør at helsepersonell må holde seg faglig oppdatert og jobbe kunnskapsbasert (Sandvik et al., 2011). Ifølge Norsk Sykepleierforbund Landsgruppen av Operasjonssykepleiere - NSFLOS (2015) sin ansvars- og funksjonsbeskrivelse, skal operasjonssykepleieren utøve individuell og profesjonell sykepleie som bygger på kunnskapsbasert praksis og ivaretar kvalitet og pasientsikkerhet. Som operasjonssykepleier bør vi reflektere over hvordan vi kan sikre god kvalitet på det vi gjør i møte med den enkelte pasient (Dåvøy, 2018, s. 147).

Gjennom kvalitative intervju av erfarne operasjonssykepleiere håper vi denne studien vil belyse hvorfor operasjonssykepleierne gjør som de gjør når de dekker opp instrumentbordene sine. Temaet er relevant for operasjonssykepleierfaget fordi det kan være med å skape refleksjon rundt de valgene operasjonssykepleieren tar i hverdagen når det gjelder oppdekking av assistanse- og instrumentbordene, samt utvinne kunnskap om hvordan praktisk kunnskap utvikles hos operasjonssykepleiere. I en tid med stort fokus på pasientsikkerhet, standardisering og klare retningslinjer, med stadige utskiftninger av

instrumentarium og personell undrer vi oss også over om operasjonssykepleierne ville ha profittert på å standardisere oppdekkingen av instrumenter i kontrast til individuelle systemer til de ulike inngrepene.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I vårt virke som operasjonssykepleierstudenter og senere operasjonssykepleiere har vi observert ulike rutiner når det gjelder dekking av assistanse- og instrumentbordene på de forskjellige avdelingene. Som studenter erfarte vi at oppdekkingen kunne variere fra dag til dag avhengig av hvilken operasjonssykepleier du gikk med. Vi ble også fortalt ved flere anledninger at “du finner din egen måte å gjøre det på”. Dette opplever vi tidvis som forvirrende og kan være med på å skape usikkerhet rundt ulike prosedyrer i en arbeidssituasjon der man i utgangspunktet stiller store krav til nøyaktighet.

Som operasjonssykepleierstudenter og nå nyutdannede operasjonssykepleiere har vi undret oss over hvilket kunnskapsgrunnlag som ligger til grunn for organisering og utvelgelse av instrumenter. Hvorfor organiserer de ulike operasjonssykepleierne som de gjør, og hvorfor blir det ulikt? Det å kunne reflektere og skape en bevisstgjøring rundt egen praksis vil være med på å sikre kvalitet i arbeidet vårt. Vi ser at den individuelle persontilpassede oppdekkingen har positive sider ved at operasjonssykepleieren lager et system der vedkommende til enhver tid vet hvor alle instrumenter er og bare kan strekke ut en hånd for å ta presist det instrumentet som trengs. Dette skaper flyt og kontroll under det kirurgiske inngrepet. Vi ser og at den individuelle oppdekkingen kan være et problem fordi det for andre kan være vanskelig å forstå systemet og dermed redusere oversikten for dem. Dette vanskeliggjør avløsning og innlæring av prosedyren. Kirurgi er assosiert med økende grad av kompleksitet, instrumentutvalg, spesialkompetanse, teknisk utstyr og krevende logistikk. I løpet av de siste tiårene har oppmerksomheten vært økende rundt pasientsikkerhet i helsevesenet (Haugen & Dåvøy, 2018, s.181). Dette ser vi også gjenspeiles i lovverket der det blant annet står: “Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner,

arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (Helsepersonelloven, 1999, §4). Forskning støtter at standardisering av prosedyrer og teknikker skaper bedre pasientsikkerhet (Hernæs, 2020).

1.2 Tidligere forskning

For å finne forskning på tema har vi gjennomført søk i databasene for vårt fagfelt og tema - Medline, SweMed+, Google Scholar og PubMed. Vi så imidlertid at dette var et område det var forsket lite på. Vi ønsket å finne forskning som kunne belyse hvorfor operasjonssykepleiere gjør som de gjør når de dekker opp bordene sine, men vi fant ingenting som direkte tok for seg dette. Gjennom å lese litteratur i relevante fagblad, fagbøker og nettsider, har vi funnet forskning via henvisninger i bøker og litteraturlister i andre studier. I fagbladet “Sykepleien - Forskning” fant vi en norsk kvalitativ studie gjennomført av Igesund et al. (2019) med tittelen “Kartlegging av prosedyrer for oppdekking av instrumentbord ved kirurgiske inngrep”. Her viste resultatene at sykehus med nasjonale eller flerregionale behandlingstjenester i større grad støtter seg til prosedyrer enn sykehus med lavere nivå. Når det gjelder bilder og skriftlige prosedyrer for hvordan instrumentbordet dekkes opp kommer de frem til det samme resultatet. Forfatterne av denne studien oppfordrer til at det utarbeides kunnskapsbaserte retningslinjer og fagprosedyrer som kan bidra til å kvalitetssikre prosedyrer og redusere variasjon når det gjelder oppdekking og organisering av instrumentbord på operasjonsavdelinger i Norge. Dette mener de vil kunne bidra til økt pasientsikkerhet. Videre ønsker forfatterne at kunnskapsgrunnlaget for oppdekking av instrumentbordene undersøkes (Igesund, et al., 2019).

På nettsidene til NSFs Landsgruppe for operasjonssykepleiere fant vi en annen norsk kvalitativ studie med tittelen “Å være forberedt på det uventede — operasjonssykepleieres ferdigheter i å håndtere uventede hendelser på operasjonsstua”. Denne studien ønsket vi å ta med fordi de ville belyse operasjonssykepleieres ferdigheter i å håndtere uventede hendelser på operasjonsstuen, noe vi anser som relevant for hvordan man dekker opp assistanse- og instrumentbordene. Resultatene fra denne studien var at

operasjonssykepleiere tilstreber å være forberedt på uventede hendelser. Blant annet blir årvåkenhet, det å kunne omstille seg raskt og evnen å handle med fleksibilitet og kreativitet fremhevet som viktig for å få kontroll over situasjonen når endringer oppstår (Rasmussen & Torjuul, 2012).

Nyere forskning som har tilkommet underveis i skriveprosessen er en norsk litteraturstudie av Igesund et al. (2021), med tittelen “Trygg kirurgi – oppdekking og organisering av instrumentbord til operasjon: en scoping review”. Også denne fant vi via fagbladet “Sykepleien - Forskning”. Her ønsket forfatterne å fremskaffe kunnskap som kan styrke utøvernes beslutningsgrunnlag ved oppdekking og organisering av instrumentbord til kirurgiske inngrep. De konkluderer med at mangel på retningslinjer og standarder bør problematiseres. De påpeker også at kunnskapsbaserte anbefalinger kan bidra til å jobbe kunnskapsbasert ved at de fungerer som beslutningsstøtte for operasjonssykepleiere. Videre oppfordres fagmiljøet i Norge til å utvikle kunnskapsbaserte eller nasjonale retningslinjer og standarder for oppdekking og organisering av instrumentbord.

I en norsk kvalitativ studie med fokusgruppeintervju som tilnæringsmåte utført av Berland og Natvig (2005) ble det sett nærmere på hva spesialsykepleiere la i begrepene standardisering, pasientsikkerhet og skjønnsmessig vurdering og hvilken betydning dette hadde for pasienten. Hovedfokuset var hva sykepleiere vurderte som viktig med tanke på pasientsikkerhet. I denne undersøkelsen konkluderte de med at kombinasjonen av skjønnsmessige vurderinger og etablerte rutiner var nødvendig for å ivareta pasientens sikkerhet. De hevder også at hvis ikke vedtatte rutiner og prosedyrer fremstår hensiktsmessige for de som skal følge dem, vil de ikke følges opp i praksis og påpeker at det er viktig med holdningsskapende arbeid i kombinasjon med trygge skriftlige prosedyrer.

Forskning som ikke handler spesifikt om tema, men vi likevel mener er relevant er en norsk kvalitativ studie med fokusgruppeintervju gjennomført av Hjelen og Sagbakken (2018) med tittelen “Operasjonssykepleiere mangler tid og kompetanse til å arbeide kunnskapsbasert” funnet i “Sykepleien - Forskning”. Her ville de undersøke hvilken forståelse

operasjonssykepleiere har av “kunnskapsbasert praksis”- begrepet. I tillegg ønsket de å undersøke hvilke erfaringer operasjonssykepleiere har med det å jobbe kunnskapsbasert. De konkluderte med at operasjonssykepleiere mangler kompetanse på dette området, samt at det mangler organisatorisk struktur og kultur som støtter opp om konseptet “kunnskapsbasert praksis” (Hjelen & Sagbakken, 2018).

1.3 Lovverket

Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse er utarbeidet av NSFLOS, den ble revidert senest i 2015 (NSFLOS, 2015). Ansvars- og funksjonsbeskrivelsen tar utgangspunkt i Norsk Sykepleierforbunds (NSF) yrkesetiske retningslinjer og [International Council of Nurses](#) (ICN) etiske retningslinjer for sykepleiere. Styrende for operasjonssykepleierens daglige virke er også en rekke lover og forskrifter, som regulerer tjenesten operasjonsfaget utøves i. Dette er lov om spesialisthelsetjenesten, helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven, smittevernloven, forskrift til smittevernloven, arbeidsmiljøloven og forskrift om medisinsk utstyr (Eide & Dāvøy, 2018, s.29)

1.4 Vår forforståelse

Ifølge Malterud (2017, s. 44-45) består forforståelse av våre erfaringer, hypoteser, den teoretiske referanserammen vi besitter, samt vårt faglige perspektiv. Altså det vi bringer med oss inn i prosjektet ved prosjektstart. Dette vil påvirke hvordan vi samler inn, leser og forstår dataene våre. Forforståelsen vår er i stor grad basert på den erfaring vi har fra vårt virke som sykepleiere, som operasjonssykepleiestudenter fra de forskjellige praksisplassene vi har vært gjennom utdannelsen og som relativt ferske operasjonssykepleiere. Vi har med andre ord kort erfaring fra selvstendig arbeid i en operasjonsavdeling, men lang erfaring fra helsevesenet. Til gjengjeld har vi gjennom det å være operasjonssykepleiestudenter hatt mulighet til å erfare hvordan både praksisveiledere og andre operasjonssykepleiere vi har gått sammen med i praksis har utført oppgavene sine. Malterud (2017, s. 45) skriver at forforståelsen er en viktig del av motivasjonen for hvorfor man setter i gang med forskning

rundt et tema. Dette gjelder også for oss. Forforståelsen vår kan ifølge Malterud (2017, s. 44-45) gi næring og styrke til prosjektet. Den kan imidlertid også bidra til å begrense oss ved at den dominerer og skyggelegger det vårt empiriske datamateriale kan bidra med av ny innsikt. Derfor er det viktig at vi som forskere har et bevisst forhold til vår forforståelse.

1.5 Operasjonssykepleie - veien til der vi er nå

Tidlig på 1800- tallet var det ikke operasjonsstuer på sykehusene fordi det meste av kirurgien ble utført i hjemmet til pasienten eller på et legekantor. Veldig mange av pasientene døde, men så ble sanitet og hygiene for alvor satt på dagsordenen. Dette skjedde omtrent på samme tid som Florence Nightingale argumenterte for hygienens betydning i stell av pasienter. Ingaz Semmelweis viste ved hjelp av systematiske studier at desinfeksjon av hendene med klorkalk reduserte forekomsten av barsel-feber. Etter hvert som den kirurgiske virksomheten ble utbygget ble operasjonsstuen en viktig arena for sykesøstre (Eide & Lockertsen, 2018, s.19). I forordet til boken "Operasjonsteknikk" av Borghild Hillestad skriver Carl Semb, overlege ved Ullevål, professor og mangeårig leder av Norsk medisinsk selskab at operasjonsstuen var operasjonssøstrenes domene. Videre skriver han at assistanse under operasjonen krever stor kunnskap, erfaring og ro og at assistansen har noe å si for operasjonens forløp (Hillestad, 1955, s.8-9).

Operasjonssykepleierutdannelsen har med tiden utviklet seg fra internopplæring, bedriftsintern utdanning frem til dagens høyskole-/universitetsstudium. Dette har skjedd fordi operasjonssykepleierne har arbeidet for å standardisere og kvalitetssikre egen utdanning. Operasjonssykepleieren har med sin fagkunnskap om hygiene sammen med høy faglig forståelse gjort seg til et uerstattelig medlem av det kirurgiske teamet (Eide & Lockertsen, 2018, s.22-25).

Operasjonssykepleierne jobber i par og deler på to roller som er, den koordinerende og den sterilt utøvende operasjonssykepleieren. Den koordinerende operasjonssykepleieren har

ansvar for operasjonsstuen, supplere med utstyr, har direkte ansvar for pasienten, desinfiserer det kirurgiske feltet, overvåker operasjonsstuen og det sterile området. Kort sagt ivaretagelse av pasienten og pasientens behov for sykepleie før, under og etter et kirurgisk inngrep. Den sterilt utøvende operasjonssykepleieren har etter kirurgisk håndvask, kledd seg sterilt og har da ansvar for det sterile feltet, organisering av et funksjonelt arbeidsområde, de kirurgiske instrumentene og slik at utstyr blir tilrettelagt og ivaretatt på en hensiktsmessig måte (Eide og Dåvøy, 2018, s. 31). Det er den sterilt utøvende rollen vi ønsker å fokusere på i denne studien.

1.6 Oppdekking av assistanse- og instrumentbord

Hvilke instrumenter som trengs til en operasjon, finner operasjonssykepleierne i prosedyren for inngrepet. Ut fra kunnskap om inngrepets art velger operasjonssykepleieren hvilke instrumenter som skal ligge på assistansebordet og hvilke som skal ligge på instrumentbordet. Det er instrumentene på assistansebordet som brukes i den direkte assistanse i såret. Instrumentbordet (hjelpbord) fungerer som et oppbevaringsbord og avlastningsbord for risten/ristene, for instrumenter som har vært i bruk eller instrumenter en skal bruke senere i inngrepet. Det er operasjonssykepleierens vurdering som er avgjørende for instrumentflyten mellom assistanse- og instrumentbordet (Igesund & Eide, 2018, s. 375-376). Ifølge Igesund og Eide (2018) gir standardisert oppdekking av assistanse- og instrumentbord raskere assistanse. På denne måten finner operasjonssykepleieren raskere frem instrumentene og avlevering av instrumentene blir automatisert (Igesund & Eide, 2018, s, 378).



Figur 1 . Assistanse- og instrumentbord, Bergen 24. februar 2021

2.0 Begrepsavklaring

Her vil vi redegjøre for noen sentrale begrep som vi benytter oss av i denne studien. Vi vil også skrive litt om vår forståelse av dem.

2.1 System og standardisering

I Store norske leksikon blir system definert som et sett eller gruppe av gjenstander eller deler som hører sammen og er ment til å virke sammen etter en bestemt plan (System, 2018). Videre blir standardisering definert slik av International Organization for Standardization (ISO): "Standard dokument til felles og gjentatt bruk, fremkommet ved konsensus og vedtatt av et anerkjent organ som gir regler, retningslinjer eller kjennetegn for

aktiviteter eller resultatene av dem for å oppnå optimal orden i en gitt sammenheng.”
(Standard Norge, 2020).

I ordet system legger vi det å skape en oversikt, ha kontroll, lage en praktisk anretning, skape en retning/flyt for arbeidet for å komme i mål. For å kunne gjøre disse nevnte tingene trengs det kunnskap. Kunnskap om anatomi, det kirurgiske inngrepet, hvordan kirurgen jobber, instrumenter og hygiene. Når vi snakker om system, mener vi det individuelle og personlige systemet hver enkelt operasjonssykepleier selv har utviklet for å holde orden og ha oversikt over assistanse- og instrumentbordet sitt. Når det gjelder standarder, kan det dreie seg om personlig standardisering, avdelingsvis standardisering og universell standardisering, med tanke på universell som nasjonal retningslinje.

I 2009 ble det etablert et felles Nasjonalt nettverk for kunnskapsbaserte fagprosedyrer etter initiativ fra Sykehuset Innlandet HF og Oslo universitetssykehus. Dette ble etablert for at helsepersonell skulle slippe å lage fagprosedyrer som allerede finnes. Målet er å lage gode fagprosedyrer og samtidig dele og formidle dem. Nettsiden Fagprosedyrer ble opprettet under Helsebiblioteket, og i påvente av regional eller nasjonal videreføring drives denne siden av Helse Bergen og Oslo universitetssykehus. Kravet for å få publisert en prosedyre er at de skal være kunnskapsbaserte (Stubberud, 2018, s, 67-68). Retningslinjer angir hva som bør gjøres i gitte situasjoner mens prosedyrer beskriver konkret hvordan avgrensede oppgaver bør utføres. Prosedyrer kan også inneholde detaljert informasjon om anbefalt metode, hvem som skal gjøre hva, hvor utstyret er, aktuelle navn og telefonnummer (Nylenna, 2018). Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer (antibiotikabruk, forebygging og behandling av underernæring) er omfattende beskrivelser av råd og anbefalinger for hvordan helsehjelp bør utføres. Fagprosedyrer er mer detaljert beskrivelse for hvordan helsepersonell bør utføre en avgrenset oppgave (f.eks. munnstell og sårstell) (Stubberud 2018, s. 66).

Reflekterte praktikere med erfaring og kompetanse er en forutsetning for best praksis og vellykket tilpasning til pasienten og situasjonen. Dette krever kunnskapsbaserte vurderinger

og ferdigheter. Operasjonssykepleiere kan i større grad sikre kvalitet i praksis og fjerne uønsket variasjon ved hjelp av felles prosedyrer basert på kunnskap i samsvar med kunnskapsbasert praksis (Igesund et al., 2021). Per dags dato er det bare en prosedyre som angår operasjonssykepleiefaget som ligger på Helsebiblioteket. Det er en prosedyre som omhandler kontrollrutiner for kompresser, tuffere, nåler, instrumenter o.l.

2.2 Sikkerhet og pasientsikkerhet

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten definerer pasientsikkerhet som: "Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser". Det handler om å forhindre at pasienten skades i undersøkelse eller behandling. God pasientsikkerhet handler også om å lære av uønskede hendelser og aktivt forebygge gjentakelse av slike. De hyppigste årsakene til pasientskade i 2018 var legemiddelrelaterte skader, skader knyttet til kirurgi og urinveisinfeksjon (I trygge hender 24-7, 2019). Verdens helseorganisasjon (WHO) har sammen med internasjonale ekspertgrupper utviklet en sjekkliste for trygg kirurgi. Sjekklisten skal være et hjelpemiddel for å redusere forekomst av skader og komplikasjoner i forbindelse med kirurgiske inngrep (Helsebiblioteket, 2021).

I Stortingsmelding nr. 10 blir regjeringens helhetlige politikk for å forbedre kvaliteten og pasientsikkerheten i helse- og omsorgstjenesten presentert. Det overordnede målet for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring, bedre pasientsikkerhet, færre uønskede hendelser og et mer brukerorientert helsetilbud. Målene for kvalitetsforbedring i tjenestene skal nås blant annet ved å forbedre systemet for utvikling og implementering av fagprosedyrer samt nasjonale faglige retningslinjer. Som nevnt tidligere ble det i studien til Berland og Natvig (2005) konkludert med at kombinasjonen av skjønsmessige vurderinger og etablerte rutiner var nødvendig for å ivareta pasientsikkerheten. For at vedtatte rutiner skal bli fulgt, må de oppleves hensiktsmessige.

Igesund et. al (2021) anbefaler at det gjøres en risikovurdering under forberedelsene til en operasjon for å forebygge komplikasjoner og skader. Risikovurderingene går blant annet ut på å vurdere egenskaper ved pasienten, type kirurgi, tid til rådighet og mengde utstyr. Under forberedelsene må man være bevisst på hvor man plasserer skarpe instrumenter, og en må ha kontroll på disse gjennom hele operasjonsforløpet (Cromb, 2019, s. 195). Man må ta hensyn til sikkerhet vedrørende instrumenter, for en selv som operasjonssykepleier, kirurgene og pasienten. Skarpe instrumenter bør oppbevares sikkert på assistanse- og instrumentbordet for å unngå stikkskader under inngrepet (Igesund & Eide, 2018, s. 376-377).

2.3 Kunnskapsgrunnlag

Operasjonssykepleie er et komplekst fag som stadig er i utvikling. Det stilles krav til at man tilegner seg kunnskap og holder seg oppdatert på ny forskning. Derfor er operasjonssykepleieren forpliktet til å utøve faglig forsvarlig hjelp og være faglig oppdatert (NSFLOS, 2015). Målet med kunnskapsbasert praksis er å hjelpe den enkelte fagutøver i å ta gode avgjørelser, basert på best tilgjengelig forskning og kunnskap. Som profesjonelle fagutøvere skal vi ha et bevisst forhold til bruk av forskjellige kunnskapskilder i praksis. De råd og tiltak i helsetjenesten som til enhver tid er gjeldende bør i størst mulig grad være basert på forskningsbasert kunnskap. Likevel må vi ta hensyn til at god praksis også tar høyde for faglig skjønn, etiske vurderinger og pasientenes egne behov og valg (Nortvedt, et al., 2012, s. 16). Lund, et al., (2014, s. 20) peker på at kunnskapsbasert praksis ideelt sett ville vært en kombinasjon av flere faktorer. Forskning, den enkelte fagutøvers evner og kunnskaper, rammer og ressurser for fagutøvelsen samt den enkelte pasients situasjon. Erfaringsbasert kunnskap kalles også praksiskunnskap, altså kunnskap vi tilegner oss gjennom erfaringer i praksis. Dette står sterkt i tradisjonell sykepleie og er en viktig del av det å kunne jobbe kunnskapsbasert (Nordtvedt et al., 2012, s.18). Erfaring viser at helsepersonell ofte baserer valgene sine på hva mer erfarne kollegaer forteller at de skal gjøre, noe som i verste fall kan føre til at man fortsetter å benytte seg av utdaterte metoder basert på utdatert forskning (Hoffmann et al., 2017, s.2-5). Vi må som profesjonelle fagutøvere være i stand til å søke etter, lære av og vurdere ny kunnskap og kanskje viktigst

ha evnen til å omstille oss ved behov. God praksis oppnår vi ved å integrere den beste tilgjengelige forskningen på feltet og bruke den i lys av vår erfaring og våre ferdigheter i møte med pasientene våre (Polit & Beck, 2017, s.22-23).

Det har pågått en diskusjon vedrørende konseptet kunnskapsbasert praksis (Tuntland, 2009). Vi går ikke inn i denne debatten, men mener likevel det er relevant å nevne det kort her. De vanligste argumentene mot kunnskapsbasert praksis fra den norske debatten har vært både mot praktiske barrierer og mot selve innholdet i konseptet. Det hevdes blant annet at kunnskapshierarkiet kun rangerer målbar kunnskap og at humanistisk forskning og erfaringsbasert kunnskap nedvurderes. Skeptikerne ønsker at alle kunnskapsformer bør likestilles. Det hevdes også at kunnskapsbasert praksis kan bli et verktøy for helsepolitikere for å regulere praksis. En negativ effekt av dette kan være at kunnskapskilder som klinisk ekspertise overses (Tuntland, 2009).

3.0 Teoretisk perspektiv

Teorien vi presenterer brukes til å utdype og nyansere vår forståelse, i tillegg vil den også være med på å underbygge og forstå funnene i studien.

3.1 Patricia Benner

Patricia Benner er en av sykepleiefagets viktige teoretikere. Hun er professor i sykepleie ved University of California, San Fransisco, og har gitt ut en rekke bøker og artikler. Videre er hun kjent for den banebrytende boken "Fra novise til ekspert", som ble utgitt i 1984. Her viser hun hvordan den kliniske utøvelsen av sykepleie endrer seg gjennom utvidet kunnskap og erfaring (Benner, 1995, s. 216).

Patricia Benner (1995) viser gjennom Stuart Dreyfus og Hubert Dreyfus sin teori om utvikling av praktiske ferdigheter, at sykepleiere utvikler sine ferdigheter ved hjelp av kunnskap og erfaring. Dreyfus' teori hevder at ervervelse og utvikling av ferdigheter foregår gjennom fem ferdighetsnivåer. Det første nivået er novise, deretter avansert nybegynner, så kompetent, kyndig og til slutt ekspert (Benner, 1995, s. 29).

Som novise eller nybegynner har en ikke erfaring med de situasjonene en skal delta i, en mangler bakgrunnsforståelse for situasjonen. Lærebokstyrt adferd kjennetegner novisen, de er begrenset og usmidig. Det å skulle følge regler begrenser mulighetene, siden reglene ikke alltid forteller hvilke oppgaver som er viktigst å utføre. Gjennom erfaring med oppgaver utvikles en til å være en avansert nybegynner. Der en kan prestere på et tilnærmelesvis akseptabelt nivå. Her kan man mestre en del arbeidsoppgaver og gå inn i pasientsituasjoner, men trenger fremdeles veiledning (Benner, 1995, s. 35). På nivå tre er man kompetent. Her kan sykepleieren både planlegge, prioritere sine arbeidsoppgaver og holder et høyere effektivitetsnivå (Benner, 1995, s. 39). Dette nivået oppnås etter to til tre år i samme arbeidsforhold. Nivå fire er den kyndige, den kyndige sykepleieren vet av erfaring hvilke begivenheter en kan forvente ut ifra den gitte situasjonen. De ser og vurderer pasientsituasjonen i en helhet. De har en erfaringsbasert evne til å oppfatte situasjonen og hvilke aspekter som er mest avgjørende. Det er den kyndige sykepleieren som hyppigst kjenner igjen tegn til forandring i pasientens tilstand. Utviklingen til kyndig sykepleier oppnås hos de som har hatt samme arbeidssituasjon i tre til fem år (Benner, 1995, s. 40-43). I det femte og siste nivået, ekspert, handler sykepleieren ut fra en dyp forståelse av totalsituasjonen. Eksperten kan med sin enorme erfaringsbakgrunn omsette forståelsen av en situasjon til meningsfull handling (Benner, 1995, s. 44-47).

I Dreyfusmodellen er en viktig antagelse at ferdighetene forvandles med erfaring og mestring på området. Videre vil denne endringen medføre en forbedret prestasjon (Benner, 1995, s. 49). Benner (1995) hevder også at hvis vi insisterer på at eksperten skal benytte seg av regler og retningslinjer de brukte da de var nybegynnere vil det kunne være med å skade deres prestasjon. Utviklingen av kunnskap innenfor en disiplin består av å utvide den

praktiske kunnskapen ved vitenskapelig forskning og ved å kartlegge den eksisterende praksis som er ervervet gjennom utøvelse av disiplinen. Praktisk kunnskap kan i noen situasjoner utfordre og utvide eksisterende teori på et område, derfor er det viktig med grundig kartlegging av praksis (Benner, 1995, s. 20-21).

3.2 Faglig skjønn

Alsvåg og Martinsen (2018) skriver at omsorg er et grunnvilkår som er avgjørende for menneskers liv. Uten omsorg skades vi og livet går til grunne. Når vi snakker om omsorg i en profesjonell sammenheng uttrykkes dette gjennom daglig vurdering. Vi bruker ulike former for kunnskap, teoretisk viten, praktiske gjøremål og klok dømmekraft. Dømmekraft som også blir omtalt som skjønn, skaper forbindelsen mellom ulike kunnskaper og den aktuelle profesjonelle situasjonen (Alsvåg & Martinsen, 2018, s. 218). Videre omtales skjønn som det å forstå og handle både godt, hensiktsmessig og riktig i situasjonene (Alsvåg, 2016, s. 355). Dåvøy (2005, s. 76) hevder at «å kunne «skreddersy» sin sykepleie til den individuelle pasient, krever erfaring» og at «skjønn viser seg i handlinger som har flere alternativer». I situasjoner hvor man må handle raskt og bestemme seg hurtig for fremgangsmåte, viser det faglige skjønn seg (Dåvøy, 2018, s. 155). I kliniske sammenhenger, er klinisk skjønn et faglig skjønn. Skjønn handler blant annet om å handle hensiktsmessig, riktig og godt i gitte situasjoner med de muligheter og begrensninger en står overfor, altså handle slik situasjonen krever at man handler (Alsvåg, 2002, s. 208-209).

Alsvåg (2007, s. 209-210) påpeker at de med erfaring kan handle godt skjønnsmessig fordi de har en situasjonsnær forståelse i kombinasjon med faglig innsikt også der reglene er vage. Hun skriver at i disse situasjonene vil uerfarne personer etterspørre regler, og handle etter disse. Og at “reglene er laget for de enkle situasjonene”. Noen situasjoner er entydige, og det kan være livsviktig å handle etter allerede etablerte regler. Videre skriver hun «I institusjoner finnes det frihet, en relativ autonomi som utøves av profesjonelles faglige skjønnutøvelse. Profesjonalisme har sitt grunnlag i relativ autonomi innenfor institusjonelle lover og rammer.» (Alsvåg, 2007, s. 183). I “Samtalen, skjønn og evidensen” (2005) skriver

Kari Martinsen at skjønnnet er med i både vitenskapelig og klinisk praksis. Hun poengterer at formålsrettede strategier trenger skjønnnet fordi disse virksomheter må skjønnnes, hvis de skal fremstå med evidens. Man fratar utøverne av faget handlingsrom dersom den evidensbaserte medisin reduseres til utelukkende bruk manualer og protokoller (Martinsen, 2005, s. 129-130).

4.0 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med studien vår er å undersøke hva operasjonssykepleiere legger til grunn for de valg de tar når de dekker opp assistanse- og instrumentbordene. Det er en pågående diskusjon rundt standardisering og nytten av det. Ved å sette fokus på ansvaret operasjonssykepleieren har, og fagkunnskapene operasjonssykepleieren besitter kan det føre til økt bevissthet rundt fremgangsmåter og prosedyrer. Vi håper at studien vår kan få frem og kaste lys på viktige momenter som kan danne grunnlag for refleksjon og bevisstgjøring rundt praksis. Forhåpentligvis vil studien også frembringe og konkretisere noe av den «tause kunnskapen» som per nå kun læres gjennom praktisk utøvelse av faget. På den måten kan best mulig praksis oppnås.

Forskningsspørsmålet er: **«Hva er kunnskapsgrunlaget for de beslutningene operasjonssykepleieren tar når instrumentbordene dekkes opp?»**

5.0 Metode

I denne studien ønsket vi å undersøke hva som var kunnskapsgrunlaget for de beslutningene operasjonssykepleierne tar når assistanse- og instrumentbordene dekkes opp. Vi vil nå gi en systematisk innføring i arbeidet med denne studien. Forskningens hensikt generelt er å frembringe kunnskap knyttet til et gitt tema og formål. Ifølge Malterud (2011) er metode et spekter av strategier for systematisk innsamling, orientering og fortolkning av tekstlig materiale fra samtaler, observasjoner eller skriftlig kildemateriale. Vi har valgt å

bruke kvalitativ metode med fokusgruppeintervju for å belyse problemstillingen vår. Vi mener dette er den beste måten for å se nærmere på operasjonssykepleiernes egne erfaringer og kunnskapsgrunnlag.

5.1 Design - Fokusgruppeintervju som metode

På slutten av 1930-tallet begynte forskere å undersøke alternative måter å gjennomføre intervju på. Forskerne tok på seg en mindre direkte og dominerende rolle. Respondentene ble friere, og fokuset skiftet fra intervjueren og over til respondenten (Krueger & Casey, 2018, s. 3). Etter 1950 har fokusgruppeintervjuer blitt mer utbredt, og på 1980-tallet gjorde det sitt inntog i den akademiske samfunnsforskningen. En fokusgruppe kjennetegnes ved en ikke-styrende intervjustil der det først og fremst er viktig å få frem ulike synspunkter. Gruppemoderator presenterer tema som skal diskuteres og har som oppgave å skape en velvillig og åpen atmosfære. Fokusgruppen har ikke som mål å komme til en enighet, men å få frem ulike synspunkter på det gitte tema (Kvåle & Brinkmann, 2015, s. 179). Ifølge Halkier (2010, s. 10) vil denne forskningsmetoden være velegnet til å produsere empirisk data om hva som er viktig og meningsfullt for en gruppe ved at den kombinerer gruppesamhandling og emnefokus.

5.2 Utvalg

Utvelgelsen er viktig uansett hvilke roller fokusgruppen spiller i prosjektet. Utvalgene i kvalitativ forskning er så små at de ikke kan basere seg på tilfeldigheter. Målet blir at viktige karakteristika ved problemstillingen blir representert. Det er et poeng at fokusgruppene ikke blir for homogene eller heterogene (Halkier, 2010, s. 31-32). Vi ønsket at utvalget vårt skulle ha tilstrekkelig informasjonsstyrke. Det vil si at det var viktig å rekruttere deltakere som hadde den nødvendige for forståelsen, teoretiske referanserammen og relevante kunnskapen som kunne bidra til å gi tilstrekkelig data for å belyse forskningsspørsmålet vårt (Malterud et al., 2016). Et strategisk utvalg er satt sammen med mål om rette søkelyset mot

det området vi ønsker å undersøke (Malterud, 2017, s. 58). Vi skal nå gjøre rede for premissene for vårt strategiske utvalg.

Vi ønsket at gruppene skulle bestå av deltakere som var operasjonssykepleiere med mer enn to års erfaring fra praksisfeltet. Vi ønsket dette fordi vi anså det som sannsynlig at operasjonssykepleiere med kortere fartstid ennå ikke vil ha opparbeidet seg nok erfaring til å ha reflektert rundt dette temaet. Som nyutdannet er det mange ting som skal læres - som gangen i inngrep og rutiner ved nytt arbeidssted. Ifølge Benner (1995) vil man da være kommet til nivået «kompetent». Vi skiller ikke på alder, fordi det var antall år med relevant arbeidserfaring som var viktig. For å få med så mange nyanser som mulig, var det ønskelig å rekruttere både kvinner og menn. Vi vet imidlertid at det er flere kvinnelige operasjonssykepleiere enn menn, dette kunne altså være en utfordring og det er ikke sikkert kjønn er betydningsfullt i det daglige virke som operasjonssykepleiere - likevel ville vi tilstrebe å ha med begge kjønn i gruppene for å gi utvalget så rikt og variert erfaringsgrunnlag som mulig. Vi ønsket å ha med operasjonssykepleiere fra seksjoner hvor man har prosedyrer for oppdekking av instrumentbord til noen inngrep og operasjonssykepleiere fra seksjoner hvor dette ikke benyttes. Ved å inkludere operasjonssykepleiere fra ulike avdelinger/seksjoner vil det også være forskjell på hvilke typer kirurgi de jobber med daglig. Her vil noen være vant med å jobbe med større mengde utstyr enn andre. Dette gjorde vi fordi vi var interessert i å høre hvilke diskusjoner som kunne oppstå disse imellom og om de er like fleksible i uforutsette situasjoner. Ved å ha denne variasjonsbredden i utvalget vårt, håper vi å få frem data og ulike nyanser omkring tema som kan frembringe ny kunnskap om forskningsspørsmålet vårt (Malterud, 2017, s. 59).

Kunnskapen til forskerne vil kunne påvirke hvor vi henter vårt materiale. Målet er ikke å fjerne bias, men å redusere forhold som er med på å forstyrre kunnskapsutviklingen ved å inngå som skjulte forutsetninger. Hvis vi i god tid før datainnsamlingen identifiserer forhold som kan være med til å bidra til snever eller selvbekreftende kunnskapsutvikling, kan vi redusere uønsket utvalgsbias. Dette vil gjøre det enklere å oppsøke kilder eller synspunkter

som gir et bredere perspektiv (Malterud, 2017, s. 68). Ifølge Polit og Beck (2017) er bias en innflytelse som produserer feil eller unøyaktigheten som kan påvirke påliteligheten til studien. Vi valgte å rekruttere via fagsykepleiere slik at vi ikke kunne påvirke utvalget, dette for å redusere risikoen for bias.

Vanligvis består en fokusgruppe av 5-8 personer. Gruppen må være liten nok til at alle deltakerne har anledning til å dele sine synspunkter, men samtidig stor nok til å få med seg mangfoldet av oppfatninger. Mindre grupper gir større mulighet for å dele ideer, men gir også et mindre utvalg av ideer. Fordelen med en mindre gruppe er at den lettere lar seg gjennomføre rent praktisk (Krueger & Casey 2015, s. 6). Ifølge Halkier (2010) rapporteres det om vellykkede fokusgrupper med tre-fire deltakere som på ti-tolv. Deltakerne våre hadde den nødvendige forforståelsen, teoretiske referanserammen og relevant yrkeserfaring vi hadde ønske om, derfor mente vi det ikke var behov for et stort antall deltakere (Malterud et al., 2016).

Utvalget vårt bestod av åtte kvinnelige operasjonssykepleiere med erfaring fra forskjellige avdelinger. Vi hadde rekruttert én mann, men han hadde dessverre ikke anledning til å delta likevel. I begge gruppene var det forskjeller i hvor mye utstyr og instrumenter de til daglig var vant til å jobbe med. Noen hadde jobbet eller jobber i avdelinger hvor det var standardiserte oppdekkinger for noen inngrep, mens andre jobbet steder der det var lite eller ingen generell standardisering for oppdekking. Det var stor variasjon i antall år de rekrutterte hadde jobbet som operasjonssykepleiere, fra 2 år til 31 år. Antall år relevant yrkeserfaring hadde en gjennomsnittsverdi på 14,5 år i det første intervjuet og 14,75 år i det andre intervjuet. Hvert intervju varte i underkant av en time.

5.2.1 Rekruttering

Rekrutteringsprosessen av informanter til fokusgruppeintervjuet startet da søknaden fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) var godkjent (Vedlegg nr. 4). Kontaktpersonene våre

for rekrutteringen var en avdelingsleder og fagsykepleiere ved to sykehus på Vestlandet. Rekrutteringen startet da vi fikk godkjennelse fra ledelsen ved sykehusene. Kontaktpersonene våre videreformidlet forespørsel om deltakelse i studien, informasjonsskriv og samtykkeskjema til operasjonssykepleierne. Vi rekrutterte åtte operasjonssykepleiere med minimum to års erfaring fra to ulike sykehus. Ut fra dette ble det gjennomført to fokusgruppeintervjuer med fire operasjonssykepleiere i hver gruppe.

5.3 Datainnsamling og gjennomføring av intervju

Under datainnsamlingen omsettes informasjon om forskningsspørsmålet til observasjoner og tekst. For å kunne utvikle ny kunnskap er det viktig å ha tilgang til rik og relevant data (Malterud, 2011, s.69). På grunn av koronapandemien verden er rammet av, ble det tidlig klart at fysiske møter ble utfordrende. Derfor endret vi den opprinnelige planen, som var å samles ansikt til ansikt, og valgte i stedet å gjøre intervjuene digitalt. Vår erfaring med fokusgrupper er liten og når vi nå i tillegg skulle gjøre dette arbeidet digitalt valgte vi å sette en grense på 4 personer i hver gruppe. Det ville gi oss som moderatorer en mulighet for å bedre håndtere den digitale formen og gi trygghet til gruppen. Håpet var at dette ville medføre at vi fikk frem tilstrekkelige data til vårt videre arbeid.

Vi gjennomførte to fokusgruppeintervjuer som vi tok lydopptak av i mars 2021. Det har siden pandemiens start i mars 2020 vært ulike nivåer av nedstengninger og restriksjoner knyttet til antall mennesker som kan være sammen inne. For å være helt sikker på å få gjennomført prosjektet gjennomførte vi intervjuene digitalt. Det vil si som videokonferanser. Felles for definisjonene på hva en videokonferanse er at det er en "live" og synlig forbindelse mellom to eller flere mennesker som sitter på ulike steder og der formålet er kommunikasjon (Gissum & Drageset, 2020). Bruken av digitale plattformer har økt etter at pandemien traff Norge, våren 2020. I Kunnskapsdepartementets "Digitaliseringsstrategi for universitets- og høyskolesektoren 2017-2021" står det "digitalisering gjør det mulig å utføre forskning mer effektivt og skaper nye muligheter til metodeutvikling, samarbeid, og utvikling innenfor eksisterende og nye fagfelt" (Kunnskapsdepartementet, 2017, s. 9). Videre står det at

digitalisering ikke er et mål i seg selv, men det kan være et bidrag for å nå målene blant annet for forskning på en mer effektiv måte. Gissum og Drageset (2020) konkluderer i sin artikkel at fokusgruppeintervju som videokonferanse kan være like bra til å gjennomføre et kvalitativt forskningsintervju som å være fysisk til stede. Vi valgte å kun ta lydopptak av intervjuene, dette gjorde vi fordi vi primært er ute etter samtaledata. Det var ikke den nonverbale kommunikasjonen informantene imellom som var fokuset vårt. Dette er i tråd med det Malterud (2017, s. 73-74) skriver om valg av datainnsamlingsmetode - det er prosjektets problemstilling som bestemmer hvilke typer data opptaket bør omfatte.

5.3.1. Intervjuguide

Vi utarbeidet en semistrukturert intervjuguide (Vedlegg nr. 1) med tema vi ønsket skulle bli diskutert blant informantene. Temaene var åpne, og det var viktig for oss at operasjonssykepleierne selv skulle komme med momenter de syntes var viktig. På denne måten ledet vi diskusjonene eller samtalene som oppsto og kunne da få tilgang til informasjon som kunne belyse vårt forskningsspørsmål (Polit & Beck, 2017, s. 511). Vi startet med generelle spørsmål om operasjonssykepleiernes arbeidserfaring. Deretter ønsket vi å stille spørsmål knyttet opp til forskjellige aspekt ved dekking av instrumentbordene generelt for så å snevres mer inn mot den enkeltes tanker og opplevelser rundt konkrete emner. Under første tema valgte vi å undersøke hvilke vurderinger som lå bak en oppdekking. Disse vurderinger ville kunne fortelle om det var kirurgens behov, ivaretagelse av operasjonssykepleiers egne behov for kontroll og struktur i oppdekkingen, eller den enkelte operasjonssykepleiers valgte arbeidsstilling/ergonomi som var avgjørende. Andre tema handlet om hvorfor det er viktig å finne den beste måten å dekke opp. Dette mente vi var viktig å vite noe om da det forteller noe om beslutningsgrunnlaget operasjonssykepleierne baserer valgene sine på når de dekker opp. Tredje gikk ut på hvorfor det er viktig å finne en optimal oppdekking. Vi mente det var interessant fordi det kunne fortelle oss noe om hvilke fokus operasjonssykepleiere har i forkant av operasjoner, for eksempel behov for kontroll, effektivitet og pasientsikkerhet. Fjerde tema omhandlet hvor og hvordan de har lært å legge opp som de gjør. Dette mente vi var viktig å spørre om da studien vår ønsker å belyse kunnskapsgrunnlaget for oppdekkingen. Femte tema tok for seg opplevelsen av å overta

noen andres assistanse- og instrumentbord. Vi mente dette temaet var relevant fordi det kunne bidra til å belyse noen aspekter ved det vi vet fra tidligere forskning, at mange gjør det ulikt og at det i liten grad er standardiserte prosedyrer for oppdekking i Norge i dag. Vi ønsket at deltakerne sammen skulle reflektere over egen praksis og valgene de tar i hverdagen.

Under hvert tema hadde vi laget stikkord vi kunne supplere med hvis det var behov. Intervjuene ble gjennomført som planlagt. Ingen hadde tekniske problemer og lydopptakene var så gode at det var enkelt å høre hva hver deltaker sa da vi transkriberte. Deltakerne snakket uanstrengt og alle deltok under hvert av tema. De snakket ivrig om sine arbeidsoppgaver og delte tanker om hva de opplevde i sin arbeidshverdag. Der de ikke hadde felles opplevelser var de åpne om det. På den måten opplevdes meningsutvekslingene de imellom som respektfull.

5.3.2 Slik gikk vi frem

Vi kontaktet først personvernombudet ved Høgskulen på Vestlandet (HVL) for å forhøre oss om det var tillatt og hvilken plattform vi kunne benytte ved digitale intervjuer.

Tilbakemeldingen vi fikk var at Zoom ble godkjent, men det var viktig at det ikke ble diskutert helseopplysninger som kunne knyttes til enkeltpersoner. Vi fikk tillatelse til å ta lydopptak ved bruk av egen lydopptaker, disse lånte vi ved HVL. I tillegg måtte vi sørge for at det ble brukt ende-til-ende-kryptering, noe vi gjorde. Bruk av Zoom og digitale intervjuer ble også godkjent av NSD.

Vi utarbeidet en brukermanual til Zoom og rådførte oss underveis med IT-avdelingen ved HVL. Denne kalte vi "Brukermanual til Zoom" (Vedlegg nr. 3). Brukermanualen sendte vi ut i forkant av intervjuene slik at deltakerne fikk mulighet til å installere programvaren og gjøre seg kjent med plattformen. I brukermanualen ble det informert om viktigheten av å ikke

diskutere helseopplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner. Vi ba også deltakerne benytte hodetelefoner og sette seg et sted uten for mye støy slik at ikke omgivelsene skulle høre hva som ble diskutert i intervjuet, og på den måte ivareta personvernet til deltakerne og samtidig gjøre det lettere for oss som skulle transkribere intervjuene i etterkant. En av oss var moderator, co-moderator lyttet og tok notater underveis. Intervjuene ble startet med en introduksjon av oss selv, og en kort gjennomgang av informasjonen deltakerne allerede hadde fått tilsendt.

5.3.3 Pilotintervju

Vi valgte å gjøre et pilot-fokusgruppeintervju før vi gjennomførte intervjuene til selve studien. Dette ga oss mulighet for å prøve ut intervjuguiden, øvelsene og eventuelt begå feil og vi fikk sett på hva som eventuelt virket og ikke virket (Halkier, 2010, s. 56). Vi rekrutterte frivillige deltakere fra kullet vårt på studiet. De fikk tilsendt informasjon om studien, samt brukermanualen for Zoom i forkant. Vi tok ikke lydopptak av dette intervjuet og resultatene inngår ikke i datamaterialet vårt. Dette var en nyttig erfaring å ta med seg inn i de faktiske fokusgruppeintervjuene for denne studien. Vi endret noe på intervjuguiden i etterkant av pilotintervjuet, blant annet ordlyden i noen av kulepunktene for intervjueren, fordi vi så at de kunne være tydeligere. Vi la også til tema 5 som omhandlet opplevelsen av å overta noen andres assistanse- og instrumentbord.

5.3.4 Transkribering

Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Vi gjorde lydopptak av intervjuene. En del av den forskningsprosessen vår innebar å omforme erfaringer og hendelser vi samlet i intervjuene til tekst og mening slik at vi fikk organisert og gjort dataene våre tilgjengelig for analyse (Malterud, 2017, s. 77). Intervjuene måtte altså transkribes fra muntlig til skriftlig form. Når materialet struktureres slik egner det seg bedre for analyse (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206). Vi har vært bevisste på at en slik omforming fra tale til tekst, der vi som forskere transkriberer, skal

så lojalt som mulig ivareta det opprinnelige materialet (Malterud, 2017, s. 77). Vi anså det som en fordel at vi selv gjennomførte transkripsjonene. Malterud (2017, s. 80) skriver at denne tilnærmingen til dataene ville gi oss anledning til å bli enda bedre kjent med materialet og muligheten til å se det fra nye sider. Vi fikk også større muligheter til refleksjon og ettertanke over hva som faktisk ble sagt under intervjuene. Vi transkriberte fokusgruppeintervjuene samme dag som intervjuene ble gjennomført. Dette gjorde vi fordi vi ville ha de ulike nyansene friskt i minnet. Det var også lettere å kjenne igjen hver enkelt stemme og husket samhandlingen og konteksten, informasjon som ikke kan formidles gjennom å høre på lydbånd. Når transkriberingen var gjennomført hørte vi på intervjuene en siste gang for å sikre samsvar mellom tekst og diskusjonenes innhold. Intervjuene ble transkribert ordrett.

5.4 Analyse

Ifølge Malterud (2017, s. 83-84) brukes analyse for å kunne beskrive blant annet fellestrekk eller egenskaper, begreper som gir konkrete betegnelser og teoretiske modeller som gir mulighet for innsikt i sammenhenger. I analysen skal vi stille spørsmål til det empiriske materialet som foreligger, lese og systematisere data sett i lys av relevant teori for deretter å gjenfortelle svarene det gir oss på en relevant og forståelig måte.

Vi valgte Malterud (2011) sin systematiske tekstkondensering (STC) som metode for intervjuanalyse. Vi undersøkte operasjonssykepleieres meninger og erfaringer rundt et bestemt tema, og STC gir en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte. Metoden blir beskrevet som egnet for nybegynnere, som vi anser oss selv som på dette feltet (Malterud, 2011, s.97). Denne er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode, men kan likevel ikke beskrives som fenomenologisk. Vi var imidlertid ute etter å beskrive de mest relevante sidene av fenomenet vi studerer ved å utforske operasjonssykepleiernes subjektive perspektiv og dette er et fellestrekk mellom STC og fenomenologi (Malterud, 2017, s. 115-116). Malterud (2011) presenterer analysen slik; den består av fire trinn - først å skaffe seg

et helhetsinntrykk, deretter å identifisere meningsdannende enheter, for så å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene, og til slutt å sammenfatte betydningen av dette. Det spesielle med denne analysemetoden, er at den innledningsvis retter fokus mot få temaer og kodegrupper. Også fremgangsmåten for abstrahering fra kodet data er også spesielt for STC (Malterud, 2017, s. 98).

5.4.1 Helhetsinntrykk

Første trinn gikk ut på å skaffe seg oversikt og bli kjent med datamaterialet. I vår studie gikk det ut på å lese gjennom transkripsjonen av fokusgruppeintervjuene. I denne fasen påpeker Malterud (2017, s. 99) at det er helheten som er viktig. Vi leste gjennom transkripsjonene flere ganger og forsøkte la være å systematisere. Vår forforståelse måtte legges til side for ikke å påvirke oss for mye. Når vi så hadde skaffet oss en oversikt, var det på tide å oppsummere. Var det det enkelte tema som utpekte seg? Det vi fant var at ord som: system, standardisering, pasientsikkerhet, sikkerhet, være forberedt, erfaring, faglig skjønn og lære av andre var gjentakende brukt i samtalen.

5.4.2 Meningsbærende enheter

Neste del i analyseprosessen var å organisere materialet eller de delene vi ville se nærmere på. Ifølge Malterud (2017, s. 101) kan det være en idé å forsøke å samles om tre til fem foreløpige temaer. Disse temaene danner så grunnlag for kodegrupper. Vi laget en tabell med overskriftene: "Meningsbærende enhet", "Koder", "Subgrupper", "Kondensat" og "Kategorier" over hver sine kolonner og jobbet med analysen i dette dokumentet. Under "Meningsbærende enheter" la vi den teksten som vi så relevant for vårt forsknings spørsmål og uthevet de delene av setningene vi så på som meningsbærende. Med tanke på de foreløpige temaene vi hadde med oss inn i denne delen av analysen fra første trinn, ble innholdet i denne kolonnen gjennomgått og revidert underveis etter hvert som vi ble bedre kjent med materialet vårt. Det ble også kodene. Vi så at noen av kodene handlet om samme fenomen, for eksempel snakket deltakerne våre ofte om system og standardisering og det å

være forberedt om hverandre. Faglig skjønn var noe vi mente flere av de meningsbærende enhetene ga uttrykk for, samtidig som deltakerne snakket om for eksempel system. Vi slo derfor sammen noen av kodene til én kode. Vi kom frem til tre hovedtema som gikk igjen i fokusgruppene. Dette var system, erfaring og sikkerhet.

5.4.3 Kondensering

I denne delen av analysen skriver Malterud (2017, s. 105) at man skal hente ut mening på en systematisk måte ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen. De meningsbærende enhetene under hver kode ble sammenfattet til et kunstig sitat, et kondensat. Vi forsøkte å bruke samme uttrykk som informantene, og ved å holde oss tekstnære, gjengir kondensatet summen av hva informantene har sagt og fortalt oss i intervjuene. På denne måten gjenforteller og sammenfatter kondensatet det som sies under de ulike kodene (Malterud, 2017, s. 107). For eksempel: "Jeg lærte gjennom å utføre arbeidet og ved å se hva andre gjorde i praksisnære situasjoner."

5.4.4 Sammenfatning

Dette steget i prosessen skal utgjøre en analytisk tekst ut ifra tekstkondensatene for hver kodegruppe og subgruppe gjennom rekontekstualisering. Denne teksten skal representere resultatene i forskningsprosjektet, og formidle essensen av flere historier som er sammenfattet (Malterud, 2011, s. 108). Transkripsjonene ble på dette stadiet gjennomgått på nytt, dette for å sikre at funnene og sitatene stod i samsvar med den opprinnelige konteksten og sammenhengen dataene var hentet ut fra.

5.5 Metodevurdering

Vi ønsker å frembringe kunnskap som vi tror i stor grad er "taus" og som det ikke nødvendigvis reflekteres konkret om i praksisfeltet. Et fokusgruppeintervju er en arena hvor

operasjonssykepleierne får mulighet til å gi uttrykk for betydningsdannelse som ellers tas for gitt (Halkier, 2010, s. 10). Derfor mener vi fokusgruppeintervju er et velegnet design for å undersøke problemstillingen vår. Videre anser vi det som en fordel at vi med fokusgruppeintervju kunne få tilgang til flere synspunkter rundt problemstillingen på relativt kort tid (Polit & Beck, 2017, s. 511). Det ga oss anledning til å utforske forskningsspørsmålet vårt ved å dra veksler på den erfaring og kunnskap utvalget vårt besitter, som kom til syne gjennom diskusjonene og samtalene som oppsto mellom informantene underveis i intervjuene. Vi opplevde intervjuene som svært interessante og meningsfulle, spesielt fra vårt perspektiv som relativt uerfarne operasjonssykepleiere. Å lytte til de erfarne operasjonssykepleierne snakke og fortelle, dele av sine erfaringer og kunnskap var en lærerik og god opplevelse for oss. Vi tolker det som positivt at det sjelden eller aldri var lange pauser og alle delte tilsynelatende fritt sine syn på temaene. Slik vi erfarte det var tonen mellom deltakerne uformell og vennlig, det kan bunne i at de kjente hverandre fra før. Det fremsto ikke som om noen var mer dominerende enn andre, men det kan tenkes at gruppedynamikken kunne vært annerledes hvis de ikke kjente hverandre og alle hadde likt erfaringsgrunnlag. Alle virket imidlertid oppriktig interessert i det vi ønsket å belyse i studien vår. Vi mener derfor vi har belegg for å si at intervjuene var vellykkede.

Det optimale hadde vært å ha fysisk oppmøte til fokusgruppeintervjuene slik det har vært tradisjon for å gjennomføre denne type intervju. Tilbakemeldingen fra sykehusene vi rekrutterte fra da vi søkte om tillatelse for å gjennomføre fokusgruppeintervju, var at det ville være vanskelig å gjennomføre i arbeidstiden på grunn av driften på nåværende tidspunkt. Vi fikk også beskjed om at det var få lokaler som var egnet for dette i sykehusene. Norske sykehus har også innført streng adgangskontroll for å ivareta smittevernet grunnet koronapandemien. Siden vi i det daglige jobber ved to ulike sykehus var dette også et aspekt å ta hensyn til. Hvis vi hadde bestemt oss for fysisk oppmøte måtte det ha vært med munnbind, og kanskje bare med en av oss til stede. Med bruk av munnbind vil vi ikke se hele ansiktet og kanskje noe mimikk vil forsvinne bak munnbindet. Vi mente det var viktig at begge deltok og at samme person var moderator og co-moderator for begge intervjuene for å unngå unødvendige ulikheter.

Det kan tenkes at det var lavere terskel for noen å takke ja til å delta i prosjektet når man som deltaker hadde mulighet til å delta fra sitt eget hjem og ikke måtte sette av tid til å komme inn ekstra på arbeidsplassen eller et annet egnet sted. Vi fikk positive tilbakemeldinger fra deltakerne angående den digitale løsningen. En som deltok fortalte i etterkant at hun ikke hadde deltatt hvis hun ikke kunne gjort det hjemmefra. Samtidig kan det tenkes at det har vært andre som ikke har ønsket å delta hvis de ikke har vært komfortabel med digital løsning av ulike grunner. Da kan vi ha gått glipp av verdifulle stemmer i studien vår. Selv om smittepresset har variert under pandemien har vi imidlertid ikke sett noen annen løsning for å få gjennomført intervjuene slik situasjonen har vært det siste året.

Forforståelsen vår og at vi har ganske likt erfaringsgrunnlag som operasjonssykepleiere kan ha spilt inn på hvordan vi har tolket dataene våre. Som nyutdannede operasjonssykepleiere, er vi som også Alsvåg (2007, s. 209-210) påpeker kanskje mer trukket mot standardiserte løsninger, fordi vi mangler erfaringsgrunnlaget for å handle kreativt i situasjoner som er sammensatte og avviker fra standardene. Det kan være at mer erfarne operasjonssykepleiere hadde tolket dataene på en annen måte, og sett ting vi har oversett eller ansett som mindre viktige.

5.5.1 Reliabilitet og validitet

Vitenskapelig arbeid skal være troverdig. Er konklusjonen gyldig, er hele forskningsprosessen systematisk, grundig, pålitelig, etisk utført og redegjort for? To sentrale begreper er validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet). Vi skiller mellom intern og ekstern validitet. Den interne validiteten ser på om det som skulle vært undersøkt er gjort og om konklusjonene virker gyldig. Det er også vanlig at funn blir validert opp mot teori. Den eksterne validiteten ser på om funnene kan overføres til andre mennesker i samme situasjon. Hensikten er ikke å generalisere, men å utvide forståelsen og løfte data fra et mindre utvalg til et mer teoretisk nivå (Ellingsen & Drageset, 2008, s. 32).

Vi gjennomførte to fokusgrupper med totalt 8 deltakere. Vi gjorde imidlertid et strategisk utvalg og mener informasjonsstyrken deltakerne våre hadde, gir grunn for å tro at resultatene kan overføres til mer generell kunnskap om fenomenet vi undersøkte. Ifølge Malterud (2011) er validere å stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet. Vi har spurt oss om metoden vi valgte å bruke utgjør en logisk vei til kunnskap som belyser problemstillingen vår, noe vi mener den gjør. Underveis i analyseprosessen har vi måtte utvide teoridelen, blant annet på grunn av ny tilgjengelig forskning som ble utgitt mens vi arbeidet med studien og også for å ha teori som kan diskuteres opp mot funnene våre. De som meldte seg til å delta i fokusgruppeintervjuet vårt har nok en interesse eller er sannsynligvis engasjert i tema og er nødvendigvis ikke representativ for hele gruppen operasjonssykepleiere. Vi kan ikke si at våre funn er gjeldende for alle operasjonssykepleiere, men det gir et innblikk i refleksjonene til de operasjonssykepleierne vi har intervjuet. Nye diskusjoner har oppstått som kan bidra til nye spørsmål som trenger videre forskning.

Reliabiliteten blir synliggjort ved åpenhet og redegjørelse av alle trinnene i forskningsprosessen, dette mener vi at vi gjør. Sentralt står spørsmålet om det er noen trekk ved undersøkelsen som har vært med på å påvirke resultatet i oppgaven. Vår rolle som forsker er også sentral for studiens reliabilitet, det kan være unøyaktig registrering av data, unøyaktig analyse av data og manglende redegjørelse for forskers perspektiv og forforståelse (Ellingsen & Drageset, 2008, s. 33). Vår begrensede erfaring fra forskningsfeltet kan ha vært en svakhet med tanke på det å lede og gjennomføre intervjuene. Mer erfarne forskere som er vant til å gjennomføre denne type intervju kunne kanskje klart å få mer ut av intervjuene enn det vi gjorde. Vi valgte imidlertid å gjennomføre pilotintervjuet som var en nyttig øvelse for oss, dette anser vi som en styrke for studien. Vi anser det også som en styrke for studien at vi har vært to som har samarbeidet om å gjennomføre den. Med tanke på analysen kan det at vi har vært to ha vært en fordel da det kan ha vært med på å gi flere nyanser og mulighet for å oppdage flere detaljer i analysen (Malterud, 2017, s. 100). På en annen side har vi svært lik forforståelse. Vi har begge lang erfaring fra helsevesenet, men svært kort arbeidserfaring som operasjonssykepleiere, i lys av det kan vi ha like tolkninger.

5.6 Etiske vurderinger

All medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som skal fremme respekt for alle mennesker og beskytte deres helse og rettigheter (Malterud, 2011, s. 211). Den 20.06.2008, ble "Lov om medisinsk og helsefaglig forskning" (Helseforskningsloven) vedtatt, den bygger på Helsinkideklarasjonen. Loven har som utgangspunkt at menneskerettigheter og menneskeverd skal være grunnleggende prinsipper innen medisinsk og helsefaglig forskning. Helseforskningsloven (2008, §1) viser til at forskning skal fremmes på en etisk god måte. Helsinkideklarasjonen er viktig innenfor all medisinsk og helsefaglig forskning. Den bygger på Nûrnbergkodeksen fra 1964 hvor en tok et oppgjør med den uetiske forskningen som ble ført under andre verdenskrig. Helsinkideklarasjonen er anbefalte retningslinjer for forskning som omfatter mennesker (Brinchmann, 2016, s. 242). Malterud (2017, s. 216) påpeker at Helsinkideklarasjonen omfatter pasienter, men gir ikke samme beskyttelse for helsepersonell når disse deltar som forskningsobjekter. Her kreves det at vi utøver godt skjønn slik at de som betror oss kunnskap og betraktninger fra sin arbeidshverdag kan være trygge på at vi utøver ansvarlig forskningsetikk. Vi har gjennomført en kvalitativ studie med fokusgruppeintervjuer med operasjonssykepleiere som informanter, altså er dette noe vi har måtte være bevisst gjennom hele prosessen. For å få i gang gode samtaler i intervjuene har vi hatt fokus på å skape trygge rammer rundt intervjuene ved å fremheve viktigheten av gjensidig tillit og respekt. Både mellom oss forskere og informantene, og også informantene imellom.

5.6.1 Informert samtykke og oppbevaring av data

For at et samtykke skal være gyldig, kreves det at det er gitt frivillig og skriftlig. Videre kreves det at deltakeren skal være godt informert om hva det innebærer å delta, hvilket formål forskningsprosjektet går ut på og hvor lenge vi vil behandle deres personopplysninger. Det skal også være like lett å trekke tilbake samtykke som det var å gi det (NSD, 2020). Alle informantene har underskrevet samtykkeerklæring (Vedlegg nr. 2). Når man skal drive forskning ved operasjonsavdelinger i sykehus, må man innhente tillatelse fra ledelsen for å kunne gjennomføre dette (NSD, 2020). Dette gjorde vi i forkant av rekrutteringsprosessen.

Vi har søkt og fått godkjenning for prosjektet hos Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (Vedlegg nr. 4). Vi måtte søke godkjenning fra NSD fordi vi tok lydopptak av intervjuene. Lydopptak av en persons stemme regnes som registrering av en personopplysning (NSD, 2020). Vi anså det som viktig og riktig å ta lydopptak av intervjuene for på best mulig måte kunne få med oss alt som ble sagt. Dette anbefaler også Polit og Beck (2017, s. 508). Ifølge Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) var dette prosjektet utenfor deres mandat, og det var derfor tilstrekkelig med godkjenning fra NSD (Vedlegg nr. 5).

Samtykkeskjema og kontaktopplysningene til informantene ble lagret på et sted kun tilgjengelig for forskerne adskilt fra øvrig data. Navnene ble erstattet med en kode i transkripsjonene, for å sikre anonymiteten til informantene. Lydopptakene ble slettet fra opptaksenheten innen ett døgn etter intervjuet.

6.0 Presentasjon av funn

Her vil vi presentere funn med bakgrunn i to gjennomførte fokusgruppeintervju. Funnene som presenteres under er et prioritert utvalg av det vi anser som mest relevant for å belyse vårt forskningsspørsmål. Operasjonssykepleierne bruker kunnskap basert på opplæring i studiet, kollegaveiledning, egen utprøving av løsninger for hva som skal til for å få flyt i operasjonen, hva som gir handlingsberedskap, kontroll og orden. Operasjonssykepleierne kan ved å lese bordet sitt, se gangen i inngrepet. Standardiserte rister og prosedyrer for oppdekking betraktes som en fordel i noen situasjoner. Sist, men ikke minst bruker de den kunnskap de har om pasienters behov for omsorg og sikkerhet.

6.1 Kunnskaper som ligger til grunn for hvordan et operasjonsbord dekkes

Felles for informantene i begge fokusgruppene var at bakgrunnen for mange av de avgjørelsene som blir tatt i forbindelse med oppdekking gjøres med tanke på hvilken type inngrep som skal gjennomføres og hvilken kirurg som skal utføre inngrepet. Informantene trekker fram at for å gjennomføre dette kreves det kunnskap om det spesifikke inngrepet og kjennskap til de ulike kirurgenes ønsker og behov, samt instrumentenes egenskaper. Oppdekkingen må altså være formålstjenlig for inngrepets art, kirurgens preferanser, og hva som gir sikker og automatisert instrumentering. En informant med relativ lang erfaring beskrev det slik:

«Ja, de hensyn jeg tar er først og fremst hvilket inngrep det skal være, hva jeg trenger, det jeg vet kirurgen vil ha» (inf. 6)

Informantene fortalte videre at de leser bordet sitt, hvordan instrumentene er lagt opp kan gi en oppskrift på stegene i operasjonen. Det ble trukket frem at det nesten kan være enklere å forstå fremgangsmåten i operasjonen ved å lese bordet sitt enn å kun lese prosedyren for en gitt operasjon i forkant. Ved å lese bordet kan operasjonssykepleieren være effektiv til tross for at inngrepet kanskje er ukjent. Dette gjelder både for uerfarne og erfarne. En informant ordla seg slik:

«du kan lese det og forberede deg litt på en annen måte hvis du kan se det at, ikke bare stegene i en operasjon, hva du trenger, [...] og da kan du jo forberede deg og på en litt annen måte enn hvis du bare får en brosjyre om en operasjon, hva de skal gjøre». (inf. 7)

Videre beskrev en annen informant hvordan bordet kan deles opp og inn i ulike soner alt ettersom når instrumentene skal brukes.

«I fremste rekke legger du jo det du trenger til åpning, så ligger kanskje de hakene som kommer i neste steg kanskje rett bak i andre rekke. Du deler bordet ditt etter, etter hvor tid ting skal brukes». (inf. 3)

6.2 Betydning av erfaring

Det var spesielt ett tema som utpekte seg i begge fokusgruppene. Temaet var erfaring. De kom alltid tilbake til betydningen av erfaring, uansett hvilke tema i intervjuguiden de diskuterte. De beskriver at den erfaringen du har med deg, er med å hjelpe deg i måten du som operasjonssykepleier dekker opp bordene dine på. Ved å selv erfare, etter å ha gjort ting gjentatte ganger, prøvet og feilet, tilegner de seg kunnskaper som gjør at bordene dekkes opp slik det oppleves hensiktsmessig. En informant ordla seg slik:

“Men jeg tenker det at, det man tar opp, det blir lettere å se når man har litt erfaring, altså i begynnelsen, jeg var veldig usikker på hvor mye jeg skulle ta opp” (inf. 8)

En annen sa det slik:

“Jeg tenker jo at det handler jo litt om å lære av hverandre. [...] at jeg tar etter andre som jeg synes gjør ting på en trygg og god måte. Og så handler det jo og om erfaring. Når du har gjort ting flere ganger [...] da ser du om måten du legger opp på er hensiktsmessig eller ikke og så endrer du.” (inf. 2)

En informant trakk frem at som ny var hun veldig fokusert og konsentrert. Hun turte nesten ikke snu seg vekk fra feltet i fare for å gå glipp av noe. Videre blir det påpekt at dette blir lettere jo mer erfaring en har. Når en kan gangen i inngrepene og kjenner kirurgene; blir ting lettere og en kan senke skuldrene litt fordi man blir mer fleksibel. Informanten formulerte seg slik:

“Du turte jo ikke vike blikket omtrent fordi du følte jo at du måtte følge med, du kunne ikke gå noen steder, du kunne i hvert fall ikke snu deg, men at du mer nå ser hva du trenger og, tenker jeg” (inf. 7)

Operasjonssykepleierne har instrumentlære gjennom utdanningen, men funnene i studien tyder på at spesielt erfaringer fra praksis vektlegges som avgjørende for hvorfor og hvordan de legger opp instrumentene som de gjør. Informantene våre hadde til sammen mye erfaring, fra 2-31 år. De var alle enig i at veldig mye kommer av seg selv gjennom erfaring. Som nyutdannet legger en gjerne opp flere instrumenter enn det er behov for. Vi så at dem som hadde lengst erfaring som operasjonssykepleiere vektla kunnskap om oppdekking fra undervisning på skolen, mens de med kortest erfaring i liten grad ga uttrykk for at det var fra skoleundervisning de hadde kunnskap om oppdekking. Alle med over 10 års erfaring nevnte skolen som viktig for kunnskapsgrunnlaget for oppdekkingen. Flere med kortere erfaring sa de ikke kunne huske å ha hatt mye undervisning om det på skolen, og vektla praksis under utdanning og praktisk arbeidserfaring. Få benyttet seg av forskning om emnet, det ble nevnt at dette var vanskelig å finne. Flere sa imidlertid at de benyttet seg av faglitteratur, altså pensumbøker fra studiet. De uttrykket alle sammen at de vektla erfaring fra praksis og jobb som mest relevant for hvordan de har lært å legge opp instrumentene sine. De sa at de ser på hva kollegaer gjør, og plukker med seg det som oppleves som hensiktsmessig. Bakgrunnen for hvorfor deltakerne gjør som de gjør baserte alle på den erfaringen de har tilegnet seg gjennom praktisk yrkesutøvelse.

“jeg vet at jeg legger opp for eksempel til en hofteprotese akkurat sånn som hun gjorde som jeg lærte det av.” (inf. 6)

De fortalte at ved å se på andre tilegner de seg sin egen måte å løse de ulike oppgavene på. Det er likevel ikke gitt at de med mest erfaring dekker opp bordene sine på den mest hensiktsmessige måten. Selv de mest erfarne deltakerne i studien påpekte at man fortsatt må være åpen for å lære av andre, og man gjerne kan lære seg smartere måter å gjøre ting på selv om man har vært lenge i jobben. Stien blir med andre ord til mens man går den.

“Det ser du jo egentlig hele tiden, at du ser at, oj det var veldig smart, eller det der syntes jeg virket veldig tungvint. Du lærer jo egentlig hele tiden. Det du lærte på skolen er jo kanskje hvert fall noe du aldri glemmer. Og ellers så håper jeg jo du fortsatt kan lære selv om du har jobbet noen år og, at du kan ta til deg. Det er gjerne smartere måter å gjøre det på enn det du gjør.” (inf. 7)

Informantene ga uttrykk for at de utvikler praktisk kunnskap gjennom å utføre arbeidet selv og ved å se hva kollegaer gjør i praksisnære situasjoner. De får kunnskap om inngrepene og kan være forberedt hvis noe uforutsett skulle oppstå. De ser mulighetene i situasjonen og kan da avvike fra standarder hvis de har sett at noe fungerer bedre i noen situasjoner enn noe annet. En informant ordla seg slik:

“Men det blir jo litt sånn, jo lenger du har jobbet, jo mer tør du jo endre på og, for da vet du av erfaring, da vet du at det fungerer. Du tør å gå litt utenom standarden”. (inf.4)

Det ble ikke snakket så mye direkte om det faglige skjønnet, det ble ikke nevnt med ord. Det ble snakket og diskutert mye rundt ulike situasjoner og episoder der det faglige skjønnet kom fram. En informant sa det slik:

“Altså, det er veldig mye vi gjør som vi ikke tenker så mye om, men vi gjør det for en grunn, det er den tause kunnskapen” (inf. 4)

6.3 Sikkerhet og pasientsikkerhet

Informantene løftet frem pasientsikkerhet i begge fokusgruppene som en av de viktigste faktorene for valgene man tar når man dekker opp instrumentbordene. I løpet av en arbeidsdag og gjennom alle oppgavene de gjennomførte er det pasientsikkerheten som ligger i bunn. En informant oppsummerte det slik:

“Det er jo pasientsikkerhet til syvende og sist alt vi gjør. Det bør jo gå foran effektivitet tenker jeg. Men vi må jo gjøre jobben lettest mulig for deg selv og. Det kan jo bunne i pasientsikkerhet det og.” (inf. 7)

Det kom frem at hvis bordene er dekket opp på en formålstjenlig måte slik at det blir flyt i arbeidet, påvirker dette operasjonen i positiv forstand. Dette skaper bedre arbeidsforhold for kirurgen og operasjonssykepleieren. Pasientsikkerheten ivaretas når operasjonssykepleieren kan utføre effektiv og sikker assistanse fordi vedkommende har orden og oversikt over instrumentene sine. En informant beskriver det slik:

“det er jo en del av pasientsikkerheten på en måte, at det skal gå så fort som mulig”. (inf.8)

Videre kom det fram viktigheten av å ha et bevisst forhold til stikkende og skjærende instrumenter. At knivene har sine faste plasser, at hudkniven blir lagt bort på instrumentbordet etter bruk. At det alltid er en bevisst holdning til hvor skarpe instrumenter ligger. En informant som hadde vært med å assistere under en operasjon hvor to ulike inngrep skulle gå parallelt på samme pasient, ga uttrykk for hvor nødvendig det er å ha oversikt, kontroll og system på instrumentene på bordene sine. Deltakeren hadde laget til to assistansebord, men kunne bare assistere den ene kirurgen. Den andre kirurgen måtte klare seg selv.

“Og jeg må bare si at han fant ingenting igjen, det var så rotete, og da skjønte jeg at gud hvor viktig det er at vi har orden på det assistansebord” (inf. 8). Til slutt måtte kirurgen ha hjelp, han klarte ikke å finne igjen kniven i alt rotet. Informanten avrunder med:

“da følte jeg at vi, vi gjør en viktig jobb med å ha system på bordet vårt” (inf. 8)

Informantene vektla det å få oversikt over instrumentene. Spesielt ble det trukket frem problemer rundt avløsning når det mangler avdelingsstandarder på oppdekking. Mange har sine egne systemer og det tar lengre tid å få oversikt over instrumentene hvis systemet avviker mye fra det systemet man selv benytter. En informant beskrev det slik:

“men det er klart at det er mye lettere å overta hvis alle kunne gjort det samme, synes jeg da” (inf. 7)

Noen velger også å bruke tid på å legge om systemet for å gjøre det til sitt eget. Slik får de oversikt og kontroll og slipper å tenke over hvor de ulike instrumentene ligger. Her diskuterte informantene godt rundt det å endre på systemet som allerede var lagt, om det var hensiktsmessig med tanke på pasientsikkerheten. Det ble påpekt at det å omrokere på instrumentene var tidkrevende og gjorde at operasjonssykepleieren laget seg unødvendig ekstraarbeid. Likevel ble de enig om at det å ha et kjent system å forholde seg til er så viktig for å få oversikt at man likevel velger å bruke tid på omorganisering av instrumentene. Ved å få kontroll over instrumentene kan arbeidet gjøres effektivt og flyten i instrumenteringen blir bedre og sikrere, og man beholder handlingsberedskapen. En informant sa:

“Alle operasjonssykepleiere skal jo være litt foran kirurgen egentlig, og det er jo litt dumt hvis de kommer bakpå fordi at de skal overta noe som er helt annerledes i ditt hode.” (inf. 6)

Flere nevnte at de forholdt seg til å ta opp partall av instrumentene. Dette gjør de for å beholde oversikt, kontroll og ivareta sikkerheten for seg selv og pasienten. De tar opp to og to eller fire og fire av for eksempel peangene, også i situasjoner hvor de vet at det ikke er behov for mer enn én. Dette ble også trukket frem som viktig i situasjoner hvor man i utgangspunktet mangler oversikt, for eksempel hvis man må ta over et stort inngrep eller i

akutte situasjoner hvor det må gå fort og man ikke har tid til å telle ristene. Hvis man da vet at man alltid tar opp to og to eller fire og fire, beholder man en form for kontroll og handlingsberedskap også med tanke på det uforutsette. Dette ble beskrevet slik av en informant:

“vi hadde en standardisering sånn at det skulle være lett når du kom for å ta over og som 3 sa, to og to, eller 4 og 4. Selv om man egentlig ikke hadde bruk for 4 og 4, men det var for sikkerheten.” (inf. 4)

6.4 Systematisk oppdekking og standardisering

I begge fokusgruppeintervjuene var alle informantene innom begrepene standardisering og system. Samtlige ga uttrykk for at det er svært viktig å ha orden og system på bordene sine. Systemene for oppdekkingen har de utviklet selv der det ikke foreligger avdelingsvis eller universelle standardiserte systemer. De jobber altså etter individuelle og personlige systemer. Operasjonssykepleierne la alltid opp bordene sine på den samme systematiske måten ut fra egne preferanser, på den måten som fungerte best for dem. Målet blir å dekke opp på en måte som er formålstjenlig, en måte som gir oversikt, orden, kontroll og sikrer god flyt i instrumenteringen. De gjorde vurderinger i forkant som blant annet handlet om teknikk, inngrepets art og kirurgens preferanser. De individuelle systemene har de utviklet underveis mens de har organisert og utført arbeidet. De har sett hva som fungerer for en selv og ved å se hva andre har gjort. Informantene beskriver nytten av å ha et fast system. Dette gir oversikt og kontroll uansett hvilke inngrep. En informant uttrykte det slik:

“Når du har gjort ting flere ganger, da ser du jo, så ser du, da ser du om måten du legger opp på er hensiktsmessig eller ikke og så endrer du” (inf. 2)

En annen sa det slik:

“blir det en blødning, er det noe som skjer, så er det mye lettere å ha kontroll på tingene hvis du har et system på det allerede fra starten av” (inf. 7)

Det var stor variasjon i avdelingsvis standardisering av oppdekking de ulike operasjonssykepleierne hadde på sine respektive avdelinger. Noen hadde avdelingsvis standardisert noen typer inngrep. De som representerte ortopediske seksjoner pekte imidlertid på utfordringer med avdelingsvis og universelle standardiserte oppdekkinger siden det til tider er mange rister og store mengder utstyr ved ortopediske inngrep. Det ble påpekt at ortopediske operasjoner ikke alltid følger en fastsatt plan. Det kan være behov for bytte av implantatsystem eller det må tilføres nye rister. Av denne grunn er det vanskelig å fullt ut lage avdelingsvis eller universelle standardiserte oppdekkinger av instrumenter for noen typer inngrep. De fleste trakk imidlertid frem at avdelingsvis eller universelt standardiserte prosedyrer for oppdekkingen kunne ha mange fordeler. For studenter og nyutdannede operasjonssykepleiere er det mye man skal lære og sette seg inn i. Informantene diskuterte seg imellom hvordan standardisering gjør det enklere for nye å komme inn i de ulike operasjonene. En informant sa det slik:

“hvis vi hadde vært litt mer bevisst på, at vi hadde gjort det mer likt så hadde vi spart de nye og studentene veldig mye ekstra energi [...] jeg tror de blir veldig trøtt av å hele tiden måtte omstille det, altså «sånn gjør jeg det»” (inf. 7)

Videre sa en informant:

“Jeg synes veldig mange sa sånn at, sånn gjør jeg det, men du må finne ditt opplegg. Men hva skal du gjøre når du ikke har noe opplegg” (inf. 7)

Noen av informantene var vant til at ristene ble levert med samme oppsett hver gang fra sterilsentralen deres. Andre jobbet steder der dette ikke var standard. De som var vant til standardisert oppsett i ristene forsøkte å ikke endre for mye på dette. På denne måten kan

hvem som helst kunne komme inn og overta. Dette var ikke mulig for dem som ikke var vant til standardiserte rister siden ristene sjelden ble levert med samme oppsett. Informantene ga uttrykk for at hvordan ristene ble levert til avdelingene hadde betydning for hvordan instrumentene ble dekket opp. Når ristene blir levert med ulikt oppsett eller system fra gang til gang, må de omorganisere risten. Informantene ga uttrykk for at de måtte organisere instrumentene på en måte som gjorde at de selv fikk oversikt. De informantene som ikke hadde standardiserte rister, ga uttrykk for at det kunne være en fordel å få levert ristene med samme oppsett hver gang. Dette ble beskrevet slik av informantene:

“Ofte så ser det jo veldig rotete ut når du åpner. Du får ikke oversikt med en gang du ser oppi den” (inf. 1)

“[...] stort sett er de jo lagt make, men ikke alltid og da, da er det jo enda vanskeligere å få et system. Da kan du ikke bare bruke det systemet som er. For det kan være veldig forskjellig.” (inf. 7)

7.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil vi diskutere våre funn opp mot teori og tidligere forskning. Diskusjonen bygges opp rundt hovedfunnene i studien. Vi har sett at det hentes kunnskap fra ulike kilder når man dekker opp instrumentbordene og at det tilstrebes å oppnå god flyt i operasjonen. Videre sørges det for handlingsberedskap samt å beholde kontroll og oversikt. Operasjonssykepleierne kan se gangen i inngrepet ved å lese bordet sitt. Teamets sikkerhet og pasientsikkerhet er også viktig. Standardiserte rister og prosedyrer for oppdekking betraktes noen ganger som en fordel.

7.1 Nødvendigheten av praktisk erfaring

Etter hvert som man opparbeider seg erfaring i praksisfeltet, kan man i større grad løsrive seg fra fastsatte prosedyrer og handle slik situasjonen krever. Dette kan den erfarne operasjonssykepleieren gjøre fordi vedkommende har erfaringer som kan knytte teori og praksis sammen i den gitte situasjon – ikke alltid etter «boken», men likevel til det beste for pasienten (Dåvøy, 2005, s. 3). Det Dåvøy beskriver ser vi også igjen i funnene våre. Ved å selv erfare, prøve og feile i praksisfeltet, tilegner operasjonssykepleierne seg kunnskaper som påvirker hvordan bordene dekkes opp. De vurderer hele tiden ulike løsninger for å finne den beste måten å dekke opp. Opplevs oppdekkingen som uhensiktsmessig, tungvint eller uoversiktlig, endres den. De lærer å finne muligheter, men også begrensninger i situasjonene. Det er opp til hver enkelt operasjonssykepleier å organisere bordene sine på en hensiktsmessig måte. Dette stiller høye krav til den enkelte. Og kanskje spesielt den nye og uerfarne. Funnene våre viser at det er vanskelig som ny å vite hvordan bordene skal dekkes uten å ha den totale oversikten over inngrepets art og kjenne til kirurgenes preferanser. Erfaringene man har vunnet gjennom praktisk utøvelse er med andre ord svært viktig og viser nødvendigheten av praktisk erfaring i operasjonssykepleieryrket. Slik vi ser det er man som nyutdannet da prisgitt de veilederne man har hatt gjennom den relativt korte tiden i praksis. Kombinasjonen av begrenset erfaring og fravær av standardisering kan gjøre det krevende å dekke bordene sine på en hensiktsmessig måte. Informantene i studien vår påpekte nettopp dette, de så fordeler med standardiserte oppdekkinger spesielt for dem som er nye i avdelingene eller er nyutdannede. Dette etterlyste også operasjonssykepleiestudentene i artikkelen til Hernæs (2020).

Funnene våre antyder at operasjonssykepleiere leser bordene sine, de ser stegene i operasjonene ut fra hvordan instrumentene er lagt opp. Slik vi ser det, handler dette om praktisk erfaring. I en mangefasettert virkelighet med mange ulike inngrep, operatører og instrumentpakker, mener vi praktisk erfaring noen ganger blir viktigere enn skolelærdom og teori. Dette lar seg vanskelig fange opp i forskning. Beskrivelsen om at operasjonssykepleiere leser bordet sitt, finner vi ikke beskrevet noen andre steder. Vi anser dette som et viktig funn i studien vår. Petrin Hege Eide (2006) skriver i sin hovedfagsoppgave, "Hva er det gode

håndlag i sykepleien?”, at det gode håndlaget utvikles i levende praktiske sammenhenger. Håndlaget er et sluttresultat av bestanddelene i arbeidsprosessen. Godt håndlag kan ikke læres på skolebenken, men bare ved å gjenta handlingene i levende sammenhenger der alt som spiller inn får spille inn. Dette mener vi er et viktig poeng. Operasjonssykepleierne som deltok i studien vår, ga uttrykk for at det var flere hensyn å ta når de la opp instrumentene. Både hvilket inngrep de skulle være med på, hvilken kirurg som skulle utføre det, hvilken fremgangsmåte de ulike kirurgene benytter seg av, hvilke preferanser kirurgene har til instrumentene, egenskaper ved pasienten, hvordan de selv skal klare å beholde oversikt og kontroll over instrumentene og også hva som gjør at de får jobbet effektivt og sikkert underveis var alle viktige elementer. Alt som spiller inn, får spille inn.

Hjelen og Sagbakken (2018) hevder at operasjonssykepleiere mangler kunnskap om konseptet “kunnskapsbasert praksis”. Men slik vi ser det betyr ikke dette at operasjonssykepleiere ikke jobber kunnskapsbasert. Funnene våre viser oss at erfaringsbasert kunnskap er viktig i operasjonssykepleiefaget. Praksis er levende, på ingen måte statisk, men heller problemløsende. Kunnskapsbasert praksis er jo ideelt sett en kombinasjon av både forskning, den enkelte utøvers evner og kunnskap, rammer og ressurser for fagutøvelsen samt pasientens situasjon (Lund et al., 2014, s. 20). Nordtvedt et al. (2012, s. 18) omtaler erfaringskunnskap eller praksiskunnskap som en hjørnestein i sykepleie. Dåvøy (2018, s. 161) skriver at man av systematisk erfaring får kunnskap som kan øke kvaliteten på den pleien som gis den enkelte pasienten. Videre hevder hun at slik erfaringsbasert kunnskap som har bestått utprøving i praksis er valid kunnskap, fordi den er erfart i levende situasjoner der ulike fremgangsmåter er blitt utprøvd og evaluert. Det kom imidlertid frem i studien vår at få deltakere leste forskning om oppdekking av instrumentbord. Det ble sagt at dette var vanskelig å finne. En av årsakene kan være at dette er et område som ligger utenfor det som i dag blir sett på som et vitenskapelig tema og det kan være utfordrende å forske på. Unni Igesund påpeker at en fordel ved standarder er at standarder gjør praksis lettere å forske på. Universell standardisering gjør det mulig å sammenligne og avdekke sammenhenger og konsekvenser (Hernæs, 2020). Mange baserer valgene sine for oppdekking på hva de har lært gjennom praktisk yrkesutøvelse, ved å se hva andre gjør og ved å se hva som fungerer best for en selv. Vi som operasjonssykepleiere må

være i stand til å søke etter, lære og vurdere ny kunnskap og ha evnen til å omstille oss ved behov. Ny kunnskap må vurderes opp mot dagens praksis og i lys av den erfaringen man besitter (Polit & Beck, 2017, s. 23). Dette påpeker også Dåvøy (2018), at man utvikler seg i møte med fag, kollegaer, pasienter og den fagtradisjon man står i, slik de viser seg i en operasjonsavdeling. Dette vises også gjennom NSFLOS (2015) sin ansvars- og funksjonsbeskrivelse. Denne sier at operasjonssykepleierne skal vise engasjement og endringskompetanse i tråd med operasjonssykepleiefagets utvikling. Faget er stadig i utvikling og det stilles krav at operasjonssykepleie tilegner seg kunnskap og holder seg oppdatert på ny forskning. Igesund og Eide (2018) skriver at det er operasjonssykepleierens vurdering som er avgjørende for instrumentflyten mellom assistanse- og instrumentbordet. Her ser vi behovet for mer forskning. Vi har selv søkt etter forskning som konkret tar for seg oppdekking av instrumentbord og sett at det finnes lite om dette. Det er nylig publisert en studie som tar sikte på å styrke beslutningsgrunnlaget for oppdekking av instrumentbord (Igesund et al., 2021). Slik forskning ønsker vi velkommen.

I studien vår så vi at informantene med lengst erfaring vektla kunnskap om oppdekking fra skolen, de med kortere erfaring oppga praksis under utdanning som bakgrunnen for sitt kunnskapsgrunnlag. Vi mener dette er et tankevekkende funn.

Operasjonssykepleierutdanningen har gjennomgått endringer de siste 20 årene. Vi er nysgjerrige på hvilken betydning dette har for den praktiske utøvelsen av operasjonssykepleiefaget.

7.2 Fra novise til ekspert

Gjennom begge fokusgruppene så vi at for hver enkelt informant, var erfaring et viktig aspekt ved valgene man gjør i forbindelse med dekking av bordene. Dåvøy (2007, s. 235-236) skriver at faglig kompetanse, ferdigheter så vel som medmenneskelighet best læres der handlingene praktiseres. Videre skriver hun at man utvikler seg i møte med fag, kollegaer, pasienter og den fagtradisjon man står i, slik de viser seg i en operasjonsavdeling. Denne utviklingen vil så komme til uttrykk som faglig handlingskompetanse. Funnene våre støtter i

stor grad opp under dette. Informantene i studien vår ga uttrykk for at de som operasjonssykepleiere er i stadig utvikling, at de tilegner seg kunnskaper og styrker handlingskompetansen sin ved å selv utføre oppgaver og se hvilke fremgangsmåter kollega benytter.

Som nyutdannet operasjonssykepleier må en gå alle de fem trinnene i Dreyfusmodellen (Benner, 1995). Operasjonssykepleiere må ha jobbet som sykepleiere i minst to år med relevant arbeid før de kan søke seg videre til å bli spesialsykepleier. Sykepleiere som tas inn på studiet har således en viss sykepleiererfaring. Samtidig er operasjonssykepleie for dem et helt nytt fagfelt og en rykker på mange måter tilbake til start. Man må gjennom alle de fem trinnene fra nybegynner, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. Vi som nybegynnere ser opp til operasjonssykepleiere som befinner seg på de tre høyeste nivåene. Det er disse vi snur oss til for å søke råd og observerer hvordan de utøver faget. Dette er også noe vi ser igjen hos informantene våre. De fortalte at de så på de mer erfarne, de observerte hva og hvordan de jobbet og plukket de med seg det de opplevde fungerte godt. Dette finner vi også igjen i forskningen. Hoffmann, et.al (2017) viser til at helsepersonell ofte baserer valgene sine på hva mer erfarne kollegaer forteller at de skal gjøre.

Den kunnskapsrike kan reflektere, eksperimentere og improvisere (Molander, 1996, s.136). Vil standardisert oppdekking frata de erfarne operasjonssykepleierne evnen til å improvisere og eksperimentere? Vi tør påstå at det ikke er tilfelle. De innehar allerede handlingskompetansen, den praktiske erfaringen og kreativiteten som kreves for å reflektere, eksperimentere og improvisere. Men, slik vi ser det, kan det tenkes at det blir utfordrende for nye og uerfarne å lære seg samme fleksibilitet hvis de aldri ser variasjonene av oppdekkinger og mulighetene og begrensningene ved disse. Operasjonssykepleieren må kunne snu seg rundt og handle raskt. Rasmussen og Torjuul (2012) konkluderer i sin artikkel med at det er kunnskap, erfaring, tekniske, kognitive og sosiale ferdigheter som gjør det mulig for operasjonssykepleiere å håndtere uventede hendelsene. For å kunne handle trenger vi handlingskompetanse, den kompetansen som viser seg ved de valgene man tar i ulike situasjoner. Informantene våre sa de ble mer fleksible på hva de la frem av

instrumenter etter hvert som de hadde opparbeidet seg erfaring. Man kan spørre seg om hvis det er lite anledning for improvisasjon, mister man også muligheten for utvikling? Som Benner (1995, s.35) skriver, er lærebokstyrt adferd noe som kjennetegner novisen ved at de er begrenset og usmidig.

Alle informantene var positivt innstilt til det å lære av andre. Vi mener dette gjenspeiles i det Alsvåg (2002, s. 208-213) skriver. I et kollegafellesskap lærer man av hverandres erfaringer, slik forsøker man å finne den beste måten å løse kliniske situasjoner på. Man kan dermed oppnå økt innsikt og utvikle sitt faglige skjønn. Faglig skjønn er noe vi alle har et forhold til ubevisst eller bevisst. Våre informanter nevnte ikke faglig skjønn ordrett, men situasjonene de fortalte om mener vi viser til nettopp det faglige skjønn. Man gjør ting som ikke står nedfelt i prosedyrer eller blir satt ord på, en av informantene kalte dette taus kunnskap. Slik vi ser det, dreier dette seg om utvikling av faglig skjønn. Faglig skjønn viser seg blant annet i hvordan man kombinerer teori og prosedyrer og samtidig tilpasser sykepleien individuelt til hver enkelt pasient sine behov (Dåvøy, 2018, s. 153). Situasjoner som er sammensatte og avviker fra standardene som regler og prosedyrer er ment for, krever faglig innsikt og erfaring. Hvis en i disse tilfellene likevel utelukkende går etter regler og prosedyrer, kan dette sette skjønn ut av spill, skriver Alsvåg (2007, s. 210). Dette ser vi igjen i funnene våre. Informantene ga uttrykk for at jo lenger man har jobbet, dess mer tør man endre på og avvike fra standarder hvis situasjonen krever det. Vi mener det handler om å se pasientsituasjonen i sin helhet og vurdere totalsituasjonen. Dette tar også Benner (1995) opp når hun skriver om den kyndige og ekspert. "Skjønn utvikles i vekselvirkning mellom praktisk erfaring, kunnskaper og refleksjon over erfaringen. Slik sett lærer vi skjønn ved å utøve det", skriver Alsvåg (2007, s. 210).

7.3 "Det er jo det det handler om"

På topp tre over pasientskader i 2018 finner vi skader som oppstår i forbindelse med kirurgi. Samtidig er kirurgi en viktig faktor for å forbedre helse og redusere skadevirkninger. Funnene våre beskriver at sikkerhet og pasientsikkerhet er noe

operasjonssykepleieren er svært opptatt av. Det handler om å forhindre at pasienten skades i undersøkelse eller behandling (I trygge hender 24-7, 2019). Informantene hadde et bevisst forhold til hvor de la stikkende og skjærende instrumenter og generelt fokus på at pasientsikkerheten er viktig å ivareta. Forskingen til Berland og Natvik (2005) kommer frem til at en kombinasjon av skjønnsmessige vurderinger og etablerte rutiner er nødvendig for å kunne ivareta pasientens sikkerhet. Det har de siste tiårene tilkommet et økende fokus rundt pasientsikkerhet og dette gjenspeiles også i lovverket og Stortingsmelding nr. 10. Det er økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring, bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser. Målene skal nås blant annet ved å forbedre systemet for utvikling og implementering av fagprosedyrer samt nasjonale faglige retningslinjer (St.meld.nr 10 (2012-2013)). Igesund (Hernæs, 2020) viser til at standardisering av prosedyrer og teknikker skaper bedre pasientsikkerhet. Hun begrunner det med at feil raskere kan oppdages hvis fremgangsmåten er lik for alle. Dette kan redusere feil i overgangssituasjoner. Vi mener økt fokus på standardisering av oppdekking på instrumentbordene er viktig i lys av hennes funn.

Dåvøy (2018, s. 157) påpeker at fremgangsmåtene vi velger ikke skal basere seg på tilfeldigheter. En må reflektere rundt sine handlinger, hva man bør gjøre og hvorfor man gjør som man gjør. Handlingene våre skal være gjennomtenkte, til beste for den enkelte og utøves med faglig skjønn. Funnene våre antyder at den enkelte operasjonssykepleier ikke baserer oppdekkingen på tilfeldige valg, men heller en forståelse for blant annet instrumentenes egenskaper, inngrepets art og kirurgens preferanser. Det er altså en tanke bak de fleste avgjørelser som tas hva angår oppdekkingen. Systematisk oppdekking er avgjørende for blant annet å beholde oversikt for den enkelte operasjonssykepleier. Utfordringer kan imidlertid oppstå når det ikke er et overordnet standardisert system man følger. Hvis man skal overta under et inngrep som er i gang eller man er i en akutt situasjon hvor ting må gå fort, anser vi det som en fordel med et overordnet innarbeidet system eller prosedyrer utarbeidet ved den enkelte seksjonen som er like for alle. Hvis alle følger samme standard vil man raskere få oversikt over instrumentene hvis man må bytte personalet underveis. Dette peker også Igesund et al. (2021) når de skriver at det er i overgangene feil oppstår. For å utvikle personlige systemer for oppdekking av instrumentbord kreves det kompetanse på høyt nivå. Hver enkelt operasjonssykepleier står da selv ansvarlig for å

utvikle best praksis. Disse individuelle systemene kan påvirke pasientbehandlingen fordi det kan føre til uønskede variasjoner i kvaliteten på pasientbehandlingen som gis, hevder Igesund et al. (2021). Benner (1995, s. 49) skriver at utvikling av ferdigheter som følge av erfaring og mestring medfører forbedret prestasjon. Før man har fått erfaringsgrunnlaget og opparbeidet seg denne kompetansen og den faglige tryggheten som må til, mener vi det vil være vanskelig for den enkelte operasjonssykepleieren å forbedre faglig prestasjon.

Vi tror fordelene med individuelle systemer er den enkeltes mulighet for å tilpasse eget system etter hva som fungerer best for en selv og for de ulike kirurgene. Hva som gir best flyt i assisteringen for den det gjelder kan være et aspekt ved individuell systemutvikling. Hvordan beholde kontroll og oversikt er et annet. God ergonomi for den ene kan være noe ganske annet for en annen. Det å kunne jobbe effektivt er også en del av pasientsikkerheten. Dette var informantene våre innom. De sa blant annet at det å gjøre jobben lettest mulig for en selv også handler om å jobbe effektivt og ha god flyt i instrumenteringen. Dette gir igjen trygg og sikker assistanse. Til syvende og sist påvirker dette pasientsikkerheten i positiv forstand, ifølge informantene. Dette er i tråd med det Berland og Natvig (2005) skriver om kombinasjonen av skjønnsmessige vurderinger og etablerte rutiner som viktig for ivaretagelsen av pasientsikkerheten. Der ble det også påpekt at sykepleierne uttrykker et klart ønske om å kunne kombinere standarder og skjønn i det praktiske arbeidet med pasientene.

7.4 System og standardisering

Deltakerne i studien vår hadde variert erfaring, men alle snakket om standardiserte fagprosedyrer for oppdekking med positivt fortegn, også de med lang erfaring. Med tanke på at flere av deltakerne har jobbet i mange år som operasjonssykepleiere, var dette stikk motsatt av det vi hadde forestilt oss i forkant av intervjuene. Igesund et al. (2021) skriver at det kan oppleves fordummende for den erfarne operasjonssykepleier å innføre en universell standardisert oppdekking som bryter med et allerede innarbeidet personlig system. Dette påpeker også Patricia Benner i boken sin fra 1995, "Fra Novise til ekspert". Her beskriver hun

at hvis eksperten skal forholde seg til regler som de brukte da de var nybegynner vil prestasjonen bli svekket. I studien vår var det imidlertid de operasjonssykepleierne med lengst erfaring som etterlyste mer avdelingsvis standardisering. Igesund et al. (2019) oppfordrer i sin artikkel at det utarbeides kunnskapsbaserte retningslinjer og fagprosedyrer som kan bidra til å kvalitetssikre prosedyrer og redusere variasjon når det gjelder oppdekking og organisering av instrumentbord. Igesund uttaler også at en standard ikke skal virke fordummende, men at vi bør se på det som et sikkerhetsnett (Hernæs, 2020). Ønsket om mer standardisert oppdekking så vi igjen i funnene våre. Disse fagprosedyrene bør imidlertid, slik vi tolket informantene og også slik vi ser det, utarbeides ved den enkelte seksjon. Vi så at informantene våre understreket både nødvendigheten og viktigheten av å ha oversikt, kontroll og system. Noen av informantene jobber steder der det ikke er system for rister lagt fra sterilsentralen. Det fører til at operasjonssykepleierne selv må lage seg et oversiktlig system i risten. Informantene som jobber steder der ristene blir levert med samme system hver gang, tilstreber å ikke endre for mye i risten. Funnene våre viser at hvordan ristene blir levert til avdelingen påvirker hvordan operasjonssykepleierne organiserer instrumentene. Her så vi også at informantene anså det som gunstig hvis instrumentene ble levert med samme oppsett hver gang. Dette får oss til å tenke på at det er deler av arbeidsprosessen som med fordel kan standardiseres, både innholdet i risten og hvordan den legges fra sterilsentralen.

En løsning kan være å la det være opp til den enkelte seksjon å lage sine fagprosedyrer for oppdekking på de inngrepene der det er naturlig å gjøre det. Ved å involvere operasjonssykepleierne ved seksjonene mener vi det også skapes et viktig eierforhold til prosedyrene. Prosedyrene vil da være tilpasset seksjonene, inngrepene, instrumentpakkene og personalet og stå seg i den hverdagen man jobber i. Alsvåg (2007, s. 185) påpeker at kunnskap, arbeidsmåter og faglige standarder vil utvikle seg på en gjennomtenkt måte i møte med ny kunnskap i et praksisfellesskap. Berland og Natvig (2005) påpeker også et viktig poeng, hvis ikke prosedyrer fremstår hensiktsmessig for de som skal følge dem, vil de heller ikke følges opp i praksis. Ulempene med en avdelingsstandarder kan være at det stiller store krav til de enkelte som utvikler disse prosedyrene. I dag er vi vant med at "Trygg-kirurgi"-sjekklisten benyttes i operasjonsstuene i større eller mindre grad. Punktene på sjekklisten er

med fordi det foreligger klinisk dokumentasjon for at bruken vil øke pasientsikkerheten. Også denne ser vi tilpasses lokal praksis for å sikre at den blir brukt (Kvalvik & Vonen, 2010). Dette understreker viktigheten av lokal forankring for best etterlevelse av prosedyrer.

7.4.1 Kan alt standardiseres?

Det er mange variabler å ta hensyn til når man utarbeider standarder for oppdekking av instrumenter. Det kan være hvilket inngrep som skal utføres, hvilken kirurg skal utføre det og operasjonssykepleieren som skal assistere. Hva gir god flyt i assisteringen for han eller henne? Hvor skal de erfarne operasjonssykepleierne få utfolde seg og tenke selv dersom alt er definert av nasjonale standarder? Hvordan skal man lære seg å handle kreativt hvis situasjonen krever det? Vi som operasjonssykepleiere må inneha kompetanse til å handle når uforutsette ting oppstår. Vi tror at hvis man gjør seg avhengig av standardiserte prosedyrer for enhver situasjon kan dette gå på bekostning av evnen til å improvisere når dette er nødvendig. Vi må kunne være fleksible, ikke rigide. Evnen til å omstille seg og handle med fleksibilitet og kreativitet blir av operasjonssykepleiere fremhevet som svært viktig for å få kontroll over uventede situasjoner (Rasmussen & Torjuul, 2012).

Igesund (et al., 2021) skriver at motstand mot standard på operasjonsavdelingen kan virke uforståelig siden forskningsmiljøet støtter at standardisering gir økt sikkerhet i operasjonsrommet. Et aspekt ved dette kan være det Alsvåg (2007, s. 183) skriver om faglig autonomi. Å pålegge at profesjoner i stadig større grad skal handle etter andres ordrer, bestemmelser og målsettinger kan være utfordrende for profesjonen det gjelder. Også Kari Martinsen tar opp dette i "Samtalen, skjønnnet og evidensen" (2005, s. 129-130) når hun påpeker at man fratrar utøverne handlingsrom dersom man utelukkende gjør seg avhengig av manualer og protokoller. Vår oppfatning er at operasjonssykepleierne tar stolthet i å tenke, gjøre egne vurderinger og handle i jobben sin. Man må forholde seg til de reglene som gjelder, men vi er tenkende mennesker. Den faglige utfoldelsen der man tar i bruk de kunnskapene man besitter oppleves å gi mening i en hektisk arbeidshverdag. Likevel mener

vi man må ta hensyn til det Dåvøy (2018) skriver, ikke alle besitter de samme kvalitetene, holdningene og kunnskapene. Å utøve god kvalitet på helsehjelpen vi gir, er avhengig av at vi utviser godt faglig skjønn. For å kunne utvikle oss, må vi kunne reflektere over vår egen og kollegaers fremferd (Dåvøy, 2018, s. 147). Dette mener vi er et viktig moment. Man må også kunne reflektere over gjeldende praksis for at den skal utvikle seg til det beste for pasientene.

Diskusjonen vedrørende utarbeiding og innføring av nasjonale standarder er viktig. Vi mener da det blir spesielt viktig å involvere operasjonssykepleiere ute "i feltet" i denne diskusjonen. Slik vi ser det er det ikke uproblematisk å innføre overordnede nasjonale fagprosedyrer for oppdekking siden mange sykehus blant annet benytter seg av ulike instrumentpakker fra ulike leverandører. Ulike kirurger vil også benytte seg av ulike teknikker og fremgangsmåter. Sist, men ikke minst, det lar seg ikke gjøre å standardisere pasientene.

7. 5 Overførbarhet til praksis og forslag til videre forskning

Under arbeidet med denne studien har det dukket opp nye og interessante problemstillinger. Vi har sett at operasjonssykepleiere i studien vår diskuterer nytten av overordnede standardiserte fagprosedyrer for oppdekking. Dette er et viktig aspekt som kan overføres til praksis. Diskusjon rundt tematikken er viktig, og vi oppfordrer operasjonssykepleierne selv til å bidra i denne debatten for å kunne ta et reflektert og gjennomtenkt standpunkt rundt temaet standardisering. Studien vår har også vist verdien av erfaring i operasjonssykepleiefaget. Overførbarheten dette har til praksis vil, slik vi ser det, være at man må være bevisst hvilke rutiner man har for opplæring av nyutdannede eller de som er nye i avdelingene. Forslag til videre forskning vil være at man kunne sett nærmere på hvordan erfarne operasjonssykepleiere stiller seg til innføring av nasjonale standarder for oppdekking. Videre hvilke fordeler og ulemper implementering av nasjonale standarder for oppdekking kan ha for operasjonssykepleiefaget. Ettersom operasjonssykepleierne med lengst erfaring i større grad vektla kunnskap fra studiet enn operasjonssykepleiere med

kortere erfaring, kan vi stille spørsmål om hvordan kvalitetssikringen på kompetansen for oppdekking av instrumentbord er innarbeidet i dagens utdanning av operasjonssykepleiere.

8.0 Konklusjon

Vårt materiale bekrefter noen etablerte sannheter, som at erfaring er verdifullt i yrket vårt, at det er varierende grad av standardisering av oppdekking på norske sykehus og at operasjonssykepleiere har stort fokus på pasientsikkerheten. Når operasjonssykepleierne dekker instrumentbordene, baserer de valgene sine på erfaringer de har gjort seg gjennom praktisk yrkesutøvelse og bruker kunnskap fra en rekke ulike kilder for å få en gunstig funksjonalitet. Et viktig funn er at operasjonssykepleierne leser bordene sine for å lære seg trinnene i operasjonen. I tillegg bruker de kunnskap om hva som gir handlingsberedskap, hva som gjør at man beholder kontroll og oversikt og hva som skal til for å få god flyt i operasjonen. Studien viser også at operasjonssykepleiere reflekterer over hvorvidt det ville ha vært en fordel med overordnede, standardiserte fagprosedyrer for oppdekking. Men, det kan se ut som at denne type prosedyrer må være interne og ikke nasjonale. Studien vår kan bidra til en bevisstgjøring rundt dette temaet slik at det løftes opp blant operasjonssykepleiere. Temaet må settes større fokus på i praksis. Vi mener det er avgjørende at operasjonssykepleiere selv tar eierskap i denne diskusjonen, i tillegg til annen utvikling av faget, for fortsatt å være en høyrelevant bidragsyter og et uerstattelig medlem av det kirurgiske teamet.

9.0 Prosjektgruppe og samarbeidspartnere

Vi er to som har samarbeidet om å gjennomføre denne studien. Dette har vi gjort under veiledning av Hilde Kristin Refvik Riise og Petrin Hege Eide. Hjelp til rekrutteringen har vi fått fra en avdelingsleder og fagsykepleiere ved ulike sykehus.

Litteraturliste

- Alsvåg, H. (2007). På kollisjonskurs med arbeidsgivers interesser? Sykepleiernes syn på opplæringen av nyansatte. I H. Alsvåg & O. Førland (red.), *Engasjement og læring – Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s. 171-188)
- Alsvåg, H. (2007). Læring av sykepleie - gjennom personlige og profesjonelle handlinger. I H. Alsvåg & O. Førland (red.), *Engasjement og læring – Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s. 205-232)
- Alsvåg, H. (2002). Klinisk skjønn. I I.T. Bjørk, S. Helseth, F. Nortvedt (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. 208-222).
- Alsvåg, H. (2016) Omsorg-med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I Knutstad, U., & Heggstad, A. K. T. (Red). *Sykepleieboken : 2 : Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4.utg., Vol. 2, s. 346-380). Cappelen Damm akademisk.
- Alsvåg, H og Martinsen, K.M. (2018) Omsorg og skjønn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4, 215-222. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-03>
- Benner, P. (1984). [*Fra novice til ekspert : mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis.*](#) Addison-Wesley.
- Berland, A., & Natvig, G. K. (2005). Ivaretagelse av pasientsikkerhet. *Vård i Norden*, 25(3), 33–38. <https://doi.org/10.1177/010740830502500308>
- Brinchmann, B. S. (2016). *Etikk i sykepleien* (4. utg.). Gyldendal akademisk.
- Cromb, M. M. (2019). Sutures, Sharps, and Instruments. I Jane C. Rothrock (Red.) *Alexander's - Care of the Patient in Surgery*. (s. 176-200). Elsevier
- Dåvøy, G. A. M. (2005). *Faglig skjønn på operasjonsavdelingen. En kvalitativ studie av operasjonssykepleieres bruk og utvikling av det faglige skjønn.* [Masteroppgave i pedagogikk. Universitetet i Bergen, Det psykologiske fakultet. Institutt for utdanning og helse.] BORA (Bergen Open Research Archive).

Dåvøy, G. M. (2007, s.235-236) Stå ikke med hendene i lomma! Faglighet er personavhengig. I H. Alsvåg & O. Førland (red.), *Engasjement og læring – Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s. 233-250)

Dåvøy, G. M. (2018). Faglig skjønn i operasjonssykepleien. I Grethe Myklestul Dåvøy, Petrin Hege Eide & Ingeborg Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 147-163). Gyldendal Akademisk.

Eide.P.H. (2006). *Hva er det gode håndlag i sykepleien?* [Hovedfagsoppgave. Universitetet i Bergen, Det medisinske fakultet. Institutt for samfunnsmedisinske fag].

<http://hdl.handle.net/11250/2481847>

Eide, P. H. & Dåvøy, G. M. (2018). Funksjons- og arbeidsområde. I Grethe Myklestul Dåvøy, Petrin Hege Eide & Ingeborg Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 28-44). Gyldendal Akademisk.

Eide, P.H. og Lockertsen, J.T. (2018) Operasjonssøstrene og operasjonsstuene. I Grethe Myklestul Dåvøy, Petrin Hege Eide & Ingeborg Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2.utgave, s.18-26).Gyldendal Akademiske.

Ellingsen S, Drageset S. (2008) Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning – en introduksjon og oversikt. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*. 2008;10(3):23–39.

<http://hdl.handle.net/11250/273570>

Gissum, K.R. & Drageset, S. (2020) Fokusgruppeintervju fungerer utmerket som videokonferanse. *Sykepleien* 2020;108(82752):(e-82752). [10.4220/Sykepleiens.2020.82752](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82752)

Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Gyldendal akademisk.

Hansen, I. (2018). Operasjonssykepleierens målgruppe. I Grethe Myklestul Dåvøy, Petrin Hege Eide & Ingeborg Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 82-87). Gyldendal Akademisk.

Haugen, A. S. & Dåvøy, G. M. (2018). Pasientsikkerhet og trygg kirurgi. I Grethe Myklestul Dåvøy, Petrin Hege Eide & Ingeborg Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 178-198). Gyldendal Akademisk.

Helsebiblioteket. (2021, 13.mai) Trygg kirurgi- sjekklister: [Trygg kirurgi – sjekklister - Helsebiblioteket.no](https://helsebiblioteket.no/trygg-kirurgi-sjekklister)

Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_1

[Helse- og omsorgsdepartementet](#) (2012-2013). God kvalitet – trygge tjenester— *Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. St.meld.nr 10 (2012-2013). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?ch=1>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2

Hernæs, N. (2020) Operasjonssykepleiere dekker opp instrumentbordet ulikt. *Sykepleien* <https://sykepleien.no/2020/07/operasjonssykepleiere-dekker-opp-instrumentbordet-ulikt?fbclid=IwAR2Y4TNfybbtkxOkIsr8uLnHwGnAm6F4ceZTSoSXUQzyjEPxc8hejWVBpY8&cid=sm1723262055>

Hillestad, B. (med Semb, C.). (1955). *Operasjonsstueteknikk*. Fabritius.

Hjelen, W. & Sagbakken, M (2018) Operasjonssykepleiere mangler tid og kompetanse til å arbeide kunnskapsbasert. *Sykepleien Forskning 2018 13*(69422)(e-69422) DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.69422>

Hoffmann, T., Bennett, S., & Del Mar, C. (2017). *Evidence-based practice across the health professions* (3. utg.). Elsevier.

Igesund, U. og Eide, P.H. (2018) Oppdekking av instrumenter på assistanse- og instrumentbord. I Grethe Myklestul Dåvøy, Petrin Hege Eide & Ingeborg Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2.utgave, s.375-379). Gyldendal Akademiske.

Igesund, U., Overvåg, G., Rasmussen, G., Rekvig, O.P. (2019) *Kartlegging av prosedyrer for oppdekking av instrumentbord ved kirurgiske inngrep*. *Sykepleien Forskning* 2019;14(78413):(e-78413) DOI: [10.4220/Sykepleienf.2019.78413](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.78413)

Igesund, U., Overvåg, G., Rasmussen, G. (2021) *Trygg kirurgi – oppdekking og organisering av instrumentbord til operasjon: en scoping review*. *Sykepleien Forskning* 2021;16(84445):(e-84445). [10.4220/Sykepleienf.2021.84445](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2021.84445)

I trygge hender 24-7. (2019). Pasientskader i Norge. Hentet fra:

<https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/pasientskader-i-norge>

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups : a practical guide for applied research* (5. utg.). Sage.

Kunnskapsdepartementet (2017, september). *Digitaliseringsstrategi for universitets- og høyskolesektoren 2017-2021*.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/779c0783ffee461b88451b9ab71d5f51/no/pdfs/digitaliseringsstrategi-for-universitets--og-hoysk.pdf>

Kvalvik, A. G. & Vonen., B (2010, 18. januar) *Trygg kirurgi verner liv: Veileder for implementering og bruk av Sjekkliste for trygg kirurgi*. WHO.

https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/Adapted_implementation_guide_bokmal.pdf

Lund, H., Juhl, C., Andreasen, J., & Møller, A. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning : redskaber til evidensbaseret praksis*. Munksgaard.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, Kirsti, Siersma, Volkert Dirk, & Guassora, Ann Dorrit. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760.

<https://doi.org/10.1177/1049732315617444>

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

Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnets og evidensen* (1. utg.). Akribe.

Martinsen, K. (2018). Operasjonssykepleieren og den sårbare pasienten – Kropp, sansning og urørlighetssone. I Grethe Myklestul Dåvøy, Petrin Hege Eide & Ingeborg Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 130-146). Gyldendal Akademisk.

Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling* (2. omarb. oppl.). Bokforlaget Daidalos AB.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg.). Akribe.

NSD Personverntjenester Hentet den 09.11.2020 fra:

<https://nsd.no/personvernombud/hjelp/index.html>

NSFLOS (2015). Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse.

<https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>

Nylenna, M. (2018) Veileder, retningslinje, prosedyre. *Tidsskrift for norsk legeforening*, 2018 (utgave 2.) doi: 10.4045/tidsskr.17.0737

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Wolters Kluwer.

Rasmussen, G., & Torjuul, K. (2012). Å være forberedt på det uventede — operasjonssykepleieres ferdigheter i å håndtere uventede hendelser på operasjonsstua. *Vård i Norden*, 32(4), 39–43. <https://doi.org/10.1177/010740831203200409>

Sandvik, G. K., Stokke, K., & Nortvedt, M. W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? *Sykepleien forskning* (Oslo), 2, 158–165. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0098>

Standard Norge. (2020, 04.01) *Standardisering*. Hentet fra:

<https://www.standard.no/standardisering/>

System (2018). I *Store norske leksikon*. [Store norske leksikon \(snl.no\)](https://snl.no)

Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet: sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal.

Tuntland, H. (2009). Betragtninger om kritikken mot kunnskapsbasert praksis.

Ergoterapeuten. 52(3), 22-27 <http://hdl.handle.net/11250/2481704>

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE TIL FOKUSGRUPPEINTERVJU VINTER 2021

Presentasjon av oss, formålet med prosjektet, bruk av lydbånd, anonymisering, bearbeiding og oppbevaring av informasjon. Samtykkeerklæring skal være gitt på forhånd.

Bakgrunn:

Hvor lenge har du arbeidet som operasjonssykepleier? Hvor lenge har du jobbet ved aktuell avdeling? Og hvor har du jobbet som operasjonssykepleier tidligere? Har dere retningslinjer for oppdekking ved din seksjon?

Tema 1

Kan dere beskrive hvilke hensyn dere legger til grunn når dere legger opp instrumenter,

- Kirurgens behov
- Eget behov for orden og kontroll
- Arbeidsstilling-ergonomi
- Stikkskader
- Beskytte pasienten fra innsyn/bli redd
- Behov for å beskytte/ivareta instrumentene-dekke til

Tema 2

Kan dere beskrive hvilken kunnskap som legges til grunn for å finne den beste måten å dekke opp

- Kunnskap om det kirurgiske inngrepet
- Kunnskap om instrumentene
- (Kunnskap om økonomi)

Tema 3

Kan dere beskrive hvorfor det er viktig å finne en optimal oppdekning

- Effektivitet
- Pasientsikkerhet
- Kontroll

Tema 4

Kan dere beskrive hvordan dere har lært å legge opp instrumentene som dere gjør

- Lært av andre mer erfarne
- Lært på skolen
- Lært gjennom erfaring
- Lært gjennom å lese bøker/artikler
- standardisering

Tema 5

Kan dere beskrive opplevelsen av å overta et bord

- Standardisering
- Avløst til lunsj/vaktskifte
- Rydding

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet :

” Hva er kunnskapsgrunnlaget for beslutningene

operasjonssykepleieren tar når instrumentbordene dekkes opp?”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Formålet er å belyse kunnskapsgrunnlaget operasjonssykepleiere baserer valgene sine for oppdekking av instrumentbord i forkant av operasjoner. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Masteroppgave ved Høgskolen på Vestlandet (HVL). I denne oppgaven vil vi undersøke hva operasjonssykepleiere legger til grunn for de valg de tar når de dekker opp instrumentbordene.

Forskning viser at man mangler kunnskap om hvorfor operasjonssykepleiere dekker opp instrumentbordene som de gjør. Det mangler også i stor grad standardiserte prosedyrer for hvordan dette skal gjøres. Forskning viser også at operasjonssykepleiere mangler tid og kunnskap om det å jobbe kunnskapsbasert. Vi håper at studien vår kan få frem og kaste lys på viktige momenter som kan danne grunnlag for refleksjon rundt praksis. Forhåpentligvis vil studien også frembringe og konkretisere noe av den «tause kunnskapen» som per nå kun overføres fra veileder til student når man er i praksis.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

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

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta fordi du er ansatt ved en operasjonsavdeling, og du er utdannet operasjonssykepleier med mer enn to års erfaring fra praksisfeltet. Vi har kommet i kontakt med deg

via fagansvarlig ved seksjonen hvor du jobber.

Hva innebærer det for deg å delta?

Ved å delta i prosjektet vil du bli bedt om å delta på et fokusgruppeintervju, sammen med 4-5 andre operasjonssykepleiere. Intervjuet vil vare ca. 1 time og vil være digitalt via tjenesten Zoom. I intervjuet vil vi spørre deg om bakgrunnsopplysninger, og deretter vil vi stille deg spørsmål knyttet til dekking av operasjonsbordene. Intervjuet vil omhandle hvordan og hvorfor instrumentbordene dekkes som de gjør. Med din tillatelse vil vi ta lydopptak av intervjuet og notater underveis.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Det er kun masterstudentene, Siv Fagerli Kleven og Lise Fosse, i tillegg til hovedveileder på prosjektet, Hilde Kristin Refvik Riise og biveileder Petrin Hege Eide, som har tilgang til opplysninger om deg.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrig data. Prosjektet vil bli registrert på HVL sin forskningsserver. Lydopptak vil bli overført til forskningsserveren umiddelbart og slettes fra opptaksenheten innen ett døgn.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er ca. 01.06.2021. Ved prosjektslutt vil alle personopplysninger og lydopptak slettes.

Dine rettigheter

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

-innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,

-å få rettet personopplysninger om deg,

-å få slettet personopplysninger om deg, og

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

●Høgskulen på Vestlandet ved:

-Siv Fagerli Kleven (E-post: klevensiv@gmail.com Telefon: 98631605

-Lise Fosse (E-post: fosseliselise@gmail.com Telefon: 47863689

-Hilde Kristin Refvik Riise - Hovedveileder (E-post: hilde.kristin.refvik.riise@hvl.no Telefon: 93661069

-Petrin Hege Eide - Biveileder (E-post:Petrin.Hege.Eide@hvl.no Telefon:

-Vårt personvernombud: Trine Anikken Larsen trine.anikken.larsen@hvl.no Telefon: 91365920

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

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

Med vennlig hilsen

Hilde Kristin Refvik Riise

Petrin Hege Eide

Siv Fagerli Kleven

Lise Fosse

Prosjektansvarlig

Biveileder

Masterstudent

Masterstudent

(Hovedveileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet” *Hva er kunnskapsgrunnlaget for beslutningene operasjonssykepleieren tar når instrumentbordene dekkes opp?*”, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervjuet

at det blir gjort lydopptak av intervjuet

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

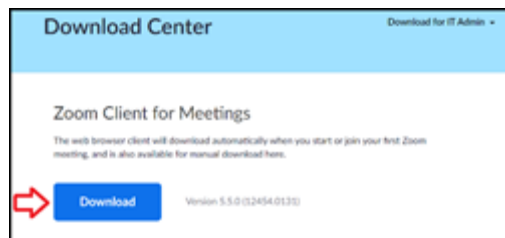
BRUKERMANUAL ZOOM

Zoom er en digital plattform for videomøter og videokonferanser. Man må ikke være registrert bruker for å delta i en videokonferanse, men du må laste ned Zoom-programvaren. Du kan bruke datamaskin/PC, mobil eller nettbrett.

For å være sikker på at Zoom virker når vi skal gjennomføre intervjuet, ber vi deg laste ned og installere programvaren på forhånd. Under vil du finne informasjon om hvordan du går frem både ved bruk av datamaskin/pc og mobil/nettbrett.

Datamaskin/PC:

1. Gå til <https://zoom.us/download>
2. Last ned «Zoom Clients for Meetings»
3. Installer programvaren på datamaskinen din ved å klikke på den nedlastede filen (ZoomInstaller.exe) nederst i skjermbildet ditt eller i nedlastingsmappen din
4. Følg veiledningen som da vises på skjermen din for å fullføre installeringen



Delta i Zoom-møtet:

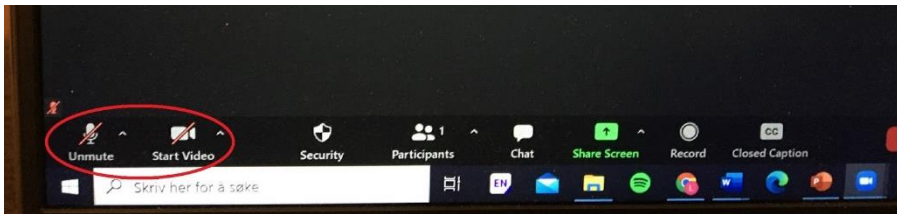
Du vil motta møteinvitasjon i form av en lenke fra oss via e-post - lenken vil ligge der det står "Join Zoom meeting". Ved å klikke på denne lenken, og følge instruksjonene, blir du med i møtet. Hvis du ikke har lastet ned Zoom i forkant blir du først bedt om å laste ned Zoom på den enheten du bruker (datamaskin, nettbrett, mobil).

På denne nettadressen finner du også nyttig informasjon om hvordan delta i et Zoom-møte hvis det er behov for det: <https://support.zoom.us/hc/en-us/articles/201362193-Joining-a-Meeting>

For å delta med lyd og bilde, noe vi er avhengig av at du gjør, klikker du på Join Audio, Join with Computer Audio (fra datamaskin), eller Audio.

Når du har kommet inn i møtet trykker du «Gallery view» øverst i høyre hjørne - da vil alle deltakerne komme frem på skjermen din.

På menylinjen nederst kan man velge å slå på og av mikrofon og kamera. Hvis det er markert rød strek over «Mute» og «Stop Video» i fanen nederst, må du trykke på disse for å endre innstillingene. Vi ber deg imidlertid ha på både mikrofon og kamera.



Delta i Zoom-møtet fra nettbrett/mobil:

Hvis du bruker mobil eller nettbrett, kan du laste ned appen «ZOOM Cloud Meetings» der du vanligvis laster ned apper (eks. AppStore og GooglePlay). Når du har lastet ned appen, går du inn i e-posttjenesten via mobilen/nettbrettet og trykker på lenken vi har sendt deg.

Trykk lett på skjermen for å få opp “meny” nederst i bildet på skjermen din. Der kan man “mute/unmute” (for å ta på og av din egen lyd), eller “stop/start video” for å få frem bilde av seg selv slik at alle kan se hverandre. Vi ønsker at du har på både lyd og bilde slik at alle kan se og høre hverandre og delta i diskusjonen. Dra bildet mot venstre for å se flere deltakere, hvis ikke alle er med i samme skjermbildet og du ønsker å se flere av deltakerne.



Sikkerhet:

Vi bruker ende-til-ende kryptering. Det blir kun tatt lydopptak av møtet. Det er viktig at det ikke deles helseopplysninger som kan kobles til enkeltpersoner. Det er også viktig at invitasjonslenken ikke deles med andre. Vi ønsker at dere benytter hodetelefoner med mindre dere er alene der dere oppholder dere, slik at ikke andre skal overhøre samtalen vår for å ivareta personvernet til alle deltakerne. Vi ber om at dere sitter et sted hvor det ikke er for mye støy fra omgivelsene slik at vi hører hverandre godt. Vi "låser" møtet når alle deltakerne er ankommet.

Bruk av Zoom for dette fokusgruppeintervjuet er godkjent av personvernombudet ved Høgskulen på Vestlandet ved Trine Anikken Larsen (E-post: trine.anikken.larsen@hvl.no Telefon: 91365920) samt Norsk Senter for Forskningsdata (NSD).

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

Svar fra NSD.

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD. Vurderingen er: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 8.2.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 1.6.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål -

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE

REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Håkon J. Tranvåg Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 5: Tilbakemelding fra REK

Region:

REK sør-øst C

Vår dato: 04.02.2021

Saksbehandler: Anders Strand

Deres referanse:

REK sør-øst C

Vår referanse: 210329

Hilde Kristin Refvik Riise

210329 Standardisering i operasjonsavdelingen - kunnskapsgrunlaget hos operasjonssykepleieren

Forskningsansvarlig: Høgskulen på Vestlandet

Søker: Hilde Kristin Refvik Riise

Søkers beskrivelse av formål:

Hensikten med studien er å undersøke hva operasjonssykepleiere legger til grunn for de valg de tar når de dekker opp instrumentbordene på operasjonsstuen. Forskning viser at det mangler kunnskap om hvorfor operasjonssykepleiere dekker opp instrumentbordene som de gjør. Det mangler også i stor grad standardiserte prosedyrer for hvordan dette skal gjøres. Forskning viser også at operasjonssykepleiere mangler tid og kunnskap om det å jobbe kunnskapsbasert. Ved å sette fokus på ansvaret operasjonssykepleieren har og fagkunnskapene operasjonssykepleieren bruker kan det føre til økt bevissthet rundt standardisering av fremgangsmåter og prosedyrer.

Den foreløpige problemstillingen er: «Hva er kunnskapsgrunnlaget for de beslutningene operasjonssykepleieren tar når instrumentbordene dekkes opp?»

Med bakgrunn i denne problemstillingen er fokusgruppeintervju valgt som metode da vi er ute etter operasjonssykepleierens egne erfaringer rundt et gitt tema . Det planlegges 2 fokusgrupper med 5 deltakere i hver gruppe. Fokusgruppeintervjuene vil gjennomføres på 2 ulike sykehus på Vestlandet og det vil bli gjort et strategisk utvalg.

Vi håper at studien kan få frem og kaste lys på viktige momenter som kan danne grunnlag for refleksjon rundt praksis. Forhåpentligvis vil studien også frembringe og konkretisere noe av den «tause kunnskapen» som per nå kun overføres fra veileder til student når man er i praksis.

REKs vurdering

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst C) i møtet 14.01.2021. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.

Komiteen mener at prosjektets problemstilling tilsier at det kan fremskaffe kunnskap om operasjonssykepleieres oppfatninger, prosedyrer og kunnskap, men at dette ikke vil være ny kunnskap om sykdom og helse. Prosjektet faller derfor utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven, som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe til veie "ny kunnskap om helse og sykdom", se lovens § 2 og § 4 bokstav a).

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern samt innhenting av stedlige godkjenninger.

Vedtak

Avvist (utenfor mandat)

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2 og § 4 bokstav a). Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Komiteens avgjørelse var enstemmig

Med vennlig hilsen

Britt Ingjerd Nesheim

Prof. dr. med.

Leder REK sør-øst C

Anders Strand

Seniorrådgiver REK sør-øst C

Dokumentet er elektronisk signert

Kopi av vedtak: Forskningsansvarlig institusjon.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst C. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst C, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.

Besøksadresse: Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon:22 84 55 11 | E-post:rek-sorost@medisin.uio.no Web:<https://rekportalen.no>