



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591-O-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

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

Deltaker

Kandidatnr.:	424
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	14431
----------------------	-------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	7
Andre medlemmer i gruppen:	413

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

Operasjonssykepleie – en symfoni i flere akter

OR nursing – a symphony with multiple acts

Matilde Lie Eltvik

Erica Gustafsson

Master i klinisk sykepleie – operasjon

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

Veileder: Grethe Dåvøy og Tove Giske

Innleveringsdato: 22.05.22

Antall ord: 14431

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:

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært krevende. Samtidig som vi har vært forskere har vi også startet vår karriere som operasjonssykepleiere. Denne perioden har krevd mye energi og tålmodighet, men vi ville ikke vært foruten denne erfaringen med å få være forskere. I arbeidet med denne studien har vi fått ny kunnskap om operasjonssykepleie og viktigheten av våre arbeidsoppgaver. Dette er noe vi vil ta med oss videre i arbeidslivet.

Det er mange som har vært store bidragsytere for at denne studien er blitt fullført. Vi vil gjerne takke alle informantene som sa seg villig til å være med i denne studien. Dere har vært åpne, ærlige og gitt oss mye kunnskap og ikke minst god data til vår oppgave. Vi vil også takke arbeidsplassen vår som har tilpasset arbeidstiden slik at det har vært mulig å gjennomføre. Takk til medstudenter og kollegaer for samtaler og positiv innstilling.

Vi vil også takke for et flott samarbeid med gode tilbakemeldinger fra våre veiledere Grethe Dåvøy og Tove Giske. Dere har begge vært utrolig positive, rause og ikke minst inspirerende. Vi syntes blant annet at metoden vi valgte var utfordrende, så en spesiell takk til Tove Giske som med sine kunnskaper guidet oss gjennom denne studien.

Vi vil også rette en stor takk til vår familie som har vært så støttende og tålmodig gjennom denne perioden, de har vist forståelse og innledet til fine diskusjoner og samtaler.

Sammendrag:

Bakgrunn: Operasjonssykepleie er den eldste spesialiseringen innen sykepleie. På operasjonsstuen spiller operasjonssykepleieren en viktig rolle i behandlingen av pasienten, men deres arbeidsoppgaver og ansvarsområde er vanskelig å sette ord på og lite kjent for andre. Operasjonssykepleiere arbeider i to roller, den sterile og den koordinerende. Tidligere er den sterile rollen blitt sett på som den viktigste av de to rollene og det har vært lite fokus på den koordinerende.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å se på hvilke utfordringer operasjonssykepleieren hadde på operasjonsstuen, samt hvordan utfordringene blir løst. Vår problemstilling ble «Hvordan bidra til flyt på operasjonsstuen?»

Metode: Denne masteroppgaven er et kvalitativt forskningsprosjekt, vi utførte observasjoner og individuelle intervju av operasjonssykepleiere ved forskjellige avdelinger. Det ble utført fem observasjoner og åtte intervjuer. Metodologien i denne studien er grounded theory, og analysing og datainnsamling ble gjort parallelt.

Resultat: Gjennom analysen kom det fram to forhold og tre strategier. Hovedutfordringen «hvordan bidra til flyt på operasjonsstuen», og kjernekategori «synkronisering», som var hvordan de løste hovedutfordringen, er utviklet fram av data. For å oppnå dette må operasjonssykepleier planlegge, arbeide i team og ha en kontinuerlig utvikling.

Konklusjon: Operasjonssykepleieren er en viktig del av det kirurgiske teamet. Gjennom kunnskap og forståelse synkroniseres arbeidet for at teamet skal oppnå flyt. En god flyt bidrar til økt pasientsikkerhet, redusert operasjonstid og godt arbeidsmiljø. Samtidig er ikke flyten på operasjonsstuen noe som blir til av seg selv. Gjennom arbeidserfaring opparbeider operasjonssykepleieren kunnskap og ferdigheter som bidrar til at uforutsette hendelser kan forebygges eller håndteres raskt.

Nøkkelord: Operasjonssykepleie, koordinerende operasjonssykepleier, operasjonsstue, grounded theory, kunnskap og erfaring, teamarbeid, utvikling

Abstract:

Background: Operating room (OR) nursing is the oldest specialization within nursing. In the operating room, the OR nurse has an important role in the treatment of the patient. However, their work tasks and area of responsibility are difficult to describe and is not that familiar to others. OR nurses work in two roles, the scrub (or instrument) nurse and the circulating (or floor) nurse. In the past, the scrub nurse has been seen as the more important of the two roles and there has been little focus on the circulating nurse.

Purpose: The purpose of this study was to look at what challenges the OR nurse experience in the operating room, as well as how the challenges are solved. Our research thesis is as follows: “How to contribute to the flow of the operating room?”

Method: This master’s thesis is a qualitative research project, and we carried out observations and individual interviews of OR nurses at different departments. Five observations and eight interviews were performed. The methodology in this study is grounded theory, and analysis together with data collection were done simultaneously.

Results: Through the analysis, two conditions and three strategies emerged. The main concern, “synchronization” is developed from data. To achieve this, the OR nurse must plan, work in teams, and have a continuous development.

Conclusion: The OR nurse is an important part of the surgical team. Through knowledge and understanding, the OR nurse synchronizes their work with the team in order to achieve flow in the operating room. This contributes to increased patient safety, reduced operating time and a good working environment. At the same time, the flow in the operating room is not something that is created by itself. Through work experience, the OR nurse acquires knowledge and skills that contribute to unforeseen events being prevented or handled quickly.

Keywords: OR nurse, circulating nurse, operating room, grounded theory, knowledge and experience, teamwork, development

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for prosjektet.....	1
2.0 Teoretiske forankring.....	2
2.1 Operasjonssykepleie	2
2.2 Teamet på operasjonsstuen	3
2.3 Den sterile og koordinerende operasjonssykepleieren.....	3
3.0 Tidligere forskning	5
3.1 Presentasjon av forskning.....	5
4.0 Hensikt og problemstilling	9
5.0 Metode	10
5.1 Grounded theory som metodologi	10
5.2 Datasamling	12
5.2.1 Utvalg	12
5.2.2 Observasjon og dybdeintervju	14
5.3 Dataanalyse.....	15
Tabell 1: Eksempel på analyse og utvikling av begrep	17
5.4 Vurderingskriterier i GT	19
5.5 Styrker og svakheter med GT	21
5.6 Etikk.....	22
6.0 Resultat	23
6.1 Forhold.....	23
6.2 Kjernekategori	25
6.3 Planlegger	25
6.4 Arbeider i team	27
6.5 Kontinuerlig utvikling.....	31
7.0 Diskusjon.....	33
8.0 Konklusjon.....	41
9.0 Referanser	42
Vedlegg 1 – Presentasjon av artikler i tabeller	46
Vedlegg 2 – Intervjuguide	54
Vedlegg 3 – Tabeller: Eksempler på analyse og utvikling av begrep	57
Vedlegg 4 – Godkjenning fra NSD.....	60
Vedlegg 5 – Søknad om godkjenning fra sykehus.....	62

Vedlegg 6 – Informasjonsskriv68

1.0 Innledning

Operasjonssykepleier er en egen spesialisering innen sykepleie. For å kunne jobbe som det i Norge, må man ha autorisasjonen som sykepleier og en videreutdanning eller mastergrad i sykepleie til akutte/og eller kritiske syke mennesker, med fordypning i operasjonssykepleie (Sirevåg et al., 2021). Arbeidsplassen til operasjonssykepleiere er som oftest på operasjonsavdelingen/dagkirurgen, men du kan også finne dem ved akuttmottak, sterilsentralen, legevakten, katastrofeteam eller på kirurgiske poliklinikk (Eide & Dávøy, 2018). Operasjonsstuen er et av de mest utilgjengelige stedene på et sykehus og blir ofte sett på som et begrensende område som er forbudt for allmennheten og uautorisert personell, der plassen er begrenset (Riley & Manias, 2002).

I forskningen til Rasmussen et al. (2015) skriver de at det har blitt et økt fokus på operasjonssykepleierens adferd og handlingsmønster innenfor helsevesenet samtidig med arbeidet for å øke pasientsikkerheten og redusere uønskede hendelser og pasientskader. Videre skriver de at 3 til 16 % av pasientene som er innlagt i sykehus opplever pasientskader. Flere av disse kan relateres til manglende kommunikasjon og samarbeidsferdigheter i behandlingsteamet. I artikkelen står det videre at risikoen for pasientskader er størst når pasienten befinner seg på operasjonsstuen, og at 41 % av de uønskede hendelsene som oppstår skjer der. Halvparten av de uønskede hendelsene kan sees i sammenheng med svikt i teamsamarbeid.

1.1 Bakgrunn for prosjektet

I denne studien ønsker vi å få en økt forståelse for hvordan operasjonssykepleiere arbeider på operasjonsstuen. Selv om operasjonssykepleie er den eldste spesialiseringen innen sykepleie, er det krevende for nyutdannede og erfarne operasjonssykepleier å beskrive hva som er deres arbeidsoppgaver (Riley & Manias, 2002). Vi ønsket å se på hvilke utfordringer som finnes på operasjonsstuen, samt hvordan operasjonssykepleierne løser disse utfordringene. Vi valgte metodologien grounded theory for å oppnå forståelse for operasjonssykepleieres arbeid og utfordringer. På bakgrunn av valgt metodologi har vi samlet inn data og analysert materialet før vi fant teori og forskning.

2.0 Teoretiske forankring

I dette kapittelet vil vi utdype relevant teori om operasjonssykepleie, teamet og teamarbeid, den sterilt utøvende og koordinerende operasjonssykepleieren.

2.1 Operasjonssykepleie

Som operasjonssykepleier er man ansvarlig for sykepleien som foregår i den peroperative fasen, fra pasienten blir lagt på operasjonsbordet til de kommer inn på oppvåkningsavdelingen (Goodman & Spry, 2017). Operasjonssykepleier må kunne foreta en fagkyndig vurdering i den situasjonen pasienten befinner seg i. Dette innebærer sikkerhet, helhetlig sykepleie for pasienten og dens velvære. Operasjonssykepleiere som arbeider på en operasjonsavdeling har en viktig rolle med å assistere kirurger under undersøkelser eller kirurgiske inngrep. De har også ansvar for å opprettholde et sterilt miljø og kunne koordinere driften på operasjonsstuen (Eide & Dāvøy, 2018).

Operasjonssykepleieren må kunne hindre skader på pasienten, som å forebygge leiringskader, nedkjøling av pasient og ha kunnskap om hygiene for å kunne bryte smittkjeden og forebygge infeksjoner. De må også ha evne til å kunne prioritere og kunne handle raskt ved akutte situasjoner. Som operasjonssykepleier opparbeider man seg viktig kompetanse innen ulike inngrep. Man har kunnskap om instrumenter og utstyr som trengs og hvordan operasjonsstuen skal organiseres og klargjøres. Kunnskaper innen anatomi og kjennskap til kirurgiske inngrep bidrar til at den sterile operasjonssykepleieren kan være i forkant. Å ha denne type kunnskap og en god kirurgisk assistanse er uvurderlig da det er med å bidra til å korte ned operasjons og anestesi tiden til pasienten, samtidig bidrar dette til en god arbeidsflyt på operasjonsstuen (Eide & Dāvøy, 2018).

Sykepleieteoretikeren Patricia Benner skriver om sykepleierens utvikling og kompetanse, der hun bruker en trappemodell på fem nivåer. Hennes teori handler om at sykepleierens kompetanse utvikler seg igjennom situasjonsbetinget erfaring. Det første trinnet blir kalt novisenivå og det femte trinnet for ekspertnivå, dette oppnås ikke før man har arbeidet i minimum fem år. For at sykepleieren skal holde seg på et ekspertnivå må sykepleieren stadig

utvikle seg i forhold mellom teori og praksis, ellers vil ikke hen forbli på dette nivået (Benner, 1995).

2.2 Teamet på operasjonsstuen

Teamet på operasjonsstuen består av operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere, anestesilege og minst en operatør (Rasmussen et al., 2015). På operasjonsstuene i Norge er det alltid to operasjonssykepleiere som deler på rollene som den koordinerende og sterilt utøvende på stuen (Eide & Dāvøy, 2018).

På operasjonsstuen er det kirurgen som leder teamet gjennom den kirurgiske prosedyren. Å kunne gi informasjon fortløpende bidrar til at operasjonssykepleier kan klargjøre og forberede seg til hva som skal skje. «Slik oppnås muligheten til å ligge i forkant og tilpasse hverandres oppgaver.» (Oksavik, 2018, s. 212). På et operasjonsteam er det viktig at alle er profesjonelle og bidrar til en god arbeidsflyt og et godt arbeidsmiljø. For at teamarbeidet skal fungere må man være observant på hvordan man er, samarbeider med andre og hvordan man kommuniserer (Oksavik, 2018).

Pasienter som blir innlagt på sykehuset ønsker å få den beste behandlingen, både ved bruk av det beste utstyret som finnes, men ikke minst at personell som skal utføre handlinger kan det de skal gjøre. Pasientene ønsker å bli sett og vist omsorg (Giske, 2014b). Å vise omsorg betyr også at man behersker fagets kunnskaper og kan vise dette i handlinger og i teamet med de andre yrkesutøverne. Måten helsepersonell klarer å vise omsorg på har med hvordan de bruker sine kunnskaper og ferdigheter som fagpersoner i møte med andre, og hvordan de bruker teknikk og deres yrkesferdigheter (Alvsvåg et al., 2014).

2.3 Den sterile og koordinerende operasjonssykepleieren

Operasjonssykepleieren i den sterile rollen har ansvar for det sterile feltet. Vedkommende utfører kirurgisk håndvask/desinfeksjon og kler seg sterilt for å assistere kirurgen under inngrepet. De har og ansvar for de kirurgiske instrumentene og organiserer et sterilt arbeidsområde, der utstyr og instrumenter blir ivaretatt og tilrettelagt (Eide & Dāvøy, 2018).

Operasjonssykepleieren i den koordinerende rollen, har ansvar for å organisere operasjonsstuen, finne og bistå med utstyr til de som er i det sterile feltet. De må og ha et blikk på hele stuen, til enhver tid. De har ansvar for at antall personer og trafikk på stuen begrenses for å forebygge kontaminering av det sterile feltet. De har og et ansvar for pasienten og dens velvære. Den koordinerende operasjonssykepleieren har ansvar for å leire pasienten. Det vil si å legge pasienten i et kirurgisk leie slik at den operative tilgangen blir best mulig, og at trykk på hud og nerver forbygges i størst mulig grad. Vedkommende må også påse at pasienten har riktig temperatur for å hindre hypo- eller hypertermi. Når pasienten er klargjort blir det kirurgiske feltet desinfisert (Eide & Dāvøy, 2018). På bakgrunn av dette blir den koordinerende operasjonssykepleieren omtalt som pasientens advokat (Goodman & Spry, 2017).

3.0 Tidligere forskning

Det er gjort forskning innenfor operasjonssykepleie, men lite forskning som omtaler flyten på operasjonsstuen. I en GT studie gjør man grundig søk etter litteratur etter at hovedutfordringen og kjerne kategorien har blitt utviklet fram av data (Giske & Artinian, 2007). I forskningen til Rasmussen et al. (2015) og Sirevåg et al. (2021) kommer det fram at operasjonssykepleier jobber i et høyrisiko miljø, og at det derfor er viktig at operasjonssykepleier mestrer avanserte atferder for å oppnå en sikker og effektiv operasjonssykepleie og for å kunne mestre uventede situasjoner.

Det er gjort søk i anerkjente medisinske databaser for å finne relevant forskning til vårt tema. Søkene ble gjort i databaser som Cihnal, Oria og PubMed. Det er funnet både nasjonale og internasjonale studier. Gjennomgang av studiene er gjort systematisk (Vedlegg 1)

3.1 Presentasjon av forskning

Operasjonssykepleieren har en viktig rolle i teamet på operasjonsstuen. De bestemmer når operasjonsstuen er klar, når kirurgen skal ringes og når det er klart for operasjonsstart. Operasjonssykepleier bruker sin kunnskap om tilgjengelig utstyr til å planlegge inngrepenes rekkefølge. En stor del av operasjonssykepleierens ansvar er å etablere og vedlikeholde et sterilt felt. Operasjonssykepleierne bidrar gjennom autoritet ovenfor de andre teammedlemmene at de også overholder standardene som et sterilt felt krever (Sirevåg et al., 2021).

I forskningen til Björn & Boström (2008) Sirevåg et al. (2021) og Rasmussen & Torjuul (2012) kommer det fram at planlegging er en viktig del av operasjonssykepleierens hverdag. Sirevåg et al. (2021) skriver at operasjonssykepleiere opprettholder kontroll over situasjonen ved å bidra til avansert planlegging og alltid være et skritt foran. I en annen forskning kommer det fram at under planleggingen er operasjonssykepleier innom tanken på hva som kan skje under et inngrep. Det er derfor nødvendig at man har kjennskap til og vet hvor utstyr er i avdelingen til enhver tid (Rasmussen & Torjuul, 2012). Ved å se det større bildet planlegger og prioriterer operasjonssykepleierne utover den gjeldende prosedyren (Sirevåg et al., 2021). I forskningen til Rasmussen & Torjuul (2012) kommer det fram at operasjonssykepleiere

forsøker å være forberedt på at det kan oppstå uventede hendelser på operasjonsstuen. Det å forstå hva operatøren holder på med bidrar til at operasjonssykepleier kan være i forkant, slik at inngrepet glir lettere.

Beslutninger angående pasienten og teamet på operasjonsstuen er basert på en situasjonsbevissthet (Sirevåg et al., 2021). Operasjonssykepleiere har standardiserte rutiner, som sjekklister og prosedyrer som blir brukt for å ivareta pasientsikkerheten (Rasmussen & Torjuul, 2012). Disse bidrar til å bygge en felles situasjonsbevissthet som er viktig for å forebygge uønskede hendelser (Sirevåg et al., 2021).

Rasmussen og Torjuul (2012) påpeker at et godt teamarbeid er viktig mellom de to operasjonssykepleierne på stuen. Det er viktig å kunne stole på hverandres kompetanse og kunne kommunisere når det uventede oppstår. Gjennom utdanning utvikler operasjonssykepleierne ferdigheter i rollen som steril og koordinerende operasjonssykepleier. Det er vanlig å veksle mellom disse rollene gjennom arbeidsdagen eller ved langvarige inngrep. Sirevåg et al. (2021) skriver at rollen som sterilt utøvende operasjonssykepleier er tidligere blitt sett på som den viktigste i teamarbeidet. Hun konkluderer med at det er lite fokus på den koordinerende rollen, og at denne rollen blir sett på som mer kompleks og selvstendig på grunn av deres arbeid og ansvarsområder. Selv om operasjonssykepleiere arbeider selvstendig, er det viktig at man som team arbeider for å nå felles mål og for å løse problemer. I et team er man avhengig av å hjelpe hverandre i alle situasjoner og man har respekt for hverandres arbeid. Björn & Boström (2008) skriver at når teamarbeidet på operasjonsstuen var oppmerksomme og stolte på hverandre opplevdes samarbeidet både effektivt og morsomt.

Operasjonssykepleiere har oversikt over det sterile feltet og resten av operasjonsstuen. De andre på teamet fokuserer på sine arbeidsoppgaver, og får i mindre grad med seg andre ting som skjer på stuen, det er derfor viktig at operasjonssykepleier er observant for å kunne forebygge uønskede hendelser (Sirevåg et al., 2021).

I kaotiske situasjoner var det utfordrende å få oversikt og kontroll. De opplevde arbeid under tidspress som stressende. Å være trygg på egen kompetanse er viktig for å mestre utfordringer som oppstår, det er også viktig for å kunne hevde egne synspunkter og meninger i teamet (Rasmussen & Torjuul, 2012). Ved stressende, vanskelige eller uforutsette hendelser kan det

oppstå verbale utbrudd som hos noen oppleves som kommanderende og ubehagelig. Tydelig kommunikasjon er nødvendig ved uforutsette hendelser for å kunne handle raskt, effektivt og koordinert. Dette gir ikke rom for misforståelser som er viktig for nyutdannede operasjonssykepleiere (Rasmussen et al., 2015; Rasmussen & Torjuul, 2012). Å kunne tilpasse kommunikasjonsteknikkene etter situasjonen bidrar til en bedre forbindelse mellom teammedlemmene. Non verbal kommunikasjon blir brukt for å ikke distrahere de andre på teamet (Rasmussen & Torjuul, 2012). Samtidig er denne kommunikasjonsformen vanskelig for nyutdannede å forstå. Å tolke et blick eller en håndbevegelse og utføre tiltak utfra dette opplevdes som krevende (Rasmussen et al., 2015).

Operasjonssykepleiere kunne oppleve mangel på respekt fra andre yrkesgrupper på operasjonsstuen, dette fordi deres arbeidsoppgaver var lite kjent, som for eksempel det sterile feltet (Björn & Boström, 2008). I forskningen til Leonardsen (2013) kommer det fram at respekt, kommunikasjon og kvaliteten i samhandlingen mellom teamet på operasjonsstuen spiller en stor rolle i behandling og sikkerhet hos pasienten. Oksavik et al. (2021) skriver og at gjensidig respekt i teamet, fører til et åpent miljø, der det er lettere å stille spørsmål og kunne kommunisere. Videre i forskningen skriver de at nye operasjonssykepleiere opplever å bli avbrutt i arbeidet av teamet. Det var derfor vanskelig å lese situasjonen og det tok lengre tid å instrumentere kirurgen.

Kognitive ferdigheter er grunnleggende for at operasjonssykepleiere kan delta i de ulike fasene under et inngrep og i teamarbeid. For å kunne forstå hva som skjer på operasjonsstuen er det viktig med teoretisk kunnskap. Videre i forskningen beskriver de at det også er viktig å ha erfaring fra de ulike inngrepene for å kunne utvikle kunnskap og gjøre det om til selvstendige vurderinger og tiltak (Rasmussen et al., 2015). Nyutdannede i studien til Rasmussen & Torjuul (2012) beskriver at det er ønskelig å gå vakter med erfarne operasjonssykepleiere, da dette bidrar til økt trygghet. De opplevde at det var vanskelig å være forberedt på uønskede hendelser og hvilke utfordringer dette innebærer. Erfarne operasjonssykepleier forklarte at nye operasjonssykepleiere ikke vet hva de skal se etter (Rasmussen & Torjuul, 2012). Nye operasjonssykepleiere og de med mindre erfaring har en tendens til å fokusere på en oppgave og ikke helheten av operasjonen, dette er med på å bidra til en begrenset situasjonsforståelse (Song & Hansen, 2018). Uforutsette hendelser og stressede situasjoner er noe man mest sannsynlig vil oppleve på en operasjonsstue. Det er

derfor viktig med god opplæring som kan forberede operasjonssykepleierne på dette (Sirevåg et al., 2021).

Det blir beskrevet i studien til Sirevåg et al. (2021) at for å kunne argumentere og foreslå endringer som motsier det medisinske personalet er det viktig med erfaring og kunnskaper. Som nyutdannet vil det oppleves som vanskeligere å ta selvstendige beslutninger, fordi de mangler erfaringen og kunnskapen. I Rasmussen et al. (2015) beskriver de viktigheten av at nyutdannede får nok tid til å planlegge og tenke framover for å ha kontroll over instrumenter og inngrepet. Hjelen & Sagbakken (2018) skriver at den viktigste strategien for å øke pasientsikkerheten og heve kompetansen, er å utvikle erfaringskunnskap. Det å kunne dele kliniske erfaringer og reflektere over dette er derfor viktig. Å ha lite erfaring bidrar til utrygghet. Oksavik et al. (2021) skriver og at den erfarne operasjonssykepleieren skal være en rolle modell og en veileder for å kunne skape et godt miljø, hvor alle bidrar til trygghet og kompetanse innad i teamet. Å være til stede for hverandre bidrar til økt pasientsikkerhet.

4.0 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å belyse operasjonssykepleiers utfordringer og hvordan de løser dem. Studien er gjort med grounded theory som metodologi, og den endelige problemstillingen kom derfor til etter at observasjoner, intervjuer og analysering var gjennomført. Gjennom vårt datamateriale fant vi ut hva som var operasjonssykepleiers hovedutfordring og hvilke strategier de brukte for å løse denne. Vår problemstilling ble dermed:

"Hvordan bidra til flyt på operasjonsstuen?"

5.0 Metode

En metode kan beskrives som selve forskningsaktiviteten, hvordan forskeren velger å begynne de praktiske aktivitetene som utvalg, datasamling, dataanalyse og rapportering (Carter & Little, 2007). Å benytte metoder er grunnleggende for å finne data som er relevant og passer til problemstillingen. Det vitenskapelige arbeide har som mål å ekspandere vår forståelse (Thornquist, 2018). Forskere gjør seg tanker i forhold til valgt problemstilling, som vil si at den blir påvirket av egne erfaringer. Ut fra disse erfaringene velger en forsker sin metode og metodologi. Kvantitativ forskning kjennetegnes med at resultatene bunner i realiteter og fakta, og ikke personlige meninger. Den kvalitative forskningen er naturalistisk og har fokus på den menneskelige erfaringen, dataen er fortellende og subjektiv (Polit & Beck, 2021).

I denne studien søker vi informasjon om operasjonssykepleierens erfaringer og opplevelser med sitt arbeid på operasjonsstuen. Ut fra denne tilnærmingen valgte vi å gjøre en studie av kvalitativ karakter. Kvalitative metoder egner seg når forsker ønsker å forstå hvorfor mennesker gjør som de gjør, og det bidrar til å få et helhetlig perspektiv (Polit & Beck, 2021). Det er gjort studier om operasjonssykepleiere, men lite studier som omtaler flyten på operasjonsstuen og hvordan dette oppnås. Vi mener derfor at det er nyttig å studere operasjonssykepleierne nærmere med hjelp av kvalitativ forskning. Vi ønsket å ha fokus på hvordan operasjonssykepleieren arbeider og hvordan samhandlingen er på operasjonsstuen, og har derfor valgt å bruke grounded theory som metodologi. Metode og metodologi kan ofte forveksles med hverandre, men det er ikke det samme. Definisjonen av metodologi er beskrivelse, forklaring eller rettferdiggjøring av metoden, og ikke selve metoden (Carter & Little, 2007). Gjennom metodologi realiserer forskeren sin hensikt. De vurderingene og tiltakene som blir gjort er med på å svare på forskningsspørsmålet. I metodologi integrerer man vitenskapsteori, teori, metode, empiriske data og analyse. På bakgrunn av dette velges en eller flere metoder. Forskeren ser på hvordan data skal produseres, samles og analyseres (Johnsen-Høines & Alrø, 2019).

5.1 Grounded theory som metodologi

Barney G. Glaser og Anselm Strauss grunnla grounded theory på 1960-tallet. Glaser kom fra Columbia University og drev med kvantitativ forskning. Strauss kom fra Chicago University

hvor fokuset var kvalitativ forskning (Glaser & Strauss, 1967; Hartman, 2001). Sammen forsket de på døende på sykehus. Glaser og Strauss skriver at oppdagelsen av teori de fant gjennom data, kalte de grounded theory (Glaser & Strauss, 1967). Etter en stund utviklet de to forskerne forskjellige retninger av metodologien. Glaser's retning blir beskrevet som den klassiske. Noe av det som kjennetegner den klassiske retningen er at forsker skal gå åpent inn i innsamling av data, uten en bestemt problemstilling, samt være var for dataene som kommer inn (Glaser & Strauss, 1967; Hartman, 2001). I den klassiske retningen er det viktig å samle inn data og analysere samtidig, teorien skal etter hvert vokse fra dataen og bli tydelig for den som forsker. «Emerge» er et sentralt begrep i den klassiske GT'en som forklarer hvordan teorien vokser fram fra data (Glaser, 1978). Vi bruker den klassiske retningen i vårt arbeid med denne studien.

Å oppnå en induktiv dannelse av nye teorier som hadde holdepunkt i praksis var noe av motivasjonen til Glaser og Strauss (Glaser & Strauss, 1967; Lomborg, 2005). En induktiv tilnærming innebærer at man trekker slutninger fra det enkeltstående til det allmenne (Malterud, 2018). Forsker samler data fra praksisfeltet for å finne deltagernes hovedutfordring (main concern) og bruke dette for å forme nye teorier om temaet. Formålet er å søke etter og forklare hvordan mennesker gjenkjenner og løser utfordringer innen det området en studerer (Glaser, 1978; Glaser & Strauss, 1967). Kjernekategori er måten deltakerne løser hovedutfordringen på. I GT vet man ikke hva som er relevant eller viktige data på forhånd, det er derfor viktig at forskeren har en åpen holdning i møte med data. En skal minimere egne fordommer og personlige hypoteser. En må som forsker være årvåken og ydmyk til data for å klare å holde seg åpen gjennom datainnsamlingen (Satinovich, 2014).

Grounded theory er en metodologi som egner seg til å forske på sosiale fenomener, og egner seg godt til å undersøke sykepleiernes praksiserfaringer (Glaser & Strauss, 1967; Lomborg, 2005). I denne studien brukes GT for å utforske operasjonssykepleieres utfordringer eller hovedproblem på operasjonsstuen. Ut ifra data som samles formes det en teori om temaet. Det finnes to typer teorier, formal teori og substantiv teori. I denne studien utviklet vi en substantiv teori om operasjonssykepleierens erfaringer. Vi samlet data om operasjonssykepleiere på operasjonsstuen, og studerte deres egenskaper og væremåte (Glaser & Strauss, 1967). I en slik substantiv teori skal man altså samle substantive koder og arbeide med disse. I det åttende intervjuet opplevde vi at det var mye som gikk igjen og lite nytt kom

frem. Vi konkluderte med at vi hadde nådd et metningspunkt og avsluttet intervjuene (Glaser & Strauss, 1967).

5.2 Datasamling

I GT sier man at alt er data, så lenge det er relevant for problemstillingen (Glaser, 1998). Datainnsamling kan gjøres på forskjellige måter i kvalitativ metode, for eksempel med observasjon eller individuelle intervju (Carter & Little, 2007). I denne studien har vi samlet inn data fra både observasjoner og individuelle intervju for å oppnå dybde, variasjon og bredde i datamaterialet, noe som er anbefalt når man har valgt GT som metodologi (Glaser, 1978).

I GT er det ønskelig å utvikle ny teori hvor man jobber med å være åpen og stille åpne spørsmål (Glaser & Strauss, 1967; Hartman, 2001). I GT benytter forskeren en induktiv metode i starten av datainnsamlingen (Glaser, 1978). En analyserer data og prøver å finne en sammenheng mellom ulike data som trer fram. Når man ser hovedutfordring og kjernekategori kan man være mer spesifikk i datasamlingen for å etablere et nytt utvalg basert på funn som er gjort. Det vil si at man benytter et teoretisk utvalg, noe som er viktig i GT (Glaser, 1978). Datainnsamling og analysering foregår parallelt. Etter hvert som data samles, blir informasjonen med på å bestemme videre utvalg (Brinchmann, 2014).

Når hovedutfordringen og kjernekategorien begynner å tre fram kan forskeren avgrense datasamlingen til det som er relevant for å forstå hvordan deltagerne løser sin hovedutfordring. Når forskeren ser at aspekter av innsamlet data er konsise, og at materiellet er stort nok, kan forskeren si at sammenhengen som er funnet er generell for feltet som blir studert. Slik kan man til slutt utvikle en generell forklaring ut ifra datamaterialet (Glaser, 1978).

5.2.1 Utvalg

Det substantive feltet for vår studie er operasjonsstuen. For å kunne få mest mulig variasjon i data til studien valgte vi observere og intervjuere operasjonssykepleiere som har forskjellig arbeidserfaring.

Før studien startet utarbeidet vi disse inklusjon og eksklusjonskriteriene:

Inklusjonskriterier:

- Type operasjon for observasjon: åpen kirurgi og knivtid >50 minutter
- Operasjonssykepleiere: forstår og snakker norsk og mist 1 års erfaring

Eksklusjonskriterier:

- Operasjoner der det er andre studier som foregår

Vi rekrutterte åtte operasjonssykepleiere som til daglig jobber på operasjonsstuen.

Informantene var kvinner og hadde mellom 5 og 25 års erfaring innen forskjellige spesialiteter som ortopedi, gynekologi, thorax og generell kirurgi. Alderen varierte fra 30 til 62 år.

Datasamling er gjort på to forskjellige sykehus og fire forskjellige avdelinger.

Det er vanlig i grounded theory at en benytter teoretisk utvalg, noe som betyr at forskeren hele tiden vurderer hva en skal spørre om og hvem som er gode informanter. Glaser definerer teoretisk utvalg som er en prosess hvor man samler inn data for å skape en teori. Forskeren samler inn data, koder og analyserer innholdet og bestemmer videre hvilke data man trenger for å belyse hovedproblemet. Dette for å kunne utvikle en teori fra analysen av data (Glaser, 1978). Teoretisk utvalg støtter oppunder den konstante sammenligningen som foregår i en GT. Forskeren må hele tiden være involvert på flere nivåer og i forskjellige retninger i denne prosessen (Polit & Beck, 2021). Etter hvert som teorien utvikler seg, er det hovedproblemet og kjernekategoriene som kommer frem av analysen som styrer det teoretiske utvalget (Glaser, 1978).

For å kunne utvikle en GT som er uavhengig av tid, sted og personer, valgte vi å gjøre observasjoner og intervjuer med operasjonssykepleiere med ulike erfaringer (Glaser, 1978). I det åttende intervjuet opplevde vi at det var mye som gikk igjen og lite nytt kom frem. Vi konkluderte med at vi hadde nådd et metningspunkt og avsluttet intervjuene.

5.2.2 Observasjon og dybdeintervju

I GT er det vanlig å samle inn data ved hjelp av observasjon og intervju (Polit & Beck, 2021). I følge Glaser kan data samles inn ved hjelp av alle former (Glaser, 1978). Vi valgte i denne studien å starte med å samle inn data ved observasjon og intervju av operasjonssykepleiere. Hensikten med ustrukturert observasjon er å innhente mest mulig informasjon innenfor et bestemt område (Olsson & Sørensen, 2003). Ved å bruke observasjon fikk vi et annerledes og direkte innsyn i handlingene som foregikk på operasjonsstuen. Vi kunne studere handlinger som hendte uten å være delaktig i det som skjedde (Malterud, 2018). Under observasjonene satt vi et hjørne inne på operasjonsstuen, for å være minst mulig i veien, men samtidig kunne ha en oversikt over hele stuen. Vi var nøye på at observasjonene skulle være objektive og at vi ikke skulle gripe inn i situasjoner som vi observerte (Olsson & Sørensen, 2003). Veilederen vår rådet oss til å skrive ned observasjoner, refleksjoner og analyse på et A-4 ark. Vi hadde med oss en kladdebok, der vi skrev ned alt vi observerte, det ble notert ned noen små stikk ord av refleksjon, hvis det oppstod noen tanker umiddelbart. For å få med seg alt som skjedde på stuen, ble det skrevet mer detaljerte refleksjoner og analyse når man satt og transkriberte. For at det skulle være mest mulig friskt i minne, ble dette gjort samme dag.

Etter hver observasjon ble det fulgt opp med intervju der operasjonssykepleierne kunne formidle sine tanker og opplevelser. Dette for å kunne hente ut rike og relevante empiriske data. Gjennom å intervju operasjonssykepleiere kunne vi innhente informasjon om hva som var viktig for dem, lytte til hva som var deres hovedutfordring og hvilken strategi de brukte for å løse dem. Selv om vi hadde et åpent intervju, var det noen spørsmål som gikk igjen. Siden vi har valgt GT som design, hadde vi forberedt intervjuene med å tenke gjennom og formulere mulige spørsmål til intervjuet. Guiden hadde noen nøkkelspørsmål som vi var nysgjerrige på og gjerne ville undersøke med informantene. Vi hadde som mål å starte intervjuene med åpne spørsmål slik at informantene kunne fortelle om det som var viktig for dem. Vi unngikk spørsmål hvor man kan svare ja/nei, men ønsket derimot svar som er fylldige med detaljert informasjon. Oppfølgende spørsmål som “hvordan følte/opplevde du det?”, “hva skjedde så?” og “kan du si mer om det?” var supplerende til de spørsmålene vi brukte (Polit & Beck, 2021). Siden datainnsamlingen og analysering pågår parallelt, førte analysen til at vi stadig stilte oss selv nye spørsmål vi søkte svar på (Glaser, 1978). Før de tre siste intervjuene ble det lagd en intervjuguide (Vedlegg 2). Intervjuguiden ble endret før hvert

intervju da spørsmålene vi satt igjen med ble endret underveis. Dette for at vi kunne oppnå en metning i teorien.

Ved bruk av intervju i kvalitativ forskning er det vanlig at intervjuet spilles inn og transkriberes (Kvale & Brinkmann, 2015). Hjälmhult (2014) skriver at Glaser ikke anbefaler båndopptak under intervju, men at man skal notere viktige momenter underveis for å ikke drukne i data. De forklarer videre at utfra egen erfaring er det godt å ta opp intervju på lydbånd, og skrive de ut, for å bli godt kjent med datamaterialet. For at vi skulle være sikre på at vi fikk med oss viktig informasjon i intervjuene, valgte vi å bruke båndopptaker. Dette var en ekstra støtte som ga oss sikkerhet i at vi fikk med oss viktige momenter i den åpne kodingen. Det gjorde også at vi kunne ha fokus på informanten under intervjuet.

Båndopptakeren som ble brukt ble testet før hvert intervju for å forsikre oss om at alt fungerte som det skulle.

5.3 Dataanalyse

Etter hvert gjennomførte observasjon og intervju, gikk vi gjennom lydopptaket og observasjonsnotatet og transkriberte materialet. Vi skrev det først normert og etter hvert så nært opp til det muntlige språket som mulig, med nøling, latter mm. Vi tok ut personidentifiserbar informasjon fra den skrevne teksten.

Memoer er en viktig del av prosessen i GT. Dette er forskerens egne nedskrevne ideer/tanker og skal derfor ikke bearbeides. Forskeren skriver memoer under hele datainnsamlingen og analyseringen, det er derfor lurt å ha tilgjengelig en bok til enhver tid (Brinchmann, 2014). Vi skrev ned våre memoer på pc eller i bok, som vi ikke delte med hverandre før under den selektive kodingen. Det ble gjort bevisst for at vi ikke skulle påvirke hverandre, men få ned våre egne tanker og refleksjoner. Under den selektive kodingen tok vi frem memoene og gikk gjennom disse sammen for å undersøke om det var noe informasjon som var av interesse. Å skrive memoer er et hjelpemiddel i teoridannelsen, og brukes til å finne informasjon man skal søke etter i neste intervju (Brinchmann, 2014).

Etter transkriberingen begynte vi med analysen og kodingen av data. I GT skjer analyseringen i tre faser; åpen, selektiv (substantiv koding) og teoretisk koding. Under kodingen framtrer hovedutfordringen og kjerne kategorien. Gjennom koding fikk vi datamaterialet som vi brukte

videre i datainnsamlingen (Thulesius, 2014). For å analysere det transkriberte materialet, ble det skrevet ut i papirform og vi gikk gjennom materialet hver for oss. Vi gikk gjennom setning for setning og satte navn (substantiv koding) på utsagn og hendelser (indikatorer) ut fra intervjuet. Deretter satt vi oss sammen og gikk gjennom hvilke substantiv kodinger vi hadde funnet, og sammenlignet arbeidet som var gjort. Vi så på hva som var hovedutfordringen til informantene og hvilke forhold og strategier de hadde. Det var her navnet på de forskjellige gruppene med koder begynte å ta form. Dette er det som beskriver den første delen av dataanalysen, hvor man gjør en åpen koding og koder innsamlet data. En bevisst sammenligning av koder og kategorier skaper meningsfulle egenskaper hos de forskjellige kategoriene. Når man bruker denne måten å sammenligne på, gir det oss et betydelig rikere utbytte av begrep, og forholdet mellom dem, i motsetning til hva som ville kommet ut av å bare summere kodene. Dette gjør at en teori skapes. Når en konstant sammenligner, sikrer det at den genererte teorien er integrert i data og stemmer med data (Hjälmhult, 2014).

Under selektiv koding begynner man å se en avgrensning i dataen som er fremtredende og en finner personenes hovedutfordring (main concern) og hvordan dette blir løst (kjernekategori), det er her man går fra åpen til selektiv koding. Hovedanliggende og kjernekategori blir brukt som en guide for videre datasamling (Hjälmhult, 2014). Etter vi hadde valgt ut de forskjellige gruppene med begrep og en kjernekategori, stilte vi oss nye spørsmål (teoretisk datasamling) til neste intervju. Vi satt igjen med spørsmål som vi ville i dybden på, og vi ønsket å teste ut om det vi hadde kommet frem til var gjenkjennbart hos informantene. Analysen bør fortsette inntil det oppstår teoretisk metning av den teorien som er blitt utviklet, det vil si at det ikke fremtrer nye kategorier av innsamlet data, men den bekrefter teorien (Hjälmhult, 2014). Dette opplevde vi etter fem observasjoner og åtte intervjuer.

For å klare å sortere og plassere underpunktene til de kategoriene, ble disse ordene printet ut på egne ark. Vi brukte lang tid på finne riktige plassering, da vi opplevde at mange av ordene var overlappende og kunne passe inn i flere kategorier. For å få ordene på rett plass var kodene kontinuerlig sammenlignet på tvers av temaene. Dette ble gjort for å finne ut hva som virkelig var kjernevariabelen hos operasjonssykepleierne. Hvilke strategier bruker de, og hva er konsekvensene? Navnet på gruppene med koder ble arbeidet med for at de skulle bli mer

treffende og at kodene skulle passe under dem. Se tabeller for å få eksempler på koding og utvikling av kategorier.

Tabell 1: Eksempel på analyse og utvikling av begrep

I denne tabellen gir vi et eksempel på hvordan vi har utført analysen og hvordan begrepene utviklet fra data. Det ble lagd tre tabeller under analyseringen (Vedlegg 3).

Data	Åpen koding	Selektiv koding	Endelig begrep
<p>Vi lager jo i stand utstyret, enten gjør vi som er på stuen det eller en eller annen ans eller en eller annen har gjort det, og vi har gått igjennom stuen og ser at den er klargjort for det vi skal gjøre – har det utstyret de, rekkene og det som trengs der inne, og har med utstyret å...</p> <p>Etter hvert har jeg såpass god erfaring at jeg vet hva de trenger, det forskjellige sant, så jeg vet at den liker det og så det, så jeg er gjerne litt heldig akkurat der i forhold til dere som er ny utdannete – hehe- men det er liksom du... tenker igjennom at du har inne i rekkevidde det som trengs, både leiringsutstyr, varme tepper.. ja, det som trengs.</p> <p>Til hånde rollen som den sterile rollen har jo enkelte ting som går igjen i nesten alle inngrep, da igjen noter ned, hva er det en egentlig alltid gjør, med leiring og hva passer en på, diatermi og sug, skal de ha plate? Er det ja, notere tidspunkt, vi må</p>	<p>Lager utstyr i stand på forhånd</p> <p>Kontrollerer operasjonsstuen</p> <p>Arbeidsoppgaver skjer automatisk med mer erfaring</p> <p>Planlegger plassering av utstyr for å bedre arbeidsforhold</p> <p>Lære seg rekkefølgene på oppgavene som skal gjøres</p>	<p>Organiserer instrumenter og utstyr</p> <p>Forbereder seg til ulike inngrep</p> <p>Tenker framover</p>	<p>Planlegger</p>

<p>sjekke containere, sjekke utstyr alt det her, og det virker jo ganske enkelt, men det er så mange ting som skal gjøres egentlig samtidig, så lærer en seg etter hvert og tenke okei, nå er det 5 ting jeg skal gjøre, hva er best at jeg gjør først for logistikken sin den og hva kan vente til senere. Sant, du begynner ikke hjelpe anestesien og sette på armbord hvis pasienten er klar til å bli vasket og den sterile sykepleieren er klar og står og venter på å få dekke. En må tenke på hva det er som er mine oppgaver og hva er greit å gjøre først og sist. Det er alltid greit å legge på diatermiplaten før du vasker, for ellers så glemmer en det også er det dekket også må du krype under på gulvet for å få plassert platen, såne småting gjør at det tar lengre tid, hvis man ikke klarer å få med seg alt i rett rekkefølge.</p> <p>sant, vi må kunne ... så er det noe med den du har med. Du har med kunnskap, som er litt vanskelig å sette ord sånn på stående fot, men du har den med deg. Med trykkskader, med blødning, med fargen i fjeset, asså klam ... såne ting som du bruker når du må, og da har du en kunnskap i bagasjen som du kan bruke det.</p>	<p>Kontrollere utstyr</p> <p>Planlegge rekkefølgen oppgaver skal gjennomføres i</p> <p>Ting tar lengre tid om det ikke blir gjort i en rekkefølge</p> <p>Har kunnskapen med seg, og bruker den kontinuerlig</p>	<p>Forebygger pasientskader</p>	
---	---	---------------------------------	--

Teoretisk koding er den tredje og siste fasen, her søker man etter måter å relatere substantive koder på. De substantive kodene som er utviklet i analysen gir innhold i teorien og uten dem blir teorien tomme abstraksjoner. Den teoretiske koden vever den splittede historien sammen igjen (Glaser, 1978).

Under den teoretiske kodingen tok vi fram memoene som var skrevet underveis i prosessen. Det vi så når vi tok i bruk memoene, er at vi har skrevet for få og for lange notater. Dette problemet ser vi også er blitt nevnt av Østerlie (2014) i boken «Innføring i Grounded Theory». Det vi har sett i ettertid er at memoene våre inneholder lite ny informasjon i forhold til innsamlet data og vi fikk derfor lite hjelp av memoene i arbeidet med teoretisk koding. Ved en evt. ny GT studie ville vi ha brukt denne erfaringen til å skrive bedre memo i form av hele setninger.

Teoretiske koder er fleksible, og flere kan passe til samme data. Den teoretiske koden viser til hvordan de ulike begrepene er relatert til hverandre. Under arbeidet med denne forskningen har utviklet tre begreper som er overlappende og henger godt sammen, men vi har ikke funnet et godt navn på den teoretiske kodingen. Vi har brukt ord som symfoni, som vi ser fungerer, men vi har ikke kommet lengre i prosessen. Det er forskerens valg å bestemme den teoretiske kodingen og den skal være beskrivende for verden (Glaser, 1978).

5.4 Vurderingskriterier i GT

I grounded theory er det fire kriterier som må være til stede for at en studie skal ha høy validitet. Disse kriteriene er “samsvar” (fit), “fungere” (work), “være relevant” (relevance) og “kunne modifieres” (modifiability). Å ha et åpent sinn og ikke bygge data på eksisterende teori, gjør at begrepene som kommer fram i analysen er treffende (grab) (Giske, 2014a). Ved å utvikle begreper med «grab» vil det gjøre dem interessante og folk vil huske dem og kunne ta dem i bruk. For å oppnå dette må teorien være i samsvar med data, og relevans handler om at den må fungere i praksis. For å utfylle disse kriteriene må man ha arbeidet systematisk med koding av forskningsdata. Teorien må også være lett modifierbar, basert på stadig nye informasjon fra nye data (Glaser, 1978).

Under datainnsamlingen har vi arbeidet med å legge vår forforståelse til side og være åpne. Når vi observerte skrev vi ned alt vi så, samt lagde refleksjoner om hvorfor de gjorde som de gjorde. Under intervjuene har vi latt informanten snakke fritt og åpent og prøvd å ikke styre samtalen. Dette er for at det som operasjonssykepleierne er opptatt av skal tre frem. Under

analysen av datainnsamlingen så vi hvilke ord og informasjon som gikk igjen. Vi kom opp med noen begreper som vi syntes var sammenlignbare (fit) og fungerte (work).

De begrepene vi satt igjen med etter noen intervjuer, testet vi under neste intervju for å se om det var noe de kunne kjenne seg igjen i og om det var relevant for informanten (relevance).

Det var flere begreper som vi syntes var beskrivende, men som operasjonssykepleierne vi intervjuet ikke kjente seg igjen i. Vi måtte derfor legge disse begrepene vekk og komme opp med nye. Etter vi hadde gjort dette i noen intervjuer, stod vi igjen med noen begrep som var beskrivende, hadde «grab» og som operasjonssykepleierne kjente seg igjen i.

Med «work» skal teorien gi en antagelse, forklaring og tolkning på hva som foregår i det området som forskes på (Lomborg & Kirkevold, 2003). Dette oppnås ved å få «fakta» (hva som foregår) ved systematisk samfunnsforskning. For at teorien skal fungere, må kategorier passe, men den må også "fungere" i kjernen av det som foregår; den må være relevant for handlingen i området (Glaser, 1978). Med det mener vi de begrepene vi har funnet må forklare atferden på operasjonsstuen og at det må fungere i praksis (Giske, 2014a).

«Relevance» skal være relevant for handlingen på det området hvor det forskes. Det blir satt fokus på de kjerneproblemene og prosessene (Lomborg & Kirkevold, 2003). Teorien skal være relevant for deltakerne, og den skal handle om deres utfordringer og hvordan de håndteres (Giske, 2014a). I GT kommer «relevance» naturlig, fordi den lar kjerneproblemer og prosesser dukke opp fra analysen av data (Glaser, 1978). Dette kan for eksempel være at operasjonssykepleierne kjenner seg igjen i begrepene og hvordan hovedutfordringen blir håndtert.

Modifiserbarhet er et viktig kriterium i GT, da skapte og begrunnede teorier kan dukke opp gjennom årene (Glaser, 1978). «Modifyability» betyr at GT kan gå gjennom endringer når ny data dukker opp, og genererer kvalifikasjoner til teorien. Hvis man erkjenner at sosial virkelighet er dynamisk og går gjennom små endringer, må teori, plassert i en kontekst også være åpen for modifikasjon (Lomborg & Kirkevold, 2003). Samfunnet er stadig i en endringsprosess og ingen teori er «endelig». Teorien kan aldri være mer korrekt en dens evne til å bearbeide dataene (Glaser, 1978).

5.5 Styrker og svakheter med GT

Alle forskningsmetoder har styrker og svakheter. Når man utfører kvalitative intervjuer er man avhengig av at forskeren har ferdigheter og personlig skjønn når spørsmålene stilles (Kvale & Brinkmann, 2015). Styrken med GT er at den tar data fra et beskrivende nivå til et begrepsmessig nivå. Samtidig kan denne metodologien være utfordrende og ingen enkel oppskrift å følge (Artinian et al., 2009). Å utføre forskning med hjelp av GT er komplisert og krever mye ressurser, både for å kunne forstå, men også gjennomføre. Noen forskere forteller at de kun er inspirert av GT for å ikke love for mye (Lomborg, 2005). Å starte med denne metodologien som nybegynner er ikke enkelt, en kan ikke forvente å raskt ta til seg, begripe eller fordøye GT (Glaser, 1998). Det finnes omfattende litteratur og ikke alle blir beskrevet slavisk hvordan den blir gjennomført i henhold til GT (Hartman, 2001).

Vår forforståelse av operasjonssykepleie kan ha preget oppfattelsen og begrepsdanningen. Det å slippe vår forutinntatte forventning av hvordan deltakerne skulle respondere var vanskelig (Artinian et al., 2009). Når vi utførte intervjuene forsøkte vi å ikke styre samtalen mer enn nødvendig for at informanten kunne svare så fritt som mulig på spørsmålene som ble stilt. Selv om vi fokuserte på dette, opplevde vi utfordringer med å være åpen nok under intervjuene i starten av datainnsamlingen. Dette kan være på grunn av vår manglende erfaring som forsker, men også at det var utfordrende i starten å ligge forforståelsen vår til side. På tross av dette opplever vi at de første intervjuene også ga god data. Gjennom denne prosessen lærte vi mye om valgt metodologi, vi utviklet større forståelse for GT, og om å være åpen og utvikle spesifikke spørsmål til intervjuene. Vi opplever GT som en krevende og utfordrende metodologi å forstå, det var også utfordrende å analysere data for første gang. Vi jobbet hele tiden med at vi skulle sammenligne indikatorer fra data, samt at vi skulle være tro overfor den dataen vi samlet inn. Vår forforståelse for operasjonssykepleie kan også ha virket positivt for å oppnå teoretisk sensitivitet, noe som er viktig i GT (Glaser, 1978). Vi har vært så heldig å ha Tove Giske som en av våre veiledere til denne oppgaven. Hun har lært oss og forklart GT på en forståelig måte. Denne prosessen har vært utfordrende, men samtidig veldig lærerik. Tiden vi hadde for å fullføre denne masteroppgaven krevde også mye av oss som nye forskere. Samtidig som vi har vokst som forskere, har denne metoden og denne oppgaven også ført til at vi har lært mye om vårt eget felt, noe som vi vil ta med oss videre i vår karriere.

5.6 Etikk

I denne studien ble det utført observasjon og intervju av helsepersonell. Vi sendte søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD), og fikk godkjenning til å utføre studien (Vedlegg 4). Ettersom det ikke er pasienter involvert, skal det etter vår forståelse ikke være nødvendig med søknad til Regional Etisk Komité (REK). For å være sikker, sendte vi likevel en forespørsel og fikk til svar om at den ikke er meldepliktig.

Studien ble gjennomført på to sykehus i Sør-Norge. Det ble sendt en søknad til klinikkdirektøren ved de aktuelle sykehusene, hvor vi også fikk tillatelse til å gjennomføre studien (vedlegg 5). Etter dette ble ledere og fagsykepleiere ved de aktuelle avdelingene kontaktet for å få hjelp til rekruttering av deltagere. De nevnte aktuelle deltakere ut fra våre kriterier, og vi avtalte intervju når det passet for driften på avdelingen. For å rekruttere flest mulig deltagere ble det også sendt ut felles e-post til avdelingene, hvor de enten kunne ta kontakt med fagsykepleier, eller ta direkte kontakt med oss dersom de var interessert. Intervjuene tok sted på deres avdeling i kjente omgivelser, i deres arbeidstid.

Ved innhenting av data i kvalitativ forskning er det viktig å overholde de etiske prinsippene som er nedfelt i Helsinkideklarasjonen, og lovfestet i helseforskningsloven §13 og §16. Før hvert intervju innhentet vi et skriftlig samtykke fra hver enkelt deltaker, de fikk også skriftlig og muntlig informasjon om vår studie, og informasjon om at de kunne trekke seg når som helst (Kvale & Brinkmann, 2015; Helseforskningsloven, 2009, §13 & §16). Intervjuene ble tatt opp med båndopptaker og deretter transkribert og lagret på dataen. Data på båndopptaker ble slettet etter transkribering.

Deltakerne fikk også informasjon om hvordan dataene ble lagret og at de ble anonymisert (vedlegg 6).

I en studie er det viktig at forskeren opptrer sann at det oppstår gjensidig tillit og respekt mellom informant og forsker. Informantene skal være sikker på at anonymiteten blir ivaretatt og at data ikke er gjenkjennbart. Det er viktig at forsker tar vare på de kvalitative dataene med aktsomhet (Malterud, 2018).

6.0 Resultat

I denne delen av oppgaven presenterer vi funn fra vår studie om operasjonssykepleiere, deres arbeidsoppgaver og hva de er opptatt av på en operasjonsstue. Kategoriene som har tredd fram i denne oppgaven vil bli framhevet med kursiv.

Operasjonssykepleiernes hovedutfordring, *main concern*, ble identifisert til “hvordan bidra til flyt på operasjonsstuen”. Denne utfordringen opplevdes som viktig for operasjonssykepleierne, og påvirket deres arbeidshverdag og driften av operasjonsstuen.

Å bidra til flyt på operasjonsstuen innebærer at operasjonssykepleieren har rutiner for hvordan et inngrep skal gjennomføres fra start til slutt. De er opptatt av å planlegge både for elektive operasjoner, men også det å være forberedt på det uforutsette som kan skje. De arbeider for å kjenne inngrepene og ønsker å bidra til et godt teamarbeid. For å oppnå en god flyt på operasjonsstuen presenterer vi de tre strategier vi har identifisert under kjernekategori «synkroniserer». Men først skal vi kort kommentere de to forholdene som kom fram som viktige i denne substantive teorien.

6.1 Forhold

Forhold er noe som operasjonssykepleierne må forholde seg til og noe de ikke kan forandre eller bestemme. Det var to forhold som kom fram som viktige i denne grounded teorien; forhold på operasjonsstuen og i teamet de arbeider sammen med på operasjonsstuen.

Det første forholdet vi vil gå nærmere inn på er *operasjonsstuen*. For de fleste operasjonssykepleiere er det her arbeidsdagen tilbringes. Ved store sykehus, er ofte operasjonsavdelingen fordelt inn i klinikker med spesialiteter, mens på noen mindre sykehus er alt samlet i en klinikk. Dette innebærer at de små sykehusene operer det som er satt opp på programmet, inngrepene kan variere mellom de forskjellige spesialitetene, som for eksempel ortopediske og gastrokirurgiske pasienter. De store sykehusene har egne avdelinger med de forskjellige spesialitetene, og kan derfor ha større og mer kompliserte inngrep.

Operasjonssykepleierne må forholde seg til forskjellige inngrep av forskjellig størrelse.

Inngrepene kan være elektive eller akutte, kompliserte eller ukompliserte. Under operasjonen kan det oppstå akutte eller uforutsette hendelser, som gjør at operasjonssykepleier må omstille seg, og tenke raskt. Eksempler på dette kan være at utstyr blir usterilt, blødning hos pasient eller at kirurgen plutselig vil ha utstyr som ikke er på stuen. Håndtering av utstyr, antall personer på stuen, størrelsen og mengden utstyr på operasjonsstuen vil variere fra operasjon til operasjon.

Operasjonssykepleierne beskriver både utstyr og antall personer som utfordrende i forhold til hvordan de skal plassere seg og sitt sterile utstyr i en gunstig posisjon. Antall kirurger kan gjøre assistansen vanskeligere, og for mange personer og en trang stue kan gjøre at det sterile området utsettes for kontaminering. Dette fører til at operasjonssykepleier må flytte på seg selv og sitt utstyr. Noen av kirurgene kan selv begynne å «forsyne seg» av instrumenter uten at operasjonssykepleieren har kontroll. Dette beskriver operasjonssykepleierne som en sikkerhetsrisiko i den profesjonelle fagutøvelsen, at kontroll og oversikt forsvinner.

Et annet forhold operasjonssykepleierne må forholde seg til er teamet de arbeider sammen med på operasjonsstuen. *Teamet på operasjonsstuen* er varierende i forhold til kompetanse og erfaring. Når en arbeider i samme team over tid, vil nye på stuen bli formet av måten teamet arbeider på. Eksempler på dette kunne være hvilke rutiner de hadde underveis i operasjonen, hvordan de organiserte utstyret sitt og hvordan de håndterte den koordinerende operasjonssykepleier rollen.

Trygghet i teamet er viktig for operasjonssykepleiere. Både den ferske operasjonssykepleieren og den erfarne operasjonssykepleieren har behov for trygghet med tanke på å kunne yte kvalitet i teamet. De erfarne operasjonssykepleierne hadde tydelig en mer selvsikker plass i teamet. De løste arbeidsoppgaver på en planmessig måte, mens de nyutdannede hadde ulike tilnæringsmåter å løse ting på. Likevel virket det som det var en kultur i avdelingen for at de nyutdannede skulle få tid og rom til å lære seg prosedyrer som kunne være til nytte i de fleste situasjoner. Åpen kultur i teamet fremmer godt samhold og bidrar til at teamet blir bedre kjent. Dette er en av faktorene som er med på å skape et godt arbeidsmiljø.

6.2 Kjernekategori

Synkronisering er kjerne kategorien i denne studien. Vi har testet flere ord, og sett på hvilke som kan uttrykke operasjonssykepleierens måte å håndtere deres hovedutfordring på, «hvordan oppnå flyt på stuen». Da vi landet på «synkronisering», søkte vi opp dens synonymer, som også passet godt og var beskrivende til strategiene. Strategiene vi har valgt er til dels overlappende og nært forbundet. Strategiene er i teksten uthevet med kursiv skrift.

6.3 Planlegger

Planlegger er noe operasjonssykepleierne gjør kontinuerlig og er en prosess i deres arbeidshverdag. For å sikre god pasientflyt og være forberedt på det som skal skje planlegger operasjonssykepleieren arbeidet sitt fra første pasienten og fram til siste pasienten er levert på post operativ avdeling. Planlegging er et praktisk og konkret, men også et mentalt arbeid. Start og slutfasen er de travleste tidene under en operasjon. For at de skal oppnå best mulig flyt arbeider den sterile og den koordinerende operasjonssykepleieren parallelt med hverandre, samtidig som de jobber som et team.

Å forberede seg til ulike inngrep er noe operasjonssykepleieren bruker mye tid på. Det innebærer at operasjonssykepleier må gjøre en del forberedelser og planlegging som for eksempel at de leser seg opp på inngrepet og hvilket inngrep skal gjennomføres, hvilken informasjon står i operatøren sin operasjonsrekvisisjon, hvilket utstyr trengs til denne type inngrep og trengs det noe spesialutstyr. I operasjonsrekvisisjonen står det også informasjon om planlagt kirurgisk leie, om det skal brukes røntgenapparat og om det trengs blodtomhet. De leser pasientdata for å få informasjon om alder, kjønn, eventuelle tilleggsdiagnoser, høyde og vekt. Å forberede et kirurgisk leie vil variere ut fra hvilken type inngrep pasienten skal ha. Operasjonssykepleier må for eksempel finne fram armbord, dersom pasienten skal operere i en arm, eller spesial fotstøtte dersom pasienten skal ligge i et gynekologisk leie.

Når operasjonssykepleierne kommer inn på stuen starter de med å *organisere instrumenter og utstyr* slik at det tilrettelagt for det inngrepet som skal gjennomføres. De skruer på det medisintekniske utstyret, som for eksempel diatermi og røntgenapparat. De ommøblerer stuen for å finne riktig plass til utstyret som skal brukes, samt best plass for den sterile operasjonssykepleieren.

Når operasjonssykepleieren som skal stå sterilt i feltet er klar og har kledd seg, åpner den koordinerende sykepleieren rister med utstyr og enkeltpakket utstyr som skal brukes. Den sterile operasjonssykepleieren organiserer utstyret slik at hen har oversikt og har klart det mest nødvendige på et assistansebord ved siden av operasjonsfeltet. Å telle at det er riktig antall instrumenter i ristene, telle kompresser, og til enhver tid å ha god oversikt og kontroll er svært viktig for den sterile operasjonssykepleieren. Dette er kontrollrutiner som er en del av operasjonssykepleiernes prosedyrer. Det blir også telt underveis i operasjonen og ved operasjonens slutt. Før inngrepet starter kobler den koordinerende operasjonssykepleieren det medisintekniske utstyret, som for eksempel diatermi og sug, som blir tildelt av den sterile operasjonssykepleieren.

Som en del av planleggingen må operasjonssykepleierne *tenke framover*, lese og tolke ulike situasjoner. Dette vurderings og tolkningsarbeidet danner bakgrunnen for valg av handlinger operasjonssykepleierne gjør. Forhold de vurderer kan for eksempel være når det er rett tid til å ringe kirurgen eller å legge inn urinkateter i forhold til anestesiens sitt arbeid. Alle på operasjonsstuen har sine arbeidsoppgaver som rettet mot pasienten, operasjonssykepleier må derfor vurdere og planlegge når det er rett tid til å gjøre sine oppgaver slik at det ikke kolliderer med det andre arbeidet som foregår på stuen.

Det kan oppstå uforutsette situasjoner som gjør at operasjonssykepleier må tenke raskt, og handle utfra erfaring og eventuelle beskjeder som blir gitt fra kirurg. Operasjonssykepleieren må vurdere hvilket utstyr som trengs, og hva kirurgen kan få bruk for ved den gitte situasjonen. Når operasjonen nærmer seg slutt, begynner den koordinerende å planlegge sitt arbeid, ved å finne fram utstyr til lukking av operasjonsområdet, og gi dette til den sterile operasjonssykepleieren. Dette frigjør tid for den koordinerende operasjonssykepleieren slik at hen unngår en mer hektisk avslutning.

Alt det operasjonssykepleieren gjør og arbeider for på operasjonsstuen er for å *forebygge pasientskader*. Gjennomføring av trygg kirurgi før, under og etter operasjon er et viktig tiltak. Hvis pasienten fryser, blir det funnet teppe som er oppvarmet, for å forebygge hypotermi. Når pasienten er klargjort, blir pasientens blærestatus sjekket. Dersom det er en langvarig operasjon eller pasienten har mye urin i blæren, blir det lagt inn et urinkateter for å forebygge skader på blæren. Etter dette blir pasienten leiret. Noe av det viktigste en operasjonssykepleier

gjør er å sikre at pasienten ligger "anatomisk" riktig og uten fare for å få leiringsskader, det vil si at det må plasseres trykkavlastende puter, geleputer og evt. reimer korrekt. Dette gjøres for å forebygge nerveskader, trykksår og andre skader. Når pasienten er leiret ferdig kan den koordinerende operasjonssykepleieren begynne å desinfisere operasjonsfeltet, det blir brukt klorhexidin sprit 5% på hud. Etter dette begynner den sterile operasjonssykepleieren å dekke til pasienten med steril dekning, hvor minst mulig hud skal være synlig i feltet. Under hele operasjonen passer både den sterile og den koordinere sykepleieren på at steriliteten overholdes og at pasientsikkerheten er ivaretatt.

6.4 Arbeider i team

På operasjonsstuen er det mye som skal skje samtidig, og mange personer med forskjellige oppgaver og roller. For at de skal kunne utføre sine oppgaver til rett tid er det viktig at teamet er synkroniserte. Alle i teamet jobber mot et felles mål som er pasienten og pasientsikkerhet. Dette oppnås med god kommunikasjon og respekt for hverandres arbeidsoppgaver, som bidrar til godt teamarbeid.

Koordinere forberedelser og innledning av operasjon er en viktig del av planleggingen hos operasjonssykepleieren. De to operasjonssykepleierne som er på samme stue bytter på hvilke roller de har. Dersom man er koordinerende under første inngrep står man som oftest sterilt under det neste inngrepet. Som ny operasjonssykepleier blir man ofte plassert i det sterile feltet, dette kommer av at den koordinerende rollen oppleves som mer krevende og mestres bedre med en erfaren operasjonssykepleier. I den koordinerende rollen bør man være godt kjent på avdelingen samt kjenne til inngrepene for å kunne handle raskt i uventede situasjoner.

Under forberedelsene i starten av operasjonen er det mye som skjer samtidig. Pasienten skal klargjøres og den som står sterilt skal få utstyr og instrumenter. For at driften skal bli mer effektiv, kan de to operasjonssykepleiere få hjelp av en tredje operasjonssykepleier som er «løs». Denne operasjonssykepleieren har ansvar for x-antall stuer, og skal bidra med assistanse, pause og lunsjavvikling til operasjonssykepleierne på operasjonsstuen. Når den tredje operasjonssykepleieren hjelper i startfasen blir arbeidet fordelt med at en tar seg av pasienten og den andre hjelper den sterile operasjonssykepleieren med å åpne det sterile utstyret.

Anestesi og operasjonssykepleier har en dialog om hvordan pasienten skal leires på operasjonsbordet. I denne fasen blir det planlagt hvor anesthesiutstyr skal plasseres for å ikke være i veien for kirurgen eller operasjonsfeltet. De har og en dialog om hvor operasjonsbordet skal stå i rommet for at kirurgen skal komme best mulig til det kirurgiske feltet. Dersom det er noe uklart med leiring av pasienten blir kirurg kontaktet.

Selv om det er et teamarbeid, arbeider de på stuen ulikt, men selvstendig, for å få gjennomført bestemte gjøremål. Anestesisykepleierne har sine spesielle oppgaver, det samme har operasjonssykepleierne. De på teamet stoler på at alle gjør arbeidsoppgavene de skal gjøre. De ulike gjøremålene sitter fortgang i det som skjer og skaper en type driv fremover.

Å støtte hverandre og ha en "åpen kultur" for å kunne spørre om hjelp, er viktig for å oppnå en god flyt. Avdelinger og sykehus er organisert på ulike måter, og dermed er det ulike personer som kan bli spurt om å hjelpe til. Noen avdelinger bruker portør for å få hjelp til leiring og/eller å holde ekstremitet til pasienten under desinfeksjon av feltet og tildekking. Andre spurte anestesi om hjelp, hvis de ikke var opptatt med andre ting. Å hjelpe hverandre gjør at arbeidet glir lettere og fortere. Eksempel på dette kan være at den som har tid til overs kan ringe kirurgen når knivtid nærmer seg.

En kultur av åpenhet gjør det også lettere å spørre om det er noe en lurte på. Noen ganger går det lang tid mellom hver gang operasjonssykepleierne er med på de forskjellige inngrepene og man trenger derfor hjelp fra noen som har gjort det flere ganger. Ofte står den sterile og koordinerende og diskuterer instrumenter og forløp under operasjonen, dette for å lære og for å forstå inngrepet og de forskjellige instrumentene som blir brukt. Den koordinerende hjelper også den sterile med å sørge for at hun har alt hun trenger, uten at hun trenger å spørre om det. Som steril operasjonssykepleier er man "låst" til det sterile feltet. Den sterilt utøvende operasjonssykepleieren arbeider hele tiden med aseptisk teknikk, noe som er krevende og er en oppgave som tar tid å lære. Når det er en ny operasjonssykepleier i det sterile feltet er det viktig at den koordinerende operasjonssykepleieren er en støttespiller. Dette kan være å hjelpe med oppgaver som hun har lite rutine på, som å dekke til røntgenapparatet med steril dekning. Den sterile operasjonssykepleieren hjelper også den koordinerende med å huske på oppgaver som må gjøres, men det er den som er koordinerende som må utføre disse.

Operasjonssykepleier strekker seg langt for kirurgen sine ønsker. Dette kan for eksempel være å hente spesielt utstyr på andre avdelinger, tilrettelegge operasjonsfeltet og leiringen for best mulig ergonomisk tilgang for kirurgen. Under inngrepene er kirurgene veldig fokusert på det som skal gjøres, selv om de har hovedansvar på operasjonsstuen er det operasjonssykepleier som passer på at utstyret er som det skal, at steriliteten overholdes og at riktig utstyr er tilgjengelig. Når det er mange operatører kan det være utfordrende å instrumentere kirurgene, da det kan være mye som skjer, trangt og vanskelig å ha oversikt.

Tydelig verbal og nonverbal kommunikasjon er viktig for å ivareta sterilitet og dermed pasientsikkerhet under operasjonen. Tydelige beskjeder kan også hindre misforståelser. Det å gi beskjed kan oppleves som ubehagelig, særlig for nyutdannede operasjonssykepleiere. Tydelig kommunikasjon er viktig for at operasjonsteamet skal fungere effektivt, og minske tiden pasienten har på operasjonsstuen, for å forebygge infeksjoner eller andre skader hos pasienten. Det fører også til et effektivt forløp på operasjonsstuen, slik at det ikke oppstår forsinkelser til neste pasient, eller at noen må strykes fra operasjonsprogrammet.

Nonverbal kommunikasjon er mye brukt på operasjonsstuen. Det holder kanskje at den sterile operasjonssykepleieren sender et blikk på kompressene, røntgenapparatet eller peker på bollen som er på det sterile assistanse bordet. Den som er koordinerende, skjønner hva som trengs eller hva som skjer. Når operasjonssykepleieren har fått erfaring trenger man ikke alltid bruke ord, arbeidsoppgaver og prosedyrer er så godt innarbeidet at man skjønner hva den andre trenger og når. De forstår også når noe endrer seg i den kontekstuelle situasjonen og blir derfor mer på vakt.

Det hender at det kan være trykket stemning på operasjonsstuen. Ofte er dette situasjonsbetinget, hvis kirurgen er stresset eller når ting ikke går etter planen. Det kan være kompliserte inngrep som krever fokus og stilhet, og dette merkes på hele atmosfæren på operasjonsstuen. Det er ofte korte, konkrete beskjeder som kan oppleves som kvasse, men som ikke er personlig ment.

Det er ikke bare viktig med kommunikasjon mellom operasjonssykepleierne, men også spesielt viktig å ha god kommunikasjon med de andre på stuen, som for eksempel kirurg og anestesisykepleier. Ved starten av operasjonen har anestesi sine viktige oppgaver, dette innebærer ofte kritiske arbeidsoppgaver som har med luftveier og valgt anestesimetode. Det er

derfor viktig at operasjonssykepleier bruker tydelig kommunikasjon for å vite når det passer at de begynner med sine arbeidsoppgaver. Dette kan for eksempel være i forbindelse med leiring, eller innleggelse av kateter.

På operasjonsstuen er det viktig å være *løsningsorientert ved uforutsette hendelser*. Noe kan bli usterilt, kirurgen trenger ekstra utstyr eller det er utstyr som ikke fungerer. Da er det operasjonssykepleier sin jobb å hjelpe til med å finne en løsning, som å hente nytt utstyr, ny steril dekning, hansker o.l. Det er derfor viktig at man opparbeider seg kjennskap på avdelingen og vet hvor utstyr er, slik at man kan hente utstyr fort og effektivt.

Operasjonssykepleiere er løsningsorienterte og hurtig tenkende, de følger med og oppdager ting som kanskje ikke alle får med seg. De er kreative i hvordan utfordringer skal løses. Et eksempel kan være et krevende leie og hvordan pasienten kan ligge best mulig og samtidig få god nok plass til kirurgen.

Under de ulike inngrepene er det ofte perioder som kan være mer kritisk enn andre, det er derfor viktig at operasjonssykepleier kjenner til disse og *skjerper oppmerksomheten i kritiske faser*. Operasjonssykepleiere jobber med både elektive og akutte operasjoner. Under alle inngrep kan det oppstå uforutsette hendelser og kritiske situasjoner. Som operasjonssykepleier må man alltid være klar for de uforutsette hendelsene, og spesielt i kritiske faser under operasjonen. Operasjonssykepleieren er i beredskap og tenker ofte på flere utfall på den samme situasjonen, de er skjerpet og til stede for å kunne reagere raskt og håndtere de situasjonene som oppstår. De er kjent i avdelingen, og vet hvor de finner utstyr raskt, og ved noen inngrep kan det også være sånn at den koordinerende allerede har funnet fram for å ha kritisk utstyr i nærheten.

Når det kommer inn akutte pasienter på operasjonsstuen, blir prioriteringen til operasjonssykepleieren annerledes. De har alltid det grunnleggende i hendene, men de må ofte prioritere vekk, eller utføre prosedyrer eller oppgaver på et senere tidspunkt. Under de aller mest akutte og kritiske operasjonene er det viktigst å redde liv. Som operasjonssykepleier innebærer dette å prioritere vekk, omorganisere rutiner, planlegging og komme fortest mulig i gang med operasjonen.

6.5 Kontinuerlig utvikling

I operasjonssykepleiefaget blir man aldri ferdig utlært. Det utvikles stadig nye operasjonsteknikker, instrumenter og utstyr som en må lære seg og sette seg inn i. Som nyutdannet operasjonssykepleier er det mye nytt, både inngrep, instrumenter og utstyr. Kunnskap og ferdigheter bidrar til at man blir synkronisert med teamet. For å oppnå dette må man oppdatere seg og bidra til kontinuerlig utvikling for seg selv, men også for teamet på operasjonsstuen.

Utvikling av ferdigheter skjer kontinuerlig. Operasjonssykepleiere er opptatt av å tillate nyutdannede og nyansatte å være ny. Operasjonssykepleier er et teknisk fag, hvor man lærer og opparbeider seg ferdigheter med å få det i fingrene eller "learning by doing". Å ikke la seg vippe av pinnen, men stå i det, er en viktig del av utvikling. Når det oppstår uventede situasjoner, er det viktig å holde hodet kaldt og tenke beredskap. Det er også viktig å tørre å gi beskjed. Selv om mange synes dette er ubehagelig i starten når de er nye, kjenner de på det ansvaret de har for pasienten. Det er ikke for seg selv de gir beskjed, men for pasientens sikkerhet. Etter noen år i jobben er man mer «hardhudet» og tryggere på seg selv i den rollen. Dette gjør at de opplever mindre ubehag med å gi beskjed eller at de skal bli tolket negativt.

For å kunne ha et helhetlig syn på stuen og for å forstå hvorfor ting blir gjort er det viktig at operasjonssykepleier *utvikler forståelse* for arbeidet. Å føle på ansvar er noe operasjonssykepleiere kjenner mye på. Når pasientene kommer inn på stuen, gir pasienten alt ansvar til det kirurgiske teamet. Operasjonssykepleierne tar ansvar for at de skal ha det best mulig på den tiden de er der. Det kan være hvordan de kommunisere med pasienten, viser dem respekt, men også alt rundt pasienten, som leiring, hygiene, utstyr osv.

Operasjonssykepleiers erfaring bidrar til større ansvarsbevissthet og en forståelse av hvilket ansvar man har. Når en erfaren operasjonssykepleier er på operasjonsstuen med en nyutdannet eller en som ikke er kjent på seksjonen, vil den erfarne kjenne på et større ansvar. Den med erfaring kan ikke forvente at den nye skal kunne eller vite alt. Erfaring er noe man opparbeidet seg over tid. Den med mer erfaring vil da ta et mer ansvar da hen må følge med eller hjelpe den som er ny. Den erfarne operasjonssykepleieren hjelper ofte den nyutdannede med hvordan hun skal organisere og legge opp utstyret, det er også i noen tilfeller behov for at den erfarne peker og følger den nye operasjonssykepleieren gjennom et inngrep som kan være

nytt eller komplisert. Under kritiske aspekter under en operasjon, gir ofte den erfarne sykepleieren tips, eller minner den andre på hendelser som kan skje og som den nye operasjonssykepleieren må være observant på.

Overblikk på operasjonsstuen er også noe man utvikler med erfaring. Det å vite hvor utstyr er, hvor alt skal plasseres eller om noe kom for nær det sterile feltet krever arbeidserfaring.

Operasjonssykepleier må også ha et overblikk over alle som er på stuen. Personer som ikke er vant til å være på operasjonsstuen krever mer oppmerksomhet og overvåking. De har ikke samme forståelse for hvordan man skal bevege seg på operasjonsstuen, dette er noe som krever erfaring og kunnskap. Det gjør at operasjonssykepleierne får en ting til å passe på og som kan være et ekstra stressende moment i den daglige driften av operasjonsstuen.

Som nyutdannet operasjonssykepleier kan operasjonsstuen oppleves som overveldende, det skjer mye og det er mange ting å ha kontroll over. Når man opparbeider seg kunnskaper og erfaring bidrar det til et «åpent blikk» og det blir lettere å *flytte fokus fra seg selv og over på pasientsikkerhet*. For at det skal være god flyt på stuen og et godt teamarbeid, er det viktig at operasjonssykepleieren er fokusert og til stede i situasjonen. Dette gjør at operasjonssykepleieren får med seg hva som skjer på stuen og ikke bare det som skjer rundt seg selv. På denne måten kan operasjonssykepleieren ligge et steg foran og få med seg viktige detaljer. Operasjonssykepleiere som sitter med denne kunnskapen, har det i «ryggmargen» og vet hva man skal gjøre eller hvordan en skal reagere i enkelte situasjoner. Den erfarne operasjonssykepleieren vet nesten til enhver tid hvor instrumentene ligger på operasjonsbordet og trenger ikke bruke samme type tid og krefter på å lete frem det kirurgen vil ha, det går av seg selv. Uten denne erfaringen og kunnskapen kan det oppleves som «hakkete», der ting stopper opp fordi man ikke vet hva man skal gjøre eller hva kirurgen trenger. Dette er noe operasjonssykepleiere kan kjenne på både som nyutdannet og erfaren. Det kan også hemme opplevelsen av god flyt på operasjonsstuen eller at teamet er synkronisert.

7.0 Diskusjon

Hovedutfordringen til operasjonssykepleierne i denne studien er «hvordan bidra til flyt på operasjonsstuen». Denne utfordringen ble kontinuerlig arbeidet med fra start til slutt i operasjonen. Både flyt og synkronisering av arbeidet på operasjonsstuen viste seg å kreve kunnskaper og ferdigheter som krevde kontekstuell forståelse.

De forholdene operasjonssykepleierne arbeider under er noe de må forholde seg til, men det viser seg at de stadig må gjøre vurderinger ut fra de kontekstuelle situasjonene. Hvis operasjonsstuene er trange, og mengde utstyr og antall personer øker, utfordrer dette operasjonssykepleierne med å påse at utstyr og personell må omplasseres for å hindre kontaminering. Det kan også medføre at assistansen til den sterile sykepleieren blir mer krevende, og at de mister litt av det overblikket de er avhengig av. Som nye operasjonssykepleiere opplever vi at man ofte havner på sidelinjen når det er mange kirurger til stede i det sterile feltet. Det resulterer i at vi mister oversikten som gjør at det blir utfordrende å være delaktig, og det gir følelsen av lite kontroll. Oksavik et al. (2021) skriver i deres forskning at ufarene operasjonssykepleiere opplevde ofte forstyrrelser i arbeide sitt. Det var og vanskelig for dem å lese hva kirurgen trengte, og brukte derfor lengre tid på instrumenteringen. I resultatene kommer det frem hvordan erfarne operasjonssykepleiere geleider de uerfaren med hvor de skal plassere seg best i det sterile feltet og hvordan de skal ta sinn plass som operasjonssykepleier i teamet. Informantene beskriver tap av kontroll når kirurgene forsyner seg av instrumentene eller når de har liten oversikt over det sterile feltet. De opplever dette som en sikkerhetsrisiko i den profesjonelle fagutøvelsen.

For at det fysiske arbeidet også skal flyte må teamet tilpasse bevegelsene sine i forhold til omgivelsene for å opprettholde sterilitet og hindre kontaminasjon. Dette gjelder alltid, men utfordringene øker når arealet begrenses. Operasjonssykepleierne må "ha øyne i nakken", eller kanskje mer ha et kamelonblikk for alt som rører seg, for å hindre skade. For at dette skal gå må man som Leonardsen (2013) og Oksavik et al. (2021) beskriver, en gjensidig respekt i teamarbeidet. Dette er nødvendig for å ha en kommunikasjon som har felles mål som løsning. Oksavik (2018, s. 208) hevder at et hvert medlem av teamet må ha ansvar for å tilpasse seg en slik situasjon, men det ser ut for oss som dette er noe operasjonssykepleierne tar hovedansvar for.

En av de tre kjernekategoriene er planlegging. Slik operasjonssykepleierne både viser og beskriver planlegging, fremstår dette som en type lederskap. De ulike gruppene i teamet tar ansvar og lederskap til sitt fagområde. Det kommer tydelig frem at operasjonssykepleieren, og særlig den koordinerende tar ansvar for mye av det som skjer på operasjonsstuen, og det som er knyttet til kirurgien. Stuen skal organiseres, slik at det rette utstyret er tilgjengelig og står plassert best mulig i forhold til det sterile feltet. For å kunne gjøre dette må operasjonssykepleierne forberede seg til det gjeldende inngrepet, dette innebærer å lese operasjonsrekvisisjon hvor det står beskrevet ønske om instrumenter og utstyr. Under planleggingen til inngrepet går operasjonssykepleier også gjennom en mental forberedelse som gjør at de er i beredskap. Hva kan oppstå, og hva må man eventuelt ha klart hvis noe skal skje? Dersom det oppstår kritiske eller uventede situasjoner er det viktig å ha kontroll på hvor utstyr er plassert, slik at operasjonssykepleier kan handle raskt. Informantene beskriver også viktigheten av å prioritere ved uventede og/eller kritiske situasjoner. De forklarer at de har rutiner og rekkefølge på hvordan ting skal gjøres, men at de ofte må improvisere eller gjøre arbeidsoppgaver i en annen rekkefølge dersom det oppstår uforutsette hendelser.

Ved å være i beredskap og prioritere arbeidsoppgaver kan operasjonssykepleier være «et steg foran», noe som effektiviserer forløpet på stuen. Informantene beskriver at det å være «et steg foran» både ved elektiv drift og under øyeblikkelig hjelp situasjoner bidrar til at arbeidet på operasjonsstuen flyter bedre. Dette underbygger Björn & Boström (2008) i sin forskning hvor de blant annet skriver at operasjonssykepleier opprettholder kontroll over situasjonen og alltid er et skritt foran. Sirevåg et al. (2021) skriver at operasjonssykepleier alltid er innom tanken om hva som kan skje og er forberedt på det uventede, og at det derfor er viktig å ha oversikt i avdelingen og vite hvor utstyr er plassert. I resultatene kommer det fram at ved å tenke beredskap er operasjonssykepleieren klar, de vet hva de skal gjøre og hva som må til for å få teamet ut av den kritiske eller uventede situasjonen på en rask og effektiv måte. Selv om informantene gir uttrykk for at det er forskjeller i beredskapstanker og forberedelser hos den sterile og den koordinerende, er disse rollene sammen en styrke for pasientsikkerheten og for at kirurgen skal kunne fullføre inngrepet på en god måte.

Informantene både viste og beskrev betydningen av å være mentalt til stede for å kunne lese situasjoner. På en operasjonsstue kan ting plutselig endre seg, og operasjonssykepleieren er derfor alltid på vakt for å kunne oppdage slike situasjoner. Denne vaktposisjonen kunne vi se hos de erfarne operasjonssykepleierne ved at de reiste seg og sto nærmere operasjonsfeltet for

å innhente informasjon, eller at de hadde kontinuerlig dialog i teamet, en beredskapsposisjon. Her fremstår den koordinerende operasjonssykepleieren som en nøkkelperson. Ved å være i en beredskapsposisjon bidrar det til at de kan sette i gang ulike tiltak og effektivisere forløpet på operasjonsstuen. Rasmussen og Torjuul (2012) beskriver også det å være i forkant, lese situasjonen og handle raskt kan bidra til at uønskede hendelser ikke oppstår. De ser det store bilde som Sirevåg et al. (2021) skriver.

Pasientsikkerhet er en viktig del av operasjonssykepleie. Det å innhente relevant informasjon om pasienten bidro til at operasjonssykepleier var forberedt og kunne ivareta behov og velvære både hos den sovende og våkne pasienten. I kapittelet til Alvsvåg et al. (2014) viser helsepersonell omsorg ved å bruke sine kunnskaper og ferdigheter i møte med andre. Giske (2014) skriver videre at pasienter ønsker å bli sett og vist omsorg i den sårbare situasjonen. Informantene uttrykte at pasienter som kom inn på operasjonsstuen alltid skulle bli møtt med respekt og forståelse. Pasienter kommer inn med ulike diagnoser og bagasje, hvordan de de blir møtt og ivaretatt kan derfor bidra til at de får en positiv opplevelse i en ellers sårbar situasjon. Et eksempel på hvordan operasjonssykepleiere viser omsorg og respekt er ved leiring. Under leiring tar man hensyn til pasientens integritet, tidligere skader og forebygger at det oppstår nye. Ved leiring er det viktig at operasjonsfeltet er godt tilrettelagt for kirurgen, samtidig er det viktig å ha fokus på at pasienten ikke blir utsatt for trykk eller nerveskader. Resultatene viser at operasjonssykepleier bruker lang tid på leiring da det ofte er små marginer som skal til for at pasienten ligger bedre. Det å snakke med pasienten og spørre hvordan de lå dersom de var våkne var et av tiltakene operasjonssykepleier brukte. Når pasienten var bedøvet, sov eller ikke hadde mulighet til å uttrykke seg, brukte operasjonssykepleier tid og kunnskap for at pasienten skulle ligge best mulig.

Et annet tiltak for å ivareta pasientsikkerheten er å kontrollere ulike aspekter ved bruk av sjekklister kalt «trygg kirurgi». Sjekklister blir brukt for å kontrollere at pasienten ligger riktig, for å forebygge hypo- og hypertermi, blæren blir kontrollert og at antall instrumenter og kompresser stemmer. Den blir også brukt for å kontrollere at det er riktig pasient, at man opererer på rett side og hvilket inngrep som skal gjennomføres. Sirevåg et al. (2021) og Rasmussen & Torjuul (2012) nevner sjekklister som et viktig redskap for å ivareta pasientsikkerhet og for å forebygge skader. Ved å bruke sjekklister i teamarbeidet bidrar det til at alle i teamet får med seg viktige beskjeder samt at man får en felles situasjonsbevissthet som kan være med å forebygge uønskede hendelser. I resultatene våre kommer det fram at

teamet tar sjekklister seriøst. «Trygg kirurgi» ble gått gjennom når alle i teamet var klar, og dersom det oppsto støy eller forstyrrende momenter fra noen i teamet ble dette kommentert. Også her satt den koordinerende operasjonssykepleieren dype spor i sin funksjon. Hun tok nesten alltid ansvar for "trygg kirurgi" prosedyren, men før hun kom så langt kunne vi se at hun både sjekket pasientens fysiologiske status og kommuniserte med både den sterilt utøvende operasjonssykepleieren og anestesipersonell.

Alle i teamet har et felles mål om at pasienten skal få en god behandling og et godt endelig resultat. Selv om de ulike teammedarbeidere hadde spesifikke oppgaver å utføre, både så og erfarte vi at et godt samarbeid mellom gruppene var det som fikk arbeidet til å flyte på operasjonsstuen. De kunne hjelpe hverandre på ulike måter, enten ved å vente på tur, eller utføre oppgaver som egentlig tilhørte andre. Teamet forbereder seg til eventuelle uforutsette hendelser og ved mistanke om endring i operasjonen. Når denne synkroniseringen gikk "flytende", beskrev informantene det som noe som gav mestring og arbeidsglede. Når det derimot ikke fungerte, fikk de følelsen av at det var «hakkete». Det kunne være hvis det var nye på stuen som ikke var så godt kjent i teamet og rutine på operasjonsstuen. Björn & Boström (2008) beskriver at teamarbeidet opplevdes som effektivt og morsomt når alle var oppmerksomme og stolte på hverandre. Slik vi forstår dette så beskriver informantene en glede ved å mestre uforutsette kontekster både faglig og menneskelig.

På operasjonsstuen er det alltid to operasjonssykepleiere. Hvordan de fordeler sine arbeidsoppgaver er noe de blir enige om på forhånd, og ofte ruller man på rollene som steril og koordinerende. Dersom teamet består av en ny og en erfaren operasjonssykepleier, blir den nye ofte tildelt den sterile rollen. Informantene beskriver den sterile rollen som den mest «synlige» da operasjonssykepleieren står i sentrum av det som skjer og kan kun utføre arbeidsoppgaver innen dette feltet. Sirevåg et al. (2021) skriver at den sterile rollen tidligere er blitt sett på som den viktigste i teamarbeidet og at den koordinerende rollen har fått for lite oppmerksomhet. Informantene i vår studie beskriver at den koordinerende operasjonssykepleieren har flere viktige arbeidsoppgaver og det kom tydelig frem at denne rollen er mest krevende. Den koordinerende er bindeleddet mellom det sterile feltet, operasjonsstuen og avdelingen. Ikke bare tar den koordinerende hånd om den sterilt utøvende operasjonssykepleieren, men har en kontinuerlig oppfølging av det kirurgen holder på med i felte og resten av operasjonsstuen. Ved mistanke om at noe kan endre seg eller etter dialog med kirurgen, henter den koordinerende inn utstyr for at det skal være klart ved endring.

Informantene beskriver denne rollen som tidvis kaotisk, da det ofte er hektisk på operasjonsstuen og mye skjer samtidig. Dette blir også omtalt hos Sirevåg et al. (2021). De skriver at den koordinerende operasjonssykepleieren er mer kompleks og selvstendig enn den sterile rollen. Forskningen konkluderer med at det er for lite fokus på den koordinerende rollen og at det bør forskes mer på. I vårt møte med operasjonsavdelingen har vi også erfart at den koordinerende rollen er mye mer krevende enn den sterilt utøvende funksjonen. Vi ser at den koordinerende funksjonen virkelig kan være den som kan være livredder når sekundene teller i de akutte situasjonene. Da er det et paradoks at det er den rollen som alltid blir nevnt som den som kan byttes ut med teknisk personell. Det at Goodman & Spry (2017) omtaler den koordinerende operasjonssykepleieren som pasientens advokat underbygger viktigheten av denne rollen på operasjonsstuen og i teamet.

Informantene løftet fram kommunikasjon som en viktig del av teamarbeidet. De uttrykte viktigheten av å kunne kommunisere både verbalt og nonverbalt. På operasjonsstuen er det ikke alltid hensiktsmessig å kommunisere verbalt med den andre operasjonssykepleieren, da dette kan oppleves som støy eller være distraherende for andre. Informantene forklarte at de ofte kunne med hjelp av blikkontakt eller en håndbevegelse kommunisere med den andre operasjonssykepleieren. Ved å lese kroppsspråket til kirurgen kan operasjonssykepleier få tak i viktig informasjon som gjør at det er lettere å være i forkant, det kan også gi et innblikk i om en hendelse utvikler seg til å bli kritisk og at man da må være på vakt. Rasmussen et al. (2015) skriver derimot at den nonverbale kommunikasjonen kan være utfordrende for nyutdannede operasjonssykepleiere, da denne formen for kommunikasjon kan være vanskelig å tolke. Dette er noe vi som nyutdannede operasjonssykepleiere kan kjenne oss igjen i. Vi har selv erfart at vi trenger verbal påminning og forklaring i situasjoner der vi har sett erfarne operasjonssykepleier handle uten at det blir utvekslet ord. Denne erfaringen har vi også med kirurgene. Når de har nyutdannede operasjonssykepleiere med seg er de mer verbale en når operasjonssykepleieren er erfaren.

Den verbale kommunikasjonen er også svært viktig i teamet på operasjonsstuen. I resultatene kommer det fram at tydelig kommunikasjon gir mindre rom for misforståelser, noe som er spesielt viktig i akutte situasjoner. Det beskrives også som en nødvendighet for at det skal bli et effektivt forløp og minske tiden pasienten har på operasjonsstuen. Når liv står på spill endres stemningen, og denne stemningen bør oppfattes på en konstruktiv måte. Informantene beskrev dette med klar og tydelig tale som en nødvendighet når en situasjon var kritisk. Det

skulle ikke være rom for tvil. Ofte ble beskjeder sagt høyt og tydelig, og redningen kunne være å bare følge ordre der og da. Samtidig kan en slik trykket stemning oppleves som ubehagelig fordi kommunikasjonen kan være kommanderende og støtende. Dette kan spesielt være ubehagelig for nyutdannede operasjonssykepleiere da de ikke har opparbeidet seg nok kunnskaper og erfaring som gir trygghet. Rasmussen & Torjuul (2012) skriver at slike situasjoner kan oppstå når kirurgen er stresset eller når det oppstår en uventet situasjon. I en annen forskning kom det frem at nyutdannede operasjonssykepleiere foretrakk korte og konkrete beskjeder da det ikke var rom for misforståelser i kritiske situasjoner (Rasmussen et al., 2015). Informantene i vår studie forteller at erfaring og kunnskap bidrar til en forståelse for situasjoner og at kommentarer ikke er personlig ment. De tolker tydelig kommunikasjon som oppstår i noen situasjoner som en beskjed om at de må være til stede og forberedt.

Informantene beskriver det som overveldende å være ny. Operasjonsstuen er en hektisk arbeidsplass hvor det skjer mye. Som ny har man ofte nok med seg selv og sine oppgaver. Rasmussen & Torjuul (2012) skriver at nyutdannede opplever stress med økt tidspress og det var vanskelig å få kontroll og overblikk i kritiske situasjoner. Informantene beskriver at nye operasjonssykepleier må få tid til å sitte seg inn i inngrepene og lære seg rutinene i avdelingen, da det kan oppleves som utfordrende å planlegge og tenke framover. Videre beskriver de at for å opparbeide seg ferdigheter og kunnskap krever det erfaring, «learning by doing» var noe som ble gjentatt flere ganger. Som nyutdannet opplever vi at det tar tid å lære seg å bli kjent med forskjellige inngrep og instrumenter. Med å få tid før inngrepene får man bedre kontroll over instrumentene og det er lettere å planlegge fremover. Med ekstra tid før inngrepet skaper det større ro, som gjør at vi håndterer ulike situasjoner på en bedre måte.

I resultatene kommer det frem at innen kirurgi og operasjonssykepleie skjer det stadig nye endringer, derfor er det viktig for operasjonssykepleiere å holde seg oppdatert og sitte seg inn i nytt utstyr og nye kirurgiske metoder. Benner (1995) nevner i «Fra novise til ekspert» at det tar fem år før man blir ekspert, og at man må kontinuerlig arbeide for å holde seg på dette nivået. I resultatene kommer det fram at økt kunnskap og ferdigheter gjør det lettere å flytte fokus fra seg selv og over til resten av operasjonsstuen, teamet og pasienten. Hjelen & Sagbakken (2018) skriver at for å kunne utvikle kompetanse og styrke pasientsikkerheten må man opparbeide seg erfaring. Å reflektere over kliniske erfaringer med andre bidrar til trygghet hos operasjonssykepleiere med mindre erfaring. Rasmussen & Torjuul (2012) skriver at uønskede hendelser oppleves som utfordrende, og at det var en trygghet å ha erfarne

operasjonssykepleiere på stuen. Informantene viste ved handling og beskrev situasjoner der de med mest erfaring raskt må trå frem når mer kompetanse er nødvendig. For at situasjonen skal bli så trygg som mulig for pasienten, styrer den erfarne arbeidssituasjonen, nettopp for at arbeidet skal synkroniseres.

I resultatene kommer det også fram at man som nyutdannet kan ha vanskeligheter med å gi beskjed eller å si ifra til de andre på teamet. Hvordan teamene er sammensatt kan være en utfordring. Hvordan de ulike medlemmene fungerer sammen kan det sies mye om, men det våre informanter spesielt var opptatt av var behovet for trygghet hvis arbeidet skulle flyte godt. Spesielt så de at de nyutdannede ikke var like komfortable i slike settinger som erfarne. Særlig hvis situasjonene ble stresset eller ampre. Her tar operasjonssykepleierne et viktig ansvar i forhold til de nyutdannede. De viser lederskap på en måte som trygger hele teamet. Dette beskriver også Oksavik et al. (2021) i deres forskning, med at den erfarne operasjonssykepleieren er en viktig rollemodell og veileder for å fremme trygghet i teamet. I resultatene kommer det fram at den erfarne trygger de nyutdannede med å følge opp og "tenke fremover" for vedkommende. "Slik oppnås muligheten til å ligge i forkant og tilpasse hverandres oppgaver." (Oksavik, 2018, s. 212). Nyutdannede er ofte utrygg i sin rolle som operasjonssykepleier og dette er med på å bidra til usikkerhet. Kunnskap og erfaring skaper trygget, disse egenskapene bidrar til forståelse som gjør at det blir lettere å ta sin plass i teamet og kunne gi beskjed. Som nyutdannede operasjonssykepleiere er dette noe vi kjenner oss godt igjen i. Vi opplever at det er utfordrende å gi beskjed, men også utfordrende å være tydelig nok til at andre hører på det vi ønsker å få fram. Kanskje man som nyutdannet er usikker og føler seg «liten» og at det er utfordrende å være bestemt nok til å ta sin plass på operasjonsstuen. Men vi har også erfaring med at den tryggheten en erfaren operasjonssykepleier har og utstråler ved å lede en situasjon er ofte det som skal til for å komme i mål. I forskningene til Rasmussen et al. (2015), Rasmussen & Torjuul (2012) og Sirevåg et al. (2021) kommer det også fram at kunnskap bidrar til trygghet, som igjen fører til at operasjonssykepleier kan ta selvstendige avgjørelser, og fremme sine synspunkter og meninger i teamet. Rasmussen et al. (2015) nevner også at teoretisk kunnskap ikke er nok for å føle seg kompetent. I resultatene kommer det også fram at det å ha en åpen kultur i teamet gir både nyutdannede og erfarne operasjonssykepleiere en viktig støtte og rom for å stille spørsmål. Dette kan bidra til at operasjonssykepleieren stiller bedre forberedt og rustet hvis det skulle oppstå uforutsette hendelser.

Operasjonssykepleierne i studien beskriver faget som et fag i kontinuerlig utvikling. En blir aldri utlært fordi det stadig skjer utvikling i faget, men de beskriver også en type personlig utvikling, en vekst som erfaringen i faget medfører. Noen fremhever at faget er teknisk, men på en slik måte at en gjennom teori og praksiserfaring utvikler seg. Rasmussen et al. (2015) skiller mellom ikke tekniske og tekniske ferdigheter. Her opplever vi at det ikke er et så stort skille. Når våre informanter snakker om flyt og synkronisering er det nettopp denne utviklingen av alle typer kunnskap som viser seg hos informantene. Da blir det ikke mulig å skille mellom tekniske ferdigheter og ikke tekniske ferdigheter. De går i hverandre, og vises i en faglig handling og utvikling.

8.0 Konklusjon

I denne studien har vi sett på hovedutfordringen til operasjonssykepleieren «Hvordan bidra til flyt på operasjonsstuen?». Faktorene for å oppnå god flyt på operasjonsstuen er mange.

Operasjonssykepleieren er en viktig del av det operative teamet og med hjelp av sine kunnskaper og forståelse er de med på å synkronisere arbeidet sitt for at teamet som en helhet skal oppnå flyt. God flyt på operasjonsstuen bidrar til økt pasientsikkerhet, redusert operasjonstid og et godt arbeidsmiljø.

Kunnskap og forståelse i operasjonssykepleieryrket er noe som ikke læres med en gang, det krever en god del erfaring og ikke minst god opplæring. Som nyutdannet operasjonssykepleier kan arbeidet på operasjonsstuen oppleves som «hakkete» og lite synkront. Det holder ikke med en teoretisk forståelse for å føle seg kompetent, man må og ha en faglig utvikling som man opparbeider seg igjennom arbeidserfaring. For å få trygghet i rollen som operasjonssykepleier, må opplæringen skje i et kontrollert og faglig sterkt miljø. Dette er viktig for å mestre den sterile og ikke minst den koordinerende rollen på en operasjonsstue.

Vi mener at operasjonssykepleiere og spesielt den koordinerende rollen, må snakkes opp og frem for å få en mer synlig rolle inne på operasjonsstuen og i samfunnet. I fagmiljøet er det kjent at den koordinerende rollen er svært krevende, men utad er vi som gruppe veldig anonyme. Det er ikke mange utenom de som arbeider med kirurgi som vet om vårt ansvar på operasjonsavdelingene. Vi savner og mer fokus under utdanning og i forskning/litteratur på hvor viktig den koordinerende rollen er for pasienten, teamet og driften på en operasjonsstue. Vi ønsker at operasjonssykepleieren skal vises som en symfoni i flere akter.

9.0 Referanser

- Alvsvåg, H., Førland, O., & Jacobsen, F. F. (2014). Rom, ting og medmennesker—En innledning. I H. Alvsvåg, O. Førland, & F. F. Jacobsen (Red.), *Rom for omsorg?* (s. 14–23). Fagbokforlaget.
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert: Dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. TANO I samarbeid med Munksgaard.
- Björn, C., & Boström, E. L. (2008). Theatre Nurses Understanding of their Work: A phenomenographic study at a hospital theatre. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 3(4), 149-.
- Brinchmann, B. S. (2014). Fra idé til grounded theory. I E. Hjälmhult, T. Giske, & M. Satinovich (Red.), *Innføring i grounded theory* (s. 75–87). Akademika.
- Carter, S. M., & Little, M. (2007). Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1316–1328. <https://doi.org/10.1177/1049732307306927>
- Eide, P. H., & Dåvøy, G. M. (2018). Funksjons og ansvarsområde. I I. Hansen, G. M. Dåvøy, P. H. Eide, & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg., s. 28–33). Gyldendal akademisk.
- Giske, T. (2014a). Implementering av grounded theory. I E. Hjälmhult, T. Giske, & M. Satinovich (Red.), *Innføring i grounded theory* (s. 89–100). Akademika.
- Giske, T. (2014b). Som en dans—Om pasienter og helsepersonell si inntoning på kvarandre i eit utgreiingsløp. I H. Alvsvåg, O. Førland, & F. F. Jacobsen (Red.), *Rom for omsorg?* (s. 179–191). Fagbokforlaget.
- Giske, T., & Artinian, B. (2007). A Personal Experience of Working with Classical Grounded Theory: From Beginner to Experienced Grounded Theorist. *International Journal of Qualitative Methods*, 6(4), 67–80. <https://doi.org/10.1177/160940690700600405>

- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical Sensitivity* (American First edition). Sociology Pr.
- Glaser, B. G. (1998). *Doing grounded theory: Issues and discussions* (1. utg.). Sociology Press.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research* (1. utg.). ALDINE DE GRUYTER / NEW YORK.
- Goodman, T., & Spry, C. (2017). *Essentials of Perioperative Nursing* (6th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Hartman, J. (2001). *Grundad teori—Teorigenerering på empirisk grund* (1. utg.). Studentlitteratur.
- Hjälmhult, E. (2014). Å identifisere hovedutfordring til deltakerne—Nøkkelen til hele teorien? I E. Hjälmhult, T. Giske, & M. Satinovich (Red.), *Innføring i grounded theory* (s. 25–35). Akademika.
- Johnsen-Høines, M., & Alrø, H. (2019). Forskningsmetodologi og undervisningsmetodologi i utdanningsforskning. I K. M. R. Breivega & T. E. Rangnes (Red.), *Demokratisk danning i skolen—Tverrfaglige empiriske studier* (s. 34–48).
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.
- Leonardsen, A.-C. L. (2013). Tverrfaglig samarbeid—Operasjonssykepleier opplever minst støtte. *Sykepleien*, 101(13). <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0125>
- Lomborg, K. (2005). Om grounded theory – hvad det er og ikke er. *Klinisk Sygepleje*, 19(2), 4–11. <https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2005-02-02>
- Lomborg, K., & Kirkevold, M. (2003). Truth and validity in grounded theory – a reconsidered realist interpretation of the criteria: Fit, work, relevance and modifiability. *Nursing Philosophy*, 4(3), 189–200. <https://doi.org/10.1046/j.1466-769X.2003.00139.x>

- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-2044). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg). Universitetsforlaget.
- Oksavik, W. S. (2018). Samarbeid i team. I G. M. Dāvøy, P. H. Eide, & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 203–217). Gyldendal akademisk.
- Oksavik, W. S., Heen, C., & Heggdal, K. (2021). Faktorer som påvirker kommunikasjon og samspill i kirurgiske team med betydning for pasientsikkerhet – belyst fra operasjonssykepleierens ståsted. *Klinisk Sygepleje*, 35(1), 3–22. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2021-01-02>
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen—Kvalitative og kvantitative perspektiver* (1. utg.). Gyldendal akademisk.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research; Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11. 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>
- Rasmussen, G., Wangen, M. G., & Torjuul, K. (2015). Ikke-tekniske ferdigheter i utøvelsen av operasjonssykepleie. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 5(4), 397–410. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-04-08>
- Riley, R., & Manias, E. (2002). Foucault could have been an operating room nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 39(4), 316–324. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02292.x>
- Satinovich, M. (2014). Identifisering av kjernekategori—Et svar på hvordan hovedutfordringen håndteres. I E. Hjälmhult, T. Giske, & M. Satinovich (Red.), *Innføring i grounded theory* (s. 37–45). Akademika.

- Sirevåg, I., Tjoflåt, I., & Hansen, B. S. (2021). A Delphi study identifying operating room nurses' non-technical skills. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4935–4949.
<https://doi.org/10.1111/jan.15064>
- Song, L., & Hansen, N. F. (2018). Operasjonssykepleieres ikke-tekniske ferdigheter er viktige for pasientsikkerheten. *Sykepleien*, 69974, e-69974.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.69974>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori—For helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Thulesius, H. (2014). Teoreitska koder. I E. Hjälmhult, T. Giske, & M. Satinovich (Red.), *Innføring i grounded theory* (1. utg, s. 47–60). Akademika.
- Østerlie, T. (2014). Begrepsfesting og teoriutvikling i grounded theory: Et organisasjonsfaglig perspektiv. I E. Hjälmhult, T. Giske, & M. Satinovich (Red.), *Innføring i grounded theory* (1. utg, s. 61–73). Akademika.

Vedlegg 1 – Presentasjon av artikler i tabeller

Tittel	A Delphi study identifying operating room nurses' non-technical skills
Forfatter/ årstall: Lenke:	Irene Sirevåg, Ingrid Tjoflåt og Britt Sætre Hansen 2021 https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.15064
Design	A three-round modified online Delphi technique was used for this study.
Utvalg:	Operasjonssykepleiere med minimum 2 års erfaring
Datasamling:	Data var samlet inn gjennom digitale spørreskjema, basert på "crew recourse management theory". Data ble samlet inn fra april til september 2020. Konsensus ble bestemt ved hjelp av stabilitet mellom undersøkelsene
Resultater:	Forskningen inneholder et resultat om de ikke-tekniske ferdighetskategoriene situasjonsbevissthet, lederskap, beslutningstaking, kommunikasjon og samarbeid. I de kvalitative dataene kom det fram nye ikke-tekniske ferdigheter, inkludert uavhengig beslutningstaking og lederegenskaper.
Konklusjon	Det nye med denne studien er identifiseringen av en rekke tidligere utforskede ikke-tekniske ferdigheter som er avgjørende for utførelse av sikker og effektiv operasjonssykepleie. Så vidt vi vet, er dette den første empiriske forskningen som tar sikte på å avdekke de ikke-tekniske ferdighetene til operasjonssykepleiere, inkludert den relativt utforskede rollen til den koordinerende operasjonssykepleieren. Tidligere har rollen som steril operasjonssykepleier blitt ansett som essensiell for samarbeid i operasjonsstuen, og det er gitt mindre oppmerksomhet til rollen som koordinerende operasjonssykepleier. Våre funn viste at de ikke-tekniske ferdighetene til den koordinerende operasjonssykepleieren er mer komplekse og autonome enn den sterile operasjonssykepleieren. Vi anbefaler også videre forskning på de ikke-tekniske ferdighetene til sterile operasjonssykepleiere som vil utfylle de eksisterende funnene om de sterile operasjonssykepleierne, fordi begge rollene er avgjørende for å sikre pasientsikkerheten på operasjonsstuen.

Tittel	Ikke-tekniske ferdigheter i utøvelsen av operasjonssykepleiere
Forfatter/ årstall: Lenke:	Guri Rasmussen, Margret Gyda Wangen og Kirsti Torjuul 2015 https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/doi/epdf/10.18261/ISSN1892-26862015-04-08
Design	Et kvalitativt design med utforskende intervju
Utvalg:	Strategisk utvalg. 8 deltagere hvor 3 var operasjonssykepleiestudenter, 3 operasjonssykepleiere og 2 var lærere.
Datasamling:	Det ble gjort individuelle intervju samt gruppeintervju med alle deltakerne. Det ble stilt åpne spørsmål, og deretter oppfølgingsspørsmål.
Resultater:	Kjernekategoriene de kom fram til var ikke-tekniske ferdigheter i operasjonssykepleie. Dette var noe som ble beskrevet av studenter, operasjonssykepleiere og lærere. De viktigste momentene som kom fram i analysen var kognitive ferdigheter, samhandlingsferdigheter, ferdigheter i selvledelse og etiske ferdigheter.
Konklusjon	Funnene viste at ikke-tekniske ferdigheter var en viktig del av operasjonssykepleierens kompetanse som har betydning for pasientsikkerheten, utøvelsen av operasjonssykepleie, utfordringer i teamsamarbeidet og arbeidsmiljøet. Funnene tyder på at ikke-tekniske ferdigheter kan være vanskelig å sette ord på i et travelt og høyteknologisk miljø på operasjonsstua. Funnene kan bidra til refleksjon og bevisstgjøring hos studenter, operasjonssykepleiere og lærere om betydningen av disse ferdighetene og bidra til å videreutvikle dem i praktisk teamsamarbeid.

Tittel	Operasjonssykepleiere mangler tid og kompetanse til å arbeide kunnskapsbasert
---------------	---

Forfatter/ årstall: Lenke:	Wenke Hjelen & Mette Sagbakken 2018 https://sykepleien.no/forskning/2018/03/operasjonssykepleiere-mangler-tidog-kompetanse-til-arbeide-kunnskapsbasert
Design	Kvalitativt design
Utvalg:	Strategisk utvalg hvor det ble inkludert tre sykehus fra ulike deler av landet. Rekrutterte deltakere/operasjonssykepleiere med 2-40 års erfaring.
Datasamling:	Fokusgruppe intervju med hjelp av intervjuguide.
Resultater:	<p>Noe av det deltakerne i studien trekker fram som viktige strategier for å heve kompetansen og øke pasientsikkerhet er erfaringskunnskap. Det å kunne reflektere og dele klinisk erfaring med hverandre framsto som viktig for operasjonssykepleierne.</p> <p>Mange påpekte at mindre kunnskap bidrar til utrygghet i arbeidet man utfører. Noen peker også på at arbeidet foregår i høyt tempo, og derfor var de resignerte for å ta ansvar for eget fag.</p> <p>En informant i studien beskriver at arbeidet går så fort at det kan sette pasientsikkerheten i fare. Hun forteller at det går i et så voldsomt tempo at de blir så «effektive» at de ikke tenker, de handler på impulser. Dette er noe hun mener ikke er bra.</p>
Konklusjon	<p>Studien viser at manglende kompetanse, manglende organisatorisk struktur og kultur, ikke underbygger og støtter opp om kunnskapsbasert praksis i operasjonsavdelingene. Dette kan sees i sammenheng med lite tilrettelegging, men også manglende engasjement både fra den enkelte, men også på et organisatorisk plan.</p> <p>Det er behov for systematisk opplæring for å oppnå en synergieffekt som kan medføre en holdningsendring. Dette kan bidra til å bedre ivareta alle elementene kunnskapsbasert praksis består av.</p>

Tittel	Foucault could have been an operating room nurse
Forfatter/ årstall: Lenke:	Robin Riley og Elizabeth Manias 2002 https://onlinelibrary-wileycom.galanga.hvl.no/doi/pdfdirect/10.1046/j.1365-2648.2002.02292.x
Design	Litteratur studie
Resultater:	Begrepene makt, disiplin og subjektivitet brukes for å demonstrere hvordan operasjonssykepleie er bygget opp som en disiplin og hvordan operasjonssykepleiere handler for å styre og konstruere spesialiteten. Eksempler er hentet fra lang yrkeserfaring, retningslinjer fra profesjonelle operasjonssykepleieforeninger, samt publiserte tekster. Fokuset er hovedsakelig på regulering av rom og tid for å opprettholde integriteten til det sterile kirurgiske feltet og spørsmål om ledelse, samt bruken av det etiske konseptet kirurgisk samvittighet.
Konklusjon	Avslutningsvis gir arbeidet til Michel Foucault et rammeverk som kan bidra til å revurdere operasjonssykepleierpraksisen slik den er forstått i dag, og som et resultat bidra til å forbedre dets profesjonelle framtoning og styrke dens posisjon i det bredere sykepleiedomenet.

Tittel	Å være forberedt på det uventede – operasjonssykepleieres ferdigheter i å håndtere uventede hendelser på operasjonsstua
Forfatter/ årstall: Lenke:	Guri Rasmussen og Kirsti Torjuul 2012 https://journals-sagepubcom.galanga.hvl.no/doi/pdf/10.1177/010740831203200409
Design	Fokusgruppeintervjuer ble valgt som datainnsamlingsmetode for å belyse fellestrekk og variasjon i operasjonssykepleieres erfaringer og ferdigheter.
Utvalg:	Deltagerne i undersøkelsen, som ble gjennomført i 2009, var operasjonssykepleiere ansatt ved to norske lokalsykehus. Begge sykehusene utfører ortopediske, kirurgiske, øre/nese /hals inngrep, har fødeavdelinger og akuttberedskap. Rekruttering av deltagere ble basert på et tilgjengelighetsutvalg
Datasamling:	Det ble utarbeidet en intervjuguide med bakgrunn i problemstillingen og tidligere forskning om operasjonssykepleie og uventede hendelser på operasjonsstua.
Resultater:	I analysen av operasjonssykepleiernes ferdigheter i å håndtere uventede hendelser på operasjonsstua framkom ett hovedtema og fire undertema. Hovedtemaet i intervjuene var: å være forberedt på det uventede. De fire undertemaene var: kontroll, fleksibilitet og improvisasjon, teamsamarbeid, samt faglig trygghet.

Konklusjon	Hovedresultatet i undersøkelsen var at operasjonssykepleierne forsøkte å være best mulig forberedt på uventede hendelser på operasjonsstua. De understreket betydningen av å få kontroll over situasjonen gjennom årvåkenhet, å kunne omstille seg raskt og handle fleksibelt og kreativt for å håndtere endringene som oppstod. Innarbeidede tekniske-, kognitive- og sosiale ferdigheter, samt erfaringer fra liknende situasjoner økte operasjonssykepleiernes faglige trygghet. Resultatene tyder også på at et velfungerende teamsamarbeid er viktig for hvordan operasjonssykepleierne håndterer uventede situasjoner og bidrar til et best mulig operasjonsresultat for pasienten.
-------------------	---

Tittel	Theatre nurses' understanding of their work A phenomenographic study at a hospital theatre
Forfatter/ årstall: Lenke:	Catrine Björn & Eva Lindberg Boström 2008 http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:868094/FULLTEXT02.pdf
Design	Fenomenografi - et kvalitativt beskrivende design med åpne intervju spørsmål som datainnsamlingsmetoden.
Utvalg:	15 operasjonssykepleiere fra to forskjellige svenske sykehus.
Datasamling:	Det blei gjort intervju der tre spesifikke spørsmål ledet datainnsamlingen: Hvilken del av praksisen din synes du er lettest? Hvilket aspekt av praksisen din synes du er mest utfordrende? Hva synes du er det viktigste ved din praksis? Hva og hvordan spørsmål ble brukt for å undersøke svarene fra deltakerne.

Resultater:	Hovedtemaet som kom frem i tolkningen av intervjuene var: å være identifisert: ha kontroll, fleksibilitet og improvisasjon, teamarbeid og profesjonell selvtillit.
Konklusjon	Operasjonssykepleiere forsøkte å være forberedt på å håndtere alle slags uventede hendelser på operasjonsstuen. Omfattende kunnskap og erfaring, tekniske, kognitive og sosiale ferdigheter gjorde det mulig for operasjonssykepleiere å håndtere disse hendelsene, noe som økte deres personlige og profesjonelle tillit.

Tittel	Tverrfaglig samarbeid Operasjonssykepleier opplever minst støtte - Deltakerne i operasjonsteamet opplever samarbeidet forskjellig.
Forfatter/ årstall: Lenke:	Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen 2013 https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/1365601.pdf?c=1410453533
Design	Et validert, kvalitetssikret, kvantitativt spørreskjema utviklet ved Universitetet i Stavanger (UiS) på oppdrag fra Helse Vest.
Utvalg:	Undersøkelsen ble opprinnelig sendt ut til 349 respondenter i mars 2011. Kriterier for å delta i studien var at man deltok i operasjonsteam og hadde direkte pasientkontakt. På bakgrunn av disse kriteriene ble utvalget begrenset til 248. Besvarelsene er basert på informert samtykke.
Datasamling:	Spørreundersøkelse som ble sendt digitalt.
Resultater:	Studien tar utgangspunkt i fire påstander fra spørreskjemaet, som gir ulike mål på samarbeidet mellom medlemmene i teamet.

	<p>Overleger og kirurger opplever 100 prosent støtte og respekt. Denne gruppen mener likevel ikke at samarbeidet fungerer optimal. De har en veldig positiv opplevelse av samarbeidet inne på operasjonsstuen. Dette samsvarer med funn fra tidligere utenlandsk forskning.</p> <p>Anestesisykepleierne er enige i at man arbeider som et team. De opplever støtte i teamet og at man behandler hverandre med respekt. Likevel er det kun 39,4 prosent som opplever at samarbeidet fungerer godt utenfor operasjonsstuen.</p> <p>Anestesisykepleieres opplevelse samsvarer mye med assistentlege kirurggruppens når det gjelder støtte og respekt.</p> <p>Anestesisykepleierne opplever i større grad at man arbeider som et team, mens de har mindre opplevelse enn legene av at samarbeidet fungerer godt mellom de ulike avdelingene. Operasjonssykepleierne har følelsen av å arbeide i team, men er den gruppen som i minst grad opplever støtte og respekt. De er også den gruppen som mener samarbeidet fungerer dårligst.</p>
Konklusjon	<p>Funn fra den ekstensive studien viser samsvar med tidligere utenlandsk forskning. Samtidig vises en annen tendens: Det eksisterer ikke bare en forskjell i opplevelsen av samarbeid mellom leger og sykepleiere, men også innad i de ulike gruppene. Studien har identifisert ikke tidligere beskrevne gruppeforskjeller; mellom anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere, anestesileger og kirurger, overleger og assistentleger i kirurgi. Den største forskjellen finnes mellom operasjonssykepleier og anestesilege. Teori viser til at der hvor man har ulik opplevelse av samarbeid vil samarbeidet påvirkes i negativ retning, idet man «drar i ulik retning».</p>

Vedlegg 2 – Intervjuguide

Intervjuguide 1

1. Fortell meg hvordan du tenker som operasjonssykepleier?
2. Fortell meg om den koordinerende rollen?
3. Fortell meg om den sterile rollen?
4. Hvilket ansvar føler du på som operasjonssykepleier?
5. Hva kan være med å påvirke dine valg i løpet av en operasjon?
6. Hvordan tenker du og forbereder deg i forhold til det akutte, beredskapstanker?
7. Når vi sier ordet faglig frykt, hva tenker du da?
8. Hva ligger du i å forebygge usterilitet?
9. Hvordan opplever du at teamet kan påvirke din rolle som operasjonssykepleier?
10. Under observasjoner av kirurgiske inngrep har observert at det ofte skjer endringer, hvordan påvirker dette arbeidsflyten?
11. Har du noen råd til ny operasjonssykepleier?
12. Hvis du skal understreke noe av det viktigste du har nevnt til nå, hva vil du trekke fram?

Intervjuguide 2

1. Kan du fortelle hvordan du tenker når du skal forberede deg til en operasjon?
2. Hvordan ville du forklart hva operasjonssykepleie er til mannen på gaten?
3. Hvilket ansvar føler du på som operasjonssykepleier?
 - Hvordan påvirker ansvarsområdene dine din arbeidshverdag?
 - Hvem opplever du har størst ansvarsområde på operasjonsstuen?
4. Kan du forklare arbeidsoppgavene til den koordinerende operasjonssykepleieren?
 - Hvordan tenker du som operasjonssykepleier ved en akutt situasjon?
5. Hvilke forhold på stuen kan være med å påvirke ditt arbeid som operasjonssykepleier?
6. Hva er det du frykter mest som operasjonssykepleier?
7. Når vi nevner ordet faglig frykt, hva tenker du da?
8. Har du noen råd til nye operasjonssykepleiere?
9. Hvis du skal understreke noe av det viktigste du har nevnt til nå, hva vil du trekke frem?
10. Hvis vi nevner ordet beredskap, hva tenker du da?
 - Beredskap i den akutte situasjonen
 - Skille mellom den koordinerende og den sterilt assisterende.
11. Fortell om avslutningen av en operasjon?
12. Å synkronisere, gir det mening?
13. "Hvordan ha beredskap på operasjonsstuen"

Intervjuguide 3

1. Kan du fortelle hvordan du tenker når du skal forberede deg til en operasjon?
2. Hvordan ville du forklart hva operasjonssykepleie er til mannen på gaten?
 - Hvorfor tror du det er vanskelig å forklare det? /Hva er det som gjør det vanskelig å forklare det?
3. Hvilket ansvar føler du på som operasjonssykepleier?
 - Hvordan påvirker ansvarsområdene dine din arbeidshverdag?
 - Hvem opplever du har størst ansvarsområde på operasjonsstuen?
4. Kan du forklare arbeidsoppgavene til den koordinerende operasjonssykepleieren?
 - Hvordan tenker du som operasjonssykepleier ved en akutt situasjon?
5. Hvilke forhold på stuen kan være med å påvirke ditt arbeid som operasjonssykepleier?
6. Hva er det du frykter mest som operasjonssykepleier?
7. Kan du gå igjennom avslutning ved en operasjon?
8. Hva gjør du/hvilke arbeidsoppgaver har du?
9. Kan du forklare hvordan det er å jobbe i team.
10. Har du noen råd til nye operasjonssykepleiere?
11. Hvis du skal beskrive operasjonssykepleie med et ord, hvilket ord ville du brukt da?
12. Hvis du skal understreke noe av det viktigste du har nevnt til nå, hva vil du trekke frem?

Til slutt har vi kommet frem til noen ord som vi vil teste ut.

- Hvis vi sier kirurgisk samvittighet, hva tenker du da?
- Hvis vi nevner ordet beredskap, hva tenker du da?
- Beredskap i den akutte situasjonen
- Skille mellom den koordinerende og den sterilt assisterende.
- Å synkronisere, gir det mening?

Vedlegg 3 – Tabeller: Eksempler på analyse og utvikling av begrep

Tabell 2

Data	Åpen koding	Selektiv koding	Endelig begrep
<p>Nå er ikke hver dag lik, men å få det til å flyte. Det kjekkeste er jo når teamarbeidet flyter. For da er det så masse at pasienten på stuen og det er liksom alt. Det mest utforende er jo egentlig alt det organisatoriske som ikke er gjort alt som du ikke kan gjøre noe med selv på en måte. For som regel hvis det er noen utfordringer som oppstår inne på stuen, så ordner vi det. Det går ant å fikse, eller vi kan i alle fall fikse det selv da.</p> <p>Da ser vi at vi er et team, nesten som en enhet , nesten som.. ja..Det går helt av seg selv, det er nesten som denne flyt greie da, det er nesten som det er en symfoni, Hehe.</p> <p>Men det viser litt med den team, at du blir sånn innarbeidet i det å jobbe i et team, at du bare gjør det uten å tenke. Men de gangene det ikke fungere då merker du det, du merker det ikke så godt når det fungere, du merker det, men det bare glir, så er det gøy. Men de gangene det ikke fungere, då blir det slitsomt, då er det ikke gøy.</p>	<p>Kjekt når arbeidet flyter</p> <p>Utfordrende når det organisatoriske ikke er i orden</p> <p>Kan fikse det meste på stuen</p> <p>Ordner det selv</p> <p>Teamet fungerer som en enhet</p> <p>Når teamarbeidet flyter går ting av seg selv, som en symfoni</p> <p>Utfører oppgaver uten å tenke, teamarbeidet flyter</p> <p>Merker når det ikke flyter, det blir slitsomt</p>	<p>Koordinerer arbeidsoppgaver</p> <p>Støtter hverandre</p> <p>Løsningsorientert ved uforutsette hendelser</p> <p>Tydlig verbal og nonverbal kommunikasjon</p>	<p>Arbeider i team</p>

	<p>Opplever ikke tilfredshet med arbeidet når det ikke fungerer på operasjonsstuen.</p>		
--	---	--	--

Tabell 3

Data	Åpen koding	Selektiv koding	Endelig begrep
<p>Å fortsette og på en måte undersøke litt, forberede seg litt hvis man vet hva man skal være med på, det gjorde jeg i mange år. Og det gjør jeg fortsatt av og til hvis det er noe som jeg ikke helt vet hva handler om, men det hjelper veldig. Da blir operatørene og de andre i teamet tryggere når de skjønner at du vet littegranne om hva det handler om også blir du selv tryggere, og da mestrer du det bedre, og du takler det bedre hvis ting plutselig snus på hode. Når du har en liten sånn grunnmur der du vet sånn, det handler om sånn og sånn, og de instrumentene skal de ha tror jeg og liksom.</p> <p>Ja, Ikke la deg kanskje vippe av pinnen, eller tør å spørre, tør å være tydelig, prøv å få med deg alt som er</p>	<p>Forberede seg til ulike inngrep</p> <p>Opplever trygghet og mestring med å kunne inngrepene</p> <p>Håndterer uforutsette hendelser bedre med mer kunnskap</p> <p>Tørr å være spørrende og tydelig.</p>	<p>Utvikler ferdigheter</p> <p>Utvikler forståelse</p>	<p>Kontinuerlig utvikling</p>

<p>rundt, prøv å få med deg prosedyrene.</p> <p>Ja, det er jo greit å spørre, hvis dere er usikre, og se hvordan de som er mer erfarene, forhør dere, hvordan pleier du å gjøre det, få litt tips. Og vært litt sånn. Ting kan jo gjøres på flere måter, men det kan være enkelte dekninger som ikke er så lett å få til, spør om hjelp og råd, ikke vær redd for å prøve dere. Det er trening. Du må prøve å feile litt. Dessverre så er det sånn man blir god. Når man har gjort det om og om igjen. Hvis en gjorde noe dumt eller feil, så husker man som regel det. «Learning by doing». Det er repetisjon. Det er veldig variert, og to dager er ikke lik.</p> <p>Gi beskjed hvis det er noe dere føler er feil, eller dumt. Ikke vært redd for å, det tåler vi.</p>	<p>Følg med på alt rundt deg og selve prosedyren.</p> <p>Viktig å spørre hvis man er usikker</p> <p>Få hjelp og råd fra de med mer erfaring</p> <p>Repetisjon er den beste måten å lære på</p> <p>Viktig å lære seg å gi beskjed</p>	<p>Flytter fokus fra seg selv og over på pasienten</p>	
--	--	--	--

Vedlegg 4 – Godkjenning fra NSD

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Master i operasjonssykepleier

Referansenummer

501267

Registrert

08.10.2021 av Erica Gustafsson - [REDACTED]

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på [REDACTED] / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Grethe Dávøy, [REDACTED]

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Erica Gustafsson, [REDACTED]

Prosjektperiode

01.11.2021 - 30.06.2022

Status

19.10.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

19.10.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 19.10.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn

(art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

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.

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/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 5 – Søknad om godkjenning fra sykehus

Fra: Eltvik, Matilde Lie [REDACTED]

Sendt: mandag 13. desember 2021 11:07

Til: [REDACTED]

Emne: Forespørsel om å gjennomføre masterprosjekt på [REDACTED]

Hei Hanne

Sender deg en forespørsel om å få gjennomføre en intervjuundersøkelse og observasjon av 3-4 operasjonssykepleiere ved **thoraxkirurgisk seksjon**

Vi tar master i klinisk sykepleiere – Operasjonssykepleie ved **HVL**, og skal i den anledningen skrive master innenfor dette emnet.

Vi er interessert i hva operasjonssykepleiere gjør for å bevare steriliteten på utstyret som blir brukt under operasjoner for å forebygge kontaminering. Det er gjort mye forskning på dette emnet, men det er til dags dato ingen nasjonale retningslinjer for når utstyr skal åpnes osv. Vi vil derfor dybde intervju og observere operasjonssykepleiere på avdelingen.

Vi vil med dette søke om tillatelse til å intervju og observere 3-4 sykepleiere ved din avdeling. Intervjuene vil ta sted på et nøytralt rom på avdelingen eller ved høyskolen. Selve intervjuet vil vare i 30-60 min for hver enkelt, og vi ber samtidig om tillatelse for at dette kan skje i arbeidstiden i en gunstig tidsperiode for driften. Observasjonene vil skje under operasjon. Der vi vil observere den sterile og koordinerende operasjonssykepleierne i arbeid. Vi vil også be om tillatelse til å kunne innkalle til utdypende spørsmål hvis dette skulle bli nødvendig.

Vi vil opplyse om at vi har taushetsplikt og alle opplysninger som kommer frem vil bli anonymisert. Intervjuene og observasjonene er frivillige, og deltakeren kan når som helst trekke seg fra studiet. Hvis vi får positiv tilbakemelding på denne søknaden, vil vi finne en operasjonssykepleier som kan være vår kontaktperson og hjelpe oss til å velge ut aktuelle personer vi kan intervju og/eller observere. Deltakeren vil få et informasjonsskriv om studiet og hva de kan forvente, samt deres rettigheter.

Selve undersøkelsen vil tidligst starte i desember 2021 og ta sted utover januar i 2022.

Utdypende spørsmål kan komme etter denne tid.

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Dataene vil bli oppbevart etter gjeldene regler, og vil bli slettet/makulert etter masteren er innlevert. Alle som deltar, vil bli sikret anonymitet.

Forskningsprosjektet har blitt meldt inn til NSD (personvernombud for forskning), som har vurdert det som godkjent; referansenummer 501267

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 19.10.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Vi ser frem til en utfordrende, men læringsrik tid og håper på et godt samarbeid og at dette kan være til felles nytte. På forhånd takk!

Vedlagt ligger NSD godkjenning og prosjektplan

Vennlig hilsen

Operasjonssykepleierstudent

Erica Gustafsson og Matilde Lie Eltvik

Vennleg helsing

Matilde Lie Eltvik

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

Fra: [Redacted]

Sendt: mandag 13. desember 2021 11:20

Til: Eltvik, Matilde Lie [Redacted]

Kopi: [Redacted]
[Redacted]

Emne: IS: SV: Forespørsel om å gjennomføre masterprosjekt på [Redacted]

Hallo!

Dere har tillatelse til studien. Tidspunkt for intervju, tilgang til frivillige respondenter og eventuell kontaktperson må avtales med og avgjøres av seksjonsleder Solveig Songstad.

Lykke til!

Vennleg helsing

[Redacted]

Klinikkdirektør

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Fra: Erica Gustafsson [Redacted]

Sendt: torsdag 4. november 2021 22:16

Til: [Redacted]

[Redacted]

Kopi: Grethe Dāvøy [Redacted]

Emne: Søknad

Forespørsel om å få gjennomføre en intervjuundersøkelse og observasjon av 3-4 operasjonssykepleiere ved Sentraloperasjonsavdeling [Redacted]

Jeg tar master i klinisk sykepleiere – Operasjonssykepleie ved [Redacted], og skal i den anledningen skrive master innenfor dette emnet.

Jeg er interessert i hva operasjonssykepleiere gjør for å bevare steriliteten på utstyret som blir brukt under operasjoner for å forebygge kontaminering. Det er gjort mye forskning på dette emnet, men det er til dags dato ingen nasjonale retningslinjer for når utstyr skal åpnes osv. Jeg vil derfor dybde intervju og observere operasjonssykepleiere på avdelingen.

Jeg vil med dette søke om tillatelse til å intervju og observere 3-4 sykepleiere ved din avdeling. Intervjuene vil ta sted på et nøytralt rom på avdelingen eller ved høyskolen. Selve

intervjuet vil vare i 30-60 min for hver enkelt, og jeg ber samtidig om tillatelse for at dette kan skje i arbeidstiden i en gunstig tidsperiode for driften. Observasjonene vil skje under operasjon. Der jeg vil observere den sterile og koordinerende operasjonssykepleierne i arbeid. Jeg vil også be om tillatelse til å kunne innkalle til utdypende spørsmål hvis dette skulle bli nødvendig.

Jeg vil opplyse om at jeg har taushetsplikt og alle opplysninger som kommer frem vil bli anonymisert. Intervjuene og observasjonene er frivillige, og deltakeren kan når som helst trekke seg fra studiet. Hvis jeg får positiv tilbakemelding på denne søknaden, vil jeg finne en operasjonssykepleiere som kan være min kontaktperson og hjelpe meg til å velge ut aktuelle personer jeg kan intervju og/eller observere. Deltakeren vil få et informasjonsskriv om studiet og hva de kan forvente, samt deres rettigheter.

Selve undersøkelsen vil tidligst starte i desember 2021 og ta sted utover januar i 2022. Utdypende spørsmål kan komme etter denne tid.

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Dataene vil bli oppbevart etter gjeldene regler, og vil bli slettet/makulert etter masteren er innlevert. Alle som deltar, vil bli sikret anonymitet.

Forskningsprosjektet har blitt meldt inn til NSD (personvernombud for forskning), som har vurdert det som godkjent; referansenummer 501267

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 19.10.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Jeg ser frem til en utfordrende, men læringsrik tid og håper på et godt samarbeid og at dette kan være til felles nytte. På forhånd takk!

Vennlig hilsen

Operasjonssykepleierstudent

Erica Gustafsson

[REDACTED]
[REDACTED]

Førstelektor Grethe M. Dåvøy

[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]

Fra: [REDACTED]

Sendt: fredag 5. november 2021 15:49

Til: Erica Gustafsson [REDACTED]

[REDACTED]

Kopi: Grethe Dåvøy [REDACTED]

Emne: SV: Søknad

Hei.

Dette er greit for operasjonsavdelinga og underteikna.

Det må gjerast avtale med den enkelte du skal observere/intervjue og det må passast inn til drifta.

Vennleg helsing

[REDACTED]

Seksjonsleiar-Operasjonsavdeling [REDACTED]

[REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED] [REDACTED]

Vedlegg 6 – Informasjonsskriv

Deltagelse i forskningsprosjekt

Rutiner på operasjonsstuen

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å forske på hvilke rutiner og arbeidsoppgaver operasjonssykepleier har på operasjonsstuen.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med denne masteroppgaven er å undersøke rutinene rundt oppdekning av det sterile utstyret og hvordan operasjonssykepleieren ivaretar steriliteten. Gjennom studien ønsker vi å få tilgang til mer kunnskap og forståelse rundt dette. Hensikten med denne kunnskapen er å kunne få et innblikk i hvordan sterilt utstyr blir håndtert av operasjonssykepleiere, men også få deres tanker om hvorfor de handler som de gjør. Kanskje kan vi vinne uskrevne mønstre i måten de håndterer sterilitet på?

Problemstilling er ikke fastsatt da denne kommer fram fra data vi samler inn under observasjon og intervju.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Det er HVL som er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi har valgt å ta for oss forskjellige sykehus for å forske på dette, der vi håper på at din avdeling kan være en av dem. Med å forske på forskjellige sykehus vil vi kunne oppnå en større variasjon som kan være med å belyse oppgaven våres med mer kunnskap.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis dere takker ja til å delta vil vi samle inn data til våres oppgave gjennom observasjoner og intervjuer. Vi ser for oss at vi vil gjennomføre dette på 3-5 operasjonssykepleiere på hvert sykehus.

Intervjuet er forespeilet å ta ca. 30-60 min og vil bli gjort på arbeidsplassen. Intervjuet vil bli tatt opp med lydopptak, der filen vil bli slettet etter oppgaven er ferdig forsvart. Alle vil bli anonymisert.

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 prosjektgruppen og aktuelle veileder på HVL, som vil ha tilgang til oppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er slutten av mai 2022. Etter Masteren er ferdig forsvart, vil all data bli slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til: innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende å få slettet personopplysninger om deg å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål 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: 53 21 15 00.

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

Med vennlig hilsen

Grethe Dåvøy

Erica Gustafsson & Matilde Eltvik

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet med rutiner på operasjonsstuen og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- å bli observert under arbeid

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)