



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

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

Deltaker

Kandidatnr.:	446
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	14824
----------------------	-------

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:	19
Andre medlemmer i gruppen:	454

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

Hva kan være årsaken til mangelfull registrering i
“Synergi” ved stikkskader på operasjonsstuene i norske
sykehus?

What could be the reason for insufficient “Synergi”
registration of sharp instrument injuries in
the operating theatres of Norwegian hospitals?

Ingrid T. T. Haugnes og Gry Tvilde

Master i spesialsykepleie, operasjonssykepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Veileder Fred-Ivan Kvam

Biveileder Grethe Dāvøy

26.05.2023

Innhold

SAMMENDRAG	5
ABSTRACT	6
FORORD.....	8
1.0 INTRODUKSJON	9
1.1 Bakgrunn for valg av tema	9
1.2 Studiens hensikt og problemstilling	10
1.3 Studiens avgrensning	10
2.0 FORSKNINGSBEGREP OG TEORETISK RAMMEVERK.....	11
2.1 Tidligere forskning.....	11
2.2 Smittekjeden	16
2.3 Blodbåren smitte	17
2.3.1 Hepatitt B Virus (HBV)	18
2.3.2 Hepatitt C Virus (HCV)	18
2.3.3 Humant immunsviktvirus (HIV)	19
2.4 Risiko for smitte	19
2.5 Grunnleggende smittevernrutiner / 0-prøve.....	20
2.6. Uønskede hendelser	21
2.6.1 Definisjon av uønskede hendelser	21
2.6.2 Meldesystem for uønskede hendelser	21
2.6.3 Varsel og meldekultur	22
2.6.4 Bedriftshelsetjenestens rolle (BHT) og uønskede hendelser.....	24
2.7 Sikkerhet.....	25
2.7.1 Sikkerhetskultur	25
2.7.2 Pasientsikkerhet	25
2.7.3 Arbeidsgivers ansvar	26
2.7.4 Arbeideren sitt ansvar som medarbeider	27
2.7.5 EU-direktiv styrende for norske sykehus fra 2013.....	28
2.7.6 Forsikring ved skader	28
2.8 Operasjonssykepleiers ansvar og funksjonsbeskrivelse.....	29
3.0 METODE OG MATERIALE	31
3.1 Valg av metode og design.....	31
3.2 Forforståelse	31
3.3 Et todelt prosjekt som plattform for drøfting.....	32
3.4 Prosjektets del 1 - Har meldekulturen i det norske helsevesenet blitt bedre?	32

3.4.1 Del 1 - Metode for datainnsamling via Synergi, bedriftshelsetjenesten og laboratoriet ved Haukeland Universitetssjukehus	33
3.5 Prosjektets del 2 - Om mulige årsaker til mangelfull registrering i Synergi	33
3.5.1 Del 2 - Metode for datainnsamling via et egenprodusert spørreskjema.....	34
3.5.2 Del 2 - Metode for å analysere resultatene fra vår spørreundersøkelse	36
3.6 Forskningsetiske vurderinger	36
4.0 RESULTATER.....	38
4.1 Del 1 - Resultater fra eldre og nyere tallmateriale om stikkskademeldinger fra ansatte ved HUS	38
4.2 Del 2 - Resultater fra spørreskjema om stikkskader og årsak til underrapportering fra operasjonspersonell.....	40
4.2.1 Respondentene til spørreskjemaet	40
4.2.2 Antall stikkskader blant operasjonspersonell	41
4.2.3 Meldekultur og 0-prøve trend blant operasjonspersonell etter en stikkskade.	43
4.2.4 Hva er årsaken til at stikkskader ikke blir meldt i Synergi?.....	45
4.2.5 Kommentarer gitt i åpne spørsmål.....	47
5.0 DISKUSJON.....	48
5.1 Diskusjon av funn.....	48
5.1.1 Utviklingen når det gjelder stikkskaderegistrering	48
5.1.2 Meldekultur og forskjellen mellom operasjonssykepleiere og kirurger.....	50
5.1.3 Årsaken til at operasjonspersonell ikke melder i Synergi	52
5.1.4 Konsekvensene av manglende rapportering i Synergi	54
5.2 Metodekritikk.....	56
5.2.1 Del 1 - Eldre og nyere tallmateriale om stikkskademeldinger fra alle avdelinger ved HUS	56
5.2.2 Del 2 - Spørreskjemaet (surveyundersøkelse) om stikkskader og melderutiner....	57
6.0 AVSLUTNING	58
6.1 Oppsummering	58
6.2 Konklusjon	59
6.3 Tanker om veien videre.....	59
REFERANSER.....	61
Vedlegg.....	66
Vedlegg 1: Godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)	67
Vedlegg 2: Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS.....	69
Vedlegg 3: Spørreskjema	70
Vedlegg 4: Forespørsel om deltakelse i undersøkelse	72

Figurer

<u>Figur 1 – Smittekjeden</u>	17
<u>Figur 2 - Forskjell på antall meldte stikkskader i Synergi ved Haukeland universitetssjukehus i perioden 2005–2007</u>	39
<u>Figur 3 - Yrkesgruppedeling av respondentene</u>	40
<u>Figur 4 - Kjønnfordeling av respondentene</u>	40
<u>Figur 5 - Aldersfordeling av respondentene</u>	41
<u>Figur 6 - Ansiennitet i yrket</u>	41
<u>Figur 7 - Antall stikkskader per ansatt i.l.a. 5 år – grupper</u>	42
<u>Figur 8 - Sammenligning av stikkskade-meldinger</u>	43
<u>Figur 9 - Forskjell på melderutiner mellom operasjonssykepleiere og kirurger etter stikkskade</u>	44
<u>Figur 10 - Årsakene til at stikkskader ikke blir meldt i Synergi, alle respondenter</u>	45
<u>Figur 11 - Årsakene til at stikkskader ikke blir meldt i Synergi, Sammenligning av svar mellom operasjonssykepleiere og kirurger</u>	46

Tabeller

<u>Tabell 1 - Gjennomsnittet av antall registrerte stikkskader i Synergi per år ved Haukelanduniversitetssjukehus</u>	38
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

SAMMENDRAG

BAKGRUNN: I operasjonsfaget blir spisse gjenstander håndtert mellom personalet mange ganger daglig under operasjoner. Dette utgjør en risiko for stikkskader for personalet. Med en karriere som operasjonssykepleiere foran oss, er vi forberedt på å være spesielt utsatte da vi skal håndtere spisse og kvasse gjenstander mange ganger daglig.

FORMÅL: Med denne studien ønsker vi å kartlegge om det fortsatt er mange operasjonssykepleiere og kirurger som ikke melder stikkskader i Synergi, og årsakene til hvorfor det ikke blir meldt.

Følgende problemstilling ble besvart; *"Hva kan være årsaken til mangelfull registrering i "Synergi" ved stikkskader på operasjonsstuene i norske sykehus?"*.

METODE: Det er anvendt en todelt kvantitativ studie med retrospektivt perspektiv. I studiens del 1 ble det undersøkt om underrapportering av stikkskader fortsatt er et problem per i dag. Dette ble gjort ved å sammenligne antall stikkskader meldt i Haukeland Universitetssjukehus sitt avvikssystem, med utgangspunkt i tall fra sykehusets laboratorium, og antall blodprøver merket som "kontroll ved stikkskade" i periodene 2005–2007 og 2020–2021. I studiens del 2 gjennomførte vi en spørreundersøkelse, blant relevant og utvalgt operasjonspersonale, for å finne årsaker til underrapportering av stikkskader på operasjonsstuene i norske sykehus. Studien fikk en svarprosent på 39% med respondenter fra tre norske sykehus.

RESULTATER: Studiens del 1 viser at fra perioden 2005–2007 og 2020–2021 er det en 12% bedring i rapportering av stikkskader blant helsepersonell. Fra spørreundersøkelsen i studiens del 2 fant vi at avvikssystemet "Synergi" er en for tidkrevende (43%) og avansert (20%) prosess, og er hovedårsakene til underrapportering av stikkskader hos operasjonspersonell. Studien avdekket også at operasjonssykepleiere (50%) rapporterer stikkskader oftere enn kirurger (14%).

KONKLUSJON: Fortsatt er det mange som ikke melder stikkskade etter fastlagt prosedyre. Helsevesenet har et forbedringspotensial til å bedre meldekulturen og holdning til rapportering blant ledere og personalet ved operasjonsavdelingene.

NØKKELOD: sharp instrument injuries, operation room, underreporting, scrub nurse, surgeon, occupational exposure.

ABSTRACT

BACKGROUND: In the field of surgery, sharp objects are passed between staff many times a day during operations. This poses a risk of sharp instrument injuries for the operating personnel. With a career as operating room nurses ahead of us, we are prepared to be particularly vulnerable since we have to handle sharp objects many times a day.

PURPOSE: The aim of this study is to find out whether there are still many operating room nurses and surgeons who do not report sharp instrument injuries in Synergi, and the reasons why they are not reported. The following problem was answered:

"What could be the reason for insufficient Synergi registration of sharp instrument injuries in the operating theatres of Norwegian hospitals?"

METHOD: A two-part quantitative survey with a retrospective perspective has been used. Part 1 of the study, aimed to investigate whether under-reporting of sharp instrument injuries still is a problem as of today. This was done by comparing the number of sharp instrument injuries reported in Haukeland University Hospital's deviation system with the number of blood samples, marked as "check for sharp instrument injuries", at the same hospital's laboratory in the periods 2005–2007 and 2020–2021. In part 2 of the study a survey was carried out, amongst selected relevant personnel, in order to find reasons for under-reporting of sharp instrument injuries in the operating theatres of Norwegian hospitals. There was a response rate of 39% with respondents from three Norwegian hospitals.

RESULTS: Part 1 of the study shows a 12% improvement in the reporting of sharp instrument injuries among healthcare personnel since 2005-2007. The survey in part 2 of the study, showed that the main reason given for why sharp instrument injuries are not reported is that the deviation system "Synergi" is considered to be too complicated (20%) and time-consuming (43%). The study also revealed that operating room nurses (50%) report sharp instrument injuries more often than surgeons (14%).

CONCLUSION: There are still many operating personnel who do not report sharp instrument injuries according to established procedure. There is potential within the national

health service to improve the reporting culture/attitude to reporting among managers and staff of operating departments.

KEYWORDS: sharp instrument injuries, operating room, underreporting, scrub nurse, surgeon, occupational exposure.

FORORD

Vi vil rette en stor takk til veileder, Fred-Ivan Kvam, og biveileder Grethe Dāvøy for oppmuntrende ord, konstruktive tilbakemeldinger og grundig veiledning gjennom hele prosessen. Vi må også takke alle deltakere for at dere viste interesse for prosjektet, og tok dere tid til å svare på spørreskjemaet. Til de som tok seg tid til å lese korrektur og til Kjersti Lønning for gode råd. Tusen takk! Og til alle våre nærmeste, familie og venner, for all støtte og forståelse under en travel prosess. Vi tar selvfølgelig selv ansvar for alle mulige feil og mangler ved oppgaven.

Bergen 26. Mai, 2023

Ingrid T. Tveit Haugnes og Gry Tvilde

Antall ord: 14 824

1.0 INTRODUKSJON

I dette kapittelet presenterer vi bakgrunn for valg av tema, hensikten bak studien og forklarer hvorfor dette er et viktig tema.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I operasjonsfaget blir spisse og kvasse gjenstander håndtert mellom personalet mange ganger daglig under operasjoner. Dette utgjør en risiko for operasjonspersonellet. I praksis som studenter ved ulike sykehus og avdelinger, har vi erfart at slike hendelser er relativt hyppig for operasjonssykepleiere og kirurger. Med en lang karriere som operasjonssykepleiere foran oss er vi forberedt på at vi er spesielt utsatte, da vi skal håndtere spisse og kvasse gjenstander mange ganger daglig. Med dette som bakteppe er det særdeles viktig å tenke forebygging i forhold til alle faser innen kirurgi, og alltid benytte nødvendig, tilgjengelig beskyttelsesutstyr og gode rutiner under operasjon (Eide & Størksen, 2018, s. 428).

Statistikken viser at antall årlige stikkskader samlet sett er redusert blant helsepersonell de siste årene. Dette sett bort fra ved operasjonsstuene hvor stikkskader skjer like hyppig som for 10 år siden (Sun et al., 2021). Stikkskader og dårlig rapporteringskultur er et vanlig problem generelt i helsevesenet. Operasjonspersonale identifiseres som særlig utsatt for stikkskader og har lavest rapporterings trend (Niclas et al., 2021). Norske publikasjoner over temaet viser også urovekkende negative tall om årlig underrapportering ved norske sykehus.

Alt for ofte går stikkuhell på operasjonsstuene “under radaren”. Når skaden ikke blir meldt, blir den heller ikke synlig, og da er det per definisjon ikke et problem, og det skjer ingen forandring. Vår motivasjon er å prøve å snu på dette.

Stikkskader og underrapportering er altså påvist å være en stor utfordring for norske sykehus, men problemstillingen blir tatt på største alvor også internasjonalt. Denne studien må også sees på som en oppfølging av EU-direktiv “Rammeavtale om forebygging av stikkskader i sykehus og helsesektoren” implementert i norsk helsevesen i 2013 (Regjeringen, 2012).

1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Ifølge Statistisk Sentralbyrå (2020) er det årlige gjennomsnittstallet for innmeldte stikkskader rundt 500 totalt fra hele det norske helsevesenet. Ut fra det forarbeidet vi har gjort, har vi mistanke om at statistikken indikerer underrapportering. I vår studie ønsker vi å se nærmere på stikkskader og skaderegistrering blant operasjonssykepleiere og kirurger som står i det sterile feltet, og nøste opp i hva som kan være årsaken til at operasjonspersonell ikke melder i Synergi. Vi har formulert forskningsprosjektet vårt slik:

Hva kan være mulige årsaker til mangelfull registrering i “Synergi” ved stikkskader på operasjonsstuene i norske sykehus?

Vi håper at våre funn kan bidra til implementering av mer effektive varslingsrutiner, som i sin tur vil redusere skadeomfanget på operasjonsstuene i norsk helsevesen. Vi håper det vil skape tryggere kirurgi, og en tryggere arbeidshverdag for helsepersonellet i det kirurgiske feltet.

1.3 Studiens avgrensning

Vi fokuserer på, og refererer til, helsevesenets interne skademeldesystem “Synergi” i oppgaven. Det kan oppstå forskjellige typer skader på ansatte ved alle arbeidsplasser, også i helsevesenet (fall, vold, ryggskader). Denne oppgaven avgrenser seg til å omhandle det som skjer på sykehusenes operasjonsstuer. Typen skade defineres i denne oppgaven som; personlige stikk- og skjæreskader fra skarpe kirurgiske gjenstander på kirurgisk personell. Skaden kan også beskrives som uhell, uønsket hendelse, stikk- og skjæreskade.

Med kirurgisk team menes operasjonssykepleier, anestesilege, anestesisykepleier, kirurg og kirurgiske assistenter. Denne studien vil ha fokus på personale som står i det sterile feltet, altså operasjonssykepleiere og kirurger. Begrepet smittemottaker vil i oppgaven være medlemmer av det kirurgiske teamet og operasjonspasienten.

Smitte defineres her som blodsmitte, og virusinfeksjoner som smitter via blod. I oppgavens sammenheng er det hepatitt B (HBV), hepatitt C (HCV) og humant immunsviktvirus (HIV) som representerer størst risiko og vil bli prioritert i teorikapittelet.

Av norske sykehus har vi valgt ut tre. Det vil si Haraldsplass Diakonale sykehus, Voss sjukehus og Haukeland universitetssjukehus. Vi benevner disse i teksten som HDS, VS og HUS.

2.0 FORSKNINGSBEGREP OG TEORETISK RAMMEVERK

I dette kapittelet beskriver vi kort tidligere forskningsartikler rundt tematikken stikkskader og underreportering blant operasjonspersonell. Videre redegjøres det for valgte teorier for å belyse problemstillingen vi vil se nærmere på.

Vi beskriver smittekjeden og aktuelle smittestoffer, grunnleggende smittevernrutiner og 0-prøver, uønskede hendelser, meldesystem, meldekultur, sikkerhet og ansvar.

2.1 Tidligere forskning

Vi har funnet åtte forskningsartikler som omhandler stikkskader og underreportering. Vi gjorde søk i relevante databaser som er anbefalte av biblioteket ved Høgskulen på Vestlandet: Cinahl, Medline, SweMed+, og Google Scholar. Søkeordene benyttet for å finne fram til forskningsartikler som videre er relevante for vår oppgave er blant annet:

- Needlestick injuries
- Operationroom
- Underreporting
- Scrub Nurse
- Surgeon
- Occupational exposure

Høgskulebiblioteket har også vært behjelpelig med å fremskaffe relevant faglitteratur for vårt prosjekt.

Refsnes og Stensland skrev en kvalitativt basert masteroppgave i 2016, hvor de undersøkte hvilke erfaringer operasjonssykepleiere og kirurger har med stikkskader på operasjonsstuen.

To kirurger og to operasjonssykepleiere ble intervjuet. Prosjektets funn viste at stikkskader på operasjonsstuen skjer jevnlig, at nåler er det som forårsaker flest stikkskader, og at mange unnlater å rapportere skadene. Det kom frem i intervjuene, at selve skademeldingsprosessen opplevdes som tidkrevende, og at det var mye usikkerhet rundt hvordan man meldte skaden videre i systemet. Informantene uttrykte også ønske om et enklere og mer standardisert meldesystem, og at ledelsen tok større ansvar for å melde skaden til riktig adressat. Refsnes og Stensland konkluderte med at operasjonsavdelingen har et stort forbedringspotensial når det gjelder forebygging og melding av stikkskader, og at meldeprosessen må forenkles, og i større grad tydeliggjøres for de ansatte (Refsnes & Stensland, 2016).

Ved et amerikansk undervisningssykehus utførte Nicolas et al. (2021) en tverrsnittundersøkelse for å finne mulige årsaker til underrapportering av nålestikkskader hos operasjonspersonale. Et elektronisk spørreskjema ble sendt ut til alt helsepersonell ansatte ved operasjonsstuene. Undersøkelsen fikk en svarrespons på 33% (122 av 369), hvorav flest var operasjonssykepleiere (45 %). Hele 55 % av respondentene svarte at de hadde opplevd nålestikkskade på operasjonsstuen. Respondenten ble også spurt hvor mange stikkskader de hadde opplevd i løpet av de siste 12 månedene, og i sin totale karriere. I tillegg ble deltakerne spurt om hvor mange av stikkskadehendelsene de hadde meldt/ikke meldt, og hvorfor de responderte som de gjorde. Årsakene til at de ansatte unnlot å melde stikkskadene ble begrunnet med:

- mangel på kunnskap om rapportering
- stigma
- kompliserte rapporteringsprotokoller
- en tro på at eget antistoff eller verneutstyr var beskyttende nok mot smitte.

Studien konkluderte med at det er høy stikkskadeforekomsten i operasjonsstuene, og at stikkskader relativt sjeldent meldes fra operasjonspersonell. Forskerne mente at det var viktig å etablere en skjerpet sikkerhetskultur, og at strategier for skadereduksjon bare kan bestemmes og implementeres når rapporteringen økes og eksponeringsatferd er tydeliggjort (Nicolas et al., 2021).

Ved 20 sykehus i Nord-Frankrike, ble det gjort en multisenterstudie rettet mot kirurger, operasjonssykepleiere, studenter og jordmødre innen det kirurgiske felt (Tarantola et al.,

2006). Hensikten var å undersøke hvor mye stikkforebyggende beskyttelsesutstyr hver operasjonsstue hadde tilgjengelig, og om utstyret faktisk ble tatt i bruk av personalet. Et spørreskjema ble brukt til å samle inn og standardisere data om utstyret fra totalt 108 operasjonsstuer, og totalt 260 operasjonspersonell ble intervjuet. Av deltakerne som ble intervjuet var 151 (58,1 %) kirurger og 102 (39,2 %) operasjonssykepleiere. 55 (37,2 %) av kirurgene fortalte under intervjuet at i løpet av måneden før undersøkelsen, hadde de pådratt seg totalt 96 nålestikkskader. Av disse 55 kirurgene, var det bare ti som hadde varslet nålestikkskade til sykehusets bedriftshelseavdeling. Dette utgjorde en varslingsgrad på 10,4 %. Studien konkluderte med at nålestikkskader forekom hyppig blant operasjonspersonell i Frankrike. Stikkforebyggende beskyttelsesutstyr ble lite brukt av personalet til tross for at dette var jevnt over tilgjengelig ved operasjonsstuene. Studiet konkluderte ellers med at operasjonspersonell burde øke bruken av tilgjengelig beskyttelsesutstyr, sjekke sin egen blodstatus og få bedre kunnskap om stikk skademelding (Tarantola et al., 2006).

Bahat et al. (2022) utførte en tverrsnittstudie i Israel for å undersøke:

- Hvor ofte stikkskader oppstod blant de generelle helsearbeiderne ved sykehuset.
- Om det kunne dokumenteres likhetstrekk ved stikkskade hendelsene.
- I hvilket omfang det foregikk underrapportering hos sykehusets helsearbeidere fra ulike sektorer.

Et spørreskjema ble utarbeidet av et tverrfaglig team bestående av leger og sykepleiere. Spørreskjemaet inneholdt variablene: kjønn, alder og yrke, stikkskade opplæring, faktisk opplevde stikkskader og rapportering. Den totale svarresponsen kom på 53% (443 av 844 inviterte). 53 % av respondentene (235) hadde opplevd stikkskader, og av disse var over halvparten forårsaket av nålestikk (68 %). Det viste seg å være størst forekomst av stikkskader blant leger (75 %), og hos annet personell ved kirurgiske avdelinger (55 %).

Underrapportering viste seg å være mer vanlig blant leger (59 %), spesielt seniorer (72 %), arbeidere uten meldeopplæring (59 %), og av menn (54 %). Av alle avdelingene som var med i studien, ble det funnet flest underrapporteringer ved operasjonsstuene. Konklusjonen ble at stikkskader og underrapportering er vanlig blant helsearbeidere fra alle sektorer, og at det bør oppmuntres til forbedring av forebyggende tiltak og rapportering (Bahat et al., 2022).

Husøy et al. (2010) gjennomførte en kvantitativ studie, med tilbakeblikk på perioden 2003–2007 for å undersøke stikkskader og melderutiner ved Haukeland universitetssykehus. Studien er basert på gjennomgang av antall skademeldingsskjemaer ved stikkskader. Studien fikk i tillegg oversikt over antall rekvisisjoner til hepatittserologi/anti-hiv som var merket med stikkskader, men som ikke ble skademeldt. Studien fikk innmeldt gjennomsnittlig 210 stikkskader pr. år. Sammenlignet med beregnet antall blodprøverekvisisjoner markert som stikkskade, viste det seg at det mer korrekte antallet stikkskader summerte seg opp til 369 pr år totalt. Det vil si en utelatelse av innmelding på 159 (43,1 %) stikkskade hendelser. De fleste rapporteringene ble meldt av sykepleiere og studiet konkluderte med at stikkskader og underrapportering er vanlig. Flere faktorer ble avslørt å være hovedårsakene til underrapporteringen:

- tidspress
- forglemmelse
- usikkerhet rundt melderutine
- bekymring for at dette skulle påvirke karrieren negativt

Dette er den siste norske forskningsundersøkelsen som er blitt gjort for å få kartlagt omfanget av stikkskader og underrapportering ved norske sykehus (Husøy et al., 2010).

I Kina ble det i 2019 repetert en studie som første gang ble gjennomført i 2012 (Sun et al., 2021, s.1–7). I denne studien hadde forskerne undersøkt omfanget av stikkskader hos 46 600 responderende helsepersonell ved 36 sykehus. Målet med en ny undersøkelse var å få fram nyere/ oppdaterte data om stikkskader, for så å kunne sammenligne resultatene fra begge studiene, og eventuelt kunne spore en endring. Begge undersøkelsene ble utført med det samme spørreskjemaet, med helsepersonell fra de samme sykehusene. I det nye studiet fra 2019, var det totalt 48165 informanter som deltok. 549 (1,14 %) av disse hadde opplevd stikkskade. Dette var betydelig lavere, sammenlignet med de totalt 4526 stikkskadene fra studiet i 2012 (9,17 %). Det viste seg at blant helsepersonell var det sykepleiere og leger som hadde flest stikkskader, og at avdelinger med hyppigst stikkskadeforekomst var operasjonsstuene og generelle sengeposter. Dette siste kom frem i begge studiene.

Når en sammenlignet de to studiene, viste studiet fra 2019 både et betraktelig mindre omfang av stikkskader, og forbedret rapporteringskultur. Forskerne mente at årsaken til den store

reduksjonen i antall stikkskader kunne forklares med at helsearbeiderne de siste syv årene etter hvert var blitt mer bevisste på forebyggende tiltak, og på bruken av beskyttelsesutstyr. Konklusjonen etter studien var at stikkskader reduseres ved å bedre forebyggende tiltaksrutiner, og å bruke beskyttelsesutstyr som del av standardisert prosedyre (Sun et al., 2021).

Sykepleierstudenter i praksis utfører mange av de samme prosedyrene som erfarne, utdannede sykepleiere. Fordi de har mindre erfaring med håndtering av skarpe gjenstander, er de ofte mer utsatte for stikkskader. Ifølge Black Thomas (2020), er sykepleierstudenter blant dem som er dårligst på rapportering av stikkskader. På bakgrunn av dette, ble det utført en kvantitativ studie i USA, for å se nærmere på rapporteringsadferd hos sykepleierstudenter som hadde opplevd nålestikkskade under en klinisk praksisperiode. Med en “survey”, ble det stilt spørsmål som skulle fange opp hvor mange sykepleierstudenter som hadde opplevd stikkskade under praksis, studentenes opplevelse av å ha blitt utsatt for en stikkskade, og deres rapporteringsmønster. Tilsammen 4140 sykepleierstudenter svarte på spørreundersøkelsen. 274 (6,6 %) av respondentene hadde opplevd stikkskade i løpet av sin praksisperiode, hvorav halvparten ikke hadde blitt meldt (52 %). Årsakene sykepleierstudentene oppga som grunn for ikke å rapportere stikkskadene var:

- Frykt for å “havne i trøbbel”
- Bekymring for at hendelsen ville påvirke studentens karakter
- Bekymring for å bli oppfattet som å ha manglende klinisk kompetanse

Studien konkluderte med at god kommunikasjon mellom, og tillit til, foresatte (fakultetet, praksisveiledere, etc.), er avgjørende for å sikre at sykepleierstudenter rapporterer stikkskader (Black Thomas, 2020).

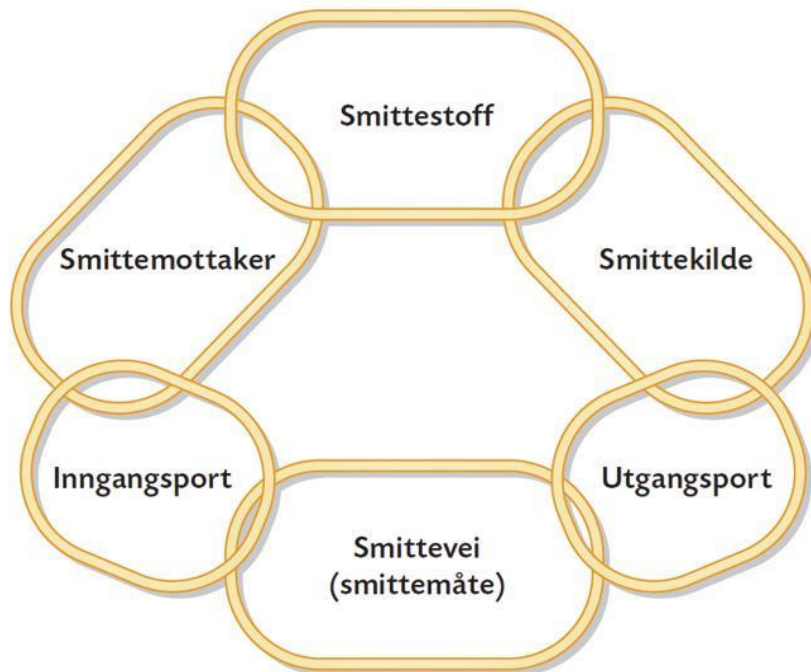
I 2007 ble en spørreundersøkelse gjennomført blant kirurger under opplæring ved 17 forskjellige sykehus i USA (Makary et al., 2007). Undersøkelsen fikk en svarrespons på 95% med totalt 699 respondenter. 83% av disse hadde hatt erfaring med nålestikkskade i sin opplæring. Det gjennomsnittlige antallet nålestikkskader økte i henhold til hvilket studieår lærlingene var i. Gjennom det siste året med treningspraksis, hadde 99 % av de kirurgiske lærlingene hatt en nålestikkskade; for 53 % av disse hadde skaden involvert en høyrisikopasient. Av skadene som hadde hendt nylig, ble 51% ikke meldt til sykehusets

avvikssystem. Av de som involverte høyriskopasienter ble 16% ikke meldt. Mangel på tid var den vanligste årsaken til å ikke rapportere slike skader blant 42% av respondentene. Studien konkluderte med at nålestikkskader er vanlig blant kirurger under opplæring og rapporteres ofte ikke. Forbedrede forebyggings- og rapporteringsstrategier er nødvendig for å øke arbeidssikkerheten for dem som praktiserer kirurgi (Makary et al., 2007).

Alle forskningsartiklene vi har referert til i dette prosjektet har hatt fokus på yrkesrelaterte stikkskader, og rapporteringskultur i ulike nærmere angitte helse arbeidsmiljø. De fleste av studiene vi har tatt med har dessuten til felles at de konkluderer med at stikkskader og dårlig rapporteringskultur er et vanlig problem i helsevesenet. Artikkelen vi fant i fra Kina, var noe mer positiv i sin konklusjon enn de andre artiklene, ved at deres funn viste en signifikant forbedring av både stikkskader og rapportering, sammenlignet med tidligere resultat. Fire av studiene vi har referert til har særlig satt fokus på personell som har sitt virke ved operasjonsstuene. Tre av disse hadde færre deltakere enn i studiene hvor alle helsearbeidere inkluderes. Likevel blir operasjonspersonale i de fleste av disse artiklene identifisert som mest utsatt for stikkskader og dårligst til å rapportere. Vi fant en norsk, en amerikansk og en fransk artikkel som spesifikt undersøkte forholdene på operasjonsstuene. Alle er av eldre dato (2016, 2007, 2006), sammenlignet med artiklene vi fant fra USA, Kina og Israel (2020, 2021, 2022). Det kan gi grunnlag for å reise spørsmål ved om det finnes lite forskningsaktivitet rundt stikkskader på operasjonsstuene generelt i Europa de siste årene. Det vil i så fall stå i kontrast til andre deler av verden.

2.2 Smittekjeden

Flere faktorer er av betydning for overføring og spredning av smitte. Disse faktorene kan fremstilles som en kjede (*smittekjeden*) som består av ulike ledd som alle, og også hver for seg kan føre til infeksjon og smitte (Hansen, Andersen & Loraas, 2018, s. 234).



Figur 1 - Smittekjeden (Hansen, Andersen & Loraas, 2018, s. 234).

For å forklare hvordan hvert ledd i smittekjeden fungerer, velger vi å lage et eksempel fra det sterile feltet i operasjonsstuen:

En aktiv virusinfeksjon (smittestoff) befinner seg i blodomløpet til en kirurgisk pasient (smittekilde). Når kirurgien igangsettes, brytes pasientens hudbarriere og danner et operasjonssår (utgangsport). Den skarpe kniven som ble brukt til å lage operasjonssåret (smittevei) blir ved uhell håndtert feil og perforerer huden (inngangsport) til operasjonssykepleieren (smittemottaker). Det er nå mulig at smittestoffet har nådd frem til en ny vert, som i dette eksempelet er operasjonssykepleiere. Om smitteoverføringen til operasjonssykepleieren, representerer hun/han en ny kilde til smitte. I dette eksempelet ser vi altså hvordan smittekjeden blir fullført uavbrutt fra ledd til ledd.

2.3 Blodbåren smitte

Blodbåren smitte vil si smitte som overføres via blod. Mikroorganismer som befinner seg i blodet hos en smittebærer kan overføres videre ved kontakt med en annen mottakers blod eller vev via rifter i hud og slimhinner. Smittemåten kan være direkte i form av kontakt med

blodprodukter, som ved en blodtransfusjon, eller indirekte (inokulasjonssmitte) ved blant annet at man stikker seg på en infisert nål (Schøyen, 2011, s. 144).

Ved kirurgi er det høy risiko for blodsmitte av virus, bakterier og prioner. Både ved stikk- og skjæreskader på helsepersonell. Hepatitt -B, -C, HIV (Humant immunsviktvirus) og HTLV (Humant T-cellelymfotroft virus) er eksempler på virus som er særlig fryktet når det har skjedd en stikkskade (Andersen, 2016, s. 89).

2.3.1 Hepatitt B Virus (HBV)

HBV kan leve lenge i blodprodukter utenfor kroppen (ett år eller mer). Det er ofte store mengder virus i blodet både hos pasienter med akutt sykdom og hos bærere av sykdommen. HBV er den hyppigste årsaken til kronisk hepatitt, levercirrhose og leverkreft (hepatocellulært karsinom). Blod-/stikk-/skjæreskader er en av de hyppigste årsakene til smitteoverføring. I perioden 2002–2013 var det registrert totalt 12 000 tilfeller av HBV i Norge, men trolig er det over 20 000 kroniske smittebærere av viruset i landet. Det finnes vaksine mot HBV og tilbys helsepersonell som kan utsettes for smitte (Andersen, 2015, s. 173–177).

2.3.2 Hepatitt C Virus (HCV)

HCV-smitteoverføring skjer ved at infeksiosøst blod og annet sekret fra smittebærer overføres direkte eller indirekte til annen person (Andersen, 2015, s. 181). Ved de fleste HCV- infiserte pasientene, vil pasientens eget immunforsvar klare å fjerne viruset innen 6 måneder etter infeksjon, uten behandling (30%). Resten (70 %) av infiserte personer vil utvikle kronisk HCV-infeksjon, og ha 15–30% risiko for å utvikle cirrhose eller leverkreft innen 20 år. Antivirale medisiner kan kurere mer enn 95 % av personer med hepatitt C-infeksjon, men det finnes for tiden ingen effektiv vaksine mot hepatitt C (WHO, 2022).

Det foreligger ikke sikre tall på hvor mange som lever med kronisk HCV i Norge i dag, men det anslås at cirka 10 000 mennesker har kronisk hepatitt C, og at mellom 300 og 400 smittes årlig. Mange av disse er ikke klar over at de er smittet. Om lag 20% av dem som blir smittet av HVC, smittes av andre årsaker enn pågående injisering av rusmidler. Et eksempel på andre årsaker er ved stikkuehell med kontaminerte sprøyter eller kirurgiske instrumenter (Folkehelseinstituttet [FHI], 2019).

2.3.3 Humant immunsviktvirus (HIV)

HIV er et virus som medfører svekkelse av immunforsvaret slik at kroppen blir mindre motstandsdyktig mot infeksjoner og sykdom. Langtkommet HIV med alvorlige sykdomskomplikasjoner kalles Acquired Immuno Deficiency Syndrome (Aids) og er dødelig. Det finnes ingen kurerende behandling for HIV infeksjon, men med effektiv, kontinuerlig, antiviral behandling, kan de fleste med HIV leve et langt liv med redusert risiko for alvorlige komplikasjoner (FHI, 2019).

2.4 Risiko for smitte

Ved alle operasjoner vil det være en viss risiko for overføring av smitte etter stikkskade. Risikoen for smitteoverføring ved stikk på kontaminert kanyler er 20–40 % for hepatitt B, 1–10% for hepatitt C og 0,3–0,5% for HIV (Andersen, 2016, s. 89). I journalen kan pasienten oppfattes som “smittefri” fordi det ikke er dokumentert noe smitte, og vanligvis er dette korrekt. Noen ganger hender det at pasienten er uvitende om at han/hun er smittebærer. I 2007 ble det kjent at en kirurg ved Universitetssykehuset i Nord- Norge hadde blitt smittet av hepatitt C, gjennom sitt arbeid på sykehuset. Kirurgen hadde blitt smittet av en pasient, uten at han var klar over det. Videre smittet kirurgen 10 nye pasienter, før det ble oppdaget (Sykepleien, 2008).

Smittetest er ikke en preoperativ rutine for verken elektive eller øyeblikkelig hjelp pasienter før inngrep. Operasjonspersonell er heller ikke pålagt rutinemessig smitte testing. Ifølge lovverket er de som mistenkes eller har “*grunn til å anta*” at de er smittet hvis man har symptomer eller om man har vært i en smittesituasjon, som skal teste seg (Smittevernloven, 1995, § 5-1). Så sannsynligheten for at det blir operert elektive og øyeblikkelig hjelp pasienter, som har smitte, som helsepersonell ikke kjenner til, er tilstede.

De fleste pasienter som har en kjent smittsom tilstand, samtykker som oftest til å informere institusjonen og operatøren om smitten i forkant av undersøkelsen/inngrepet. Dette blir dokumentert i journal eller i henvisning. En sjelden gang ønsker ikke pasienten at deres smittestatus skal informeres til spesialisthelsetjenesten, av ulike årsaker. Som pasient har en rett til å motsette seg at opplysninger utveksles mellom helsepersonell, som for eksempel mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten (Helsepersonelloven, 2001, § 25). Da kan ikke

fastlegen gi taushetsbelagte opplysninger videre. Dette vil i praksis si at pasienter med HIV/hepatitt kan bli henvist og undersøkt/operert uten at institusjon og kirurg er klar over at pasienten er bærer av smitte.

I 2012 ønsket en HIV-pasient at hennes smittestatus ikke skulle nevnes i henvisning til et kirurgisk inngrep (Storevik, 2012). Hun hadde erfart at henvisninger ble lest av flere, noe hun ikke ønsket. Pasienten valgte å opplyse selv om sin HIV-status på konsultasjon hos kirurgen før operasjonen. Kirurgen ble da sint fordi dette ikke var opplyst i henvisningen fra fastlegen, og var pågående for å få vite om fastlegen visste om hennes sykdom. Senere fikk hun vite at kirurgen hadde sendt en redegjørelse om hennes HIV status til fastlegen. Kirurgen ble klaget inn for Rådet for legeetikk av HivNorge, for ikke å vise respekt og omsorg for pasienten under konsultasjonene. Kirurgen mente at det var mangel på respekt, at fastlegen ikke hadde oppgitt pasientens HIV-status, så han kunne ta forhåndsregler. Rådet var enig med kirurgen og mente det er rimelig at pasienter som er HIV-positive, opplyser om dette før undersøkelser eller behandlinger som innebærer risiko for blodsmitte. Men Helsedirektoratet hevdet at pasienten i dette tilfellet ikke hadde plikt til å opplyse om sin HIV-status før konsultasjonen med kirurgen. Legeforeningens juridiske direktør måtte si seg enig med Helsedirektoratet. Henvissende leger har ikke plikt til å opplyse sykehuset om pasienter som har HIV eller andre smittsomme sykdommer (Storevik, 2012).

2.5 Grunnleggende smittevernrutiner / 0-prøve

Basale rutiner er basert på prinsippet om at alle kroppsvæsker inklusive blod, sekreter og ekskretorer (unntatt svette), ikke-intakt hud og slimhinner kan inneholde smittestoffer. Gjennomføring av basale rutiner overfor alle pasienter vil forebygge og redusere risikoen for smitte og er en forutsetning for et effektivt smittevern i helsetjenesten. Ifølge Folkehelseinstituttet gjelder basale smittevernrutiner ved arbeid med alle pasienter, uavhengig av mistenkt eller bekreftet diagnose eller antatt infeksjonsstatus. Beskyttelse mot stikkskader er én av de elleve rutinene som sammen danner grunnlaget for smittevern i hele helsetjenesten (FHI, 2022).

Bli en ansatt utsatt for en stikkskade på en kontaminert nål, er det viktig at hendelsen følges godt opp. Det skal alltid tas blodprøve (kalt 0-prøve) av den ansatte snarest mulig etter skaden. 0-prøven viser den ansattes egenstatus, og

fungerer som utgangspunkt for videre oppfølging. Oppfølgingsprøver etter stikkskade vil bli sammenlignet med 0-prøven, og kan avsløre evt. endringer som kan indikere at den ansatte er påført smitte (Helse Bergen, 2022).

Folkehelseinstituttets meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) overvåker forekomsten av sykdommer som spres med blod som skyldes stikkskadeeksponering. I perioden 1992–2010 var det i MSIS registrert 14 meldte tilfeller av hepatitt B-smitte etter stikkskader i helsevesenet. Typiske årsaker kan være mangel på vaksinasjon eller at stikkskaden ikke ble erkjent umiddelbart og fulgt opp med posteksponeringsprofylakse (Fønhus, 2011).

2.6. Uønskede hendelser

I dette underkapittelet forklarer vi definisjonen av begrepet “uønskede hendelser” og hvilken rolle dette begrepet spiller inn i helsevesenet.

2.6.1 Definisjon av uønskede hendelser

I Helse Bergen sin prosedyrebeskrivelse, defineres uønskede hendelser slik:

“En hendelse, tilstand eller et avvik som har ført til eller kunne ha ført til skade eller andre utilsiktede konsekvenser for pasienter, medarbeidere, drift eller informasjonssikkerhet” (Helse Bergen, 2022).

Stikkskader er en form for uønsket hendelse, der helsepersonell ved uhell får perforert huden sin på skarpe gjenstander som brukes i kirurgisk behandling av pasienter (eksempelvis suturnål, skalpell kniv), og som allerede er blitt kontaminert med blod eller kroppsvæske fra en pasient (FHI, 2021).

2.6.2 Meldesystem for uønskede hendelser

Florence Nightingale var en pioner for systematisk innsamling av data og bruk av grafisk framstilling for å visualisere hendelsesforløp på sykehus. Dette vises spesielt i en rapport om helsetilstanden til de britiske soldatene under Krim krigen. Med tall og figurer kunne hun vise

at dødeligheten var langt større på sykestuene enn i felten, og at dødeligheten ved sykestuene var det dobbelte av det som kunne forventes i befolkningen for øvrig. Med rapporten kunne hun også dokumentere en kraftig reduksjon i antall dødsfall på sykestuene etter at god sykepleie var blitt innført. Etter krigen var Florence sitt mål å sikre at disse dødsratene ikke gjentok seg, og fortsatte arbeidet for enhetlig rapportering fra sykehus (Aamodt & Wøien, 2009).

Læring fra erfaring sammen med forskning utgjør grunnlaget for å rapportere uønskede hendelser. Uønskede hendelser og nesten hendelser kan brukes som nyttige verktøy dersom en ser på hendelsene som symptomer og kilder til informasjon om bakenforliggende årsaker. Med disse verktøyene kan en definere risikoforhold i ulike arbeidsoppgaver, og brukes til å lære hvordan man kan forebygge risiko (Aase, 2018, s. 102).

I prosedyren fra Helse Bergen beskrives “Synergi” som et elektronisk verktøy for melding og saksbehandling av uønskede hendelser og idé til forbedring i Helse Bergen og Helse Vest. Verktøyet brukes til å melde uønskede hendelser som omhandler både pasientsikkerhet og HMS (Helse Bergen, 2022). Det er viktig at alle stikkskader meldes i Synergi slik at ledere/arbeidsgiver får mulighet til å følge opp med forebyggende tiltak på systemnivå, slik at stikkskader kan reduseres. Når stikkskade oppstår skal gjeldende rutiner ved foretaket bli fulgt (Helse Bergen, 2023).

2.6.3 Varsel og meldekultur

Ved alle arbeidsplasser vil det innimellom oppstå kritikkverdige situasjoner eller forhold. Det interessante er ikke *at* det skjer, men hvorfor det skjer, og hvordan det håndteres og løses i etterkant (Trygstad, 2017, s. 8).

Varsling har blitt et begrep i Norge i løpet av de 20 siste årene, og har blitt lovregulert. Helsemyndighetene forventer at avvik skal meldes. Likevel viser nasjonal og internasjonal forskning at avvik underrapporteres (Ulvund et al., 2016).

Varsling kan utvikle seg til kompliserte prosesser, som kan ta uante veier og gi overraskende utfall. I en varslingsprosess vil tre grupper i alle fall være involverte. For det første den eller de som er ansvarlige for det kritikkverdige forholdet. For det andre den som oppdager dette og varsler, og for det tredje mottakelsen av varselet (Trygstad, 2017, s. 8).

Innen organisasjonspsykologien brukes begrepet “gruppetenking”. Dette er et fenomen der alle tenker det samme om hvordan “saker” skal oppfattes og løses. Dette vil over tid medføre manglende omstillingsevne og kan føre til at det blir gjort alvorlige feil og feilvurderinger. Ukritisk lojalitet og føyelighet kan bli et problem. Kritisk tenking med oppfølgende handling vil ofte gi godt medarbeiderskap, og det vil gjøre organisasjonen (helseforetaket) effektiv på sikt. For at lojaliteten til organisasjonen ikke skal dekke over egen dømmekraft, og dermed overse klanderverdige og uetiske handlinger i organisasjonen, er det viktig med etisk bevissthet. Med andre ord vil medarbeidere i noen situasjoner måtte vurdere og handle ut fra etiske normer og verdier, som kan stride imot det de overordnede har (Skogstad & Einarsen, 2016, s. 162-163).

Å sende avvik om noe kritikkverdigg i organisasjonen internt eller eksternt, til den som har myndighet til å stoppe den aktuelle praksisen, kalles å varsle eller melde. For mange kan varslerrollen oppfattes som å være illojal til organisasjonen, med mange negative reaksjoner som følge, slik som reprimander eller gjengjeldelse. Risiko for negative sanksjoner kan påvirke beslutningen om å varsle. Selv om det etiske sett, er det eneste rette og forsvarlige å gjøre. Varslingen vil være positiv for organisasjonen på sikt, fordi gjennomgang av rutiner vil gi forbedrede prosedyrer og gi fokus på holdningsendringer (Skogstad & Einarsen, 2016, s. 162-163).

Kulturen og ledelsen innad i den enkelte avdelingen har avgjørende betydning for hvilke hendelser som meldes. En snever definisjon av hva som anses som en uønsket hendelse, kan legge begrensninger på de ansatte, slik at færre hendelser blir meldt. Omfanget av meldinger kan påvirkes av om ledere og ansatte forklarer hendelsen med “menneskelig svikt” eller “systemsvikt”. Når uønskede hendelser forklares med at “enkeltpersoner har gjort en feil”, kan dette føre til en kultur der ansatte ser på avvikssystemet mer som et angiversystem (Storevik, 2018).

12. April 2023 ble det lagt fram en vurderingsrapport av varselordningene til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten om alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten. Vurderingen er at dagens varselordninger i liten grad fungerer etter sitt formål og det er behov for å gjøre omfattende endringer i ordningen. Det anbefales dermed ikke at ordningen videreføres i sin nåværende form. I rapporten legges det frem forslag til ny meldeordning som legger til rette for økt forbedringskompetanse og god

meldekultur på tvers av helse- og omsorgstjenesten. Blant forslagene er at “varselordning” endres til “meldeordning”. Dette er fordi begrepet “varsel” er tildels misvisende og kan dessuten bidra til å skape frykt. Frykten for straff og reaksjoner blant personell påvirker meldekultur, fører til at ikke alle alvorlige hendelser rapporteres, og er en barriere for en god pasientsikkerhetskultur som bygger på åpenhet og tillit. Begrepet passer også dårlig for ordningen som skal være sanksjonsfri, og har læring og kvalitetsforbedring som kjernen i sine undersøkelser (Ytterdahl et al., 2023, s. 138–139).

God meldekultur er en forutsetning for trygge helsetjenester. For å lykkes, er det behov for at medarbeidere i virksomheten har forbedringskompetanse og at det er etablert en kultur i virksomheten som gjør det trygt for medarbeiderne å si ifra om uønskede hendelser (Ytterdahl et al., 2023, s. 105).

2.6.4 Bedriftshelsetjenestens rolle (BHT) og uønskede hendelser

Bedriftshelsetjenesten, herav forkortet til BHT, skal være fagkyndig og rådgivende innen forebyggende HMS-arbeid. Noen bransjer har større risikofylte arbeidsoppgaver enn andre, og med større risiko for at det oppstår skader eller sykdommer. Ifølge arbeidsmiljøloven § 3-3 skal arbeidsgivere knytte virksomheten sin til en godkjent bedriftshelsetjeneste dersom risikoforholdene tilsier det. Forskrifter skal regulere hvilke virksomheter som er pålagt å ha BHT, blant annet skal det omfatte alle som driver med helsetjenester. Ifølge arbeidstilsynet ble reglene endret 1 januar 2023 for tydeligere å definere bedriftshelsetjenestens rolle. Fokuset skal være fra nå av mer rettet mot forebyggende arbeid i arbeidshelse, arbeidsmiljø og sikkerhetsarbeid (Arbeidstilsynet, 2022).

Helse Bergen har egen bedriftshelsetjeneste på Haukeland universitetssjukehus. I Helse Bergen sin prosedyre står det beskrevet at ved stikkskade skal de bistå med risikovurdering i forhold til smitte, når ansatte eller ledere tar kontakt. Bistå med hjelp til rett behandling, følge opp blodprøveanalyser og kontakte den ansatte ved påvist smitte. De skal henvise til videre behandling om nødvendig. Det er bedriftshelsetjenesten som skal bistå NAV og Arbeidstilsynet når det er nødvendig (Helse Bergen, 2022).

2.7 Sikkerhet

I dette underkapittelet beskriver vi viktige begrep knyttet til sikkerhet, og ser på hva lovverket sier om ansvarsfordelingen av sikkerhet i helsevesenet.

2.7.1 Sikkerhetskultur

Sikkerhetskultur handler om atferd knyttet til sikkerhet. Nasjonal sikkerhetsmyndighet definerer sikkerhetskultur til å være summen av de ansattes kunnskap, motivasjon, holdninger og atferd som kommer til uttrykk gjennom virksomhetens totale sikkerhetsatferd. Ved mangel på en eller flere av disse, kan det by på sikkerhetsbrudd ved organisasjonen. Enhver organisasjon kan ha en god eller dårlig sikkerhetskultur.

Det bør være sammenheng mellom skriftlige sikkerhetsprosedyrer og hvordan rutinene praktiseres. Om en virksomhet sier seg tilfreds med å ha dokumenterte sikkerhetsrutiner på plass uten å sørge for implementering av tiltakene i det daglige, har det hele liten hensikt. En slik selvtilfredshet utgjør sannsynligvis en sikkerhetsrisiko. Å endre atferd tar tid, spesielt i en hel organisasjon (Nasjonal sikkerhetsmyndighet [NSM], u.å.).

2.7.2 Pasientsikkerhet

Med pasient sikkerhet menes at pasienter ikke skal utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme (I trygge hender 24-7, 2022).

Pasientsikkerhetsarbeidet i Norge er satt i Nasjonal handlingsplan for sikkerhet og kvalitetsforbedring (2019–2023). Dette er videreføring av arbeidet gjort tidligere i den nasjonale pasientsikkerhetskampanje (2011–2013) og det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet (2014–2018). Samordnet og målrettet arbeid for trygge tjenester, har høy prioritert både faglig og politisk. Systematisk innsats med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, samt søkelys på arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur, vil kunne redusere pasientskader.

Pasientsikkerhetsarbeidet nasjonalt er samlet i “I trygge hender 24-7”. Visjonen for arbeidet er: «En trygg og sikker helse- og omsorgstjeneste, uten skade, for hver pasient og bruker, alltid og overalt».

Målet er å redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerhetskulturen, og sikre trygge tjenester av god kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. God kvalitet i tjenesten er å:

- Involvere pasientene og gi dem innflytelse
- Sikre og trygge pasienten
- Være virkningsfull
- Utnytte ressurser på best mulig måte
- Formidle tilgjengelig og rettferdig fordeling

Pasientsikkerhet er et stort og komplekst kunnskapsområde. Etter 2000-tallet er pasientsikkerhet kommet mer i fokus, og fått mer oppmerksomhet som forskningsfelt både politisk og faglig (I trygge hender 24-7, 2022).

2.7.3 Arbeidsgivers ansvar

Gjennom lover og forskrifter pålegges helseforetak og sykehus å ha planer for å forebygge arbeidsulykker og smittsomme sykdommer. For å sikre et helsefremmende og trygt arbeidsmiljø har arbeidsgiver ansvar for å ivareta sikkerheten på arbeidsplassen. Ifølge arbeidsmiljøloven §3-2, 1. ledd, innebærer dette at arbeidstaker gjøres kjent med helse- og ulykkesfarer, som henger sammen med arbeidet. Arbeidstaker skal få den instruksjon og opplæring som må til, for å lære prosedyrer og bruk av sikkerhetsutstyr (Arbeidsmiljøloven, 2006).

I arbeidsmiljøloven §5-1 gis det regler om intern registrering av skader og sykdommer. Her skal alle skader på person som skjer på arbeidsplassen og/eller i arbeidstiden registreres, uansett om skaden medfører sykefravær, eller ikke. Paragrafen gir regler om intern registrering av skader og sykdommer. Her skal alle skader på person som skjer på arbeidsplassen og/eller i arbeidstiden registreres, uansett om skaden medfører sykefravær (Arbeidsmiljøloven, 2006).

De mest aktuelle lovene i forhold til stikkskader er “Lov om vern mot smittsomme sykdommer”. Formålet med loven er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer, forebygge dem og motvirke at slike sykdommer innføres og spres i Norge, eller smitter videre til andre land. Loven skal sikre at helsemyndighetene setter i verk smitteverntiltak, og ivareta rettssikkerheten til den som blir omfattet av tiltak av smittevern etter loven (Smittevernloven, 1995, §1-1). “Lov om spesialisthelsetjenesten” er også viktig med tanke på stikkskader, den skal fremme folkehelsen og sikre kvaliteten på helsetjenestene, samt ha som mål å motvirke skade og sykdom (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001, §1-1).

2.7.4 Arbeideren sitt ansvar som medarbeider

Som medarbeidere står vi ansvarlig for egen og kollegers sikkerhet, arbeidsmiljø og for å ivareta materielle verdier. Arbeidsmiljølovens § 2-3 gir helsepersonell ansvar for å forhindre ulykker og hendelser ved å

- Utøve arbeidet i henhold til gjeldende regler, prosedyrer og rutiner.
- Rette seg etter HMS-håndbokens bestemmelser, instruksjer, prosedyrer og rutiner.
- Medvirke til det systematiske HMS-arbeidet, så arbeidstakernes kunnskap og erfaring utnyttes.
- Melde fra til leder om ulykker, skader, eller tilløp til skader, farlige forhold, ulykker og sykdom
- Melde fra om uønskede hendelser og nesten-hendelser, og komme med forbedrede forslag.
- Delta i løpende kartlegging og risikovurdering av arbeidsmiljøet og utarbeidelse av handlingsplaner. (Arbeidsmiljøloven, 2006).

Som helsepersonell skal en sørge for forsvarlig praksis, og bidra til sikkerhet og kvalitet på behandlingen for pasientene. Samt sørge for at de får tillit til helse- og omsorgstjenesten, de skal føle seg trygg og ivaretatt (Helsepersonelloven, 2001, §1).

2.7.5 EU-direktiv styrende for norske sykehus fra 2013

Som EØS land tilsluttet Norge seg et nytt EU-direktiv i 2013. Norsk tittel på direktivet er “Rammeavtale om forebygging av stikkskader i sykehus og helsesektoren”.

Formålet med direktivet er å sikre arbeidsmiljøet for arbeidstakere i sykehus og helsesektoren ved å forebygge skade og infeksjoner som oppstår ved håndtering av skarpe og spisse gjenstander.

Krav stilles til arbeidsgiver, som skal arbeide aktivt for å redusere risikofaktorer for stikkskader. Det innebærer opplæring av ansatte, bevisstgjøring og krav til risikovurderinger. Direktivet stiller blant annet krav til bruk av verneutstyr og hvordan avfall skal håndteres. Et annet krav er forbud mot «re-capping»; det å sette tilbake plasthylsen etter bruk av kanyler/spisser. Arbeidsgiver skal innføre kontrolltiltak så arbeidstakerne kan oppfylle lovpålagte plikter.

Flere av disse bestemmelsene som kom i 2013, hadde en høyere detaljeringsgrad enn tidligere i norsk regelverk. Det ble derfor nødvendig med endringer i forskrifter for å tilfredsstille kravene, men ingen lovendringer. Tilsynsmyndighet er Arbeidstilsynet (Regjeringen, 2012).

2.7.6 Forsikring ved skader

Alle som er tilsatt i bedrifter og foretak, skal være yrkesskadedekket via arbeidsgivers forsikringsselskap i arbeidstiden (Lov om yrkesskedeforsikring, kap 2, §3). Det gir rett på forsikring, og dekker eventuelt økonomisk tap dersom en skulle bli skadet på jobb (Lov om yrkesskade, 1990, § 3).

Stikkskader og sykdommer som krever medisinsk behandling relatert til eksponering på jobb, plikter arbeidsgiver å meldes til NAV, men den ansatte kan også melde selv. Dette må skje innen 1 år etter at skaden er skjedd. (Arbeidsmiljøloven, 2006, § 5-1).

Det er NAV som vurderer om en skade/sykdom skal godkjennes som yrkesskade/sykdom. Forsikringsselskapene avventer som oftest vedtaket fra NAV, og dekker kun økonomiske tap som ikke dekkes via NAV eller Helfo.

I forhold til smitte ved stikkskader er det en konkret hendelse, der man vet at eksponering har skjedd. For at skaden/smitten/sykdommen skal kunne godkjennes som yrkesskade av NAV, må det dokumenteres at smitten oppstod etter eksponering på jobb (NAV, 2023).

For helsepersonell må dette dokumenteres ved å ta 0-prøve snarest mulig etter at skaden inntraff. Samtidig må hendelsen dokumenteres i Synergi, og meldes til BHT. Dette er viktig dokumentasjon, som må være på plass. Ellers vil NAV ikke kunne vurdere om smitten evt. var til stede før stikkskaden, og om den ansatte kan ha blitt smittet et annet sted enn på jobb. Uten dokumentert skademelding og 0-prøve, vil det vanskeliggjøre å få godkjent skaden som yrkesskade og en står da uten mulighet til å kreve erstatning.

NAV godkjenner Hepatitt, HIV og Aids som yrkesskade/sykdom. Tapt arbeidsfortjeneste og utgifter den ansatte da har i forhold til behandling, og eventuelt varig nedsatt funksjonsevne dekkes da av NAV (Yrkessykdomsforskriften, 1997, § 1).

2.8 Operasjonssykepleiers ansvar og funksjonsbeskrivelse

Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av operasjonssykepleiere (NSFLOS) beskriver det som "operasjonssykepleiernes ansvar og funksjonsbeskrivelse".

Operasjonssykepleiere skal praktisere individuell og profesjonell sykepleie som ivaretar kvalitet og pasientsikkerhet, basert på kunnskapsbasert praksis. Sikre pasienten, ved å forebygge ytterligere skader og lidelser enn det inngrepet/behandlingen i seg selv utgjør. Sørge for at pasienten får faglig forsvarlig behandling etter NSF's yrkes retningslinjer, og gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer som gjelder helsetjenesten og helseinstitusjonen/foretaket (NSFLOS, 2015).

Det daglige arbeidet for operasjonssykepleiere er direkte og indirekte rettet mot pasienten. Det direkte pasientrettede arbeidet starter når pasienten ankommer. Pasientens navn, inngrep og eventuelle behov skal kontrolleres. Det skal observeres og vurderes på pasientens psykiske og fysiske behov før, under og etter inngrepet. Iverksette og dokumentere hensiktsmessige og nødvendige tiltak. Dette kan være å vise forståelse for at pasienten er i en sårbar situasjon. Forhindre trykk, strekk og nerveskade med forsvarlig og god leiring. Gode rutiner og tiltak skal praktiseres for å forebygge infeksjoner og smittespredning.

Mye av arbeidet er indirekte rettet mot pasienten, ved å tilrettelegge for operasjonen. Sørge for å velge rett operasjonsstue, instrument og tilpasse utstyret best mulig for det aktuelle inngrepet. Instrument og sterilt utstyr som skal benyttes, skal kontrolleres og dokumenteres.

Koordinerende operasjonssykepleiere skal supplere operasjonsteamet med utstyr. Overvåke pasienten under hele inngrepet, se til at pasienten ligger bra, har rett temperatur og sørge for at operasjonsfeltet ikke blir kontaminert.

Operasjonssykepleierens roller som steril eller koordinerende er et stort arbeidsfelt der det direkte og indirekte arbeidet utøves til det beste for pasienten (Eide og Dåvøy, 2018, s. 29–32).

3.0 METODE OG MATERIALE

3.1 Valg av metode og design

I denne oppgaven benytter vi oss av kvantitativ metodikk (målbare resultater som kan etterprøves). Designet vi har valgt i dette prosjektet er i form av et ikke-eksperimentelt observasjonsstudie med retrospektiv tilnærming. Retrospektiv design kjennetegnes ved at et fenomen som eksisterer i nåtiden, er knyttet til forhold i fortiden (Polit & Beck, 2017, s. 204). I sammenheng med denne studien er det “underrapportering av stikkskader” som representerer *fenomenet*. Med et retrospektivt design, får vi anledning til å se tilbake på mønster av rapportering fra stikkskader som allerede har hendt.

3.2 Forforståelse

Det er umulig å gå inn i et forskningsprosjekt uten å forholde seg til forkunnskap (Fangen, 2011, s. 43) eller egne holdninger til problemstillingen. Våre retningsvalg, forforståelse av, og vårt fokus i prosjektet påvirkes derfor i stor grad av egen tidligere erfaring, funn i tidligere forskningsartikler, undervisning og pensum. Samtaler med Statistisk sentralbyrå, bedriftshelsetjenesten ved HUS og erfarne operasjonssykepleiere som vi kjenner, har også hatt innvirkning på vår mistanke om at det er en del mørketall i.f.m rapporterte stikkskader.

Begge forfatterne av denne studien har mange års arbeidserfaring som sykepleiere fra forskjellige nasjonale sykehus, avdelinger og fagfelt. Våre egne erfaringer fra tidligere arbeidsplasser og håndtering av stikkskader der, har vært svært nyttige å ha med seg inn i arbeidet med denne studien. Under operasjonssykepleierutdanningen merket vi allerede ved praksisstart, en økt tendens til stikkskader på operasjonspersonale. Dette opplevde vi som en stor kontrast til tidligere arbeidsplasser, og vekket vår nysgjerrighet til å se nærmere på problemet.

Under arbeidet med vår studie, fant vi tilsammen syv forskningsartikler som i stor grad hadde sammenfallende konklusjoner. At stikkskader og dårlig rapporteringskultur er et vanlig problem generelt i helsevesenet. I tre av disse studiene var det særlig fokus på personell som hadde sitt virke i operasjonsstuene. Disse hadde færre deltakere enn i studiene hvor alle helsearbeidere var inkludert. Likevel ble operasjonspersonale i de fleste av disse artiklene

identifisert som mest utsatt for stikkskader, men dårligst til å rapportere. Vi vurderer det derfor slik at det må være en forklaring på hvorfor vi registrerer dette spriket mellom teori og praksis.

3.3 Et todelt prosjekt som plattform for drøfting

Det er gjort relativt lite forskning i nyere tid på temaet vi har valgt, særlig nasjonalt, men også internasjonalt. En studie utført ved Haukeland Universitetssjukehus i 2010 er den siste norske forskningsundersøkelsen som er blitt gjort for å få kartlagt omfanget av stikkskader og underrapportering ved norske sykehus (Husøy et al., 2010).

Under formuleringen av vår problemstilling, har vi tatt utgangspunkt i at underrapportering av stikkskader fortsatt synes å være et betydelig problem også i dag, og vi er opptatte av å avdekke og dokumentere hvilke eventuelle endringer som har skjedd de siste 13 årene. Vi mener det er grunn til å tro at det ligger et interessant og ubesvart spørsmål og nye svar gjemt i prosjektet vårt som vi ønsker å få bekreftet; Er underrapportering av stikkskader *fortsatt* et problem per i dag?

I redegjørelsen som nå følger vil forskningsprosjektet deles i to for å skape et oversiktlig skille mellom dem. Forskningsdelene vil bli beskrevet hver for seg med fremgangsmåte, datainnsamling, funn, og analyse. Resultat og funn fra begge forskningsdelene flettes til slutt sammen i diskusjons- og konklusjonskapitlene. Vi vil gjennom oppgaven trekke linjer til tidligere forskning over temaet, men ha hovedfokus på eget prosjekt og egne funn.

3.4 Prosjektets del 1 - Har meldekulturen i det norske helsevesenet blitt bedre?

Er underrapportering av stikkskader fortsatt et problem per i dag?

Prosjektets del 1 er bygget opp av sekundærdata, som er datamateriale vi har hentet fra andre kilder og som eksisterer forut for undersøkelsen (Ringdal, 2018, s. 118–119). I denne delen vil vi i stor grad repetere studien utført ved Haukeland Universitetssjukehus i 2010 (Husøy et al., 2010). Antall innmeldte stikkskader ved sjukehuset (Synergi) vil på nytt bli sammenlignet

med laboratorienes antall blodprøver merket som “kontroll ved stikkskade”. Statistikk fra innmeldte stikkskader til bedriftshelsetjenesten (BHT) vil også tas med og sammenlignes opp mot synergimeldinger og antall kontroll blodprøver. Dette er for å se om disse tre enhetene har samme antall saker.

3.4.1 Del 1 - Metode for datainnsamling via Synergi, bedriftshelsetjenesten og laboratoriet ved Haukeland Universitetssjukehus

Registerdata er data som foreligger i databaser, og er en viktig form for sekundærdata (Fangen, 2011, s. 78). Vi har vært i kontakt med bedriftshelsetjenesten (BHT) ved Haukeland universitetssjukehus (HUS) og bedt om tilgang til deres registrerte data, Synergi over antall innmeldte stikkskader i perioden 2020–2021. Samtidig har vi vært i kontakt med laboratoriet ved HUS og bedt om tilgang på antall blodprøver som er merket med “stikkskade kontroll blodprøve”.

Registerdata foreligger ikke alltid i den formen man har behov for (Fangen, 2011, s. 79). På grunn av at personopplysninger slik som yrke og avdelingstilhørighet ikke registreres ved kontrollblodprøver, vil vi ikke kunne identifisere hvilken avdeling eller typen personell kontrollblodprøvene kommer fra. Med andre ord vil tallmateriale ikke kunne gi et bilde av antall kontrollblodprøver tatt spesifikt av operasjonspersonale, men av all helsepersonell fra alle avdelinger. Likevel vil vi med ferske data fra perioden 2020–2021 kunne få et oppdatert svar på om underrapportering av stikkskader fortsatt er et problem generelt i helsevesenet i dag. Med innsamling av disse sekundærdataen har vi kunnet lage en oppdatert statistikk som kan sammenlignes med Husøy sine funn fra 2010 (Husøy et al., 2010).

3.5 Prosjektets del 2 - Om mulige årsaker til mangelfull registrering i Synergi

Hva kan være mulige årsaker til mangelfull registrering i “Synergi” ved stikkskader på operasjonsstuene i norske sykehus?

Denne delen av prosjektet er bygget opp av primærdata, som er vårt eget innsamlet datamateriale til den aktuelle undersøkelsen (Fangen, 2011, s. 76). Tidligere forskning viser at vår valgte problemstilling er høyst dagsaktuell, og at flere sider ved den bør avklares.

3.5.1 Del 2 - Metode for datainnsamling via et egenprodusert spørreskjema

I denne studien benytter vi oss av en “survey” som er et vanlig redskap for innhenting av primærdata ved kvantitativ forskning (Johannessen et al., 2016, s. 261).

“Survey” er en selvadministrerende spørreskjemaundersøkelse, med oppgitte svaralternativer. Informanten leser spørsmålene selv, og svarer med avkryssing eller stikkord. Fordelen med denne typen datainnsamling redskap, er at informasjonsmengden reduseres til akkurat det vi vil vite noe om. Metoden gjør det mulig å stille samme spørsmål til et stort antall mennesker, og vi kan se likheter og variasjoner i måten informanten har svart på (Johannessen et al., 2016, s. 261).

SurveyXact er en programvarepakke for spørreskjema og statistikk, og sikrer profesjonell håndtering av anonymitet. SurveyXact er tilgjengelig ved HVL, og de fleste utdanningsinstitusjoner og andre virksomheter i Norge (SurveyXact, u.å.)

Ved hjelp av denne programvaren har vi formulert og laget en elektronisk spørreundersøkelse. Undersøkelsen er bygget opp av enkle og standardiserte spørsmål som deltakeren skal svare med avkryssing. Standardiserte og systematiske spørsmål vil si at ordlyden og rekkefølgen er fastlagt på forhånd. En slik undersøkelse kalles “strukturet” (Halvorsen, 2012, s. 95).

3.5.1.1 Variablene i spørreundersøkelsen

Spørsmålene i spørreskjemaet er bygget opp av variabler. En variabel defineres som en spesifikk egenskap ved enhetene, som varierer med forskjellige verdier (eller kategorier). Et eksempel på en variabel vi har valgt er “yrke”. Enhetene under denne variabelen er operasjonssykepleier og kirurg. Andre variabler i undersøkelsen er kjønn og arbeidsplass (Johannessen et al., 2011, s. 249). Videre stiller vi også informantene flere spørsmål hvor variabelen er “håndteringsadferd etter en stikkskade”.

Målenivået på en variabel angir hvilken informasjon vi kan lese ut av verdiene, og hvilke matematiske operasjoner vi kan foreta med datamaterialet. Variablene vi har nevnt så langt i

vår spørreundersøkelse legges under “nominal målenivå”, fordi de angir ingenting annet enn at enhetene tilhører bestemte kategorier (Fangen, 2011, s. 81).

Vi har tatt med variabelen alder og arbeidserfaring, som varierer med antall år, og settes fra å være ung til å være gammel, uerfaren til erfaren (Johannessen et al., 2011, s. 249).

Hovedformålet med denne delen av studien, er å kartlegge de mest sentrale årsakene til at stikkskader ikke blir registrert i Synergi i nåtid. Til dette spørsmålet får respondentene syv svaralternativer som er tatt fra nøkkelbegrepene fra den kvalitative studien fra 2016 av Refsnes og Stensland (Refsnes og Stensland, 2016).

Undersøkelsen inneholder også tre, åpne spørsmål. Det ene spørsmålet er hvor mange ganger respondenten har stukket seg på en nål i.l.a. de siste 5 årene. Vi ønsker å holde svaret åpent for at respondenten ikke skal føle begrensning eller forlegenhet med sitt opprinnelige svar (Fangen, 2011, s. 81).

Vi stiller også spørsmål om respondenten har andre kommentarer til temaet. Dette er for å fange opp eventuelle tanker og meninger respondentene måtte ha rundt forskningstema, og kan være nyttige å ha med videre i diskusjonsdelen.

3.5.1.2 Utvalg

Med et spørreskjema vil vi kunne overføre datamateriale til målbare resultater, som kan etterprøves. Jo flere deltakere man får til å delta i undersøkelsen, jo mer presise vil resultatene bli (Eberhard-Gran, 2017, s. 21–22).

En populasjon representerer det “universet” som studien ønsker å utforske. I denne studien består populasjonen vi vil undersøke, av alle operasjonssykepleiere og kirurger ansatt ved norske sykehus. Vi har invitert all operasjonspersonale ansatt ved

- Haraldsplass Diakonale sykehus (HDS)
- Haukeland Universitetssjukehus (HUS)
- Voss sjukehus (VS)

til å delta. Dette er utvalget som er plukket ut for å representere populasjonen. Med innvilget løyve fra aktuelle direktører, er invitasjon om å delta sendt ut via jobb e-post til totalt 244

operasjonssykepleiere og 183 kirurger. Utvalget består dermed av totalt 427 deltakere som alle har lik mulighet til å delta. Siden slike undersøkelser er frivillige, er det naturlig at noen ikke ønsker å delta. Deltakere fikk totalt tre uker på seg til å respondere på undersøkelsen (Eberhard-Gran, 2017, s. 21–22).

3.5.2 Del 2 - Metode for å analysere resultatene fra vår spørreundersøkelse

Deltakerens svar vil bli systematisk gjennomgått, oppsummerte og presenterte som deskriptiv statistikk (grafer, diagram o.l.).

3.5.2.1 validitet og reliabilitet

Validitet (gyldighet) handler om at vi faktisk måler det vi skal måle. Når vi skal vurdere validiteten i undersøkelse, tar vi for oss de slutningene vi trekker i tolkningene, og må tenke kritisk gjennom om vi har grunnlag for å trekke de slutningene vi gjør. Det er altså slutningene som skal ha høy validitet. For å kunne trekke slutninger om populasjonen fra utvalget, må utvalget være representativt for utgangspopulasjonen.

Reliabilitet (pålitelighet) kan defineres som graden av samsvar mellom ulike innsamlinger av data om samme fenomen basert på samme undersøkelsesopplegg. Høy reliabilitet i kvantitative undersøkelser betyr liten grad av tilfeldige målefeil, og kan oppnås når det er stort samsvar mellom data samlet inn i samme type undersøkelsesopplegg av ulike personer (Larsen, 2017, s. 47). En av utfordringene med utspørring er å formulere gode og tydelige spørsmål, slik at det ikke oppstår misforståelser og feildata. Vi gjennomførte derfor en pilotundersøkelse av vårt spørreskjema i forkant, for å kontrollere at spørsmålsformuleringen i undersøkelsen var tydelig. Syv operasjonssykepleiere meldte seg, og gav tilbakemelding om at det var godt formulerte spørsmål.

3.6 Forskningsetiske vurderinger

Det stilles overordnede minstekrav til å fremme forsvarlig organisering, innhold og gjennomføring av helsefaglig forskning (Helseforskningsloven, 2009, §7). Søknad om forsknings godkjenning ble sendt til regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig

forskningsetikk (REK), som bekrefter at prosjektet anses som ikke fremleggelsespliktig (referansenummer. 536953) (se vedlegg 1). Meldepliktige prosjekter som gjennomføres ved statlige høyskoler skal også meldes til personvernombud for forskning ved Kunnskapssektorens tenesteleverandør - Sikt (tidligere kalt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)). Sikt har vurdert vår behandling av personopplysninger som lovlig og gitt samtykke til prosjektet (referansenummer. 116171) (se vedlegg 2). Godkjent studietillatelse er også blitt innvilget fra aktuelle direktører, avdelingsledere og personvernombud ved HUS, HDS og VS (Johannessen et al., 2016, s. 89–92). Deltakernes besvarelser er anonyme, taushetsbelagte, lagres slik at det ikke er mulig å identifisere registrerte deltakere, og sikrer deres rettigheter jf. Europaparlamentets- og rådsforordning (EU) 2016/679 av 27. april 2016, kapittel II, artikkel 5 & 7, jf. Personopplysningsloven §1.

4.0 RESULTATER

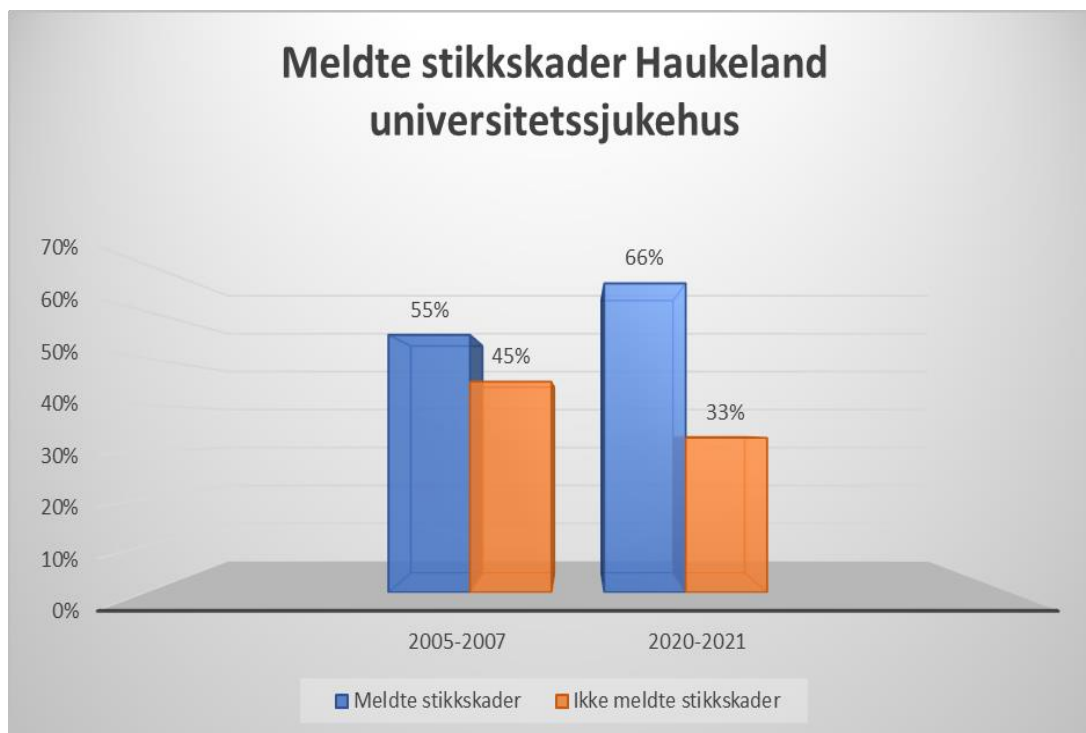
I dette kapittelet legger vi frem og beskriver resultatene vi har fått først fra prosjektets del 1 (eldre data om melding av stikkskader i Synergi, sammenlignes med nyere data om melding av stikkskader i Synergi), og så fra prosjektets del 2 (svar på spørreskjema om stikkskader og melderutiner).

4.1 Del 1 - Resultater fra eldre og nyere tallmateriale om stikkskademeldinger fra ansatte ved HUS

Tabell 1 - Gjennomsnittet av antall registrerte stikkskader i Synergi per år ved Haukeland universitetssjukehus (HUS).

Årstall	Gjennomsnittet av antall registrerte stikkskader i Synergi per år.
2005-2007:	202
2020-2021:	373

Tabellen presenterer gjennomsnittlig antall meldte stikkskader for periodene 2005–2007 og 2020–2021. Sammenligningen viser at det i gjennomsnitt ble meldt 171 flere stikkskader i perioden 2020–2021 enn i perioden 2005–2007. Samtidig vet vi at det nå blir gjennomført flere operasjoner på HUS, enn tilbake i 2005–2007.



Figur 2 - Forskjell på antall meldte stikkskader i Synergi ved (HUS) i perioden 2005–2007 og 2020–2021, vist i prosent.

I figur 2 har vi satt opp et diagram som viser totalt antall helsepersonell ved HUS som har vært på laboratoriet og tatt blodprøve for å avkrefte virusmitte (0-prøve) etter en stikkskade. I den eldre tidsperioden (år 2005–2007) var det totalt 606 som tok 0-prøven (Husøy et al., 2010) og i den nyere tidsperioden (år 2020–2021) var det 740 som tok 0-prøven (R. M. Nygård, personlig kommunikasjon, 2. januar 2023). Diagrammet viser forskjell på hvor mange av 0-prøvetakerne som i tillegg meldte stikkskaden i Synergi (blå søyle), og hvor mange som unnlot dette (orange søyle), både i 2005–2007 (Husøy et al., 2010) og i 2020–2021 (M. Wallevik, personlig kommunikasjon, 6. mars 2023).

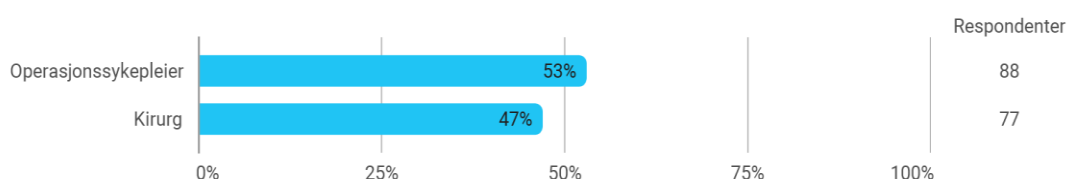
Vi ser at det blir meldt 12 % flere stikkskader til Synergi i perioden 2020–2021 enn i perioden 2005–2007. Antall stikkskademeldinger ser dermed ut til å ha økt i gjennomsnitt med 0,75 % per år. Skademeldingstrenden ser altså ut til å ha en langsom økning i positiv retning.

4.2 Del 2 - Resultater fra spørreskjema om stikkskader og årsak til underrapportering fra operasjonspersonell

Videre i dette underkapittelet (4.2) presenterer vi respondentene og de ulike resultatene fra spørreskjemaet vårt om stikkskader og melderutiner.

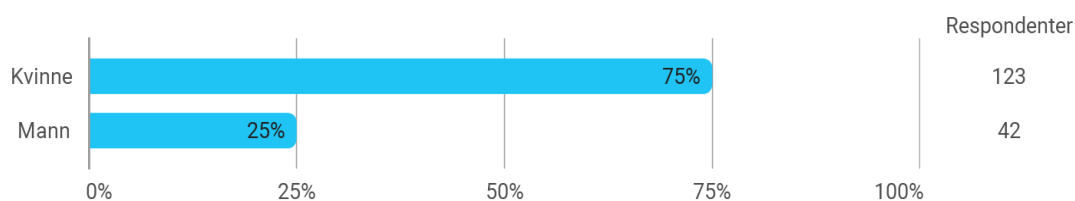
4.2.1 Respondentene til spørreskjemaet

Av de totalt 427 deltakerne som fikk invitasjon til å delta i spørreundersøkelsen, var det totalt 165 respondenter som svarte. Det vil si en svarprosent på ca 39 %. Det ble sendt ut totalt to purringer, hver med en ukes mellomrom. For hver purring økte antall med 10–20 nye respondenter.



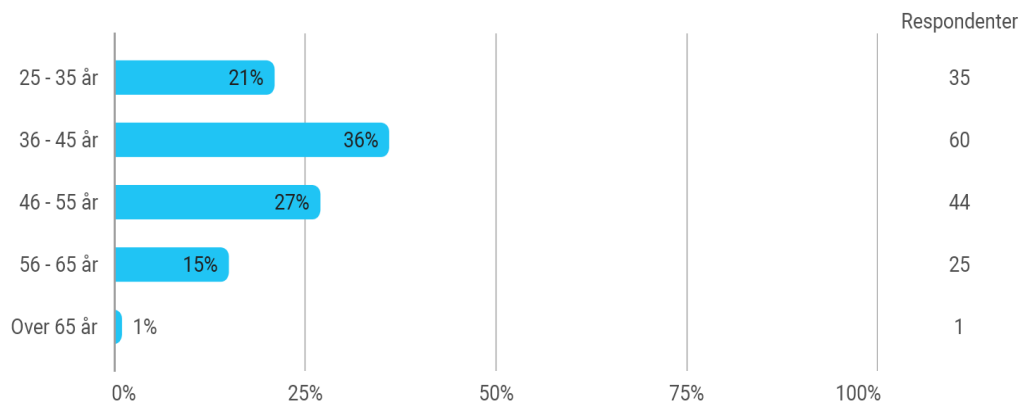
Figur 3 - Yrkesgruppedeling av respondentene som har besvart undersøkelsen, vist i prosent (%).

Av de responderende deltakerne svarte totalt 88 operasjonssykepleiere (53 %) og 77 kirurger (47 %). De to yrkesgruppene ser dermed ut til å være relativt likt representert (figur 3).



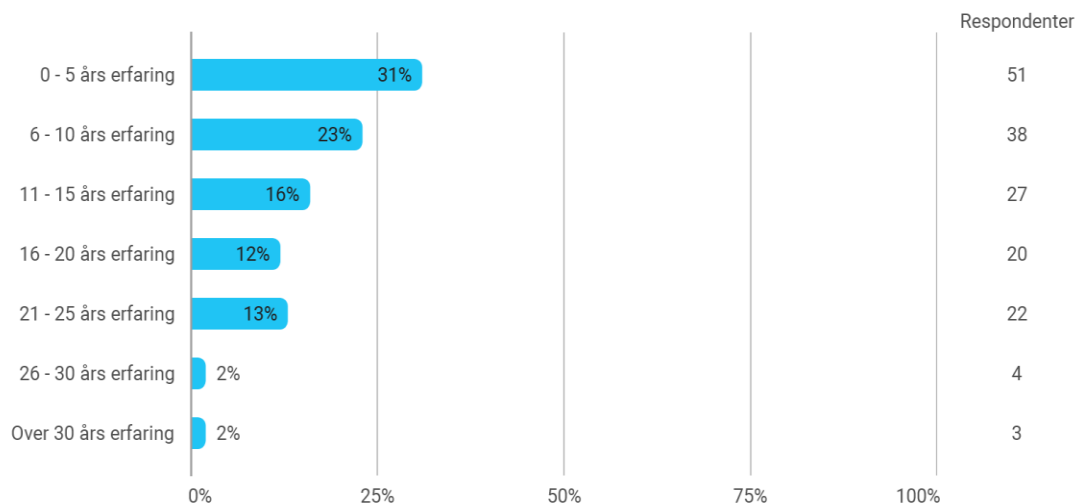
Figur 4 - Kjønnfordeling av respondentene som har besvart undersøkelsen, vist i prosent (%).

Derimot kan det se ut til å være en større forskjell på besvarelser ut ifra kjønn. Her er det 123 kvinner (75 %) og 42 menn (25 %) som har svart (Figur 4).



Figur 5 - Aldersfordeling av respondentene som har besvart undersøkelsen, vist i prosent (%).

Alle aldersgruppene ser ut til å være jevnt over godt representerte i undersøkelsen, sett bort fra den eldste gruppen (over 65 år) med bare én respondent (1 %). I gruppen 25–35 år svarte 34 stk (21 %). Flest respondenter er i alderen 36–45 år, med 60 stk (36 %). Av 46–55 åringene svarte 44 stk (27 %), og av 56–65 åringene svarte 25 stk (15 %) (Figur 5).



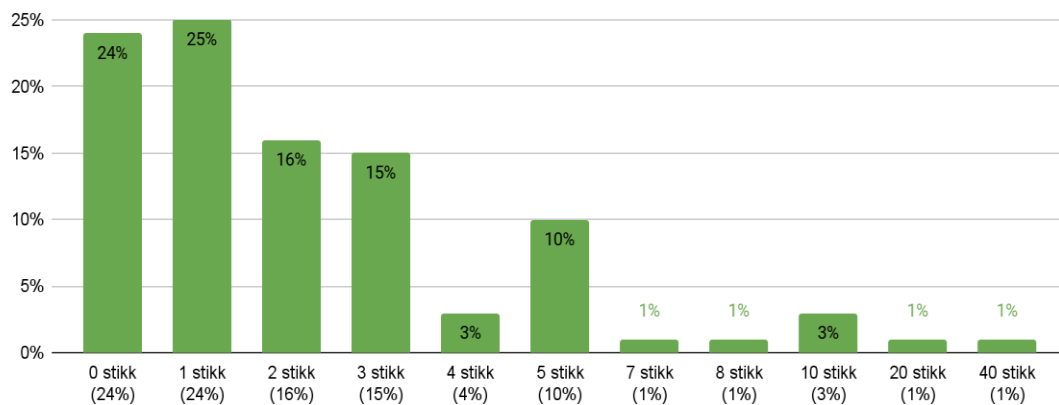
Figur 6 - Ansiennitet i yrket, vist i prosent (%).

Flest respondenter tilhører 0–5 års ansiennitetsgruppen (31%). Det kan se ut til at antallet representanter minker for hver gruppetrinn ansienniteten øker (23%, 16%, 12%, 13%). Det er færrest representanter i de to siste gruppene med mest erfaring innen spesialitetene (2%) (Figur 6).

4.2.2 Antall stikkskader blant operasjonspersonell

Spørsmålet om hvor mange stikk deltakerne hadde opplevd i.l.a. de siste 5 årene, var et åpent spørsmål hvor deltakeren svarer etter beste evne ut fra hva de husker. Respondentene har helt

tilfeldig holdt seg innenfor de samme tallene i sine svar, noe som fører til en naturlig gruppering når vi her presenterer og summerer opp totalt antall stikk fra spørreskjemaet.



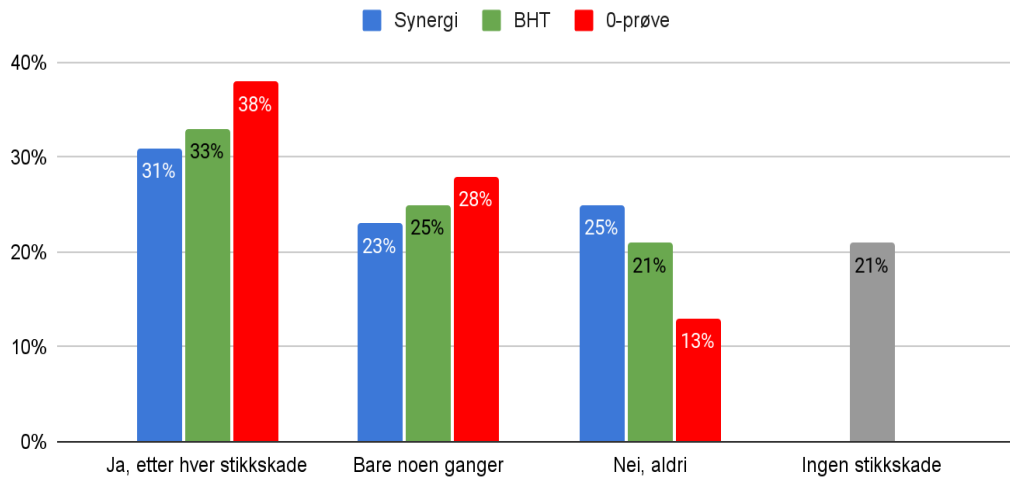
Figur 7 - Antall stikkskader per ansatt ila 5 år - grupper (%)

Diagrammet i figur 7 viser en oversikt over hvor mange stikkskader en ansatt har hatt i.l.a. de siste 5 årene, organisert i “antall stikk” grupper. Antall ansatte som tilhører hver gruppe presenteres i prosent. Både i gruppen *0-stikk* (24 %), og gruppen *1-stikk* (25 %), er det nesten lik antall operasjonspersonale. Disse utgjør de to største gruppene. I *2-stikk* (16%) og *3-stikk* (15%) gruppene, samt *4-stikk* (4%) og *10-stikk* (3%) gruppene er det nokså likt antall personale. 10 % av besvarelsene hører til *5-stikk* gruppen. I gruppen med 7-, 8-, 20- og 40-stikkskader ila de siste 5 årene, er det bare én representant per gruppe (1%).

Sammenlagt ble det registrert totalt 390 stikkskadehendelser i.l.a. de siste 5 årene fra totalt 165 responderende operasjonspersonale. Litt forenklet kan en si at i gjennomsnitt kan hver ansatt potensielt forvente å oppleve ca 2–3 stikkskader i.l.a. 5 år.

390 stikkskader fordelt på 5 år er 78 årlige stikkskader i snitt. Ut i fra statistikken fra dette spørreskjemaet legger vi til grunn at rundt 50% av operasjonspersonale vil kunne forvente å oppleve en uønsket stikkskade per år. 78 årlige stikkskader fordelt på 165 operasjonspersonell vil gi 0,47 stikk/år/operasjonsansatt.

4.2.3 Meldekultur og 0-prøve trend blant operasjonspersonell etter en stikkskade.



Figur 8 - Sammenligning av stikkskade-meldinger i avvikssystemet Synergi, til Bedriftshelsetjenesten (BHT), og blodprøver tatt for å avkrefte virusmitte (0-prøve). Resultatene vises i prosent (%).

I figur 8 presenterer vi samlet resultat fra de tre separate spørsmålene:

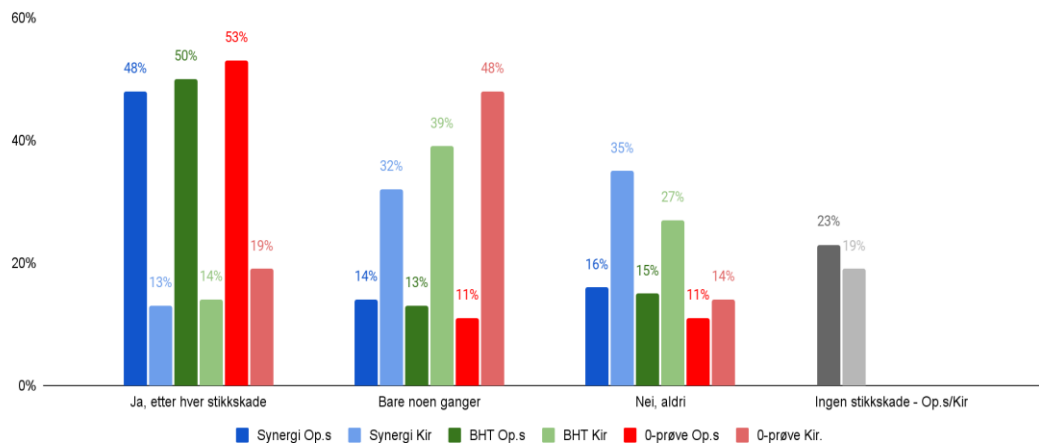
- Ble stikkskaden(-e) meldt til Synergi?
- Ble stikkskaden(-e) meldt til BHT?
- Ble det tatt 0-prøve rett etter stikkskaden (-e)?

Svaralternativene under alle tre spørsmålene er lik, og blir dermed lagt frem her hver for seg langs X-aksen. I dette diagrammet får vi se hvordan operasjonspersonell forholder seg ulikt til de tre prosedyredelene etter en stikkskade hendelse.

Det kan se ut til at det er generelt flest av operasjonspersonell som følger skademeldingsrutinene, og svarer “ja, etter hver stikkskade” til alle tre spørsmålene (33%, 31%, 38%). Av de tre prosedyredelene (BHT, synergi & 0-prøve), ser det ut til å være 0-prøven som kommer best ut i vårt spørreskjema, både under svaralternativet “Ja, etter hvert stikk” (38%) og “bare noen ganger” (28%). Det viser seg også å være færrest av dem som hevder at de aldri har tatt 0-prøve etter en stikkskade (13%). Med andre ord kan det se ut til at 0-prøven oftest prioriteres av operasjonspersonell etter en stikkskade.

Det er 2% flere som velger å melde stikkskaden til BHT i motsetning til Synergi, både under alternativet “Ja, etter hver stikkskade” (33%) og “bare noen ganger” (25%). Under “Nei,

aldri” er det Synergi som oftest blir utelatt etter en stikkskade (25%). Totalt 21% av respondentene svarte at de ikke har stukket seg i.l.a de siste 5 årene (grå søyle).

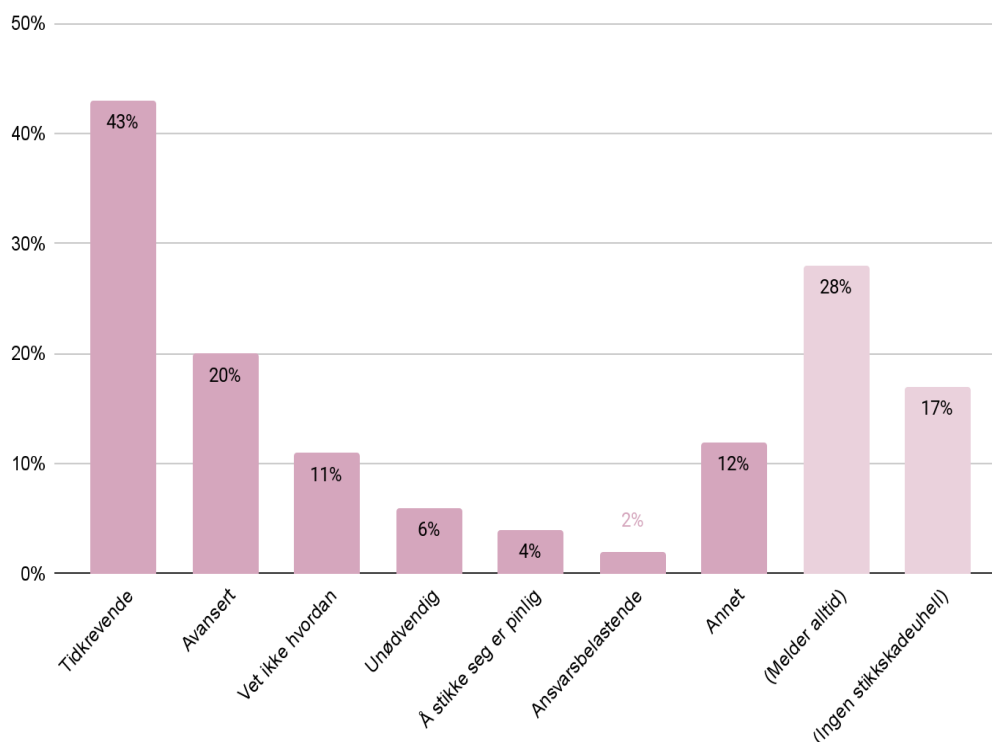


Figur 9 - Forskjell på melderutiner mellom operasjonssykepleiere (Op.s) og kirurger (Kir) etter stikkskade. Sammenligning av melderutiner i avvikssystemet Synergi, til Bedriftshelsetjenesten (BHT), og blodprøver tatt for å avkrefte virusssmitte (0-prøve). Resultatene vises i prosent (%).

I figur 9 har vi lagt frem de samme resultatene fra spørreskjemaet som i figur 8, men her synliggjør vi forskjellen på svar mellom operasjonssykepleiere og kirurger. Fargekodene for Synergi, BHT, 0-prøve og “ingen stikkskade” er lik som i figur 8, men her illustreres operasjonssykepleiernes svar med mørk farge, og kirurgenes svar med lys farge.

Spørreskjemaet avslører at det er overlegent flere operasjonssykepleiere enn kirurger som hevder å melde til Synergi (35% flere), BHT(36% flere) og tar 0-prøve (34% flere) hver gang etter en stikkskade. Under svaralternativene “bare noen ganger” og “nei, aldri” ser det her ut til å være flere kirurger enn operasjonssykepleiere som svarer ved melding til Synergi (18% & 19% flere) og BHT (26% & 12% flere). 37% flere kirurger svarer at de tar 0-prøven bare noen ganger. Hos respondenter som hevder de aldri har tatt 0-prøve etter en stikkskade (totalt 21 ansatte) er forholdet mellom operasjonssykepleiere og kirurger relativt likt, med bare 3% flere kirurger. Det er 4% flere operasjonssykepleiere enn kirurger som hevder de ikke har stukket seg i.l.a. de siste 5 årene.

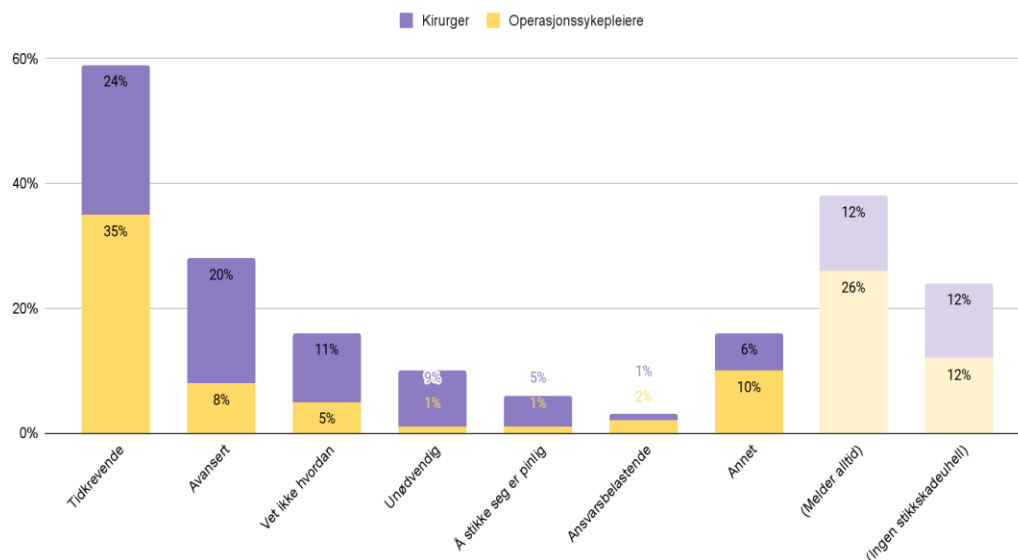
4.2.4 Hva er årsaken til at stikkskader ikke blir meldt i Synergi?



Figur 10 - Årsakene til at stikkskader ikke blir meldt i Synergi fra alle respondenter, vist i prosent (%).

I figur 10 har vi lagt frem resultatene for spørsmålet “hva er årsaken til at stikkskaden (-e) ikke ble meldt i Synergi? Under dette spørsmålet var det åpent for at deltakere kunne krysse av på ett eller flere av svaralternativene. Derfor er det flere totalt antall stemmer her (231), enn totalt antall respondenter i spørreundersøkelsen (165).

I dette diagrammet ønsker vi å avdekke hovedårsaken til at stikkskademeldinger blir unnlatt. De to siste søylene i diagrammet representerer respondentene som alltid melder en stikkskade eller som ikke har stukket seg. Disse svarene er også av betydning for forskningstemaet, og er derfor inkludert i diagrammet. Siden disse svaralternativene ikke svarer på spørsmålet om *årsak* til unnlatt melding blir de fremstilt i en svakere fargenyanse.



Figur 11 - Årsakene til at stikkskader ikke blir meldt i Synergi. Sammenligning av svar mellom operasjonssykepleiere og kirurger. Resultater vises i prosent (%).

Vi har her synliggjort svarforskjellene mellom operasjonssykepleierne og kirurgene. Av de 231 stemmene som er gitt totalt i spørsmålet “hva er årsaken til at stikkskader ikke meldes i Synergi”, står operasjonssykepleierne bak 128 av disse, og kirurgene bak 103. Det vil si at det er 40 flere stemmer fordelt på de 88 responderende operasjonssykepleierne, og 26 flere stemmer fordelt på de 77 responderende kirurgene.

I figur 10 ser vi at et stort flertall av respondentene mener at å melde i synergi er for tidkrevende (43%). Begge yrkesgruppene har internt flest besvarelser under denne årsakskategorien (figur 11), men med 11% flere operasjonssykepleiere (35%) enn kirurger (24%). At Synergi er et for avansert skademeldingssystem, ser ut til å komme på andreplass av årsakskategoriene (20%). Det er 12% flere kirurger (20%) enn operasjonssykepleiere (8%) som har svart under denne årsaken. 11% er usikker på, eller vet ikke hvordan man melder i Synergi. Dette gjelder flest kirurger (11%). Bare noen få svarte at å melde en stikkskade er unødvendig (6%) og at hendelsen er pinlig (4%). Kirurgene sto for flest av disse svarene (9% & 5%). At melding i Synergi er ansvarsbelastende var årsakskategorien som fikk færrest svar (2%). Totalt 12% svarte annen årsak. Under svaralternativene “alle stikkskader er meldt” (28%) var det flest svar fra yrkesgruppen operasjonssykepleier (26%). Under kategorien “Jeg har ikke stukket meg” (17%) var det lik svarprosent fra begge yrkesgrupper (12%).

4.2.5 Kommentarer gitt i åpne spørsmål

I spørreskjemaet spurte vi respondentene om hva de tenkte kunne bidra til at flere stikkskader ble meldt i Synergi. Dette var et åpent spørsmål hvor respondentene kunne svare med fritekst og det har resultert i en del sitater. I dette kapittelet presenteres det mest generelle som går igjen i sitatene. I diskusjonskapittelet er en del sitater tatt direkte inn i teksten og skrevet i kursiv.

At “systemet blir enklere og ikke så tungvint slik det er i dag” går mye igjen i tilbakemeldingene. En god del foreslår at “meldingsrutinene blir automatisert og slått sammen til en”. Flere påpeker “mangel på tid til å melde i.l.a. en travel arbeidsdag”, og ønsker at “stikkskaden kan videreformidles muntlig til noen som overtar meldeansvaret”. Både avdelingsleder, sekretær og annen ressursperson utenfor operasjonsstuen blir foreslått som kandidat til å melde på vegne av den skadde.

I kommentarfeltene blir følgende forslag til tiltak også nevnt en del ganger:

- Repetere temaet på fagdager
- Få jevnlig undervisning om hvordan å melde skader i synergi
- Hvor viktig det er å melde stikkskader.

Noen respondenter skriver at de har problemer med å melde på grunn av at de ikke har vist hvordan, eller problemer med å finne frem i systemet. En god og lett tilgjengelig prosedyrebeskrivelse og ferdig utfylte skjema er ønsket av flere.

5.0 DISKUSJON

5.1 Diskusjon av funn

Vi diskuterer i det følgende ut fra informasjon vi har trukket ut av vårt samlede tallmateriale. Samtidig fletter vi inn viktige og tankevekkende funn som har dukket opp i det åpne kommentarfeltet i spørreskjemaet. Disse er av kvalitativ art, men er viktige å ha med siden de gir tallmaterialet vårt mer dybdeforståelse. Disse er presentert i kursiv i diskusjonsdelen.

5.1.1 Utviklingen når det gjelder stikkskaderegistrering

Studien utført av Husøy et al. (2010) ved HUS for perioden 2003–2007 slo fast at det var relativt vanlig med stikkskader, at underrapportering var vanlig, men at antall stikkskader var vanskelig å tallfeste nøyaktig. Hvordan er det i dag, 16 år senere? Er det endring til det bedre eller verre? Etter å ha sammenlignet nyere data (2020–2021) opp mot eldre data (2005–2007) om melding av stikkskader fra helsepersonell, kan vi se en endring. I gjennomsnitt meldes det årlig ut fra våre tall 12% flere stikkskader enn i perioden 2005–2007. Med utgangspunkt i data fra Husøy (2010) kan det se ut til at holdningen til å melde stikkskader er i sakte bedring. Men det er viktig å ha i minne at aktiviteten på operasjonsstuen har økt betydelig de siste årene. Fra 2017 til 2021 økte andelen planlagt dagkirurgi med 3,3 % for helseforetakene samlet. Tilsvarende er det dokumentert en økning på samme aktivitet på 7,7 % fra 2020 til 2021. I 2021 var det til sammen utført 413 702 kirurgiske inngrep, noe som er 22 620 flere enn året før (2020). Dette tilsvarer en økning på 5,8% (Helsedirektoratet 2022). Å evaluere slike tallstørrelser er en særdeles omfattende oppgave og ligger utenfor denne oppgaven sine muligheter til å forfølge. Men fordi det gjennomføres så mange flere operasjoner nå enn tidligere, er det selvsagt noe usikkerhet knyttet til sammenligningsgrunnlaget, og hvor etterrettelige tallene våre er når operasjonspersonale melder 12% flere stikkskader. Forøvrig finnes det forholdsvis beskjedent med forskning som i noen omfang støtter opp under denne tilsynelatende bedringen. I 2019 ble det utført en stor studie fra Kina, hvor de repeterte en studie fra 2012 (Sun et al., 2021, s. 1–7). Ved å sammenligne resultatene fra studiene, kunne de se en betydelig reduksjon i antall stikkskader og bedre rapporteringskultur blant helsepersonell fra 36 sykehus.

Av helsepersonell som tar 0-prøver etter en stikkskade, viser det seg per i dag å være 33 % som unnlater å melde skaden i Synergi. Spørreundersøkelsen viser at 0-prøven stort sett

prioriteres etter en stikkskade, men også her er det noen (13%) som ikke tar blodprøven. Det er bare 31 % som alltid melder i Synergi, 23 % som bare melder noen av skadene, og 25% som ikke melder i det hele tatt. Det er med andre ord fortsatt en stor underrapportering. Det nøyaktige antallet av hvor mange som ikke følger opp rutinene etter en stikkskade, er ukjent. Så den totale summen av underrapporteringen er uklar og vanskelig å tallfeste.

I Bahat et al. (2022) sin tverrsnittstudie gjort i Israel konkluderes det med at stikkskader og underrapportering er vanlig blant helsepersonell, spesielt på operasjonsstuene. Da vi slo sammen antall stikkskader fra operasjonspersonell i vår spørreundersøkelse, viste det et gjennomsnitt på 78 årlige stikkskader (figur 7). Sammenlignet med de 373 årlige stikkskadene registrert i Synergi ved HUS i perioden 2020–2021, utgjør operasjonspersonell 21%. Dette er en relativt høy prosentandel, og stemmer godt overens med funn fra tidligere forskning om at operasjonspersonell er mest utsatt for stikkskader (Bahat et al., 2022; Black Thomas, 2020; Husøy et al., 2010; Makary et al., 2007; Nicolas et al., 2021; Refsnes & Stensland, 2016; Sun et al., 2021; Tarantola et al., 2006).

Respondentene fra vår spørreundersøkelse er fra tre forskjellige sykehus og ikke bare fra HUS, hvor vi har hentet eldre og nyere datamateriale om stikkskademeldinger fra. Derfor kan vi dessverre ikke med denne studien konkludere med sikkerhet at 21% av årlige stikkskadehendelser skjer hos operasjonspersonell ved et kirurgisk sykehus. Dette kan selvsagt ses på som en relativt spekulativ tilnærming, men sammenligningen er gjort for å se om det er mulig å bruke våre funn til å lage et estimat på hvor stor andel av årlige stikkskader ved et kirurgisk sykehus potensielt kan komme fra operasjonspersonell alene.

Per i dag er det over 300 operasjonspersonell ansatt ved Haukeland universitetssjukehus, som er vesentlig flere enn antall tilsvarende personell ved Haraldsplass Diakonale Sykehus (84 stk) og Voss Sjukehus (39 stk). Dette kan isolert sett gi grunnlag for usikre konklusjoner. Men det er minst like gode grunner til å tro at resultatene fra de 165 respondentene i vår studie er rimelig representative for norske sykehus som driver med kirurg.

Om antakelsene våre er rette, synes vi tallene gir et interessant resultat, og uttrykker tydelig noe om risikoen og alvoret som operasjonspersonell møter daglig i sin profesjon, og håper dette inspirerer til videre forskning.

5.1.2 Meldekultur og forskjellen mellom operasjonssykepleiere og kirurger

20. april 2023 ble det offentliggjort en kartlegging fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) som viser at over 60 prosent av erstatningssakene NPE har gitt medhold, ikke finnes i sykehusenes avvikssystemer. Totalt er det gjennomgått 1216 medholdssaker fra perioden 2018–2021 hvor skaden var så alvorlig at den skulle vært meldt inn som uønsket hendelse i sykehusenes lokale avvikssystem. Totalt 19 behandlingssteder er involvert i kartleggingen. Helse Nord-Trøndelag kom dårligst ut med 41 saker hvorav bare 8% var meldt i sykehusets avvikssystem. Helse Bergen hadde 112 saker hvorav 37% var meldt i Synergi. Best ut var Vestre Viken hvor NPE fant igjen 75% av erstatningssakene i sykehusets avvikssystem. Spesialrådgiver ved helseforetaket Vestre Viken, Anita Schjøth, uttalte seg slik i pressemeldingen: "Det skal være trygt å si fra om uønskede hendelser som rammer pasienter. Det har ført til en god meldekultur, som vi må jobbe med kontinuerlig fordi den er sårbar". (Sykepleien, 2023).

Resultatene fra NPE sin kartlegging er urovekkende. Det er ingen tvil om at det for landet sett under ett, foreligger en dårlig meldekultur. I og med at rapportering av skader som oppstår under sykehusopphold er lovpålagte oppgaver, jamfør EU- direktivet fra 2013, kan en stille seg spørrende til om det eksisterer en ukultur. En rapport publisert 23. Mars 2023 fra Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) viser at helsepersonells oppfatning av en uønsket hendelse, lederens oppfølging av meldinger og praktiske forhold rundt selve meldesystemet for avvik påvirker hva som meldes og varsles. Rapporten viser også flere innvendinger fra helsepersonell mot å melde i avvikssystem. Slik som at det er unyttig og unødvendig å melde, og at systemet er lite brukervennlig. Ukoms vurdering er at systemene står i fare for å miste funksjonen som verktøy i forbedringsarbeidet (Ukom, 2023).

Funnene fra spørreundersøkelsen vår viser en tydelig forskjell på meldekultur mellom yrkesgruppene, hvor operasjonssykepleierne er bedre på å følge opp stikkskader enn kirurgene. Kan dette være holdningsbasert eller har kirurgene enda større grad av tidsnød til å melde i løpet av arbeidsdagen pga arbeidsbelastning? En av respondentene kommenterte i spørreskjemaet:

“Her har de ulike kirurgene veldig forskjellig holdning til stikkskader, og pga sleivete og hastig retur av kniv, ble det litt kleint. Jeg droppet mine prinsipper om å rapportere i

Synergi, eller å ta 0-prøve”.

En annen respondent skriver:

“Var vitne til en nesten stikkskade på hovedoperatøren i feltet. Den assisterende kirurgen spurte: “Gikk det bra? Stakk du deg? Ja ja, hadde du faktisk stukket deg så ville du i hvert fall ikke innrømmet det”. Begge kirurgene lo”.

Den enkelte deltakers utsagn fra vår spørreundersøkelse gir et utvidet inntrykk til våre tallbaserte funn. Kommentarene i spørreundersøkelsen har avdekket holdninger særlig hos kirurger som kan bidra til å forklare hvorfor færre kirurger rapporterer stikkskader. Likevel er data fra vår spørreundersøkelse alene ikke nok til å kunne forklare hvorfor meldekulturen hos operasjonssykepleiere og kirurger er så forskjellig. Heller ikke i forskningsartiklene vi har presentert i kapittel 2.1 finnes det dokumentasjon på årsak til forskjell i meldekultur mellom yrkesgruppene.

Aase (2018) viser i sin bok til en rekke eldre studier fra helsesektoren som har påvist et utall av årsaker til at enkeltindivid avstår fra å rapportere. Studiene fant ut at årsakene som låg bak var skepsis til hvorvidt rapportering øker kvaliteten på legearbeidet, bekymring for at en økende mengde byråkratiske prosedyrer vil redusere kapasiteten til å utføre “virkelige” medisinske oppgaver, og at en er redd for å fremstå som uforberedte eller inkompetente.

I disse studiene kommer det også frem at sykepleiere, til forskjell fra legene, er mer opptatt av rapportering. Det eksisterer en kultur for rapportering blant sykepleiere, og det gjennomføres mer opplæring i rapporteringssystemet (Aase, 2018, s.110–111).

Selv om funnene som Aase (2018) nevner i stor grad er sammenfallende med våre funn og erfaringer, er vår samlede vurdering at meldekultur er et komplisert tema. God meldekultur er avhengig av et godt samspill mellom flere faktorer som påvirker enkeltindividets oppfatning og vurdering rundt det å melde. Noen av disse faktorene har å gjøre med tillit til leder og arbeidsplass om at å melde er sanksjonsfritt, at meldte hendelser behandles riktig, og at en opplever å få tilbakemelding om plan for forbedring.

5.1.3 Årsaken til at operasjonspersonell ikke melder i Synergi

De fleste operasjonssykepleierne og kirurgene som tok del i undersøkelsen vår, bekrefter at de opplever å melde stikkskader i Synergi som en tidkrevende prosess (43%) (se figur 11).

Tilstrekkelig tid er en forutsetning for kvalitetssikker pasientbehandling (Orvik, 2015). Denne tiden kan deles opp i pasient- og profesjonstid. Pasienttid er en tidsforståelse som er befestet i respekten for den som er syk, der bruk av tid kan være en forutsetning for bl.a.

relasjonsbygging. Profesjonstid omhandler den tiden som helsepersonellet har til rådighet, samt fordelingen av den. Denne tidsforståelsen handler om å ta vare på sykepleiers integritet (Orvik, 2015). Sykehuset preges samtidig i økende grad av samfunnets krav til effektivisering. Kari Martinsen (2002, s. 264) beskriver det med at samfunnets dominerende tid preger sykehusets tid.

“I en travel arbeidshverdag der man står på stue fra vekten begynner til man blir avløst for å gå hjem, kun ispedd korte pauser mellom operasjonene og evt. matpause, er det nok ofte at saker til Synergi enten går i glemmeboken, og/eller deretter blir droppet”

“Vi stikker oss alle sammen fra tid til annen”

er kommentarer operasjonspersonell har delt i spørreundersøkelsen.

Mangel på tid var også den vanligste årsaken til at stikkskader ikke ble rapportert av 42% av Makary sine 699 responderende unge kirurger i hans spørreundersøkelse (Makary et al., 2007). Arbeidshverdagen til kirurgisk personell innebærer høyt tempo, stort ansvar og økende arbeidsoppgaver. Når stikkskader i tillegg har vært regnet som en hyppig og normal del av operasjonssykepleiere og kirurgers arbeidshverdag de siste 10 årene (Sun et al., 2021), er det mulig å forstå at arbeidstiden til å fullføre en krevende meldeprosess ikke strekker til og så ofte blir nedprioritert.

20% av respondentene synes at å melde i Synergi er for avansert, og 11% vet ikke hvordan de melder. I kommentarfeltet går det også mye igjen fra respondentene at de ikke har funnet noen klar prosedyre på meldingsrutinene og har måttet be om hjelp fra andre. Ikke alle har vært så heldig å få hjelp, selv om de har spurt leder. Dette skriver en av respondentene i undersøkelsen:

“Da jeg stakk meg, fikk jeg beskjed både fra kirurg og leder at jeg ikke trengte å utføre tiltak dersom jeg ikke hadde merke. Det ble sagt at prosedyren var tidkrevende, at jeg selv måtte lese meg opp, og at “det blir nok ikke første gang du stikker deg uansett” ”.

En annen respondent skriver:

“På min avdeling blir legene generelt oppfordret av ledelsen til å la være å melde ting i Synergi, fordi Synergimeldinger er tidkrevende for dem å gå gjennom”.

At operasjonspersonell ved noen kirurgiske avdelinger blir frarådet å melde fra til ledelsen fordi det er for tidkrevende for dem å behandle saken, er svært alvorlig, bekymringsverdig og brudd på loven. Vi stiller oss spørrende til hvordan faglig ledelse kan ta en slik avgjørelse. Brudd på sikkerhet er ifølge Nasjonal Sikkerhetsmyndighet ofte et resultat av individets eller organisasjonens manglende sikkerhetsbevissthet, og sikkerhetsatferd. Dette kan skyldes manglende kunnskaper og evne til å foreta riktige beslutninger, eller det er handlinger hvor noen bevisst velger å unngå sikkerhetsrutiner og prosesser (NSM, u.å.). I rapporten fra Ukom (2023) kom det frem at lederes holdninger påvirker meldekulturen og oppfølgingen av uønskede hendelser. Dårlig og feilaktig rådgivning på sikkerhetsrutiner fra kirurgisk ledelse, er ikke et tema vi har tatt opp i vår studie. Kan det ha vært lettere for respondentene våre å skrive ærlig om lederens dårlige holdninger når deres identitet er totalt usynlig bak en anonym spørreundersøkelse, i motsetning til å si det med egen stemme i et intervju?

Det finnes i dag vaksine mot hepatitt-B, og god behandling mot hepatitter og HIV (FHI, 2008). Dette er med på å redusere risikoen for blodsmitte av operasjonspersonell i større grad enn tidligere. Enkelte helsepersonell vil hevde at disse sykdommene ikke lenger representerer noen stor trussel når vi nå har utviklet effektive tiltak. Så det å stikke seg på kontaminerte instrumenter blir nærmest ufarliggjort for noen. Mange velger dermed vekk oppfølging av stikkskaden med 0-prøve og skademelding (Watson, 2004). Dersom operasjonspersonell i økende grad blir for ukritisk til risiko for blodsmitte og smittespredning, er det ikke utenkelig at dette kan føre til oppblomstring av blodbårne virusinfeksjoner blant befolkningen.

5.1.4 Konsekvensene av manglende rapportering i Synergi

I Norge er det lovpålagt at helsepersonell skal rapportere uønskede hendelser. Dette kravet er hjemlet i Helsepersonelloven § 16 og Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-3a. Formålet med loven er å sikre at uønskede hendelser blir rapportert, analysert og lært av, slik at man kan forbedre sikkerheten. Helsepersonell skal rapportere skaden så fort som mulig og ta 0-prøve snarest mulig etter at hendelsen har oppstått. Det er viktig at en er ærlig i rapporteringen om hva som skjedde, slik at man kan lære av feilene. Blir ikke skaden rapportert, vil ikke arbeidsgiver bli oppmerksom på at det kan være behov for å sette inn tiltak, som kan forbedre sikkerheten. God styring forutsetter at ledelsen har inngående kjennskap til de tjenester som ytes, og ikke minst hvilke problemer som opptrer i det kliniske arbeidet (Aase, 2018 s. 54).

En essensiell grunn til å rapportere stikkskaden etter gjeldende rutiner, er å sikre sine rettigheter om en skulle bli smittet og syk. For at skaden/smitten/sykdommen skal kunne godkjennes som yrkesskade, *må* det dokumenteres (Folketrygdloven, 1997, § 13-5) at smitten oppstod etter eksponering på jobb (NAV, 2023). Med andre ord, for å kunne stadfeste overfor NAV at smitteoverføringen har hendt på arbeidsplassen *må* Synergimelding, skademelding til BHT og 0-prøve være på plass. Ufullstendig melding, og mangel på dokumentasjon om at skaden har skjedd på arbeidsplassen, vil vanskeliggjøre godkjenningen av smitten/sykdommen som yrkesskade. Dersom en mangler dokumentasjon på at stikkskaden er registrert som yrkesskade, fører dette til negative økonomiske konsekvenser. Dette er i form av tapt arbeidsfortjeneste uten erstatning, og eventuelle ekstrautgifter i forhold til sykdom.

“Hvis noen kan begrunne konkret hvorfor vi skal melde absolutt alt, bortsett fra argumentet om at det er ønskelig at mer meldes, kan jeg gjøre det, men nå har jeg inntrykk av at det utelukkende er unødvendig ekstraoppgave som pålegges meg fordi noen andre skal kunne vise til at det meldes mer”.

“At det blir en konsekvens av å melde det (å melde bare for statistikkens del føles for de fleste som bortkastet tid). Det må komme noe mer meningsfylt ut av å melde”.

“Dette byråkratisk elendige systemet gjør at jeg ikke orker å bruke tida mi på å melde stikkskader”.

Dette er tre separate kommentarer fra våre respondenter.

I resultatene fra vår spørreundersøkelse, er det i tillegg til de andre årsakskategoriene, endel operasjonspersonell som synes Synergimelding er “unødvendig” (6%). Resultatene viser også svært mangelfulle meldingsrutiner hos kirurgisk ansatte, ikke bare i Synergi (13%). Dette reiser en mistanke om at et bekymringsverdig stort antall operasjonspersonell ikke er orientert om at ufullstendig dokumentasjon på yrkesskade frarøver dem retten til forsikring og erstatning.

At pasienter ikke plikter å opplyse om sin smittestatus til spesialisthelsetjenesten, og fastleger heller ikke plikter å varsle andre behandlere om at vedkommende har smitte (Helsepersonelloven, 2001, § 25), er et varsku om hvor viktig forebygging og rapportering av stikkskader er. Er våre rutiner og beskyttende tiltak gode nok for å behandle en pasient med smitte, der helsepersonellet er uvitende om det? Med vår erfaring stiller vi oss kritiske til at helsevesenet er det. Besparelse og økonomiske innstramminger gjør at vi sparer og bruker “standard” dekning og utstyr til pasienter uten kjent virussykdom. Når pasienter med kjent smitte ankommer operasjonsstuen, blir det satt i verk ekstra sikkerhetstiltak og rutiner med ekstra beskyttelsesutstyr og diverse engangsutstyr (Hansen, Andersen & Loraas, 2018, s. 294–295).

Ut ifra vår studie, er det delte meninger om risiko, selv om det foreligger retningslinjer som skal følges om det er stor eller liten smitterisiko etter en stikkskade. Enkelte mener det er liten risiko for smitte i dag, fordi vi blant annet er hepatittvaksinerte og beskyttet. Noen respondenter bagatelliserer stikkskader. Dette er kommentaren fra en av respondentene;

“pasienten er frisk, og vi stikker oss alle sammen fra tid til annen”

Under generelt mye tidspress velger tilsynelatende noen respondenter å ikke gjøre noe;

“Skaden blir nedprioritert dersom en ikke mistenker smitte og mange kirurger har dårlig tålmodighet”.

Dette setter oss i en situasjon hvor vi velger vekk vår egen sikkerhet på grunn av stress, dårlig tid, og følelse av press på at ting må skje raskt. En av respondentene her har søkelys på sikkerhet og helse, og følger prosedyren;

“Vi må ta ansvar for oss selv når vi er utsatt for dette, men også at vi tar vare på hverandre, og hjelper med meldingen”.

Ulik oppfatning av risiko, gjør at vi gjør ulike vurderinger og handlinger når det gjelder å følge opp oss selv etter stikkskade (Sollid, 2018, s. 228).

5.2 Metodekritikk

I de neste to underkapitlene diskuterer vi valg av metode ved prosjektets del 1 og del 2 hver for seg, for å fremstille styrker og svakheter ved studien i sin helhet.

5.2.1 Del 1 - Eldre og nyere tallmateriale om stikkskademeldinger fra alle avdelinger ved HUS

I studiens del 1 sammenlignet vi eldre og nyere tallmateriale fra alle avdelinger fra Haukeland Universitetssjukehus (HUS), for å se om det var noen endring i stikkskademeldinger blant helsepersonell mellom periodene 2005–2007 og 2020–2021. Tallene på stikkskademeldinger fra 2005–2007 er hentet fra Husøy sin undersøkelse ved HUS, før Synergi ble innført som skademeldings-system. På den tiden var det bare bedriftshelsetjenesten (BHT) som skulle ha skademelding, og det skulle tas blodprøver for å avkrefte virusmitte (0-prøve) (M. M. Karlsen, personlig kommunikasjon, 22. september 2022). Husøy`s studie brukte dermed antall skademeldinger til BHT, sammenlignet med 0-prøver merket “stikkskader” levert ved sykehusets biokjemilabb. Differansen utgjorde antall ikke meldte stikkskader.

Synergi tallene hentet fra HUS, er stikkskader meldt fra ansatte i perioden 2020–2021. Disse er sammenlignet med alle 0-prøver merket “stikk-prøver” fra HUS sitt laboratorie. Differansen ble antallet stikkskader som ikke var meldt i Synergi. Dette mener vi er sammenligningsbart, for å finne tendensen i dag.

Alle de registrerte stikkskademeldingene i fra perioden 2005–2007 og 2020–2021 er i fra *alle* ansatte ved HUS, og avdekker dermed ikke hvor mange stikkskademeldinger som kommer spesifikt fra operasjonspersonell.

5.2.2 Del 2 - Spørreskjemaet (surveyundersøkelse) om stikkskader og melderutiner.

Styrker ved spørreskjemaet er at den gir muligheter til å samle inn relativt store mengder data om stikkskader fra et stort antall respondenter fra forskjellige sykehus på relativt kort tid.

Dataene kan analyseres på en objektiv og systematisk måte. Spørreundersøkelsen har gitt oss mulighet til å teste vår hypotese med tydelige funn, og identifisert årsaken til mangelfull rapportering av stikkskader blant operasjonspersonell. I tillegg har spørreundersøkelsen gitt oss muligheten til å måle sammenhenger og forskjeller mellom variablene. Dette har resultert i noen nye funn, hvor noen har vært uforventede. Etter vår vurdering kan funnene fra studien gjøres gyldig for en større populasjon.

Svakheter ved undersøkelsen kan være at det gir begrenset innsikt i respondentenes oppfatninger og erfaringer. Spørsmålene fanger ikke opp nyanser og detaljer, men er mer generelle. Det er også en usikkerhet knyttet til om respondenter er uvillige til å svare, ikke svarer ærlig, eller ikke husker detaljer tilbake 5 år i tid (Halvorsen, 2012, s. 95–97). Vi ser i ettertid at svaralternativet “bare noen ganger” i figur 8 og 9 er upresist, og vil bare i en viss utstrekning gi et korrekt bilde. Men på dette punktet har vi av praktiske årsaker måttet forenkle spørsmålsstillingen for å sikre respons hos målgruppen.

Nivået på det som regnes for å være en god svarrespons på en spørreundersøkelse ligger rundt 50–60%. De siste årene har imidlertid svarresponsen i surveyundersøkelser vært fallende, og en svarprosent på 30–40% er blitt mer vanlig (Johannessen, 2011, s. 245). Med vår spørreundersøkelse fikk vi en svarrespons på 36% som ligger innenfor det som regnes som vanlig i dag. Dette betyr samtidig at 64% av inviterte operasjonspersonell ikke svarte på undersøkelsen. Dette kan det være flere grunner til, for eksempel;

- en ikke ser nytten av å svare
- skepsis til tema
- bekymring for anonymitet
- tidsnød
- likegyldighet

I verste fall er mange blitt lei av å svare på spørreundersøkelser fordi det finnes så mange av dem og en så ofte blir invitert til å delta. Mye av årsaken til mangelen på flere respondenter,

tror vi også ligger i samme grunn som det respondentene påpeker, mangel på tid.

Operasjonspersonell har en alt for travel arbeidshverdag og har ikke tid til å logge seg inn på en datamaskin og lese jobb e-posten sin. Vi vet ikke om vi hadde fått en høyere svarrespons dersom undersøkelsen hadde vært utdelt manuelt i papirform i stedet for elektronisk.

6.0 AVSLUTNING

I dette kapittelet blir hovedfunnene fra studien kort oppsummert. Videre presenteres en konklusjon, etterfulgt av våre tanker for veien videre.

6.1 Oppsummering

Ut fra tallmaterialet vårt kan det se ut til at tendensen for å melde stikkskader generelt er i sakte bedring (12%). Samtidig har aktiviteten på operasjonsstuene økt, og det gjennomføres flere operasjoner nå enn tidligere. Vi stiller derfor spørsmålsteget ved hvor reell denne bedringen er.

Det er tydelig forskjell på meldekultur mellom yrkesgruppene, hvor operasjonssykepleierne (50%) er bedre på å følge opp stikkskader enn kirurgene (14%). Dette reiser flere spørsmål. Er dette holdningsbasert eller har kirurgene enda mindre anledning til å melde i løpet av arbeidsdagen på grunn av arbeidsbelastning?

Å melde i Synergi er en tidkrevende (43%) og avansert (20%) prosess. Dette kommer trolig av flere grunner. Noen av hovedfaktorene som ligger bak ser ut til å være mangel på kunnskap om hvordan og hvorfor man melder, uoversiktlig og lite tilgjengelig prosedyrebeskrivelse og nedprioritering fra hver enkelt i en allerede svært travel arbeidshverdag med høyt tempo. Konsekvensen av å ikke melde i Synergi, er at en ikke har dokumentasjon for at skaden har skjedd på jobb. For at skaden/smitten skal kunne godkjennes som yrkesskade av NAV må det dokumenteres. Ellers vil ikke NAV kunne vurdere om smitten eventuelt var til stede før stikkskaden, og at den ansatte har blitt smittet på en annen plass enn på jobb. Da vil det være vanskelig å få det godkjent som yrkesskade og en mister retten til erstatning og økonomisk kompensasjon.

Arbeidet med denne studien har vært en svært krevende men lærerik prosess. Det er spennende å se hvordan flere av resultatene ser ut til å stemme overens med våre hypoteser.

Tilbakemeldinger fra respondenter er bekreftelse på hvor viktig dette temaet er, og har vært til stor motivasjon i vårt arbeid.

6.2 Konklusjon

Denne studien viser at fra perioden 2003 – 2004 (55%) til perioden 2020-2021 (66%) har tallet på meldte stikkskader ved norske sykehus kun økt med 12%. Til tross for en svak bedring når det gjelder antall personer som melder stikkskader, er det fortsatt en underrapportering blant helsepersonell, og 1/3 melder ikke stikkskadene. 50% av operasjonspersonell risikerer å oppleve en uønsket stikkskade hvert år, hvilket betyr at de fortsatt identifiseres som en svært utsatt yrkesgruppe. Operasjonssykepleiere (50%) er bedre på å melde stikkskader enn kirurger (14%). Operasjonspersonellet opplever at det er for tidkrevende (43%) og avansert (20%) å melde i avvikssystemet Synergi. Dette er hovedårsakene til at melding av stikkskader nedprioriteres av de fleste operasjonspersonell.

6.3 Tanker om veien videre

Etter å ha jobbet med denne studien over en del tid, mener vi at det er behov for mer forskning rundt temaet stikkskader og underrapportering blant operasjonspersonell og i norsk helsevesen. Med utgangspunkt i funnene fra denne studien, ser vi at det med fordel kan forskes videre på:

- Meldekultur og holdninger hos ledelse ved operasjonsavdelingene
- Årsaken til forskjell i meldekultur blant kirurger og operasjonssykepleiere
- Utprøving av ulike større, organisatoriske tiltak ved melding av stikkskader (ressursperson eller sammenslåing av rutiner)
- Sammenligne ulike avvikssystemer ved norske sykehus og andre arbeidsplasser. Hva fungerer / fungerer ikke

Sammenslåing av melderutiner for Synergi, BHT og 0-prøve, eller å peke ut eller tilsette en ressursperson på avdelingen som kan melde på vegne av den skadde, mener vi er tiltak som kan bidra til effektivisering av rapportering av stikkskader. Disse tiltakene vil bidra til en mer tilgjengelig og lettvinnt meldeprosess for operasjonspersonell. Vi anbefaler også et økt

undervisningstilbud til operasjonssykepleiere og kirurger om risiko ved stikkskader, forebyggende tiltak og verdien av å rapportere, slik at de er bedre rustet til å ta velinformerte valg ved neste stikkskade.

Det er helt klart at helsevesenet har en jobb å gjøre i arbeidet mot forbedring i meldekulturen blant både personale og ledelse ved operasjonsavdelingene.

Vi håper denne studien på sikt kan bidra til endring og nytenking innen helsevesenets rapporteringssystem, og at norske sykehus inspireres til økt arbeidsinnsats innen forbedring av meldekultur, særlig blant kirurgisk ledelse og operasjonspersonell.

Vi ønsker først og fremst at denne studien skal være til opplysning for operasjonspersonell slik at de ved fremtidige stikkskader vet hvilke tiltak de må utføre for å ivareta seg selv. Kunne ta velinformerte valg slik at de får tidlig behandling og sikrer sine rettigheter dersom ulykken skulle være ute.

Planen videre er publikasjon av studien, og å gjøre våre funn tilgjengelig for opplysning og evt. videre forskning på temaet.

REFERANSER

- Aamodt, G. & Wøien, H. (2009, 3. mars). *Virkeligheten i tall og figurer*. Sykepleien.
<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/virkeligheten-i-tall-og-figurer>
- Andersen, B. M. (2015). *Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus: Del 1: Mikrobiologi og smittevern*. Fagbokforlaget.
- Andersen, B. M. (2016). *Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus: Del 2: Praksis og teori*. Elefantus forlag.
- Aase, K. (2018). *Pasientsikkerhet teori og praksis*. Universitetsforlaget.
- Arbeidsmiljøloven (2006). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2022-12-20-98). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>
- Arbeidstilsynet. (2022, 19. desember). *Skal vi være tilknyttet en bedriftshelsetjeneste?*
<https://www.arbeidstilsynet.no/nyheter/skal-jeg-ha-bedriftshelsetjeneste/>
- Bahat, Hasidov-Gafni, A., Youngster, I., Goldman, M. & Levtzion-Korach, O. (2021). The prevalence and underreporting of needlestick injuries among hospital workers: A cross-sectional study. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1).
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab009>
- Black Thomas, L. M. (2020). Underreporting of bloodborne pathogen exposures in nursing students. *Nurse Educator*, 45(2), 78–82.
<https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000696>
- Dolonen, K. A. & Reppen, N. K. (2023, 20. april). *Kartlegging avdekker at sykehus ikke melder avvik*. Sykepleien.
<https://sykepleien.no/2023/04/kartlegging-avdekker-sykehus-ikke-melder-avvik?>
- Eberhard-Gran, M. & Winther, C. (2017). *Spørreskjema som metode: For helsefagene*. Universitetsforlaget.
- Eide, P. H. & Dåvøy, G. (2018) Funksjons- og ansvarsområde. I G. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg., s. 28–43). Gyldendal Akademisk.
- Eide, P. H. & Størksen, E. (2018) Suturlære. I G. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg., s. 412–430). Gyldendal Akademisk.

- Folkehelseinstituttet. (2019, 25. februar). *Om hiv og aids*.
<https://www.fhi.no/sv/smittestomme-sykdommer/seksuelt-overforbare-infeksjoner/diag/om-hiv-og-aids/>
- Folkehelseinstituttet. (2021, 29. september). *Stikkuehell på sprøyter og andre blodeksponeringer-veileder for helsepersonell*.
<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/17.-stikkuehell-pa-sproyter-posteksp>
- Folkehelseinstituttet. (2022, 8. juni). *Basale smittevernrutiner i helsetjenesten: Veileder for helsepersonell*.
<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/09.-basale-smittevernrutiner-i-hels/?term=&h=1>
- Forskrift om organisering av helseforskning. (2009). *Forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning*. (FOR-2009-07-01-955). Lovdata.
<https://lovdata.no/forskrift/2009-07-01-955>
- Fønhus, M.S. (2011). Bruk av butte nåler ved kirurgiske inngrep reduserer smittefare. *Sykepleien Forskning*, 6(4), 308–308.
<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2011.0214>
- Greve-Isdahl, M. (2008, 9. april). *Hepatitt B-vaksine og hepatitt B-immunglobulin: Veileder for helsepersonell*. Folkehelseinstituttet.no
<https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/hepatitt-b-vaksinasjon-og-hepatitt-/?fbclid=IwAR2aWIX4TG6XiMtH1kbcOnbkv1pe9aSEWwIopjanVnDAIQc83lmqZONZf60>
- Halvorsen, K. (2012). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag*. Cappelen.
- Hansen, I., Andersen, B. M. & Loraas, LM. E. (2018) *Hygiene og infeksjonsforebygging*. I G. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg., s. 233–303). Gyldendal Akademisk.
- Helse Bergen. (2022, 22. februar). *Oppfølging av ansatte ved stikk-, kuttskader, sprut og blodsøl, med fare for smitte med biologiske faktorer* (Prosedyre, Dok.id: D37180) <https://kvalitet.helse-bergen.no/docs/pub/dok37180.pdf>
- Helse Bergen. (2023, 31. januar). *Uønskede hendelser: Melding, saksbehandling og læring* (Prosedyre, Dok.id: D63738).
<https://kvalitet.helse-bergen.no/docs/pub/dok63738.pdf>

- Helsedirektoratet (2022, 22. september). Kirurgi etter behandlingssted: Somatikk.
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/somatikk/kirurgi-etter-behandlingssted-somatikk?fbclid=IwAR2oM7PafbT01HCxUsIFzUTmoGL-kpPGm3afjJfr29BpSZ6kA9u3a8qg-VA#omsamdataspesialisthelsetjenesten>
- Helsepersonelloven (2001). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-2022-03-25-14). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Husøy, A. M., Minde, T., Knudsen, H. & Akselsen, P. E. (2010). Stikkskader og melderutiner. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 130(7), 735–737.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0645>
- I Trygge hender 24-7. (2022, 24. mars). *Om pasientsikkerhet*.
<https://www.itryggehender24-7.no/om-pasientsikkerhet>
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2011). *Samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.) Abstrakt forlag.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.) Abstrakt forlag.
- Larsen, A. K. (2017). *En enklere metode: Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Makary, M. A., Al-Attar, A., Holzmueller C. G., Sexton, J. B., Syin, D., Gilson, M. M., Sulkowski, M. S. & Pronovost, P. J. (2007). Needlestick injuries among surgeons in training. *The New England Journal of Medicine*, 356(26), 2693–2699.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa070378>
- Martinsen, K. (2002) Rommets tid, den sykes tid, pleiens tid. I T. Bjørk, S. Helseth & F. Nordtvedt (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. 260–271). Gyldendal.
- Nasjonal sikkerhetsmyndighet. (u.å.). *Sikkerhetskultur*.
<https://nsm.no/fagomrader/sikkerhetsstyring/sikkerhetskultur/>
- NAV. (2023, 5. mai). *Har blitt skadet under arbeid, undervisning, rednings- eller militærtjeneste*. <https://www.nav.no/yrkesskade>
- Nicholas, J., Grimmond, T., Bradywood, A., Church, E., Moran, J. & Ogg, M. (2021). Addressing underreporting of blood and other body fluid exposures among perioperative personnel. *AORN Journal*, 114(4), 368–375.
<https://doi.org/10.1002/aorn.13502>
- NSFLOS. (2015) *Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse*.
<https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse* (2. utg.). Cappelen.

- Pasient - og brukerrettighetsloven (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-2023-04-28-9). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2021-06-18-124) Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/2018-06-15-38>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and evidence for nursing practice* (10. utg.). Wolters Kluwer.
- Refsnes, L. & Stensland, I. L. (2016). Stikkskader på operasjonsstuen: En kvantitativ studie av operasjonssykepleiers og kirurgers erfaringer” [Masteroppgave, Universitetet i Stavanger]. Brage. <http://hdl.handle.net/11250/2407241>
- Regjeringen. (2012, 19. oktober). *Forebyggelse av stikkskader*.
<https://www.regjeringen.no/no/sub/eos-notatbasen/notatene/2010/sep/forebyggelse-av-stikkskader/id2432687/>
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Schøyen, R. (2011). *Mikroorganismer og sykdom: lærebok i mikrobiologi og infeksjonssykdommer for helsepersonell*. Gyldendal akademisk.
- Sellerberg, A.-M. & Fangen, K. (2011). *Mange ulike metoder*. Gyldendal akademisk.
- Skogstad, A. & Einarsen, S. (2016) Den gode medarbeider: Høy kompetanse og ekstraordinær innsats. I S. Einarsen & A. Skogstad (Red.), *Den dyktige medarbeider: Behov og forventninger* (2.utg, s. 147–166). Fagbokforlaget.
- Smittevernloven (1995). *Lov om vern av smittsomme sykdommer* (LOV-2021-06-18-97). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1994-08-05-55>
- Sollid, J. M. (2018). Risikostyring i klinisk medisin. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* (3. utg., s. 227–238). Universitetsforlag.
- Spesialisthelsetjenesteloven (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-2022-12-16-92). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten. (2023. 23. mars). *Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser*. Ukom.
<https://ukom.no/rapporter/meldekultur-og-laering-av-uonskede-pasienthendelser/sammendrag>
- Statistisk sentralbyrå. (2017). *11343: Rapporterte arbeidsulykker, etter næring (SN2007) og type ulykke 2015–2020* [Statistikk].
<https://www.ssb.no/statbank/table/11343/tableViewLayout1/>

- Storevik, A. G. (2012). *Mener hiv-positive må fortelle legen om diagnosen*. Dagens medisin. <https://www.dagensmedisin.no/politikk-og-okonomi-primærhelsetjeneste/mener-hiv-positive-ma-fortelle-legene-om-diagnosen/104234>
- Storevik, A. G. (2018). *Gir sykehusene refs for meldekultur og håndtering av avviksmeldinger*. Dagens Medisin. <https://www.dagensmedisin.no/spesialisthelsetjeneste/gir-sykehusene-refs-for-meldekultur-og-handtering-av-avviksmeldinger/307850>
- Sun, J., Qin, W., Jia, L., Sun, Z., Xu, H., Hui, Y., Gu, A. & Li, W. (2021). Investigation and analysis of sharp injuries among health care workers from 36 Hospitals in Shandong Province, China. *BioMed Research International*, Artikkel e5698483. <https://doi.org/10.1155/2021/5698483>
- SurveyXact. (u.å.). *Markedets beste spørreskjemaverktøy*. <https://www.surveyxact.no/om-oss/>
- Sykepleien. (2008, 14. august). *Ti pasienter smittet med hepatitt C*. <https://sykepleien.no/2008/08/ti-pasienter-smittet-med-hepatitt-c>
- Tarantola, Golliot, F., L'Heriteau, F., Lebascle, K., Ha, C., Farret, D., Bignon, S., Smaïl, A., Doutrelot-Philippon, C., Astagneau, P., Bouvet, E. & CCLIN Paris-Nord BBF Exposure Surveillance Taskforce. (2006). Assessment of preventive measures for accidental blood exposure in operating theaters: A survey of 20 hospitals in Northern France. *American Journal of Infection Control*, 34(6), 376–382. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2006.03.004>
- Trygstad S. C. (2017). *Kunnskapsstatus om varsling og varslingsprosesser* (Fafo-notat 2017:03). Fagbevegelsens senter for forskning, utredning og dokumentasjon. <https://www.fafo.no/images/pub/2017/10253.pdf>
- Ulvund, I., Rokstad, A.-M. M. & Vatne, S. (2016, 3. oktober). *Varsling av avvik: En vanskelig balansekunst*. Sykepleien forskning. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.58904>
- Watson, K. J. R. (2004). Surgeon, test (and heal) thyself: Sharps injuries and hepatitis C risk. *Medical Journal of Australia*, 181(7), 366–367. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb06328.x>
- World Health Organization. (2022, 24. juni). *Hepatitis C*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
- Yrkesskadeforsikringsloven (1990). *Lov om yrkesskadeforsikring*. (LOV-2022-12-20-115) Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1989-06-16-65>

Yrkessykdomsforskriften (1997). *Forskrift om yrkessykdommer, klimasykdommer og epidemiske sykdommer som skal likestilles med yrkesskade.*

(FOR-2020-04-07-726). Lovdata.

<https://lovdata.no/forskrift/1997-03-11-220>

Ytterdahl, S. A., Oretorp, P., Bruvik, J., Dale, J. H., Hovland, T., Hansen, T. E., Odden, J. P., Rosvold Berntsen, G. K., Cordt-Hansen, K., George, C., Kildal, M., Sandem, K. & Mo Batalden, C. (2023). *Fra varsel til læring og forbedring* (HOD Rapport 0132 B). Helse- og omsorgsdepartementet.

https://www.regjeringen.no/contentassets/3c1511a6a6a74be8879d009d1bc87e7e/230412_fra_varsel_til_laering.pdf

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Vedlegg 2: Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS

Vedlegg 3: Spørreskjema

Vedlegg 4: Forespørsel om deltakelse i undersøkelse

Vedlegg 1: Godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord	Susanne Ramstad	77660388	10.10.2022	536953

Fred-Ivan Kvam

Prosjektsøknad: Hva kan være mulige årsaker til mangelfull registrering i «Synergi» ved stikkskader på operasjonsstuene i norske sykehus

Søknadsnummer: 536953

Forskningsansvarlig institusjon: Høgskulen på Vestlandet

Prosjektsøknad vurderes som utenfor helseforskningslovens virkeområde.

Søkers beskrivelse

Ved kirurgiske inngrep hender det at kirurger eller operasjonssykepleiere stikker eller skjærer seg under operasjonen og det er fare for smitte fra pasientens blod. Slike hendelser skal meldes i sykehusenes interne meldesystem "Synergi". Tidligere studier fra Norge og utlandet viser imidlertid at det ikke alltid meldes fra. Årsaken til denne underrapporteringen er ikke klarlagt. Det er av interesse å finne ut hvorfor ikke alle stikksaker meldes i det formelle registreringssystemet. I denne studien vil alle kirurger og operasjonssykepleiere ved tre sykehus i Hordaland motta et spørreskjema der de spørres om mulige årsaker dersom de har opplevd stikkskader og har valgt å ikke melde dette i "Synergi". Målsetningen er om mulig å finne enklere og mer effektive rutiner for at flere skal melde.

Vi viser til søknad mottatt 28.09.22 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av sekretariatet i Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) på delegert fullmakt fra komiteen, med hjemmel i forskningsetikkforskriften § 7, første ledd, tredje punktum. Søknaden er vurdert med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

REKs vurdering

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om «medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, human biologisk materiale eller helseopplysninger», jf. helseforskningsloven § 2. «Medisinsk og helsefaglig forskning» er i § 4 a), definert som «virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom». Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

REK nord

Besøksadresse: MH-2, 12. etasje, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

Telefon: 77 64 61 40 | E-post: rek-nord@asp.uit.no

Web: <https://rekportalen.no>

I dette prosjektet er formålet slik REK forstår det kunnskap om eller kvalitetssikring av et system der skader på arbeidsplassen skal registreres. Dette for å forbedre forebyggende rutiner, for å forebygge stikkskader hos kirurger og operasjonssykepleiere (jf. punkt 6.3 i søknaden.)

Data/Materiale

Data består av 250 kirurgers og operasjonssykepleieres svar på spørreskjema. Det legges til grunn at deltakelse i prosjektet ikke medfører at helsepersonell skal bryte lovpålagt taushetsplikt.

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke framleggingspliktig, jf. helseforskningsloven § 2.

Klageadgang

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

Med vennlig hilsen
May Britt Rossvoll
sekretariatsleder


Susanne Ramstad
seniorrådgiver

Kopi til:

Høgskulen på Vestlandet

Vedlegg 2: Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS

09.03.2023, 12:17 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

 Sikt

[Meldeskjema](#) / [Hva kan være mulige årsaker til mangelfull registrering i "Synergi" ved...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer 116171	Vurderingstype Standard	Dato 09.03.2023
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Prosjekttittel
Hva kan være mulige årsaker til mangelfull registrering i "Synergi" ved stikkskader på operasjonsstuen i norske sykehus?

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

Prosjektansvarlig
Fred Ivan Kvam

Student
Ingrid Terese Tveit Haugnes & Gry Tvilde

Prosjektperiode
01.01.2023 - 30.06.2023

Kategorier personopplysninger
Alminnelige

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

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar
Vi viser til endring registrert i meldeskjemaet. Vi kan ikke se at endringene i meldeskjemaet eller vedlegg har innvirkning på vår vurdering av hvordan personopplysninger behandles i prosjektet.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET
Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson: Sturla Herfindal

Lykke til videre med prosjektet!

<https://meldeskjema.sikt.no/6325e608-f173-4821-8da8-c9c1f137d444/vurdering> 1/1

Vedlegg 3: Spørreskjema

Jeg samtykker til å delta i denne spørreundersøkelsen.

- (1) Ja, jeg samtykker.
- (2) Nei, jeg samtykker ikke

Hva er ditt yrke?

- (1) Operasjonssykepleier
- (2) Kirurg

Kjønn?

- (1) Kvinne
- (2) Mann

Hvilken aldersgruppe tilhører du?

- (1) 25 - 35 år
- (2) 36 - 45 år
- (3) 46 - 55 år
- (4) 56 - 65 år
- (5) Over 65 år

Hvor mange års arbeidserfaring har du som kirurg/operasjonssykepleier ?

- (1) 0 - 5 års erfaring
- (2) 6 - 10 års erfaring
- (3) 11 - 15 års erfaring
- (4) 16 - 20 års erfaring
- (5) 21 - 25 års erfaring
- (6) 26 - 30 års erfaring
- (7) Over 30 års erfaring

Hvor er du ansatt?

- (1) Helse Bergen
- (2) Annet sykehus

Hvor mange ganger har du skadet deg på en skarp/spiss gjenstand under kirurgi ilt de siste 5 årene? (suturnål, knivblad, skarpe instrumenter)

Ble stikk-/skjæreskaden(-e) meldt til bedriftshelsetjenesten?

- (1) Ja, alle skader er meldt
- (2) Nei, ingen skader er meldt
- (3) Bare noen ble meldt
- (4) Ikke aktuelt, jeg har aldri stukket/skjært meg under kirurgi

Ble stikk-/skjæreskaden(-e) meldt i Synergi?

- (1) Ja, alle skader ble meldt
- (2) Nei, ingen skader ble meldt
- (3) Bare noen ble meldt
- (4) Ikke aktuelt, jeg har aldri stukket/skjært meg under kirurgi

Ble det tatt smitte-kontrollblodprøve rett etter stikk-/skjære skaden(-e)?

- (1) Ja, med en gang etter hvert uhell har jeg tatt kontrollblodprøve.
- (2) Nei, jeg har ikke tatt kontrollblodprøve rett etter å ha stukket/skjært meg
- (3) Jeg har bare tatt kontrollblodprøve etter noen av uhellene, ikke alle
- (4) Ikke aktuelt, jeg har aldri stukket/skjært meg under kirurgi

Hvilke av de ulike svaralternativene nedenfor er hovedårsak(-er) til at du ikke meldte stikk-/skjæreskaden(-e) i Synergi?

- (1) Å melde er for tidkrevende
- (2) Verktøyet for skademelding (Synergi) er for avansert
- (3) Jeg er usikker på/vet ikke hvordan jeg melder
- (4) Jeg unngår å melde stikk/skjæreskader fordi jeg synes hendelsen er pinlig
- (5) Å melde er ansvarsbelastende
- (9) Jeg forstår ikke nødvendigheten av å melde i Synergi
- (7) Ikke aktuelt, har aldri stukket/skjært meg under kirurgi
- (8) Ikke aktuelt, alle skadene ble meldt
- (10) Annet

Hva kan bidra til at flere melder stikk-/skjæreskader i Synergi?

Har du andre kommentarer til stikk-/skjæreskader?

Vedlegg 4: Forespørsel om deltakelse i undersøkelse

Dette er en invitasjon til å delta i forskningsprosjektet:

” Hva er årsakene til mangelfull stikkskaderregistrering i «Synergi» ved operasjonsstuene i norske sykehus?”

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

Formål

Vi er to operasjonssykepleiere som skriver en masterstudie ved Høgskulen på Vestlandet. Studien handler om mangelfull skaderegistrering i helsevesenets meldesystem “Synergi” ved stikkskader hos operasjonssykepleiere og kirurger som står i det sterile feltet.

Resultater fra Norske og utenlandske forskningsprosjekt viser at **operasjonspersonell er særlig utsatt for stikkskader** på operasjonsstuene, har **lavest rapporteringstrend** og har ila. de siste 10 årene **ikke hatt noe bedring i antall årlige stikkskader**. Når stikkskader ikke blir meldt, blir det ikke synlig, og da er det per definisjon ikke et problem og det skjer ingen forandring. Vår motivasjon er å snu dette.

Ved hjelp av en spørreundersøkelse, vil vi prøve å skaffe nok opplysninger til å finne ut av hva som kan være årsaken til at kirurger og operasjonssykepleiere ved operasjonsavdelinger ikke melder stikkskader.

Vi håper at studiets funn kan bidra til implementering av mer effektive varslingsrutiner som i sin tur vil redusere skadeomfanget på operasjonsstuene i norsk helsevesen. Studiens formål er å sikre tryggere kirurgi for pasienten, og for økt trygghet for helsepersonellet i det kirurgiske feltet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet (HVL) er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Studien trenger en stor gruppe deltakere som har disse felles egenskapene:

- står i det sterile feltet som operasjonssykepleier eller kirurg
- håndterer forskjellige spisse gjenstander (nåler, kniver, sakser o.l)

Invitasjon til å delta vil bli sendt ut til operasjonsavdelinger på

- Haukeland Universitetssjukehus
- Haraldsplass Diakonale Sykehus
- Voss Sjukehus

Vi har fått løyve fra aktuelle direktører og avdelingsledere ved din arbeidsplass om å dele ut spørreundersøkelsen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et spørreskjema med avkryssningsspørsmål. Det vil ta deg ca.10 minutter. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om

- antall stikkskader du har opplevd under kirurgiske inngrep
- om skaden (-e) ble meldt etter rutine
- avkryssningsforslag til hvorfor skaden evt. ikke ble meldt

Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert elektronisk.

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.

- Begge masterstudenter i samarbeid om studien og prosjektansvarlig ved HVL vil ha tilgang.
- Kontaktopplysningene dine vil lagres på en forskningsserver og bli kryptert slik at din besvarelse ikke kan kobles tilbake til deg.

Vi kommer til å bruke et dataprogram som heter “SurveyXact” for å samle inn, bearbeide, lagre data fra spørreskjemaet. Programmet vil gjøre alle deltakernes besvarelser om til tallmateriale og statistikk. Deltakere vil dermed ikke kunne gjenkjenne sin egen besvarelse i publikasjon.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes ved prosjektslutt Juni 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres ved at identiteten til hvem som har svart på spørreskjema forblir kryptert. Anonymiserte opplysninger vil lagres i 3 mnd etter prosjektslutt og dermed slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har Personverntjenester 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 til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Prosjektansvarlig: Fred-Ivan Kvam, Førstemanuensis ved HVL Institutt for helse- og omsorgsvitenskap (e-post: Fred-Ivan.Kvam@hvl.no, tlf: +47 55 585 547).

Masterstudent: Ingrid T.Tveit Haugnes, Operasjonssykepleier, masterstudent ved HVL, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap (e-post: 120752@stud.hvl.no).

Masterstudent: Gry Tvilde, Operasjonssykepleier, masterstudent ved HVL, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap (e-post: 134511@stud.hvl.no).

Vårt personvernombud: Tine Anikken Larsen, Personvernombud ved HVL, Avdeling for organisasjonsutvikling og digitalisering (e-post: trine.anikken.larsen@hvl.no, tlf: +47 55 587 682).

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

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Fred-Ivan Kvam (Forsker/veileder), Ingrid T. Tveit Haugnes og Gry Tvilde.

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "*Hva kan være mulige årsaker til mangelfull registrering i «Synergi» ved stikkskader på operasjonsstuene i norske sykehus?*", og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i spørreskjema.

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)