

”Stikkskader på operasjonsstuen – En kvalitativ studie av operasjonssykepleieres og kirurgers erfaringer”



Universitetet
i Stavanger

Institutt for Helsefag

Master i sykepleie, Spesialisering i operasjonssykepleie

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Elin Refsnes og Ingvild Lunde Stensland

Veileder: Signe Berit Bentsen, Professor/operasjonssykepleier

Medveileder: Ida H. Mykkeltveit, Universitetslektor/operasjonssykepleier

Mai 2016

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I SYKEPLEIE

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2016 (Kull 2014-2016)

FORFATTERE/MASTERKANDIDATER: Elin Refsnes og Ingvild Lunde Stensland

VEILEDER: Signe Berit Bentsen, Professor/operasjonssykepleier

MEDVEILEDER: Ida H. Mykkeltveit, Universitetslektor/operasjonssykepleier

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel:

Stikkskader på operasjonsstuen – En kvalitativ studie av operasjonssykepleieres og kirurgers erfaringer

Engelsk tittel:

Sharps injuries in the operating room – A qualitative study of scrubnurses and surgeons experiences

EMNEORD/STIKKORD:

Stikkskader, operasjonsstue, kirurg, operasjonssykepleier, skarpe gjenstander, forebygging, melderutiner, underrapportering, pasientsikkerhet, HMS.

Sharps injuries, operating room, surgeon, scrubnurse, sharp objects, preventing, reporting procedures, under-reporting, patient safety, work place safety.

ANTALL SIDER: 62 (Inkludert referanser)

STAVANGER 09.05.16

FORORD

I løpet av de to siste årene har vi gjennomført en master i sykepleie, med spesialisering i operasjonssykepleie ved Universitetet i Stavanger. I tillegg har vi arbeidet jevnlig med denne masteroppgaven. Det har til tider vært utfordrende å kombinere praksisperioder, lesing av pensum, familieliv og masteroppgaven. Når vi nå oppsummerer kan vi likevel si at arbeidet har vært spennende, lærerikt og utrolig kjekt.

Å skrive masteroppgaven er et omfattende arbeid, og vi hadde ikke fått det til alene. Vi vil derfor takke veilederen vår Signe Berit Bentsen, professor ved institutt for Helsefag, UiS, for støtte, oppmuntring og stø kurs hele veien. Vi vil i tillegg rette en takk til medveileder Ida Mykkeltveit som har gitt oss gode råd. Takk til medstudenter for gode, faglige diskusjoner og innspill.

Denne studien kunne heller ikke vært gjennomført uten informantene våre. Tusen takk for at dere tok dere tid til å stille til intervju, og for de gode og viktige synspunktene dere bidro med! Også takk til operasjonsavdelingen, kirurgisk og ortopedisk avdeling for at vi fikk bruke informantene i arbeidstiden.

Tusen takk til Mona og Ivan for gratis leie av kontorlokaler.

Og sist, men ikke minst, tusen takk til barna våre; Marta, Henrik og Christian for at dere har holdt ut med stressede mammaer, lange dager i barnehagen og lettvinde middager! Og Marius; takk for at du har gitt din fulle støtte hele veien!

Stavanger, mai 2016

Elin Refsnes

Ingvild Lunde Stensland

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Ved kirurgiske inngrep håndteres det mange skarpe gjenstander som kan føre til stikkskader for operasjonssykepleiere og kirurger. Tidligere forskning viser at mange skader ikke blir rapportert. Forebyggende tiltak er blitt satt i verk, og har hatt god effekt i andre sykehusavdelinger, mens i operasjonsavdelingen fortsetter antallet stikkskader å øke.

Formål: Med denne studien var ønsket å undersøke hvilke erfaringer operasjonssykepleiere og kirurger har med stikkskader på operasjonsstuen, samt tanker omkring sikkerheten i denne sammenheng. Følgende problemstilling ble besvart; *Hvilke opplevelser og erfaringer har operasjonssykepleiere og kirurger med stikkskader på operasjonsstuen?*

Metode: Kvalitativ metode, med et fenomenologisk perspektiv, ble benyttet for å besvare problemstillingen. Data ble samlet inn igjennom fire semistrukturerte, individuelle, intervju ved et universitetssykehus i Norge. To kirurger og to operasjonssykepleiere ble intervjuet. Datamaterialet ble analysert inspirert av Graneheim og Lundmans beskrivelse for kvalitativ innholdsanalyse.

Funn: Stikkskader skjer jevnlig på operasjonsstuen, og mange unnlater å rapportere skadene. Rapporteringen opplevdes som en tidkrevende prosess som det var mye usikkerhet rundt. Operasjonssykepleiere og kirurger var bevisste på at dette kunne utgjøre en fare både dem selv og pasientene. Funnene indikerer også at det var utfordrende å implementere forebyggende utstyr og tiltak på operasjonsstuen.

Konklusjon: Det er et stort forbedringspotensial når det gjelder forebygging og melding av stikkskader i operasjonsavdelingen. Det bør settes fokus på forebyggende tiltak, og hele organisasjonen bør involveres. Meldeprosessen må også forenkles og tydeliggjøres for de ansatte.

Nøkkelord: Stikkskader, skarpe gjenstander, operasjonsstue, underrapportering, pasientsikkerhet, HMS, melderutiner, kirurg, operasjonssykepleier, forebygging.

ABSTRACT

Background: In surgery, many sharp objects are handled by scrub nurses and surgeons, that may result in sharps injuries. Past research show that many of these injuries are not reported. While preventing measures were implemented, they have been effective in other hospital departments, less effect has been seen in the operating department.

Purpose and research question: The purpose of this study was to examine the experiences scrub nurses and surgeons had in terms of sharps injuries in the operating room, as well as thoughts regarding safety in this context. The aim was to answer the following research question; *What experiences do scrub nurses and surgeons have with sharps injuries in the operating room?*

Method: Qualitative method, with a phenomenological perspective, was used to answer the research question. Data were collected by conducting four semi-structured individual interviews in a university hospital in Norway. Two surgeons and two scrub nurses were interviewed. Data were analyzed inspired by Graneheim and Lundmans description of content analysis.

Findings: Sharps injuries occurred regularly in the operating room, and many failed to report injuries. Reporting was seen as a time consuming process, connected to great uncertainty. Scrub nurses and surgeons were aware of the hazard this could be to themselves and to the patients. The findings also indicated that it is difficult to implement preventive equipment and measures in the operating room.

Conclusion: There is a great potential for improvement in terms of preventing and reporting sharps injuries in the surgical department. There should be a focus on preventive measures, and it is important that the whole organisation is involved. Mandatory processes must also be simplified and clarified.

Keywords: Sharps Injury, sharp objects, operating room, under-reporting, patient safety, work place safety, report procedures, surgeon, surgical nurse, prevention.

INNHold

FORORD

SAMMENDRAG

1.0 INTRODUKSJON	s. 1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	s. 1
1.2 Studiens formål og problemstilling	s. 3
1.3 Oppgavens struktur	s. 4
2.0 BEGREPER, TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING	s. 5
2.1 Stikkskader	s. 5
2.2 Blodsmitte	s. 5
2.2.1 <i>Risiko for overføring av smitte</i>	s. 7
2.3 Lover, forskrifter, handlingsplaner og veiledere	s. 7
2.3.1 <i>Internasjonale føringer</i>	s. 7
2.3.2 <i>Nasjonale lover, forskrifter og veiledere</i>	s. 8
2.4 Sikkerhet, sikkerhetskultur og pasientsikkerhet	s. 9
2.4.1 <i>Ansvar</i>	s. 10
2.4.2 <i>Uheldige hendelser</i>	s. 11
2.5 Operasjonssykepleiers ansvar og funksjonsbeskrivelse	s. 12
2.6 Tidligere forskning	s. 14
3.0 METODE	s. 16
3.1 Kvalitativ metode	s. 16
3.2 Fenomenologisk tilnærming	s. 17
3.3 Forforståelse	s. 18
3.4 Datainnsamling	s. 18
3.4.1 <i>Semistrukturerte intervju</i>	s. 18
3.4.2 <i>Intervjuguiden</i>	s. 19
3.4.3 <i>Tilgang til informanter og utvalg</i>	s. 20
3.4.4 <i>Informert samtykke og konfidensialitet</i>	s. 22
3.4.5 <i>Gjennomføring av intervjuene</i>	s. 22
3.4.6 <i>Lydopptak</i>	s. 23

3.4.7	<i>Transkripsjon</i>	s. 23
3.5	Analyse	s. 23
3.6	Forskningsetiske vurderinger	s. 26
3.7	Metodologiske betraktninger	s. 27
3.7.1	<i>Valg av metode og tilnærming</i>	s. 27
3.7.2	<i>Datainnsamling og utvalg</i>	s. 27
3.7.3	<i>Forforståelse og forskning i eget felt</i>	s. 29
3.7.4	<i>Analyse</i>	s. 30
3.7.5	<i>Studiens troverdighet</i>	s. 30
4.0	FUNN	s. 32
4.1	Stikkskader skjer på operasjonsstuen	s. 32
4.2	Faktorer som øker risikoen for stikkskader på operasjonsstuen	s. 33
4.2.1	<i>Skarpe gjenstander</i>	s. 33
4.2.2	<i>Risikofylte situasjoner</i>	s. 33
4.2.3	<i>Menneskelige faktorer</i>	s. 34
4.3	Forebygging av stikkskader på operasjonsstuen	s. 35
4.3.1	<i>Erfaringer med ulike forebyggende tiltak</i>	s. 35
4.3.2	<i>Personalets holdninger til forebygging av stikkskader</i>	s. 37
4.4	Rutiner ved stikkskader i operasjonsavdelingen	s. 38
4.4.1	<i>Prosedyrer for stikkskader blir ikke alltid fulgt</i>	s. 38
4.4.2	<i>Variierende kunnskaper om gjeldende prosedyre for stikkskader</i>	s. 38
4.5	Oppfølging og melderutiner etter stikkskader	s. 40
4.5.1	<i>Oppfølging etter stikkskade</i>	s. 40
4.5.2	<i>Barrierer mot å følge melderutiner for stikkskader</i>	s. 40
4.5.3	<i>Behov for standardisert forløp</i>	s. 41
4.6	Stikkskader kan være en trussel mot sikkerheten	s. 41
4.6.1	<i>Opplevelse av trussel mot egen helse</i>	s. 41
4.6.2	<i>Opplevelse av trussel mot pasientsikkerheten</i>	s. 42
5.0	DISKUSJON	s. 44
5.1	Stikkskader skjer på operasjonsstuen	s. 44
5.2	Faktorer som øker risikoen for stikkskader på operasjonsstuen	s. 45
5.3	Forebygging av stikkskader på operasjonsstuen	s. 47
5.4	Rutiner ved stikkskader i operasjonsavdelingen	s. 49

5.5 Oppfølging og melderutiner etter stikkskader.....	s. 51
5.6 Stikkskader kan være en trussel mot sikkerheten.....	s. 52
5.7 Videre forskning.....	s. 54
5.8 Implikasjoner for praksis.....	s. 54
6.0 KONKLUSJON.....	s. 56
REFERANSER.....	s. 58

VEDLEGG

Vedlegg 1: Godkjenning fra Personvernombudet

Vedlegg 2: Informert samtykke

Vedlegg 3: Intervjuguiden

Vedlegg 4: Utdrag fra analyseskjema

Antall ord: 19002

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Stikkskader forekommer blant helsepersonell. Det foreligger ikke oppdaterte tall på hvor mange skader som skjer på operasjonsstuene i Norge per i dag, men en studie fra 1998 estimerte at det forekom stikkskader i 2-10% av alle kirurgiske inngrep. Kirurger og operasjonssykepleiere som til daglig håndterer skarpe gjenstander i operasjonsfeltet er mer utsatt, og har som en del av sin arbeidshverdag godtatt at denne risikoen er til stede (Spratt et al, 2012). En annen studie viser at stikkskaderaten er høyere i operasjonsavdelinger enn i andre sykehusavdelinger (Nagao et al., 2009). Det er derfor grunn til å tro at stikkskader er vanlig i operasjonsavdelingen, og at det kan utgjøre en fare for operasjonssykepleiere og kirurger.

Det kan være traumatisk for en person som stikker seg, selv om risikoen for å bli smittet av en blodbåren sykdom ansees som relativ liten (Blystad, 2013). Det er imidlertid viktig at denne risikoen ikke undervurderes, da smitteoverføring fra pasient til helsearbeider forekommer (Folkehelseinstituttet, 2013). I tillegg til de personlige traumene som kan oppstå ved en stikkskade, er det også tenkelig at disse skadene utgjør store samfunnsøkonomiske kostnader, og økte kostnader for helseforetakene.

Stikkskader er vanskelig å eliminere fullstendig, men de er mulig å forebygge. I 2010 innførte EU "Stikkskadedirektivet" som var en følge av USAs "Needlestick Safety and Prevention Act" fra år 2000. Dette direktivet inneholder klare føringer og konkrete tiltak for å forebygge stikkskader i helseinstitusjoner (Stikkskadedirektiv, 2010). Til tross for dette viser forskning at mens antall stikkskader har gått ned i andre sykehusavdelinger, fortsetter de å øke på operasjonsstuene (Jagger, Berguer, Phillips, Parker, & Gomaa, 2010).

Sikkerhet, sikkerhetskultur og pasientsikkerhet har i den senere tid fått større fokus i sykehus. I den eldste lovgivningen for leger, sykepleiere og annet helsepersonell er det ikke beskrevet spesifikke krav til sikkerhet i helsetjenesten.

Dette har fra gammelt av blitt sett på som en del av yrkesetikken, og blir beskrevet i den hippokratiske legeeden for nesten 2500 år siden (Braut & Holmboe, 2015). Dagens krav til økt sikkerhet i alle ledd av helsetjenesten er grundig beskrevet i lovverk og retningslinjer.

I Norge er det i løpet av de fem siste årene blitt satt i verk en rekke tiltak og strukturelle endringer for å tilstrebe økt pasientsikkerhet.

Pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" ble satt i verk i 2011 etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Målet med denne kampanjen var å redusere pasientskader, og øke kulturen for pasientsikkerhet i helsetjenesten. Ved kampanjens slutt, i 2013, ble det konkludert med en reduksjon i pasientskader fra 16% til 13%. I ettertid har regjeringen lagt frem to stortingsmeldinger (Stortingsmelding 10, 2012-2013 og Stortingsmelding 11, 2014-2015) som er rettet mot økt kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. I den første av disse ble det etablert et femårig program for pasientsikkerhet (2014-2018). Dette bygger på erfaringer og tiltak fra pasientsikkerhetskampanjen "*I trygge hender*" og internasjonale anbefalinger (Aase, 2015).

Det foreligger internasjonale, og nasjonale, retningslinjer for håndtering av skarpe gjenstander i arbeidslivet (Stikkskadedirektivet, 2010; Arbeidstilsynet, 2013). Helsepersonell som ivaretar pasienter i sitt daglige arbeid er alltid opptatt av å gi den tryggeste og beste behandlingen og pleien til pasientene. Hverdagen kan være hektisk og flest mulig pasienter skal behandles på kortest mulig tid, noe som kan gå ut over sikkerheten i avdelingen. Stress og travelhet kan føre til at uheldige og unødige hendelser oppstår, deriblant stikkskader (Hjort, 2007). Faktum er at dersom man blir smittet som følge av en stikkskade setter man seg selv, og andre, i fare. Et eksempel på dette er kirurgen som smittet 10 pasienter med Hepatitt C uten å vite at han selv var smittet. Smitten hadde han fått gjennom en stikkskade på operasjonsstuen (Fonn, 2009). Denne saken illustrerer viktigheten av å ta stikkskader på alvor. Det er derfor viktig at de som har pådratt seg stikkskader og smitte følges opp, slik at lignende situasjoner unngås (Folkehelseinstituttet, 2013).

Som operasjonssykepleierstudenter har vi observert stikkskader, og den varierende bruken av forebyggende utstyr og tiltak. Vi har også gjort oss noen tanker omkring melderutinene for stikkskader i avdelingen. Igjennom operasjonssykepleierutdannelsen har vi i tillegg fått økt kunnskap om blodbåren smitte (Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie, 2014; Dåvøy, Eide, & Hansen, 2009; Patton, 2015) og ser viktigheten av å forebygge stikkskader. Dette var noe som var med på å skape interesse for temaet.

På bakgrunn av dette ønsker vi i denne studien å undersøke hvilke erfaringer operasjonssykepleiere og kirurger i en operasjonsavdeling ved et universitetssykehus i Norge har med stikkskader, og hvordan disse blir håndtert.

1.2 Studiens formål og problemstilling

Som vi har belyst over kan stikkskader være en skremmende opplevelse, og det kan i verste fall få fatale følger for den som blir utsatt. Operasjonssykepleiere og kirurger som jobber på operasjonsstuen er til daglig utsatt for å pådra seg skader. Nyere forskning viser også at det skjer mange stikkskader på operasjonsstuen, og at det er mange av disse som ikke rapporteres og følges opp etter rutine (Husøy, Minde, Knudsen, & Akselsen, 2010; Cutter & Jordan, 2013).

Formålet med studien er å undersøke hvilke erfaringer operasjonssykepleiere og kirurger har med at stikkskader oppstår, hvordan de forebygges, samt hvordan de håndteres. Videre håper vi at denne studien kan bidra til å sette et større fokus på sikkerhet og forebygging av stikkskader på operasjonsstuene.

Studien begrenses til å omtale stikkskader som skjer peroperativt, det vil si under kirurgiske inngrep, samt melding og oppfølging av skadene i ettertid.

Med bakgrunn i det som er blitt presentert over, vil studien ta sikte på å besvare følgende problemstilling:

Hvilke opplevelser og erfaringer har operasjonssykepleiere og kirurger med stikkskader på operasjonsstuen?

1.3 Oppgavens struktur

I neste kapittel presenteres det teoretiske grunnlaget for studien. Her vil sentrale begreper defineres og beskrives, samt operasjonssykepleierens ansvarsområde og tidligere forskning. Kapittel tre vil ta for seg metoden som er benyttet i studien, det gis grundig beskrivelse av datainnsamlingen og analysen av data. Til slutt i kapitlet vil det bli gjort en kritisk vurdering av metode og metodologiske valg som er gjort underveis i masteroppgaven. I fjerde kapittel vil vi presentere de viktigste funnene fra studien, som underbygges av utsagn fra informantene som deltok i studien. Dette etterfølges av kapittel fem, hvor funnene vil diskuteres og settes i sammenheng med teori og tidligere forskning. I oppgavens siste del, kapittel seks, vil vi gjøre en oppsummering av arbeidet, og gi et svar på problemstillingen.

2.0 BEGREPER, TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING

I dette kapitlet defineres de viktigste begrepene som er benyttet i oppgaven, og som vi finner relevante i forhold til vår studie. Det vil bli definert, og gjort rede for omfang av stikkskader og blodsmitte. Begrepene sikkerhet, ansvar og uheldige hendelser blir kort beskrevet. Det vil også bli gjort en oppsummering av de viktigste lover, forskrifter og retningslinjer som er aktuelle for problemstillingen. Operasjonssykepleiers ansvars- og funksjonsområde vil bli presentert, med vekt på infeksjonsforebygging og håndtering av instrumenter. I siste del kommer en presentasjon av tidligere forskning som omtaler stikkskader nasjonalt og internasjonalt.

2.1 Stikkskader

Ifølge Andersen (2015) utsettes så mange som 9% av verdens 35 millioner helsearbeidere for stikkskader hvert år, og eksponeringen er 2-3 ganger høyere i akuttstue enn i helsetjenesten for øvrig. En stikkskade defineres som en skade der et objekt kontaminert med blod, vev eller andre høyrisikovæsker penetrerer huden (Damani, 2011). Skarpe objekter blir definert som nåler, glassampuller, kanyler, skalpeller, bein- og tannfragmenter og andre skarpe kirurgiske instrumenter (Damani, 2011).

Stikkskader på operasjonsstuen skjer oftest med suturnål (44%), skalpell (17%) og sprøyter (12%). Så mye som 75% av skadene skjer ved overlevering av instrumenter (Jagger et al., 2010).

2.2 Blodsmitte

Blodsmitte skjer når smitteførende blod kommer i kontakt med skadet hud eller slimhinner gjennom stikk, kutt, bitt, søl eller sprut (Tjade, 2013). Risikoen for å bli smittet av en blodbåren sykdom er den ytterste konsekvensen, og den største frykten ved en stikkskade. Blodsmittevirus er robuste, og kan overleve i miljøet i lang tid. Det er høy smitterisiko ved eksponering, og inkubasjonstiden kan være lang (Damani, 2011). Mikrober som kan overføres via blod er Hepatitt A, B, C, D, E,

HIV, andre retrovirus (HTLV-I, HTLV-II), parvovirus B19, cytomegalovirus og prioner (Tjade, 2013).

Det angis at 0,9-1 % av Norges befolkning har en eller flere kroniske virusinfeksjoner (Andersen, 2015), men ifølge Andersen (2015) kan det være store mørketall, da registreringen i Norge er mangelfull. De vanligste blodbårne virus blir regnet å være hepatitt B, hepatitt C og HIV, som fordeler seg slik blant bærere i Norge; hepatitt B: 0,5%, hepatitt C: 0,55% og HIV/AIDS: 0,08% (Andersen, 2015). Siden disse er de mest utbredte blodbårne virus velges det derfor å kun utdype disse.

Hepatitt B er en av de hyppigste infeksjonssykdommene i verden og den forårsaker cirka en million dødsfall per år (Tjade, 2013). Hepatitt B viruset angriper leveren og kan gi akutt leverbetennelse, kronisk og leverkreft på lang sikt. Viruset kan ikke gå igjennom hel hud, men kommer inn i kroppen via skade på huden eller via slimhinner (Tjade, 2013). Dersom en stikkskade med kontaminert, skarp gjenstand oppstår er det 10-30% sannsynlighet for å bli smittet. Hepatitt B kan forbygges med vaksiner. Det er anbefalt at alt helsepersonell som til daglig jobber med skarpe gjenstander skal vaksinere seg mot hepatitt. Vaksinen tilbys gratis til de utsatte yrkesgruppene, men det er selv opp til hver enkelt helsearbeider å gjennomføre vaksineringsen (Blystad, 2010).

I likhet med hepatitt B, kan *hepatitt C virus* gi akutt eller kronisk leverinfeksjon, og på lang sikt kan en utvikle leverkreft. Så mange som 70-80 % av de som smittes med hepatitt C virus utvikler en kronisk, asymptomatisk leversykdom. De fleste tilfeller av akutt hepatitt C er uten symptomer. Dette gjør at det er mulig å gå igjennom en akutt infeksjon, for senere å utvikle en kronisk sykdom uten å være klar over det. Det finnes ingen vaksine mot hepatitt C, men den kan behandles (Tjade, 2013). Likevel blir cirka 70-80% av Hepatitt C-smittede kroniske bærere (Blystad, 2010).

Til tross for at vi per i dag ikke kjenner til tilfeller der helsearbeidere er blitt smittet av *HIV* ved stikkskade i Norge, vet man at faren er til stede

(Folkehelseinstituttet, 2013). Bærere av HIV viruset er smitteførende hele livet. HIV viruset går til angrep på immunforsvaret og gjør at dette gradvis nedsettes, noe som igjen kan føre til utvikling av AIDS. Tidligere var HIV ansett å være en dødelig diagnose, men i dag er det, på grunn av god antiviral terapi, en diagnose man dør med og ikke av. Det har ikke lyktes å utarbeide vaksine mot HIV. En av grunnene til dette er den store genetiske variasjonen hos HIV viruset (Tjade, 2013).

2.2.1 Risiko for overføring av smitte

Helsearbeideres risiko for å bli smittet av blodbårne virus er proporsjonal med prevalensen blant befolkningen (Damani, 2011), og sjansen for overføring er forskjellig ved de ulike virus (Tjade, 2011). Ved hepatitt B er smitterisikoen 10-30%, ved hepatitt C 3-5% og HIV 0,3% (Tjade, 2013). Risikoen avhenger av mengde virus og blod som kommer inn i kroppen (Andersen, 2015). Dersom en helsearbeider er, for eksempel hepatitt C positiv, viser tidligere forskning at smitteoverføring fra helsearbeider til pasient skjer i 0,36% av de invasive prosedyrene helsearbeideren er involvert i (Perry, Pearson, & Jagger, 2006). I Norge har vi sett eksempel på at dette kan skje, da 10 pasienter ble smittet med hepatitt C etter å ha blitt smittet av en kirurg som ikke var klar over at han selv var smittet (Olsen et al., 2010). Det er restriksjoner for helsearbeidere som tester positivt på hepatitt C i Norge; de skal ikke gjennomføre invasive prosedyrer (Andersen, 2015).

2.3 Lover, forskrifter, handlingsplaner og veiledere

Et hvert helseforetak er underlagt en rekke lover og forskrifter, for å kunne opprettholde en sikker og effektiv drift. Herunder vil det komme en oppsummering av de viktigste lover, forskrifter og retningslinjer som er relevante for forebygging og håndtering av stikkskader på operasjonsstuen.

2.3.1 Internasjonale føringer

I år 2000 innførte den amerikanske regjeringen *The Needlestick Safety and Prevention Act*; en handlingsplan som tar sikte på å redusere antall stikkskader blant helsepersonell (Jagger et al., 2010). Denne ble innført etter omfattende

forskning som viste at helsepersonell stadig var utsatt for stikkskader, og dermed var i risiko for å bli smittet av blodbårne sykdomsfremkallende organismer. Handlingsplanen legger stor vekt på innføring, og bruk av stikkskadeforebyggende tiltak i form av sikkerhetshylser på kanyler, nålebokser og bruk av nøytral sone i operasjonsfeltet (Needlestick Safety and Prevention Act, 2000). I ettertid fulgte Europa, og EU-landene opp med EUs stikkskadedirektiv, som trådte i kraft i juni 2010. EUs medlemsland fikk en frist på 3 år på å implementere disse retningslinjene (Stikkskadedirektiv, 2010).

2.3.2 Nasjonale lover, forskrifter og veiledere

Det finnes utallige lover og forskrifter som regulerer driften av norske sykehus, og derunder en operasjonsavdeling. De lovene som er mest gjeldende når det gjelder stikkskader er *lov om vern mot smittsomme sykdommer*. Denne loven har som formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer, samt hindre innføring og spredning av disse (Smittevernloven, 1995). *Lov om spesialisthelsetjenesten* har som formål å sikre helsetjenestens kvalitet, og å fremme folkehelsen. Den har også som mål å motvirke sykdom, skade og lidelse (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). *Lov om helsepersonell* skal bidra til sikkerhet for pasient og bruker, samt tillit til helsepersonell og helsetjenesten (Helsepersonelloven, 2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* er også sentral, og skal bidra til et rettferdig og kvalitetssikkert tjenestetilbud til befolkningen. Loven skal videre bidra til å skape et tillitsforhold mellom helsearbeider og pasient, og ivareta respekt for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd (Pasient-og-brukerrettighetsloven, 2001). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern* har som formål å sikre et arbeidsmiljø som er helsefremmende og meningsfylt, samt bidra til trygghet mot fysiske og psykiske skader i arbeidslivet (Arbeidsmiljøloven, 2006).

I 2013 kom det, i kjølvannet av EUs stikkskadedirektiv, en endring i *forskrift om utførelse av arbeid*, med hjemmel i arbeidsmiljøloven. Endringen skal forhindre at skade og infeksjoner oppstår som følge av håndtering av spisse og skarpe gjenstander. Det er nå et krav om at ved håndtering av denne type gjenstander skal det benyttes mekanismer som beskytter mot skade. Et annet krav er at plastylsen ikke skal settes tilbake på en kanyle etter bruk (Arbeidstilsynet, 2013).

2.3.2.1 Smittevernveileder for helsepersonell

Smittevernveileder for helsepersonell (Folkehelseinstituttet, 2013) omtaler blant annet stikkuehell på sprøyter og posteksponeringsprofylakse. Her gis det en oversiktlig innføring i hvilke tiltak som bør settes i verk dersom en blir utsatt for stikkskade i helsetjenesten:

- Førstehjelp består i å vaske sår eller stikksted godt med såpe og vann, deretter desinfisere med spritløsning.
- Forsøke å finne ut HIV- og hepatittstatus til den pasienten kanylen er blitt brukt på. Det er ikke anledning til å gjøre nye undersøkelser/blodprøver av pasienten uten pasientens samtykke.
- Dersom pasienten har ukjent smittestatus, eller er har bekreftet hepatitt B, må en så raskt som mulig starte med hepatitt B vaksinasjon hos den eksponerte, dersom denne ikke allerede er immun mot sykdommen (jf. punkt 2.2.3).
- Ved kjent smittekilde, og innen 48 timer etter eksponering for smitte, gis det også spesifikt immunglobulin mot hepatitt B (HBIG) til den eksponerte dersom den ikke er immun mot viruset.
- Så tidlig som mulig etter eksponering skal det tas blodprøver av den eksponerte, her kontrolleres HIV-, hepatitt B- og hepatitt C status. Nye blodprøver skal tas etter 3 og 6 måneder.
- Dersom kilden er HIV- positiv, eller har ukjent HIV status, kan det være aktuelt å gi antiviral medikamentell posteksponeringsprofylakse til den som er blitt stukket.
- Hendelsen bør dokumenteres og rapporteres i HMS systemet (Blystad, 2010).

2.4 Sikkerhet, sikkerhetskultur og pasientsikkerhet

Sikkerhet defineres som fravær fra uønskede hendelser eller frihet fra fare og frykt. Denne tilstanden er dynamisk og påvirkes av faktorer som trussel, fare, sårbarhet og verdi (Sikkerhet, 2015). *Sikkerhetskultur* defineres av Nasjonal sikkerhetsmyndighet som summen av kunnskap, motivasjon, holdninger og atferd

hos de ansatte, som kommer til uttrykk gjennom virksomhetens totale sikkerhetsatferd (Haugen & Storm, 2015).

Ifølge Haugen og Storm (2015) er sikkerhetskultur og sikkerhetsklima begreper som ofte blir brukt om hverandre, og de defineres på ulike måter avhengig av områdene som omtales. I sykehus vil begrepet sikkerhetskultur vanligvis omhandle pasientsikkerhetskultur, men et annet viktig område i denne oppgaven er personalsikkerhet. Sikkerhetskultur beskrives som et grunnleggende mønster i en gruppe, som utvikles og læres videre til nye medlemmer. Kjernen i en kultur er de grunnleggende verdiene og holdningene de ansatte i en organisasjon bærer i fellesskap (Haugen og Storm, 2015). En rapport fra Agency for Healthcare Research and Quality viser at det kan være sammenhenger mellom sikkerhetskultur og pasientutfall, ved at bedre sikkerhetskultur i en avdeling kan gi bedre pasientutfall (Haugen & Storm, 2015). Dette er også beskrevet i stikkskadedirektivet, hvor det hevdes at personalets sikkerhet er sterkt forbundet med pasientens helse (Stikkskadedirektiv, 2010).

Pasientsikkerhet defineres av Kunnskapssenteret som *vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser* (Kunnskapssenteret, 2016). I dagens praksis er helsepersonell underlagt en rekke lover (jf. punkt 2.3) og etiske retningslinjer for å handle faglig forsvarlig og å etterleve pasientsikkerheten. Braut og Holmboe (2015) peker på at en del grunnleggende faktorer må være på plass for at driften kan skje forsvarlig. Det er helsearbeidere og ledere som må sørge for at alt utstyr er i orden, personalet må ha den kompetansen som kreves, ansvarsforhold må være definerte og vaktordninger må være forsvarlige (Braut og Holmboe, 2015).

2.4.1 Ansvar

Ansvar er et viktig begrep i forhold til sikkerhet, og kan defineres som *forpliktelse til å stå til rette, gjøre rede for, eller å bære utgiftene for noe* (Tranøy, 2014). Videre deles begrepet inn i *Juridisk ansvar* og *moralsk ansvar*. *Juridisk ansvar* vil si å bære følgene av skadegjørende handlinger eller unnlater, i form av **straff** eller erstatningsplikt. *Moralsk ansvar* innebærer en forpliktelse til å forsvare eller

rettferdiggjøre handlinger med henvisning til normer, regler eller autoriteter (Tranøy, 2014).

Ledelsen i helseforetaket har ansvar for å beskytte personalet mot yrkesbetinget smitte (Smittevernforskriften, 2006). De har og så et ansvar for at personalet er kjent med, og er tilstrekkelig opplært i, prosedyrer som skal iverksettes for å arbeide på en mest mulig sikker måte (Damani, 2011). Samtidig har alle operasjonssykepleiere og kirurger et individuelt ansvar for å jobbe sikkert og hensiktsmessig, og gjøre det de kan for å forhindre skader (Helsepersonelloven, 2001). Dersom helsearbeidere blir utsatt for en stikkskade skal det straks meldes ifra etter gjeldende retningslinjer, og leder for avdelingen har ansvaret for at den smitteutsatte blir fulgt opp etter prosedyre (Dåvøy et al., 2009). Den smitteutsatte må ikke under noen omstendigheter stole på egen vurdering av risikoen for smitte (Damani, 2011). Dersom helsearbeidere blir smittet, skal dette også meldes til Folkehelseinstituttet gjennom en såkalt MSIS(meldingssystem for smittsomme sykdommer)(Folkehelseinstituttet, 2012).

2.4.2 Uheldige hendelser

Ifølge Hjort (2007) er det to måter å tenke på omkring at uheldige hendelser i helsetjenesten oppstår. Tidligere ble skylden lagt på den personen som tilsynelatende utløste hendelsen. På denne måten kan man frigi alle andre og tjenesten som helhet, og fortsette arbeidet som før. Den *nye* måten å tenke på er at handlinger i helsetjenesten er et produkt av en organisasjon, et system og en kultur og kan derfor ikke ses på isolert. Ut ifra denne måten å tenke på, må man lete etter sammensatte årsaker i systemet, og forbedre disse(Hjort, 2007).

Hjort (2007)deler årsaker til uheldige hendelser inn i fem undergrupper, hvorav *menneskelig svikt* og *svikt i systemet* vil bli beskrevet nærmere her. *Menneskelig svikt* kan ha flere årsaker, blant annet inkompetanse i jobben, å unnlate å gjøre det som forventes og rusmiddelmisbruk. Tretthet, stress og bekymringer kan også påvirke klinisk dømmekraft og praktiske gjøremål, og dermed utgjøre en risiko for at menneskelig svikt skjer. Dette kan forebygges ved å unngå for lange vakter, og å aktivt forebygge stress (Hjort, 2007).

Svikt i systemet kan ha mange ulike årsaker, deriblant dårlig organisering, mangelfulle prosedyrer, dårlige rutiner for samarbeid, dårlig kommunikasjon og lav bemanning. Det pekes også på at risikoen for systemsvikt er høyere under vaktskifter og i helger (Hjort, 2007).

2.5 Operasjonssykepleiers ansvar og funksjonsbeskrivelse

Operasjonssykepleie er et mangfoldig yrke som krever gode kunnskaper om den akutt og kritisk syke pasienten. Operasjonssykepleieren skal ivareta pasienten før, under og etter et kirurgiske inngrep med et terapeutisk grunnlag som Dåvøy et al. (2009) deler inn i fire områder; forebygging, behandling, lindring og rehabilitering. I denne oppgaven står det forebyggende aspektet sentralt, og vil derfor bli nærmere beskrevet med særlig vekt på infeksjonsforebygging. Håndtering av instrumenter vil også bli omtalt, da en hensiktsmessig håndtering av kirurgiske instrumenter kan være forebyggende mot stikkskader (Patton, 2015).

Det forebyggende aspektet i operasjonssykepleierens ansvarsområde har som mål å forhindre eller redusere helsesvikt hos operasjonspasienten(NSFLOS,2014). For å oppnå dette trenger operasjonssykepleieren gode faglige kunnskaper og kompetanse til å iverksette de tiltak som kreves for å forebygge komplikasjoner og uheldige hendelser. Forebygging av hypotermi, leiringsskader og infeksjoner krever inngående kunnskaper, ferdigheter og forståelse for hvilke konsekvenser denne typen skader kan ha for pasienten(NSFLOS, 2014).

I Smittevernloven (1995) pekes det på at alle operasjonsavdelinger er pålagt å utarbeide prosedyrer for å forebygge infeksjoner og hindre smittespredning. Infeksjonsforebygging utgjør en stor del av operasjonssykepleierens arbeidsdag, og gjenspeiler mange av de oppgavene som utføres; huddesinfeksjon, håndvask, kirurgisk hånddesinfeksjon, samt bekledning og adferd på operasjonsstuen. For å forhindre at smitte spres til pasienter og personell må operasjonssykepleieren ha inngående kunnskaper om mikroorganismers egenskaper og smitemåter. Ved å besitte de kunnskaper og ferdigheter som kreves kan det være mulig å bryte smittekjeden og hindre spredning av sykdomsfremkallende organismer(NSFLOS, 2014).

Operasjonssykepleieren må ha inngående kjennskap til kirurgiske prosedyrer, teknikker, og utstyr som benyttes. Operasjonssykepleieren håndterer en mengde utstyr som ved feil bruk kan skade både pasient og personal. En operasjonssykepleier må derfor kunne beskytte seg mot smittsomme sykdommer, kroppsvæsker og farlig avfall (*Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie*, 2005). Ifølge Patton (2015) er faren for å bli eksponert for blodbårne smittestoffer størst i den peroperative fasen. Grunnen til at en er mest utsatt i denne fasen er langvarige operasjoner, større blødninger, feil håndtering av nåler, hyppig bruk av stikkende instrumenter, og å unngå bruk av nøytral sone (Patton, 2015). Operasjonssykepleiers håndlag i håndtering av instrumenter er noe som utvikles over tid. For å assistere kirurgen under operasjon best mulig må operasjonssykepleier ha kjennskap til instrumentenes bruksområde og vekt. Å utføre steril assistanse på en god måte er å vite hvilket instrument som skal brukes til enhver tid, og å plassere det riktig i hånden på kirurgen slik at det kan brukes umiddelbart. Dette krever også kjennskaper til de ulike kirurgene og deres preferanser (Dåvøy et al., 2009).

En viktig del av operasjonssykepleiers ansvar er å ha kontroll på alle instrumentene, og hvor de til enhver tid befinner seg i feltet. En skal ha god oversikt over det som befinner seg på instrumentbord og assistansebord. Operasjonssykepleieren må derfor jobbe systematisk og utvikle systemer for å holde orden på alt utstyret (Dåvøy et al., 2009). En korrekt og ryddig oppdekking av assistansebordet vil gjøre det enklere å ha god kontroll på instrumentene. Operasjonssykepleier må tilstrebe en sikker håndtering av nåler og skarpe instrument. Dette kan gjøres ved å legge de skarpe instrumentene med den skarpe enden pekende bort fra seg på assistansebordet. Det anbefales også å bruke nøytral sone ved overlevering av instrumenter av denne typen. Når det overleveres skarpe instrumenter eller nåler i operasjonsfeltet er det viktig å kommunisere dette muntlig for å unngå stikkskader (Patton, 2015).

På grunn av at denne masteroppgaven er et ledd i et masterstudie i sykepleie, med spesialisering i operasjonssykepleie, unnlater vi å omtale kirurgers

funksjonsbeskrivelse. Vi begrunner senere i oppgaven hvorfor vi likevel inkluderte kirurger i studien.

2.6 Tidligere forskning

For å få en oversikt over tidligere forskning på området vi ønsket å utforske søkte vi i databasene Medline og Cinahl med søkeordene "needlestick injuries" og "operating room". Vi begrenset søket til å gjelde fra 2005. Dette ga oss 32 treff i Medline og 32 treff i Cinahl. Etter å ha plukket ut duplikater og ekskludert studier på bakgrunn av sammendraget valgte vi ut 22 studier som vi så nærmere på, og vi vil nå presentere hovedtrekkene i disse studiene.

Tidligere forskning viser at det skjer mange stikkskader blant helsepersonell som jobber på sykehus. I Norge meldes det om rundt 700-800 stikkskader årlig i helsetjenesten (Husøy et al., 2010). Schlichting and Andersen (1998) har estimert at så mye som 25 000-50 000 stikkskader skjer hvert år i Norge, det vil si i 2-10% av alle kirurgiske inngrep. I USA estimeres det at det skjer ca. 385 000 skader årlig (Berguer, 2011), og i Storbritannia ca. 100 000 (Al-Benna, 2010).

Ifølge Folkehelseinstituttet (2013) var det i Norge frem til 2013 ingen påviste tilfeller av HIV-smitte etter stikkskader, hverken i eller utenfor sykehus. Imidlertid viser en tidligere studie fra USA og Canada at det var 54 registrerte tilfeller av HIV hos helsearbeidere som var utsatt for stikkskade i jobbsammenheng (Hagstrom, 2006). En studie viser at 7% av alle pasientene som skulle opereres hadde en eller annen form for blodsmitte (Fry, 2007).

Etter innføring av the Needlestick Safety and Prevention Act har institusjoner endret sine rutiner. Til tross for dette viser en nyere studie at operasjonsmiljøene har vanskeligheter med å implementere de nye tiltakene (Guglielmi et al., 2010). Videre viser Jagger et al. (2010) at antall stikkskader utenfor operasjonsstuen har gått ned etter at man innførte tiltak, mens på operasjonsstuen er antall stikkskader stigende.

Som et ledd i the Needlestick Safety and Prevention Act har flere forebyggende tiltak, som sikkerhetsskalpeller, butte nåler og sikkerhetshetter på kanyler blitt

innført for å redusere antall stikkskader. Det viser seg imidlertid at mange institusjoner ikke benytter seg av sikkerhetstiltakene, og stikkskader er underrapportert (Guglielmi et al., 2010). Guglielmi et al. (2010) peker også på at andre sikkerhetstiltak som nøytrale soner og doble sett med hansker ble lite brukt enkelte steder.

Nagao et al. (2009) fant i sin studie at det var stor underrapportering av stikkskader. De finner også manglende bruk av sikkerhetstiltak som doble hansker, nøytrale soner og beskyttelsesbriller, som en del av årsakene til at stikkskader oppstår. Welc et al. (2013) fant i sin studie fra USA lignende resultater. Resultatene viste at selv om kirurger og operasjonssykepleiere var klar over hva som kan forebygge stikkskader, henholdsvis doble hansker og nøytrale soner i denne studien, så ble disse lite brukt. Dette til tross for at American College of Surgeons kom med anbefalinger på å bruke nettopp doble hansker og nøytral sone (Welc et al. 2013). Flere studier har vist at nøytral sone har en stikkskadeforebyggende effekt (Stringer, 2010; Welc et al, 2013).

En norsk studie fra 2010 fant at det også i Norge er stor underrapportering av stikkskader, og spesielt unnlater leger å rapportere (Husøy, Minde, Knudsen & Akselsen, 2010). Studien viste videre at de fleste stikkskadene ble rapportert av sykepleiere (51%) (Husøy et al., 2010). At underrapportering er et stort problem støttes også av andre studier (Cutter & Jordan, 2013; Jagger et al., 2010). En studie fra Frankrike viser også at det var mange skader som ikke ble meldt, spesielt av kirurger. I tillegg til dette viste studien at tilgjengelig beskyttelsesutstyr ikke ble benyttet (Tarantola et al., 2006). En nyere studie påpeker også at det bør settes fokus på kulturen rundt dette med stikkskader og forebygging, og at hele organisasjonen bør involveres (Zacharias, 2014).

3.0 METODE

I dette kapittelet følger en presentasjon og redegjørelse for de valg som er gjort på det metodiske plan i gjennomføringen av studien. Det vil bli gitt begrunnelser for valg av metode og hvilken vitenskapsfilosofisk forankring designet har hatt. Vi vil også gi en detaljert fremstilling av forskningsprosessen, og herunder vil gjennomføring av intervjuene og dataanalysen presenteres steg for steg. Videre vil vi gjøre rede for metodologiske betraktninger, og herunder belyse styrker og svakheter ved vår studie. Disse betraktningene inkluderer kritisk vurdering av de valgene som er gjort underveis i prosessen. Til slutt vil vi belyse hvorfor denne studien er troverdig (*trustworthy*). Det vil vi gjøre ved å utdype *credibility* og *dependibility*, samt belyse dens *transferability*. Siden vi benytter Graneheim and Lundman (2004) som inspirasjon for innholdsanalysen i studien vår, velger vi å bruke de engelske ordene *trustworthiness*, *credibility*, *dependibility* og *transferability* som Graneheim and Lundman (2004) omtaler i sin artikkel "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness". Grunnen til dette er å unngå at ordene mister sin mening eller forveksles med andre begrep i oversettelsen.

3.1 Kvalitativ metode

I denne studien var hensikten å undersøke operasjonssykepleieres og kirurgers opplevelser og erfaringer med stikkskader i operasjonsavdelingen. På bakgrunn av dette har vi valgt å bruke kvalitativ metode med ut utforskende og beskrivende design.

Malterud (2002) beskriver kvalitativ metode som et viktig supplement til den kvantitative metoden i medisinsk forskning. Ved å anvende kvalitativ metode kan man gjennom analyse av dataene beskrive karaktertrekk, egenskaper og kvaliteter i den medisinske verden (Malterud, 2002). I motsetning til for eksempel kvantitativ metode der man finner årsaker og sammenhenger gjennom upersonlige numeriske data, kan man med den kvalitative metoden gå mer i dybden og finne svar på problemstillinger som omhandler erfaringer og opplevelser mennesker har. Dette medfører at den kvalitative metoden kan bidra

til en bredere forståelse av et gitt tema (Malterud, 2003). Kvalitativ forskning gir dybde og innsikt, mens kvantitativ forskning gir bredde og oversikt (Thornquist, 2003). Kvalitativ metode kjennetegnes med at man bruker få informanter, og at forskeren har en nær kontakt til forskningsobjektet. Ved å bruke et kvalitativ metode kan man dra nytte av nærheten en har til forskningsfeltet og få et fylldig datamateriale. Dette vil igjen føre til god forståelse for det fenomenet man ønsker å undersøke (Thagaard, 2009). Vi var interesserte i å vite mer om erfaringer og opplevelser rundt stikkskader i operasjonsavdelingen, og å oppnå en dypere forståelse omkring fenomenet. Noe som da vil si at kvalitativ metode var særlig egnet når vi skulle undersøke fenomenet (Polit & Beck, 2009). Vi fant derfor at kvalitativ metode, og gjennomføring av individuelle dybdeintervju var den mest egnede tilnærmingen til problemstillingen vår.

3.2 Fenomenologisk tilnærming

Den fenomenologiske tradisjon har røtter tilbake til psykologien, og ble utviklet av Husserl og Heidegger i slutten av forrige århundre. Begrepet "livsverden" fikk en sentral rolle i fenomenologien. Fenomenologi brukes i dag som en tilnæringsmetode for å forstå menneskers livserfaringer (Polit & Beck, 2012), og med utgangspunkt i den subjektive opplevelsen søker fenomenologien å finne en dypere mening, samt å oppnå forståelse av personers egne erfaringer (Thagaard, 2009). Gjennom dybdeintervjuer kan man komme frem til disse erfaringene gjennom fortellingene til den som har opplevd det. Ved å anvende en fenomenologisk tilnærming prøver man å se helheten i det informantene har opplevd (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012). Sentralt innenfor fenomenologien er også å forstå fenomenet gjennom informantenes perspektiv, og beskrive omverden slik de erfarer den (Thagaard, 2009). Siden vi var ute etter å studere operasjonssykepleiere og kirurgers opplevde erfaringer med stikkskader gjennom individuelle dybdeintervjuer, egnet vår studie seg best med utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv. Dette har derfor vært gjennomgående i hele analyseprosessen der vi har lest datamaterialet beskrivende og prøvd å forstå den dypere meningen av det informantene sa (Malterud, 2003b).

3.3 Forforståelse

Vi har til sammen 21 års yrkeserfaring som sykepleiere, som vi tok med oss inn i studien. I tillegg har vi hatt praksis i operasjonsavdelingen i løpet av masterstudiet, og har i den sammenheng hatt flere opplevelser med stikkskader på operasjonsstuen. I studiens planleggingsfase leste vi oss også opp på temaet og tilegnet oss kunnskaper gjennom litteraturen. Den erfaringen vi har som sykepleiere og operasjonssykepleierstudenter, samt den tilegnede kunnskapen danner forforståelsen som vi hadde med oss inn i møte med informantene. Denne forforståelsen var helt nødvendig for å forstå virkeligheten (Johannessen, Christoffersen, & Tuft, 2010). Ifølge Johannessen et al. (2010) er man avhengig av en viss forforståelse for å kunne forstå fenomenet, og det vil være vanskelig å undersøke noe man ikke har forutsetninger for å forstå. I møte med informantene var det viktig å være oppmerksomme på at denne forforståelse kunne avgjøre hvilken mening vi fant i den transkriberte teksten vi skulle analysere. Dette kunne føre til at vi overførte forforståelsen vår til fenomenet og tro at fenomenet er slik vi så det. Vi gjør oss opp meninger om det vi opplever og observerer i praksis, og kan fort tenke at det er det som er virkeligheten. Det var derfor viktig at vi var bevisste på vår egen forforståelse under datainnsamlingen, og prøve å forstå vårt eget fortolkningsmønster (Johannessen et al., 2010). Vi måtte gjennom hele forskningsprosessen forsøke å være bevisste på vår egen forforståelse, da den kunne hindre oss i å se det som kommer frem i datamaterialet. Våre tidligere erfaringer og refleksjoner dannet grunnlag for valg av tema i denne masteroppgaven. Forforståelsen bidro til at vi ønsket å utforske og forstå fenomenet stikkskader på et dypere nivå. Vi var hele veien også bevisst på at erfaringene vi hadde med oss ville påvirke de vurderingene vi gjorde underveis i arbeidet med masteroppgaven.

3.4 Datainnsamling

3.4.1 Semistrukturerte intervju

I denne studien har vi valgt å samle inn dataene ved å gjennomføre semistrukturerte individuelle intervjuer.

Mellom ytterpunktene *åpent intervju* og *strukturert intervju* finner man det *semistrukturerte intervju*. Dette er en måte å intervju på som baserer seg på bruken av en intervjuguide som en "veiviser" gjennom samtalen (jmf punkt 3.4.2). Det semistrukturerte intervjuet har ingen fast struktur, men det stilles åpne spørsmål om temaer som er viktig i forhold til problemstillingen (Johannessen et al., 2010). Det vil si at det semistrukturerte intervjuet er en samtale med en viss struktur og hensikt der det er forskeren som definerer og kontrollerer samtalen, med det mål å hente inn beskrivelser fra informantens livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuet blir da en samtale om et felles tema der informanten har mulighet til å snakke fritt, og forskeren følger opp med oppfølgingsspørsmål der det er behov for det (Kvale & Brinkmann, 2009). Slik vi så det kunne derfor semistrukturerte individuelle intervju gi oss fyldige data som ville danne grunnlag for vår analyse, og fant det som det mest hensiktsmessig å gjennomføre i vår oppgave.

I kvalitativ metode er intervju en av de mest brukte måtene å samle inn data på. Fordelene med å benytte seg av intervju er at det kan gi oss fyldige data, og at de fleste informanter føler seg komfortable intervjusituasjonen (Johannessen et al., 2010). Individuelle intervju kan gjøre at informanten er mer åpen om temaet vi ønsker å undersøke. Forutsetningen for å oppnå best mulig kvalitet på materiale er å legge til rette for at informanten kjenner seg trygg og ivaretatt, og at samtalen foregår på en måte der intervjueren ikke har svarene klare på forhånd (Malterud, 2003a). Gjennom intervjusamtaler kan en få god innsikt i hvordan enkeltpersoner reflekterer over situasjoner man ønsker å vite mer om (Thagaard, 2009). Intervju er også best egnet til å få frem erfaringer og opplevelser informantene har og kan gi oss god innsikt i deres hverdagsverden (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.4.2 Intervjuguiden

En intervjuguide utarbeides på bakgrunn av problemstillingen og er en liste over temaer og spørsmål som skal stilles i løpet av samtalen (Johannessen et al., 2010). Det er viktig å utforme spørsmålene i intervjuguiden til bruk i semistrukturerte intervju slik at de gir rom for at informanten kan snakke fritt, og at forskeren kan stille oppfølgingsspørsmål. Disse oppfølgingsspørsmålene er viktige da de kan føre

til at nye temaer blir avdekket (Thagaard, 2009). Samtidig som spørsmålene skal være åpne og gi rom for at informanten skal fortelle, så er det viktig at spørsmålene ikke blir for generelle. Da vil man i følge Thagaard (2009) stå i fare for å miste nyanserte svar av informantens opplevelser og erfaringer. Som forsker kan man i løpet av intervjuet avvike fra rekkefølgen i intervjuguiden og eventuelt følge nye temaer og aspekter som kommer frem .

Før vi startet arbeidet med intervjuguiden satte vi oss grundig inn i temaet "stikkskader". Vi utførte søk i ulike databaser for å finne tidligere forskning på området, og leste litteratur relatert til pasientsikkerhet, sikkerhetskultur, stikkskader på operasjonsstuen, blodsmitte og gjeldende lover og forskrifter. Etter dette utformet vi syv spørsmål som vi ønsket å finne svar på. På bakgrunn av den overordnede problemstillingen, og disse spørsmålene formulerte vi femten spørsmål som utgjorde det første utkastet til intervjuguiden.

Slik vi beskriver over skulle intervjuguiden inneholde en oversikt over emner og tilhørende spørsmål som skulle dekkes (Kvale & Brinkmann, 2009). Våre spørsmål ble laget ut fra de temaene og spørsmålene vi ønsket å finne svaret på, og ble dermed underlagt emnene fra disse. Vi prøvde å være bevisste på å formulere åpne spørsmål, for å unngå ja og nei svar. Etter å ha testet ut intervjuguiden på medstudenter i et pilotintervju og senere på hverandre, ble guiden redigert flere ganger. Dette på grunn av at noen av spørsmålene gikk inn i hverandre, og dermed ga svar på spørsmål som kom senere i intervjuet. Til slutt satt vi igjen med en intervjuguide som bestod av 12 hovedspørsmål, samt aktuelle oppfølgingsspørsmål (vedlegg 4). I intervjusituasjonen presenterte vi bare de 12 hovedspørsmålene, mens tilleggs spørsmålene var en "sjekklister" for de områdene vi ønsket å komme inn på. Intervjuguiden ble brukt i alle fire intervjuene.

3.4.3 Tilgang til informanter og utvalg

Å få tilgang til feltet og informantene var avgjørende for å få gjennomført denne masteroppgaven. Første steg i prosessen med å komme i kontakt med riktige informanter, var å tenke igjennom hvem det var hensiktsmessig å intervju for å få best mulig data for å besvare problemstillingen. Det vil si at vi ville benytte oss av

et strategisk utvalg, altså bruke informanter som hadde egenskaper og kvalifikasjoner som passet inn i den studien vi skulle gjennomføre (Thagaard, 2009). Det var dermed viktig for oss å komme i kontakt med informanter som mest sannsynlig hadde noe å fortelle om stikkskader på operasjonsstuen. Strategisk utvalg er det mest brukte utvalget i kvalitativ forskning og består som regel av få personer (Polit & Beck, 2012). I følge Polit og Beck (2012) er det ingen regler for hvor stort utvalget i kvalitativ forskning må være. Det er metningen i dataene som setter en grense for hvor mange informanter man må ha. Metning i dataene vil si at man begynner å få de samme dataene som man har fått i tidligere intervjuer (Polit & Beck, 2009). Vi bestemte oss for å starte med fire informanter til å begynne med, og vi satte opp følgende kriterier for inklusjon og eksklusjon for deltakelse i studien;

Inklusjonskriterier: Yrkesaktive operasjonssykepleiere og kirurger som til daglig jobbet i operasjonsfeltet. Samt minimum to års yrkeserfaring for å sikre oss at de kunne ha erfaring med fenomenet vi ville undersøke. Å velge informanter med noen års erfaring ville også være med på å styrke funnenes *credibility* (jmf punkt 3.7.5) (Graneheim & Lundman, 2004).

Eksklusjonskriterier: Personer i lederposisjoner. Dette fordi deres arbeid er mer på administrativt plan og de er sjelden på operasjonsstuene, samt at de kan ha en annen opplevelse og syn på fenomenet.

Vi ønsket å intervju operasjonssykepleiere som jobbet med generell og ortopedisk kirurgi. Og i tillegg en kirurg fra generell kirurgisk avdeling og en kirurg fra ortopedisk avdeling. Dette for å få innsikt i erfaringer fra de ulike fagområdene, og å se på om det kunne være forskjeller mellom disse innad i samme operasjonsavdelingen.

Før vi kunne starte opp med datainnsamlingen ble det sendt ut informasjon og søknad om godkjenning av studien til forskningsavdelingen og personvernombudet ved det aktuelle helseforetaket. Da vi fikk godkjenning kunne vi starte arbeidet med å få tilgang til informanter. Avdelingssjef for operasjonsavdelingen fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien og vi fikk klarsignal til å kontakte de respektive avdelingslederne for å få tilgang til forskningsfeltet. Også avdelingslederne fikk skriftlig og muntlig informasjon og de

plukket ut informanter som var villige til å delta, og som det passet i forhold til våre inklusjons- og eksklusjonskriterier. Av informantene som deltok hadde to henholdsvis 6 og 7,5 års erfaring som operasjonssykepleiere i operasjonsavdelingen. De to andre jobbet som kirurger, og hadde 6 og 7 års erfaring.

3.4.4 Informert samtykke og konfidensialitet

Informert samtykke vil si at informanten på forhånd får skriftlig informasjon om studiens hovedtrekk og formål. De får også informasjon om at deltakelsen er frivillig og at de når som helst i prosessen kan trekke seg. (Kvale & Brinkmann, 2009). I skrivet sto det i tillegg at vi garanterte konfidensialitet. Det vil si at informantenes identitet ikke ville bli avslørt på noe tidspunkt i løpet av studien; alle lydopptak, transkribert materialet og analysen ble oppbevart på egen minnepinne i låsbart skap. I denne masteroppgaven er informantene anonymisert, og vil bli det i en eventuell fremtidig vitenskapelig artikkel. Skrivet med informert samtykke ble sendt til informantene på mail før intervjuet, slik at de hadde god tid til å lese igjennom. De ble underskrevet før intervjuene startet.

3.4.5 Gjennomføring av intervjuene

Vi har gjennomført fire individuelle intervju til sammen; to operasjonssykepleiere og to kirurger. Intervjuene fant sted i januar og februar 2016, og informantene jobbet i operasjonsavdelingen ved et universitetssykehus i Norge. Det ble individuelt avtalt med hver informant om tid og sted. Intervjuene ble avholdt på et nøytralt møterom utenfor operasjonsavdelingen, og hadde en varighet på cirka 30 minutt hver.

I intervjusituasjoner fungerte den ene av oss som moderator og den andre som co-moderator. Moderator ledet intervjuet ut i fra intervjuguiden, mens co-moderator lyttet og kunne komme med relevante tilleggsspørsmål ved behov (Polit & Beck, 2009). Vi valgte å gjøre det på denne måten da vi ikke hadde tidligere erfaring med å intervju. Og det gav oss en trygghet at vi kunne få hjelp dersom vi stod fast. Hver av oss var moderator i to intervju og co-moderator i to intervju.

3.4.6 Lydopptak

Lydopptak er en praktisk måte å lagre intervjuet på. Det gir forskeren full frihet til å konsentrere seg om samtalen og dynamikken i denne (Kvale & Brinkmann, 2009). Hvert intervju ble tatt opp på lydfil på to separate enheter, for å sikre at materialet ble lagret dersom en av enhetene skulle svikte teknisk. Lydfilene ble oppbevart på intervjuerens pc, beskyttet med personlig passord. Disse ble slettet da studien var fullført.

3.4.7 Transkripsjon

Transkripsjon er omdanning av en muntlig samtale til en skriftlig tekst (Kvale et al., 2015). Og ifølge Kvale og Brinkmann (2009) kan transkripsjon være en komplisert prosess, da forholdet mellom talespråk og tekstspråk kan skape utfordringer. I denne prosessen skjer det alltid en fordreining, noe som er uunngåelig (Malterud, 2003) og (Polit og Beck, 2009). Det var derfor nødvendig med en så streng ordrett transkripsjon som mulig for at en lingvistisk analyse skulle kunne utføres (Kvale et al., 2015), og at for det opprinnelige materialet skulle ivaretas på best mulig måte. Vi transkriberte alle intervjuene selv for å få en oppfatning av konteksten ting ble sagt i. For at informantenes anonymitet skulle ivaretas, ble alle intervjuene transkribert på bokmål (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.5 Analyse

Etter å ha transkribert alle intervjuene hadde vi en samlet analyseenhet på rundt 9000 ord. En analyseenhet er hele materialet som skal analyseres (Lundman & Graneheim, 2008). Vi har brukt Graneheim og Lundmans (2004) beskrivelse av kvalitativ innholdsanalyse til å analysere våre data. Graneheim og Lundman (2004) beskriver innholdsanalyse av kvalitative data som systematisk bearbeidelse av tekst, der man deler teksten inn i meningsbærende enheter, kondenserte meningsbærende enheter, koder, kategorier og tema. Innholdsanalyse er dermed en måte å omorganisere dataene på, ved å bryte teksten ned i enheter, for så å kode de og sette de sammen under passende, identifiserte tema (Polit & Beck, 2009). Gjennom denne bearbeidelsen løftes det konkrete som blir sagt, det vil si det manifeste innholdet, i teksten opp et "nivå", og gjennom fortolkning finner man det latente innholdet i teksten. Vi valgte å benytte begrepene kategorier og tema,

da denne studien er i hovedsak beskrivende (Graneheim & Lundman, 2004). For å gjøre trinnene i analyseprosess oversiktlig velger vi å sette de inn en tabell der vi markerer hvilke trinn som ligger på manifest nivå og hvilke som ligger på latent nivå;

Tabell 1: Skjematisk fremstilling av trinnene som er brukt i analyseprosessen

Trinn	Nivå
1:Identifisere de meningsbærende enhetene	Manifest innhold
2:Kondensere de meningsbærende enhetene	Manifest innhold
3:Koding	Latent innhold
4:Identifisering av kategorier	Latent innhold
5:Identifisering av tema	Latent innhold

Trinn 1: Hvert av de transkriberte intervjuene ble gjennomlest flere ganger av begge forskerne for å få et helhetsinntrykk om hva som ble sagt i teksten. Etter dette satte vi oss ned sammen og ble enige om åtte domener som var gjennomgående i alle intervjuene. Et domene er en del av analyseenheten som omhandler et spesifikk område, som for eksempel kan ha sammenheng med temaer fra intervjuguiden (Lundman & Graneheim, 2008). Deretter identifiserte vi de meningsbærende enhetene som passet inn under hvert domene.

Meningsbærende enheter kan være ord, setninger eller deler av teksten som på grunn av innholdet hører sammen (Graneheim & Lundman 2008). Vi klippet intervjuene fra hverandre og plasserte alle de meningsbærende enhetene under det passende domenet, hvor de ble markert med en bokstav for hvilken informant de tilhørte.

Trinn 2: Neste trinn i prosessen besto i å kondensere de meningsbærende enhetene. Dette ble gjort ved at vi fjernet fyllord, det vil si alle ord som kunne tas bort fra de meningsbærende enhetene uten at de endret mening.

Trinn 3: Etter å ha kondensert alle de meningsbærende enhetene, fikk de hver sin kode. En kode er en etikett som kort, ofte med ett ord, beskriver innholdet i teksten (Graneheim & Lundman 2008). Ved å gi de kondenserte meningsbærende enhetene koder ble de abstrahert opp på latent nivå, det vil si at vi begynte å tolke innholdet i teksten.

Trinn 4 og 5: Når alle enhetene var kodet laget vi kategorier hvor vi satte sammen flere koder, og deres tilhørende meningsenheter. Kategoriene ble til slutt samlet sammen under seks nye temaer. Underveis i denne prosessen ble de meningsbærende enhetene flyttet på, ettersom vi kom lengre i arbeidet (Graneheim & Lundman, 2004). Kategorier og temaer fikk også nye betegnelser etter å ha gått igjennom materialet flere ganger. Etter å ha bearbeidet dataene mange ganger på disse trinnene hadde vi identifisert seks temaer i teksten. De seks temaene og tilhørende kategorier blir presentert i tabell 2. Vi henviser også til vedlegg 4 for et utdrag av analyseskjema.

Tabell 2 : Presentasjon av tema og kategorier som ble avdekket i analyseprosessen

TEMA	KATEGORIER
Stikkskader skjer på operasjonsstuen	
Faktorer som øker risikoen for stikkskader på operasjonsstuen	<ul style="list-style-type: none"> • Skarpe gjenstander • Risikofylte situasjoner • Menneskelige faktorer
Forebygging av stikkskader på operasjonsstuen	<ul style="list-style-type: none"> • Erfaringer med ulike forebyggende tiltak • Personalets holdninger til forebygging av stikkskader
Rutiner ved stikkskader i operasjonsavdelingen	<ul style="list-style-type: none"> • Prosedyren for stikkskader blir ikke alltid fulgt • Varierende kunnskaper om gjeldende prosedyre for stikkskader
Oppfølging og melderutiner etter stikkskader	<ul style="list-style-type: none"> • Oppfølging etter stikkskade • Barrierer mot å følge melderutiner for stikkskader • Behov for standardisert forløp
Stikkskader kan være en trussel mot sikkerheten	<ul style="list-style-type: none"> • Opplevelse av trussel mot egen helse • Opplevelse av trussel mot pasientsikkerheten

3.6 Forskningsetiske vurderinger

I planleggingsfasen av denne studien satte vi oss inn i forskningsetikk og gjorde nøye vurderinger i forhold til dette. Masteroppgaven vår er gjennomført etter forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (NESH, 2006).

Informantene var helsepersonell og regnes ikke som en sårbar gruppe i følge Helsinkideklarasjonen (Helsinkideklarasjonen 2013). Det ble heller ikke samlet inn direkte helseopplysninger, og vi trengte derfor ikke å søke om godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Det ble søkt om godkjenning fra Personvernombudet ved det aktuelle Universitetssykehuset, og studien ble godkjent med internnummer MA63, og saksnummer 2015/3700 (vedlegg 1). Informantene fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien. Alle fikk tildelt et informasjonsskriv på forhånd, og malen for dette ble hentet fra (NSD) sine hjemmesider (vedlegg 2). Med bakgrunn i informasjonen om hensikten med studien ga alle informantene skriftlig samtykke til deltagelse. De ble også informert om at all deltagelse var frivillig og informantene kunne på hvilket som helst tidspunkt trekke seg fra studien (Helseforskningsloven, 2009).

Det var viktig å formidle fordelene og ulempene ved å være med i studien. Fordelen var at man er med på å sette fokus på temaet stikkskader. Kanskje kunne dette være med på å være en tankevekker for informanten, slik at de kan gå ut i feltet og bidra til å endre kulturen rundt stikkskader og melderutiner. Vi ville også formidle at ved å være informanter bidro de til ny, og forhåpentligvis nyttig forskning. Slik vi så det er det få ulemper med å være med i denne studien. Vi sikret anonymitet, konfidensialitet og full frihet i forhold til deltagelse. En ulempe kunne være at man måtte ta seg tid til intervjuet, noe som kunne være utfordrerne i en travel hverdag i en operasjonsavdeling. Det var også tenkelig at dersom informantene hadde noen vonde erfaringer med stikkskader, kunne intervjuet være med på å vekke dårlige minner.

3.7 Metodologiske betraktninger

3.7.1 Valg av metode og tilnærming

Hensikten med denne studien var å oppnå en dypere forståelse av, og innsikt i hvilke erfaringer operasjonssykepleiere og kirurger har med stikkskader på operasjonsstuen. På bakgrunn av problemstillingen var det naturlig å velge kvalitativ metode. Med den kvalitative metoden mener vi at vi har oppnådd økt forståelse av fenomenet stikkskader. Også den fenomenologiske tilnærmingen vi hadde i studien har vært med på å gi oss god innsikt i de menneskelige erfaringen som ligger til grunn for funnene. Selv om vi valgte en kvalitativ metode, kunne også fenomenet stikkskader i operasjonsstuen vært interessant å undersøke ved bruk av kvantitativ metode. Tidligere forskning viser at mens antall stikkskader går ned i andre avdelinger, fortsetter de å øke i operasjonsavdelingen (Jagger et al., 2010). Denne studiene er fra USA, og vi kunne ikke finne tilsvarende studier fra Norge. Det kunne derfor vært av interesse å finne ut om dette også er tilfelle ved det aktuelle helseforetaket vi har gjennomført vår studie.

3.7.2 Datainnsamling og utvalg

Intervju ble valgt da det er en egnet måte å få innsikt i erfaringene og opplevelsene. Vi valgte semistrukturerte individuelle intervju da dette ga oss muligheten til følge informantens historie og utdype de temaene som kom frem i løpet av samtalen (Thagaard, 2009). Vi kunne også ha valgt å bruke fokusgruppeintervju, som er velegnet dersom man vil få innsikt i erfaringer og holdninger i miljøer der mange mennesker samhandler (Malterud, 2002). Ifølge Malterud (2002) krever det å være moderator i et fokusgruppeintervju erfaring i håndtering av gruppeprosesser, noe vi var usikre på om vi hadde da denne studien ble gjennomført. Samtidig er det å gjennomføre fokusgruppeintervjuer ressurskrevende da flere informanter må stilles til rådighet til samme tid, noe vi ville skåne operasjonsavdelingen for.

Individuelle semistrukturerte intervju krever at forskeren er fleksibel og lydhør for det som kommer frem. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) vil relasjonen mellom forsker og informant kunne påvirke kvaliteten av data, og det er viktig at informanten føler seg trygg og ivaretatt helt fra starten av intervjuet. Thagaard

(2009) påpeker at det er viktig at intervjuene starter med de minst sensitive spørsmålene for skape tillit mellom forsker og informant. Et av våre første spørsmål var om informanten hadde erfaringer med å stikke seg på operasjonsstuen. Dette spørsmålet ser vi i ettertid at burde ha kommet lenger ut i intervjuet, da informanten kan ha negative, og også traumatiske opplevelser knyttet til det å stikke seg på operasjonsstuen.

Det kreves trening i å få til et godt intervju, i tillegg til et høyt kunnskapsnivå hos intervjueren (Kvale & Brinkmann, 2009). I følge Johannessen et al. (2010) er man i gjennomføring av kvalitativ metode avhengig av både kunst og teknikk. Dette var første gang vi utførte forskningsintervjuer og vi så at vi hadde et forbedringspotensial. Det som var spesielt utfordrende var å stille gode oppfølgingsspørsmål til de informantene sa, til tross for at vi var bevisste på dette i forkant. Vi sikret oss ved at co-moderator hadde mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål, samt at informantene skrev under på at de kunne bli kontaktet i ettertid for eventuelle spørsmål (vedlegg 2).

I starten valgte vi å intervju fire personer. Vi var usikre på om dette var nok, men i følge Polit og Beck (2009) er det dataenes metning som bestemmer hvor mange informanter man trenger i en kvalitativ studie. Det vil si at når man begynner å få de samme svarene fra informanten som man har fått i tidligere intervju, er metningen nådd (Polit & Beck, 2009). I det siste av de fire intervjuene fikk vi ingen ny informasjon, og vi mente at dataens metningspunkt var nådd. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) burde vi ha utført et femte intervju for å sikre at metningspunktet var nådd, men på grunn vanskeligheter med å rekruttere informanter fikk vi ikke dette til. Samtidig mener vi at vi fikk bedre tid og anledning til å gå dypere inn i datamaterialet med færre intervjuer, og at vi derfor har gjort en grundig analyse.

Arbeidet med intervjuguiden var utfordrende, og vi ser i ettertid at intervjuguiden kunne vært jobbet enda mer med. Noen av svarene vi fikk var korte og vi kunne formulert spørsmålene litt mindre detaljert. Intervjuguiden ble justert underveis i intervjuprosessen, noe som ifølge Malterud (2002) styrker gyldigheten av dataene.

Dette fordi vi da har gjort kritiske vurderinger i løpet av intervjuene, og tilpasset spørsmålene slik at vi har fått mest optimale data.

Vi har valgt å intervjuer både operasjonssykepleiere og kirurger, fordi de jobber tett i operasjonsfeltet under operasjonen. Både kirurg og operasjonssykepleier er utsatt for å få stikkskader, noe litteraturen også bekrefter (Andersen, 2015). Vi mente derfor at vi ikke kunne utelukke kirurgene fra denne studien. Samtidig mener vi at vi har fått frem ulike synspunkter og holdninger ved å inkludere begge yrkesgruppene.

3.7.3 Forforståelse og forskning i eget felt

I kvalitativ forskning spiller forforståelsen en viktig rolle (jmf punkt 3.3). Forforståelsen kan ha betydning for hvordan man ser på teksten og hva man velger å trekke frem som funn. Det vil si at dersom en annen forsker med ulik forforståelse forsker på samme fenomen, er det ikke sikkert at man ville kommet frem til samme resultat (Johannessen et al., 2010). I tillegg er konteksten rundt intervjusamtalen viktig. Det som foregår mellom forsker og informant har betydning for tolkning og funn (Malterud, 2002). Da vi gjennomførte studien var vi operasjonssykepleierstudenter i den aktuelle operasjonsavdelingen, og skulle etter innlevering av masteroppgaven ansettes her. Dette medførte at vi hadde en del tanker og egne observasjoner omkring fenomenet stikkskader. I tillegg leste vi forskning på området før vi utførte intervjuene (jmf kapittel 2.8). Dette var vi bevisst på at kunne prege oss i løpet av fortolkningen av data og i analyseprosessen. Vi var også observante på at vi forsket i eget felt og allerede hadde kjennskap og en relasjon til informanten. Dette mener vi kunne slå ut både positiv og negativt; informantene kunne føle seg trygg i intervjusituasjonen med kjent intervjuer, men det kunne også føre til at informasjon ble lagt frem slik de tror vi ville ha den, eller at de holdt informasjon tilbake. Noe vi også var oppmerksomme på var at dynamikken i intervjuene med operasjonssykepleierne, denne var av en annen karakter enn med kirurgene. Dette mener vi er fordi vi kunne lettere relatere oss til det operasjonssykepleierne fortalte, og at vi hadde en felles yrkesforståelse (Thagaard, 2009).

3.7.4 Analyse

Analysen av dataene er inspirert av Graneheim og Lundman (2004). Denne måten å analysere data på er velkjent og mye brukt innen kvalitativ forskning. Den har også en oversiktlig og god måte å fremstille trinnene i analysen på. Kvalitativ innholdsanalyse var nytt for oss, og vi leste oss godt opp på forhånd. Selv om vi følte oss forberedt på innholdsanalyse av teksten, synes vi allikevel det var utfordrende. Siden vi bare kunne dette i teorien, så vi at vi manglet trening i å gjennomføre analyse i praksis. Til tross for dette erfarte vi at med god veiledning og godt samarbeid oss to i mellom klarte vi å jobbe oss gjennom analyseprosessen på en god måte. En annen fordel var at vi hadde oppnådd metning i dataene etter fire intervjuer. Dermed satt vi igjen med en analyseenhet på 9000 ord som inneholdt et fyldig datamateriale. Dette førte til at vi hadde god oversikt over datamaterialet i analyseprosessen, og det var håndterbart med den tiden vi hadde til rådighet. Vi har også fått bruk for hele datamaterialet i utarbeiding av temaene, noe som vi anser som en styrke i studien.

3.7.5 Studiens troverdighet

I litteraturen er det uenighet om hvilke begreper man skal bruke for å vurdere kvaliteten på kvalitativ forskning. Graneheim og Lundman (2004) bruker begrepene *credibility*, *dependability* og *transferability* for å måle hvor *trustworthy* studien er, det vil si hvor mye vi kan stole på at resultatene stemmer. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) må hver enkelt forskningsstudie vurderes ut i fra metoden som er brukt for å komme frem til forskningsfunnene. Vi velger å bruke Graneheim og Lundman (2004) sine begreper for å vise hvorfor vi mener vår studie er *trustworthy*.

Credibility handler om hvor mye funnene er til å stole på. For å kunne vurdere det må det redegjøres for hele studiens forskningsprosess, det vil si framgangsmåte, valg av fokus, informanter, datainnsamling, datamengde og analyse (Graneheim & Lundman, 2004). Dette mener vi at vi har belyst på en god måte, og at det er blitt gjort rede for i dette kapitlet.

Vi hadde et fyldig og overkommelig datamateriale, og alle de meningsbærende enhetene ble satt inn under passende tema. Ingen deler av intervjuene ble utelatt i

analysen. Dette vil da si at vi har sikret oss at ingen irrelevante data er inkludert, og heller ikke relevant data er gått tapt. Vi mener også at de meningsbærende enheten vi har brukt til å bekrefte funnene våre med er de "rette" og relevante. Alle våre informanter hadde over 6 års erfaring i operasjonsavdelingen, noe som ifølge Graneheim og Lundman (2004) styrker funnenes credibility.

Dependability handler om hvor pålitelige dataene er (Graneheim & Lundman, 2004). Slik vi har beskrevet tidligere i kapittelet kan data forandres gjennom den som tolker dem. Fordelen med denne studien er at vi har vært to forskere, og dette styrker analysen ved at vi dermed har klart å holde et så objektivt syn på dataene som mulig. Alle avgjørelse i analyseprosessen er nøye vurdert og diskutert oss imellom og med veileder. Når man abstraherer fra kondenserte meningsbærende enheter til koder er det viktig å sjekke gyldigheten opp mot de meningsbærende enhetene (Lundman & Graneheim, 2008). Siden vi var to forskere som hele tiden jobbet sammen om analysen var det lettere for oss å holde oversikten over datamaterialet. Vi gikk hele tiden tilbake til de meningsbærende enhetene for å sjekke at vi kodet riktig i forhold til innholdet.

Transferability handler om hvor overførbar denne studien er til andre grupper eller settinger (Graneheim & Lundman, 2004). Vi mener at funnene i denne studien kan være overførbare til andre operasjonsavdelinger, og noen av funnene også er aktuelle i andre avdelinger. Men ifølge Graneheim og Lundman (2004) er det opp til den som leser studien å vurdere i hvilken grad denne studien er nyttig for andre. I denne studien har vi argumentert for framgangsmåte, utvalg, datainnsamling og analyseprosessen. Vi mener også at vi har presentert funnene på en oversiktlig måte med direkte sitater fra informantene for å underbygge troverdigheten av funnet. Alt dette vil være med på å belyse studiens *transferability* og gi leseren et godt grunnlag for å vurdere nytteverdien.

4.0 FUNN

Ved å beskrive og sammenfatte det organiserte datamaterialet er hensikten å bygge bro mellom rådata og funnene (Malterud, 2002). I dette kapittelet vil vi nå presentere hvilke funn vi fikk ut av våre rådata ved å gjennomføre en kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman (2004).

Funnene vil bli presentert under tema og kategori avdekket i analyseprosessen (jmf Tabell2). I kvalitativ forskning er det viktig å få frem informantens stemme (Polit & Beck, 2012). Funnene underbygges derfor av direkte sitat fra informantene som utheves i kursiv.

4.1 Stikkskader skjer på operasjonsstuen

I dette første teamet presenteres funn som omhandler at stikkskader skjer i operasjonsavdelingen, og hvordan informantene har erfart og opplevd dette selv. Det kom frem i analysen at informantene opplever at det er underrapportering av stikkskader, og at leger kan være mer utsatt for stikkskader enn operasjonssykepleiere.

Ut ifra det våre informanter fortalte, var stikkskader noe som var ganske vanlig under operasjon. Det ble fortalt at det var noe som skjedde jevnlig. Alle informantene hadde erfaringer med å stikke seg selv, stikke andre, eller å se andre bli stukket. En kirurg fortalte om sine erfaringer med stikkskader: *" Men ellers så har jeg jo stukket meg selv noen ganger og så har jeg jo stukket kollegaer iallfall to ganger"*. En annen kirurg syns ikke at det var noe som skjedde ofte: *"Men ellers så...det er ikke så ofte man stikker seg. Det har kanskje skjedd 3-4 ganger"*. En operasjonssykepleier sa: *"Ja, jeg har egentlig bare stukket meg en gang. Men jeg har vært med på at andre har stukket seg"*.

Alle informantene nevnte at de tror det skjer mer stikkskader enn det som rapporteres. En sa: *"Men jeg er helt sikker på at det er store mørketall her altså"*. En annen sa: *"Jeg tror det er underrapportert med stikkskader"*.

Det kunne tyde på at det var mer stikkskader blant kirurgene enn blant operasjonssykepleierne. Operasjonssykepleierne opplevde at det var slik, og en av dem uttrykte: *"Jeg syns egentlig så er det mest kirurgene som stikker seg. Jeg har ikke følelsen av at det er mye blant oss, i forhold til hvor mye vi håndterer skarpt"*. En annen sa: *"Så jeg tror nok kanskje de (legene) stikker seg mer enn oss"*.

4.2 Faktorer som øker risikoen for stikkskader på operasjonsstuen

I dette temaet blir det presentert funn der informantene sier noe om hva som kan være mulige årsaker til at stikkskader skjer. Skarpe gjenstander, situasjoner med økt risiko og menneskelige faktorer kommer frem som de sentrale årsakene til at stikkskader skjer.

4.2.1 Skarpe gjenstander

Det er åpenbart at skape gjenstander er noe som kan øke faren for stikkskader under operasjon. I operasjonsfeltet håndteres det nåler, kniver, skarpe haker og en hel del andre skarpe gjenstander som utgjør en fare. Ut ifra våre funn var det mest nåler man stakk seg på: *"Ja, ved overlevering av instrumenter kan det også skje, men jeg føler det er mest stikkskader med nåler altså. Mer nåler enn kniver"*. En operasjonssykepleier fortalte: *"Mest nåler ja. Det var det jeg stakk meg på også. Plutselig bare, ble levert feil vei. Så bråsnudde jeg meg og så stod den i fingeren (latter)"*. Det ble også fortalt om stikk med kniv: *"Jeg har aldri stukket meg som har vært min egen feil. Jeg har blitt stukket med skalpell, det er det eneste"*.

4.2.2 Risikofylte situasjoner

Ifølge informantene kunne situasjoner med økt stress, og travelhet, være med på å øke risikoen for at stikkskader skjer; *"Nei, jeg vil jo tro at det er i mer sånne stressa situasjoner. At du ikke gjør det man egentlig skal gjøre. At ting blir levert tilbake feil og at ting blir lagt der de ikke skal ligge og...ja. Det skal i grunnen være rutiner for at det ikke skal skje da, men det er jo klart at jo mer stressa situasjonen er, jo lettere er det å slurve"*. En operasjonssykepleier uttrykte: *"At det kan bli for travelt, og da er det jo fort at det...at stikkskader og andre skader skjer"*.

Når uventede ting skjedde i operasjonsforløpet, og situasjoner ble akutte, var det større fare for at noe kunne gå galt. En kirurg sa: *"(...)når det er veldig akutt, sant. At når ting må skje fort, da tror jeg også at det er større sjans for at det skjer skader...Akutte laparotomier, sant, når du må komme fort til".* En operasjonssykepleier pekte på kaotiske situasjoner der mange ting skulle skje samtidig, og sa: *"Enten at det er, hvis det er mye kaos og mye som skjer på en gang. Og det gjerne er kritiske øyeblikk, da kan det lett skje".*

Funnene våre indikerte at tretthet, uoppmerksomhet, og uoversiktlige situasjoner var faktorer som kunne øke faren for uhell. En operasjonssykepleier uttrykte: *"Gjerne også hvis en operasjonssykepleier server to kirurger. At de holder på på to plasser samtidig. Da blir det også at det blir mindre oversiktlig".* En annen nevnte at nattarbeid kan øke risikoen for skader; *"Når det er uoversiktlig tror jeg, eller på nettene når folk er trette".* En kirurg beskrev en uoversiktlig situasjon der han suturerer på et vanskelig sted, uten assistent til å holde opp vevet: *(...)så det er jo litt som om du syr i blinde. Det er når det er vanskelig å komme til, det er typisk da det skjer".*

En kirurg nevnte callingen som et forstyrrende element som kunnen redusere oppmerksomheten under operasjonen, og dermed bidra til at stikkskader kunne skje; *"Ja, men da, det var en sånn heisen situasjon for det at han ble så stresset; det var inn og ut og callingen ringte, og liksom... Mens han opererte prøvde han å si "jeg kan ikke få flere beskjeder når jeg holder på her. Og da var det tredje gangen eller noe sånt, og da ja.....".*

4.2.3 Menneskelige faktorer

Noen av informantene pekte på at personale med liten erfaring kunne være med på å øke risikoen for at skader skjer; *"Jeg tror stikkskader ofte oppstår når du har med deg folk som ikke har erfaring, lite erfaring....Iallfall av personlig...de to kollegaene som jeg har stukket de var slike som virret rundt oppi operasjonsfeltet, sant, så det var nesten, så og si uunngåelig".* En operasjonssykepleier beskrev uerfarne operatører som kunne være usikre i faget, og uttrykte; *"Eh...de fomler(latter). Du har jo de ferske som er litt sånn fomlete og usikre og ikke holder*

skikkelig. Og ikke tar imot med pinsetten, men tar imot nålen med den andre hånden når de fører den gjennom vevet. Eller at de fester nålen feil med nåleholderen når de knytter”.

Det viste seg at også personale med lengre erfaring kunne utgjøre en risiko, ved at de slurvet i arbeidet sitt; ” *Og du har de erfarne som tror de kan alt, og begynner å bli litt sånn avslappede til det, og da stikker de seg fordi de ikke er så nøye som de var når de kunne mindre*”. En annen beskrev slurvete adferd blant personalet på denne måten;

”Men de tar gjerne bare og slenger den (kniven) fra seg en annen plass, legger den i dekingen i stedet for på brettet, eller bare bort på assistansebordet”. En operasjonssykepleier erfarte at noen personer utgjorde en risiko; ”*Jeg syns jo risikoen er på en måte personene da, så det er jo noen som er litt bråere enn andre, som man er litt, tenker at det kan skje ting*”.

Dårlig kommunikasjon i teamet ble nevnt som årsaker til at skader kunne skje; ”*Ja, altså spesielle situasjoner, jeg tenker meg at hvis det er dårlig kommunikasjon mellom personalet*” og ”*For det var det som skjedde, at den ble lagt tilbake uten at jeg var klar over det, og så mens jeg hold på å rydde så fikk jeg den rett i fingeren*”.

4.3 Forebygging av stikkskader på operasjonsstuen

Det foreligger en rekke tiltak som kan iverksettes og utstyr som er tilgjengelig for å forebygge stikkskader i operasjonsavdelingen. Dette temaet omhandler operasjonssykepleiers og kirurgers erfaringer med utstyret som kan brukes, og noen av de forebyggende tiltakene som kan iverksettes. Temaet kommer også inn på personalets holdningene til det å forebygge stikkskader.

4.3.1 Erfaringer med ulike forebyggende tiltak

Et viktig funn som ble gjort var at det var ulike erfaringer med utstyret og forebyggende tiltak som er tilgjengelig for å unngå stikkskader. Utstyr og tiltak var implementert i varierende grad.

Et eksempel på dette er nålebokser til å oppbevare brukte nåler, kanyler og skalpeller i. Det var ikke alle operasjonssykepleierne som var fornøyd med denne boksen til å ha nålene i, og noen synes det faktisk var vanskelig å tre nålene ned i boksen. En operasjonssykepleier sa: *"Eneste gangene jeg bruker de boksene er når det er operasjon der det er veldig mye nåler og kanskje mye små nåler. Det har jo ikke vi. Vi bruker jo svære nåler stort sett og begrenset antall. Sånn at jeg synes det er lettere å bare legge de oppi en boks, eller en sånn bolle i stedet for å tre ned i den (nåleboksen).."* Mens en annen operasjonssykepleier var veldig fornøyd med nåleboksene og var opptatt av at flere skulle bruke disse; *"Jeg er vel den som alltid går og plukker på nålebokser og pusher nålebokser til alle som jeg ser står uten."* og videre sa operasjonssykepleieren: *"Vi bruker nålebokser, det er jo der som er den største faren for oss at det ligger nåler igjen på assistansebord og sidebord. Og da ha en kontrollert plass.. Der ikke de trådene henger fast i hansker og du drar de med deg videre."*

Et annet funn vi gjorde var at det også er forskjeller mellom de ulike seksjonene i samme operasjonsavdeling når det gjelder bruken av nålebokser; *"Ja, vi har jo fått disse boksene hvis det er de du sikter til? Vi bruker jo de ganske lite på ortopedien egentlig."* Og så ble det sagt fra en operasjonssykepleier: *"...jeg tror vi er ganske flinke på generell avdeling, men det er ikke så stort fokus på ortopedien."* Det viste seg også at det var et problem at ikke nåleboksene er ført på utstyrslisten til alle prosedyrene; *"Og det er og en del, veldig mange, prosedyrer som det (nålebokser) ikke er skrevet inn i plukklisten for prosedyrene."*

Et annet tiltak som det har vært fokusert på er nøytral sone. Dette forebyggende tiltaket var det varierende erfaringer med. Noen av informantene var positive til nøytral sone, og en informant sa: *"Så å ha nyrebekken (nøytral sone) det er egentlig ganske behagelig med bare frem og tilbake med det nyrebekkenet."* Men tiltaket viste seg å være lite brukt; *"Det er blitt gjort noen ganger ja, men vi bruker ikke mye av det. Særs lite faktisk."* Et viktig funn når det gjelder nøytral sone er at det er ønskelig å bruke, men vanskelig å implementere. Spesielt kirurgene virker negative til å ta i bruk nøytral sone. Operasjonssykepleier sa: *"Ideelt sett så ville jeg brukt knivbrett alltid, og det har vi jo tilgjengelig til å bruke. Men det er litt liten"*

samarbeidsvilje kanskje.. eh... fra andre siden, fra kirurgsiden. Og det blir mye misbrukt. Og hvis det blir misbrukt så er det jo en falsk trygghet.” Kirurgen bekreftet at det er vanskelig å implementere: ”Jeg husker da jeg var helt ny så gikk jeg på sånn ”surgical skills course”, og der var det jo helt konsekvent at det uansett skulle være nyrebekken(nøytral sone). Men det varer jo en uke, og så sklir det ut.”

Da stikkskadedirektivet skulle implementeres i Norge var et av tiltakene at alle kanyler skulle ha en sikkerhetshylse slik at ingen skulle sette hetten på manuelt etter bruk. Et funn vi gjorde var at disse sikkerhetshylsene var det stor misnøye med og at de i noen tilfeller kan virke mot sin hensikt; *”... de der kanylene som kommer nå med det der ekstra sikkerhetsmikkmakket på. Jeg tror det er mer skadefremmende enn forebyggende.”* og en kirurg utdyper: *”Nei, jeg ser ikke poenget med de(...), og syns vi får et dårligere produkt. Fordi nålene er for korte og de er i veien...”*

Et annet viktig funn vi gjorde er at det ikke alltid sikkerhetsutstyret som er det viktigste når det gjelder å forebygge stikkskader. Å ha kontroll, gode rutiner og å være bevisst på hvor man har skrape gjenstander ble trukket fram som viktig forebyggende tiltak. En kirurg trakk frem at det er viktig at operasjonssykepleier har kontroll på assistansebordet; *”Også er det jo det da at sykepleiere, operasjonssykepleiere har kontroll på bordet liksom, sant. Og leverer til deg det du skal ha, og at det ikke blir sånn at du går og grasper og plukker selv.”*

Operasjonssykepleierne var opptatt av at det var viktig med gode rutiner; *”(...) at du vet hvor kniven ligger og at ikke nålene ligger på bordet med spissen opp og, ja, at du leverer ting fra deg uten å måtte være i nærheten av det som skjærer. Og så er det jo å sørge for at det havner der det skal etter operasjonen.”* Også det å være bevisst på skarpe gjenstander i feltet var informantene opptatt av; *”Jeg merker iallfall at du stikker deg mindre når du er bevisst det.”* og *”at man gjør ting litt sånn kontrollert og at man er bevisst på hvor man legger ting.”*

4.3.2 Personalet holdninger til forebygging av stikkskader

Vi gjorde noen interessante funn om personalet holdninger til det å forebygge stikkskader. Noen av informantene opplevde at det kunne være dårlige holdninger

blant personalet. En informant sa: *"Ja, det er jo forferdelig dersom en pasient blir smittet av oss fordi vi har så dårlig holdning (...), så det er jo noe som må bli bedre tenker jeg."* Det viste seg også at kulturen for forebygging kunne vært bedre; *"Det er vel det at der her at kulturen for dette her er litt dårlig da."* Og videre sa en informant: *"(...)det er mulig jeg har en sånn naiv holdning til det."* I tillegg kunne informantene fortelle at det burde vært mer fokus på tema; *"(...) nei ikke noe som det er veldig fokus på og at det er seminarer om det liksom."*

Et annet funn vi gjorde var at det å implementere nye tiltak for å forebygge stikkskader kunne være utfordrende, og at noe av årsakene til dette skyldes at det er vanskelig å endre gamle vaner; *"(...), det er jo mye vane også, hva du er vant med, sant. Altså hvis du hadde vært lært opp i det fra dag en så er det liksom selvsagt, sant!"* Videre forteller en av informantene: *"De som har jobbet lenge har gjerne vært mer negative til å innføre sånn et utstyr enn de som er yngre."*

4.4 Rutiner ved stikkskader i operasjonsavdelingen

Under dette teamet vil funn som sier noe om informantenes erfaringer med håndtering av stikkskader presenteres. Det finnes en prosedyre for håndtering av stikkskader i sykehusets prosedyrebank, og funnene våre viser at denne ikke alltid blir fulgt, og at det er noe usikkerhet omkring håndteringen av stikkskader.

4.4.1 Prosedyrer for stikkskader blir ikke alltid fulgt

Et viktig funn viste at helseforetakets beskrevne prosedyrer for stikkskader ikke alltid ble fulgt; *" Og så første gangene gikk jeg ned i mottak og testet meg. Men så kanskje de to siste har jeg ikke gjort det"* og *"Når jeg stakk meg selv? Da vrengete jeg av meg hansken og så, og så blødde det ikke. Så tenkte jeg pyttssann..(latter). Og så gjorde jeg ikke noe mer med det"*. En annen fortalte: *"Nei, da var jeg faktisk nede og tok blodprøver, men det er veldig mange som ikke gjør det for å si det sånn"*.

4.4.2 Varierende kunnskaper om gjeldende prosedyre for stikkskader

Alle informantene fortalte at de utførte en form for førstehjelp dersom de ble utsatt for stikkskade: *"Men du skal bare la det blø og blø og blø og blø, og så skal du vaske det godt"* og *"Ja, det er jo å la det blø ut litt, og skylle med , vi pleier å skylle med sprit da, eeh, ja, det er vel egentlig ikke mer vi gjør"*.

Funnene våre viste at det var litt ulike måter å håndtere stikkskader på. En operasjonssykepleier fortalte; *"Jeg sa at; nå tar jeg av meg hanskene, så nå får dere klare dere selv litt. Så gikk jeg og vasket meg, og fikk sprit nedi og klemte ut. Men det var helt overfladisk, det var egentlig ikke noe særlig blod å klemme ut. Men vi skal jo klemme ut, og vaske, og desinfisere. Og jeg fikk tatt blodprøver etterpå".* En kirurg sa: *"Det første du gjør er at du vrenger av deg hansken, og hvis det da ikke blør har jeg lært at da skal du ikke begynne sånn, altså noen tror jo at da skal du febrilsk presse på for å få blod".* En annen sa: *"Nei, jeg måtte jo skifte hansker, og så tok jeg sprit på.... Ja, jeg vet ikke om det med spriting og sånn er tatt ut ifra lufta. Men det er jo sånn som vi alle gjør har jeg inntrykk av. Og så er det, så er det noen rutiner, men jeg kan ikke de i hodet, å det er...Men jeg har sett noen mail om det der(latter). Jeg har en følelse av at man skal ned i mottaket, men jeg kan ikke noe mer".*

Noen av informantene nevnte viktigheten av å rapportere stikkskader og å få tatt blodprøver av pasienten; *"Man burde jo gå med en gang da. Og så er det jo å få testet pasienten"* og *"Vi vet hvor vi finner det hen, vi slår det opp på (prosedyrebank), og så finner vi det der når vi trenger det. Men det er veldig viktig å gjøre det"* og *"Og så være sikker på at du tar med deg en navnelapp til pasienten sånn at du får bestilt de rette blodprøvene på pasienten og, når du går ned og får tatt blodprøvene".*

Et annet viktig funn indikerte at det var en del usikkerhet i avdelingen omkring hva som faktisk var prosedyren for stikkskader i avdelingen; *"Det rette er vel å ta kontakt med reise medisinsk senter, er det ikke det? Jeg trodde det var det..."* og *"For det første har det jo vært litt sånn frem og tilbake hvor disse blodprøvene tas, og hvem som skal skrive rekvisisjon. Og ja, eeh.. Så er det jo først å finne ut av det og komme seg dit og.. Det varierer når på døgnet det er og..".* En operasjonssykepleier pekte på at systemet for rapportering var litt vanskelig å forstå; *"Jeg tror nok at det er det, for mange er det nok litt uklart hvordan hele opplegget er. Det skal jo rapporteres både i synergi og du skal ta blodprøver og du skal snakke med(...) i forbindelse med, dette med at det skal være en rapport til.. ja.. til NAV er det vel egentlig. Så ja, det er mange som ikke vet om alle disse tingene, og det tar mye tid når det er travelt da".*

4.5 Oppfølging og melderutiner etter stikkskader

Dette temaet omhandler informantenes opplevelser av oppfølgingen som blir gjort etter at en stikkskade har skjedd. Vi vil også presentere noen viktig funn om hva som er barrierene for å melde i fra om stikkskader slik prosedyren tilsier, og også funn vi gjorde når det gjelder ønske om forbedringer.

4.5.1 Oppfølging etter stikkskade

Et av funnene var at informantenes opplevde at alle måtte ta ansvar for seg selv etter en stikkskade, og ingen sjekker hva som faktisk blitt gjort med tanke på rutinemessig oppfølging; *"(...) han tok ansvar for det selv, men jeg har ikke sjekket i ettertid hva han gjorde."* og en informant sa: *"Nei, jeg har ingen ansvar. Kun personlig."* En annen informant bekrefter funnet; *"(...),men jeg legger meg ikke opp i hva andre gjør, det gjør jeg ikke."*

4.5.2 Barrierer mot å følge melderutiner for stikkskader

Vi gjorde noen viktig funn når det gjelder barrierer for å melde i fra om en stikkskade. Informantene opplevde at det var svært tidkrevende merarbeid i en hektisk arbeidssituasjon å gå og få tatt blodprøver etter en stikkskade. Samtidig ble det oppfattet som merarbeid på toppen av alle de andre oppgavene; *"Det er merarbeid, sant, og vi har fader nok å gjøre altså."* En annen informant sa: *"Ja, det er jo mange som sier at de ikke gidder å rapportere det fordi de syns det er så mye arbeid, og det tar så mye tid."* Operasjonssykepleier fortalte: *"Spesielt legene sier at det tar så lang tid at dersom de skulle gjort det hver gang så hadde de brukt tiden på det liksom."*

Samtidig som det var tidkrevende opplevde informantene at når man skal gå og få tatt prøver etter en stikkskade var det mye usikkerhet rundt prosedyren, og at lab`en var lite tilgjengelig; *"Hvis du har det travelt, så er det ikke bare å sette seg ned i akuttmottaket og vente at noen skal skrive ut rekvisisjon."* og *"(...),men det var en stund det var veldig trøblete å få tatt blodprøvene fordi en måtte komme på et visst klokkeslett for å ta de. Og det er jo ikke alltid så enkelt i vår arbeidshverdag."*

Informantene forteller også: *"På natten for eksempel, så er det ikke alltid at det er(personal til å ta blodprøver), da må du kanskje gjøre det på morgenen etter jobb."*

4.5.3 Behov for standardisert forløp

Et sentralt funn er at det var ønske om standardiserte rutiner og et enklere forløp dersom en stikkskade skjer; *"Nei, det skulle jo vært mye klarere og lettere og et standard opplegg, slik at du kunne bare gått ned og tatt den prøven og ferdig med det liksom."* Og en informant sier; *"(...) vi trenger en kontakt og en "fast track" løype på hva vi skal gjøre når du stikker deg."* Videre påpekte noen informanter ønsker om å slippe å sitte med hele ansvaret selv etter stikkskade. En informant sa det slik: *"Det burde være sånn at når man stikker seg så er det en som har ansvaret og nærmest tvinger deg til å gå ned dit. Det hadde vært mye bedre. Sånn føler jeg det ikke er. Nå er det opp til deg selv."*

Informantene opplevde også at det var liten oppfølging på det psykiske plan etter stikkskader; *"Nei, jeg kan ikke si jeg er fornøyd for jeg merker jo at jeg kan ingenting om det, så det er vel egentlig ingen oppfølging."* . Og det er behov for oppfølging utover blodprøvetaking; *"Men det er klart at har du en smittepasient og stikker deg. Da trenger du oppfølgingen etterpå."*

4.6 Stikkskader kan være en trussel mot sikkerheten

Under dette temaet vil vi presentere studiens funn omkring opplevelsen av sikkerhet i operasjonsavdelingen. Først presenteres funn som omhandler hvordan informanten anser stikkskader som en trussel mot sin egen helse. Deretter funn om hvordan informantene opplever at stikkskader kan være en trussel mot pasientenes sikkerhet. Det vil også bli presentert funn omkring opplevelsen informantene har av hvordan kulturen for å tenke på pasientsikkerheten er i operasjonsavdelingen.

4.6.1 Opplevelse av trussel mot egen helse

Informantene opplevde at stikkskader er en stor trussel mot egen helse, og at man er utsatt for dette i operasjonsavdelingen. En informanten sa: *"Ja, det er jo den største trusselen vi har mot vår helse, sånn bortsett fra belastningslidelser og sånne ting. Så det er jo stikkskader som er mest sannsynlig vi får av skade på jobb."* Men til tross for at personalet var klar over den trusselen stikkskader representerer viste det seg at ikke alle pasienter ble ansett som like "farlige". Det vil si at både kirurger og operasjonssykepleiere ikke var like redd for å stikke seg dersom pasientene

tilsynelatende har levd et liv som gir liten risiko for at de skal være smittet med blodbårne virus. En operasjonssykepleier sa: *"Det er jo, klart det er jo forskjell på om vi opererer "Olga" på 94 som har levd et stille liv her hjemme i litt beskyttede Norge, før i tiden.. eller om du opererer en tidligere rusmisbruker med påvist hepatitt eller HIV. Så det er klart at hvis jeg stikker meg på en nål fra gamle "Olga", så stresser du ikke med det."* Og dette er kirurgene enig i; *"(...),men det var en eldre mann og så regnet jeg med at det ikke var noe sånn hepatitt eller HIV eller noe sånn."* og *"man er jo veldig obs når det står HIV eller hepatitt i journalen, da er man på tå hev og tar veldig aktsom når man opererer. Og kanskje litt mer forsiktig."* Videre funn indikerte at informantene på den andre siden var klar over at man aldri kan vite om en pasient har en smittsom sykdom eller ikke; *"Men kanskje dele det mellom om det er høyrisiko eller lavrisiko. Men du vet jo ikke hva noen har vært borti."* og dette ble bekreftet med utsagnet: *"For du tar jo ikke en HIV- og hepatittstatus på alle som blir opererte."*

4.6.2 Opplevelse av trussel mot pasientsikkerheten

Funnene som faller inn under kategorien viser at det er litt usikkerhet rundt hvor sterk sikkerhetskulturen er i operasjonsavdelingen; *"Det er stort fokus ifra ledelsen. Det er sikkert."*, mens en annen uttalte: *"Vi har jo hatt fokus på det også i et par år. Med varierende hell, på avdelingen."* Men selv om det var usikkerhet rundt hvor mye fokus det faktisk er på forebygging og kulturen rundt dette, var et interessant funn at selv om det ikke ble snakket så mye om mente informantene at det var en nonverbal kultur som lå til grunn på operasjonsstuen; *"Ja, jeg føler vel det at det er en ikke kommuni...Den er jo ikke så veldig kommunisert, men den er der. Føler jeg."* og *"Men det er ikke noe som blir snakket så veldig mye om, det bare er sånn."*

En stikkskade er, ifølge informantene, også en trussel mot pasientsikkerheten dersom personalet er har en blodsmitte i seg. Vi fant at dette er noe informantene var bevisst på; *"(...) det kan overføres smittestoff fra oss til pasienten. Vi vet jo ikke hva alle som jobber sin smittestatus heller er. Noen har jo stukket seg så mange ganger, og aldri testet seg, at de kan jo ha både det ene og det andre uten at de vet det. Så det kan jo være en fare for pasienten."* En informant utdypet; *"Hvis man stadig stikker seg uten å sjekke det opp noe videre så kan du jo risikere at du går med*

hepatitt uten å vite og føre det videre til andre.” Et annet funn vi gjorde var at ved stikkskader er operasjonssykepleierne også opptatt av at utstyret er kontaminert, noe som utgjør en tilleggsrisiko for pasienten i form av postoperative sårinfeksjoner. En operasjonssykepleier sa; ”Og så og at ikke det som da er kontaminert kommer tilbake igjen til feltet til operasjonen og inn i pasienten. (...) Så det er å gjenopprette sterilitet, og så ta hånd om den som har stukket seg.”

5.0 DISKUSJON

I dette kapitlet av oppgaven vil vi diskutere studiens viktigste funn opp mot tidligere forskning og relevant teori. Vi vil også presentere våre egne betraktninger og refleksjoner rundt enkelte av funnene. Diskusjonen vil bli delt inn under de samme overskriftene som i kapittel 4.0 "Funn". Til slutt vil vi belyse studiens implikasjoner for praksis og tanker omkring videre forskning.

5.1 Stikkskader skjer på operasjonsstuen

I vår studie finner vi, som forventet, at stikkskader skjer på operasjonsstuene i den operasjonsavdelingen vi har utført studien. Det ble erfart at stikkskader var noe som skjedde jevnlig blant både kirurger og operasjonssykepleiere. Flere tidligere studier bekrefter våre funn, at stikkskader er et utbredt fenomen på operasjonsstuen (Guglielmi et al., 2010; Al-Benna, 2010; Nagao et al., 2000; Berguer, 2011). Ifølge Andersen (2015) skjer det årlig, på verdensbasis, over 3 millioner stikkskader blant helsepersonell. I 2013 ble det innmeldt 700-800 stikkskader i Norge (Husøy et al., 2010), men ifølge Andersen (2015) mangler Norge en grundig oversikt over stikkskader. Det foreligger ikke oppdaterte tall, men i en studie fra 1998 estimeres det at det skjer mellom 25000 og 50000 skader årlig (Schlichting & Andersen, 1998). Denne studien er gammel, og det er tenkelig at antallet er høyere nå siden Jagger et al. (2010) finner i sin studie at stikkskaderaten på operasjonsstuen er stigende. Som Andersen (2015) også påpeker, kan dette tyde på at operasjonspersonell er mer utsatt for stikkskader enn annet helsepersonell.

Dersom tallene for forekomst av stikkskader fra tidligere studier (Schlichting & Andersen, 1998; Husøy et al., 2010) er gjeldende per i dag betyr det at det er et stort sprik mellom det som skjer av stikkskader, og det som blir rapportert. Våre funn indikerer også dette, da alle informantene opplevde at det ikke er alltid stikkskader blir rapportert. Både gjennom egen erfaring og gjennom historier fra andre, kunne de fortelle om underrapportering av stikkskader. Husøy et al. (2010) finner i sin studie at underrapportering av stikkskader et utbredt problem i Norge,

noe som også viser seg å være tilfelle i andre vestlige land (Guglielmi et al., 2010; Nagao et al., 2009; Jagger et al., 2010).

I studien vår fant vi indikasjoner på at det kunne være mer stikkskader blant kirurger, enn blant operasjonssykepleiere. Operasjonssykepleierne opplevde at legene stakk seg oftere enn dem. Dette samsvarer ikke med det Husøy et al. (2010) fant i sin studie. Denne studien viser at det var sykepleierne som oftest rapporterte om stikkskader (51%) og at bare 6% av skadene ble rapportert av leger. Imidlertid viste den samme studien at det er stor underrapportering blant legene, og kan dermed ikke si noe sikkert om hvem som stikker seg mest (Husøy et al., 2010). Det er usikkert om dette har direkte overføringsverdi til operasjonsstuen, men det kan si noe om de ulike yrkesgruppene og deres holdninger til rapportering. Studien til Nagao et al. (2009) viser at blant 136 stikkskader på operasjonsstuen var det i 64% av tilfellene kirurger og 36% operasjonssykepleiere, noe som samsvarer med det vi fant i vår studie.

Funnene fra tidligere forskning og vår studie kan tyde på at det er mer stikkskader og underrapportering blant kirurger, enn blant operasjonssykepleiere.

5.2 Faktorer som øker risikoen for stikkskader på operasjonsstuen

Funnene i vår studie indikerte at det var mest stikkskader med nåler, men også noen skader med kniv. Det ble videre funnet at stikkskader i forbindelse med overlevering av nåler og instrumenter var mindre vanlig. Jagger et al. (2010) finner derimot i sin studie at 75% av stikkskadene skjer ved overlevering av instrumenter. En nyere studie viser at stikkskader relatert til nåler er mest utbredt, og at hos kirurger oppstod de fleste skadene i forbindelse med suturering (56%), og operasjonssykepleierne oftest stakk seg når de ryddet i skarpe instrumenter(41%)(Nagao et al.,2009). Det er kjent at både operasjonssykepleiere og kirurger håndterer en mengde skape instrumenter og nåler i løpet av en arbeidsdag. Ut fra tidligere forskning og erfaring er det grunn til å tro at nåler er den mest utbredte årsaken til stikkskader på operasjonsstuen.

Et viktig funn i denne studien er at det var flere situasjoner som var forbundet med høyere risiko for skader. Informantene hadde erfaringer med at stress, tretthet og travelhet var faktorer som bidro til at uheldige hendelser, og deriblant stikkskader, skjedde. Herunder ble det også fortalt om akutte og uoversiktlige situasjoner, noe som kan øke stressnivået. Tidligere forskning viser at stress på arbeidsplassen kan spille inn på sikkerheten (Berland, Natvig, & Gundersen, 2008). Dette støtter også Berland, Bentsen og Gundersen (2009) i sin studie. Hjort (2009) peker på at stress og tretthet kan påvirke klinisk dømmekraft og praktisk arbeid, og føre til at skader skjer. Det bør derfor jobbes aktivt for å forebygge stress på arbeidsplassen, et ansvar som hviler både på den ansatte og ledelsen. (Hjort, 2007; Arbeidsmiljøloven, 2006 ; Stikkskadedirektivet, 2010). Braut og Holmboe (2015) påpeker også viktigheten av forsvarlige vaktordninger for at driften skal være mest mulig sikker. Et stramt operasjonsprogram i avdelingen kan også være belastende for personalet, og medføre økt stress. Samtidig må helseforetaket passe på at det gjøres nok operasjoner for at budsjettet holdes innenfor rammene. Det vil si at økonomiske hensyn og sikkerhet må veies opp mot hverandre, at ansvar som hviler på organisasjonen.

Informantene opplevde at menneskelige faktorer kunne utgjøre en risiko i forbindelse med håndtering av skarpe gjenstander. Det ble nevnt at kirurger med liten erfaring ofte var usikre, kunne opptre fommelete, og ha hendene på feil plass i operasjonsfeltet. Dette samsvarer med tidligere forskning som bekrefter at kirurger under opplæring ofte stikker seg på nåler, og konkluderer med at det bør fokuseres mer på forebygging av denne typen skader (Makari et al., 2007). Dette kan indikere at det er et behov for mer opplæring av uerfarent personale, for at de skal kunne drive sikker og forsvarlig helsehjelp. Sykehusets ledelse har et ansvar for å tilrettelegge, slik at de som driver helsehjelp skal være i stand til å overholde sine plikter (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001).

Det som er interessant er at også erfarne kirurger i noen tilfeller kunne oppleves som en trussel i måten de jobbet på. Operasjonssykepleierne hadde opplevelser med at kirurger med lang erfaring ikke alltid var like nøyaktige i arbeidet, og dermed kunne utsette seg selv og andre for å bli stukket. Dette står ikke i samsvar

med helsepersonelloven (2001), som har som mål å bidra til sikkerhet for pasient og bruker, og krever at alt helsepersonell skal drive faglig forsvarlig helsehjelp ut fra de kvalifikasjoner den enkelte har. Ledelsen i helseforetaket har ansvar for å beskytte personalet mot yrkesbetinget smitte, noe som krever at de er tilstrekkelig opplært i prosedyrer for å arbeide mest mulig sikkert (Damani, 2011). Både operasjonssykepleiere og kirurger har et juridisk og moralsk ansvar for å utføre arbeidet sitt på best mulig måte (Tranøy, 2014; Helsepersonelloven, 2001; NSFLOS,2014). Det er grunn til å tro at noen ikke tar det ansvaret de har alvorlig nok, og at det bør settes mer fokus på å fremme gode holdninger og økt sikkerhet.

Vi fant også at manglende kommunikasjon mellom operasjonssykepleier og kirurg kunne øke faren for stikkskader. Et amerikansk opplæringsprogram bygger på at 80% av uheldige hendelser i helsetjenesten skyldes svikt i kommunikasjonen (Hjort, 2007). Manglende kommunikasjon kan relateres til liten sikkerhetskultur på operasjonsstuen. Dette kan bedres ved å settes fokus på kunnskap, motivasjon, holdninger og adferd hos de ansatte (Haugen & Storm, 2015).

5.3 Forebygging av stikkskader på operasjonsstuen

Som vi har diskutert tidligere i dette kapittelet, skjer stikkskader på operasjonsstuene jevnlig. Informantene erfarte at sikkerhetsutstyr, som for eksempel nålebokser, ble brukt i varierende grad på. Funnene tyder på at nøytral sone brukes sjelden, og at det lite samsvar mellom operasjonssykepleiere og kirurgers syn på nytteeffekt av dette. Nøytral sone er et sterilt område i operasjonsfeltet hvor skarpe instrumenter og nåler legges av operasjonssykepleier, hvorpå kirurg eller assistent plukker det opp for bruk. Etter bruk vil det igjen bli lagt tilbake på samme plass, og operasjonssykepleier legger det tilbake på assistansebordet. Den nøytrale sonen kan være et pussbekken, brett, eller en magnetisk "pad". Fordelen med bruk av nøytral sone er at en unngår å overlevere stikkende og skjærende objekter fra hånd til hånd (Patton, 2015). Dette vil ifølge Patton (2015) redusere faren for stikkuhell under operasjon. Også tidligere forskning tyder på at nøytral sone er et tiltak som reduserer antall stikkskader (Berguer, 2005).

Informantene opplevde at funksjonaliteten var lite tilfredsstillende på noe av det forebyggende utstyret, og at det var vanskelig å venne seg til det. Tidligere forskning viser at implementering av forebyggende tiltak i form av utstyr og teknikker har vært utfordrende på operasjonsstuene, og dette samsvarer med våre funn (Guglielmi et al., 2010; Nagao et al., 2009; Welc et al., 2013). AORN¹ har i mange år hatt forebygging av stikkskader som et av sine fokusområder. Listen AORN har laget over de viktigste strategier for å forebygge stikkskader inneholder både bruk av nålebokser og nøytral sone som viktige tiltak for å få ned forekomsten (Patton, 2012).

I denne studien erfarer både operasjonssykepleiere og kirurger at det kunne vært mer fokus på forebygging av stikkskader. Funnene peker også på at operasjonssykepleieres og kirurgers holdninger til dette burde vært bedre. Tidligere forskning peker at dersom man skal lykkes med implementering av forebyggende tiltak, må kunnskapen om retningslinjene forbedres, det må settes fokus på fordelene forbundet med dette, samt fjerne barrierene for etterlevelse (Cutter et al., 2012; Welc et al., 2013; Jagger et al., 2010). Zacharias (2014) finner i sin studie at for å forebygge stikkskader må det settes fokus på kulturen, og hele organisasjonen må være involvert. I tillegg til spesifikke stikkskadeforebyggende tiltak peker stikkskadedirektivet (2010) på viktigheten av adekvat opplæring. Dette finner vi grunnlag for i tidligere forskning. Cutter et al. (2012) finner i sin studie at det er behov for nye opplæringstiltak for å fremme etterlevelse av retningslinjer og prosedyrer. Operasjonssykepleiere og kirurger er også lovpålagt å forebygge stikkskader etter beste evne (Helsepersonelloven, 2001). I tillegg er en stor del av en operasjonssykepleiere ansvarsområde å forebygge infeksjoner, både hos pasienten og det kirurgiske teamet (NSFLOS, 2014; NSF, 2011; Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie, 2005). Ifølge flere av informantene er det vanskelig å endre vaner, spesielt hos de som har jobbet i faget lenge. Dette kan skape en negativ kultur etter vår mening, og denne adapteres ofte av operasjonssykepleiere under opplæring.

¹ The Association of periOperative Registered Nurses, USA

Informantene påpeker viktigheten av å være bevisst på skarpe gjenstander, og å ha gode rutiner. De mener at dette er vel så viktig som det forebyggende utstyret. Dette finner vi støtte for i litteraturen, der det estimeres at over halvparten av alle stikkskader skjer fordi rutiner ikke følges (Andersen, 2015). Vi mener at dersom en del av de gode rutinene var at alle benyttet seg av tilgjengelig sikkerhetsutstyr, som tidligere studier viser har hatt effekt, vil den kombinasjonen mest sannsynlig bidra til en nedgang i antall stikkskader. I Stikkskadedirektivet (2010) legges det også vekt på at god opplæring vil ha en effekt på forebygging av stikkskader. Dette samsvarer med det Yang og Mullan (2011) og Adams og Elliott (2011) finner i sine studier, som konkluderer med at det ble en nedgang i forekomsten når opplæring i nytt utstyr ble gitt. På bakgrunn av funn vi har gjort er dette noe vi støtter oss til; vi mener at operasjonsavdelingen har et forbedringspotensial når det gjelder å sette fokus på temaet forebygging av stikkskader. Man bør bli enige om felles retningslinjer innad i avdelingen som må følges av alle. Adekvat opplæring bør bli gitt. Dersom implikasjon av nålebokser og nøytral sone, så vel som andre forebyggende tiltak, skal lykkes er det flere faktorer som spiller inn, og ansvaret for forebygging av stikkskade ligger på ulike nivå i systemet. Vi mener at adekvat opplæring må kombineres fokus på temaet forebygging av stikkskader, og det er avgjørende at hele avdelingen involveres.

5.4 Rutiner ved stikkskader i operasjonsavdelingen

Vi fant i vår studie at prosedyren for håndtering av stikkskader ikke alltid ble fulgt, og informantene hadde ulike erfaringer med hvordan stikkskader håndteres. Sykehuset hvor vi utførte studien vår har en intern prosedyrebank, hvor det finnes en prosedyre kalt; *Oppfølging etter risiko for blodsmitte ved stikk-/kuttskade, sprut o.l.* (NN, 2015). Prosedyren er laget med utgangspunkt i smittevernveilederen (jf. punkt 2.3.2.1), og beskriver anbefalt førstehjelp ved stikkskader og definerte ansvarsforhold i forbindelse med skader. Ifølge prosedyren, er den ansatte som er utsatt for skade ansvarlig for å melde hendelsen i avvikssystemet snarest, samt kontakte informere nærmeste leder, og de som har ansvaret for oppfølging av stikkskader (NN, 2015).

Alle informantene fortalte at de utførte førstehjelp dersom de ble utsatt for stikkskade; dette innebar å ta av seg hanskene for deretter å utføre en form for rengjøring av stikkområdet. Noen presset ut blod fra stikkstedet før de vasket og desinfiserte hendene, andre utelukkende desinfiserte stikkstedet. Smittevernveilederen anbefaler den som stikker seg å vaske stikkstedet godt med såpe og vann, og deretter desinfisere med spritløsning (Folkehelseinstituttet, 2013). Dette tyder på at det kan være manglende kunnskaper om prosedyren for håndtering av stikkskader, men kan også indikere mangel på etterlevelse.

Funnene våre viser at det er uklarheter omkring hvor en skal henvende seg etter en stikkskade, noe informantene opplevde at kunne være forvirrende for personalet i avdelingen. Noen av informantene kunne fortelle om tilfeller der de unnlot å melde en skade. Prosedyren for håndtering av stikkskader sier at Reisemedisinsk senter har hovedansvar for å oppfølging av stikkskader på dagtid. Når det er stengt, er det akuttmottaket som overtar dette ansvaret. De som på det gitte tidspunkt er ansvarlig for oppfølgingen, er også rekvirent for blodprøver, samt vurdering av videre oppfølgende tiltak. Den nærmeste lederen skal ha en koordinerende funksjon når stikkskader oppstår, ved å hjelpe den ansatte og påse at det blir tatt prøver av smittekilden så snart som mulig. Leder er også ansvarlig for å melde inokulasjonsskader til NAV, og sende skjema for dette videre til HMS sjefen. HMS sjefen skal kontrollere og videresende skadeskjemaet til NAV i den kommunen der den skadede er bosatt(NN, 2015).

Dette viser at sykehusets retningslinjer for oppfølging av stikkskader ikke alltid blir fulgt i praksis, og at den ansatte ikke alltid følger opp pliktene til å melde fra om skader(Arbeidsmiljøloven,2006; Blystad, 2010). Den ansatte har ansvar for å sette seg inn i, og å følge, prosedyren for håndtering av stikkskader (NN,2015). Det kan være mange årsaker til at skader ikke meldes. Prosedyren er omfattende, og involverer mange personer dersom en stikkskade oppstår. Vi anser at dette kan være noen av årsakene til at man unngår å melde skader.

5.5 Oppfølging og melderutiner etter stikkskader

Både operasjonssykepleierene og kirurgene i vår studie opplevde at det er mange som ikke melder i fra etter gjeldende rutiner når de har stukket seg. Noen av informantene bekrefter også dette med å fortelle om selvopplevde situasjoner. Informantene erfarte at det var kirurgene som minst meldte fra om skader, og oppgav at det var tidkrevende, mye arbeid og lite tilgjengelig som barrierer for å rapportere. Dette var som forventet, da flere studier, både fra Norge og internasjonalt finner det samme (Husøy et al., 2010; Nagao et al., 2009; Guglielmi et al., 2010; Cutter & Jordan, 2013; Jagger et al., 2010; Tarantola et al., 2006). Ifølge Tarantola et al. (2006) er det kirurgene som oftest unnlater å melde skade, noe som samsvarer med våre funn.

Ifølge Andersen (2015) er en av grunnene til at det er betydelig underrapportering av stikkskader i helsevesenet at bedriftshelsetjenesten ved sykehusene stort sett er effektivisert bort. Ifølge den interne prosedyren er det ulikt hvor en skal henvende seg ved stikkskader, avhengig av når på døgnet det er (NN, 2015). Vi ser at dette kan skape usikkerhet omkring når og hvor en skal henvende seg etter en stikkskade, noe informantene bekreftet. Det kan tenkes at det er en ekstra barriere for operasjonssykepleiere og kirurger å henvende seg i akuttmottaket, da det kan virke stort og uoversiktlig og er ofte forbundet med venting. Funnene våre indikerer også at det oppleves usikkert hvem som skal skrive ut rekvisisjon for blodprøvene og følge opp prøvesvar i akuttmottaket. Dette er heller ikke definert i internprosedyren (NN, 2015).

Det kan være forståelig at det er vanskeligere for kirurgene å finne tid til å gå å få tatt blodprøver. Der en operasjonssykepleier kan erstattes av en annen ved kirurgiske inngrep, er ofte kirurgene spesialiserte på de inngrepene som står på programmet, og de kan dermed ikke forlate operasjonsstuen for å melde skade og ta blodprøver. Selv operasjonssykepleiere kan det også være vanskelig å erstatte med et travelt operasjonsprogram. Dersom man unnlater å rapportere stikkskader kan dette utgjøre en stor fare for sikkerheten. Dette vil bli diskutert videre under punkt 5.6.

Vår mening er at stikkskader utgjør en såpass stor risiko, at til tross for følgene det måtte ha for operasjonsprogrammet, må både operasjonssykepleiere og kirurger ta seg tid til å melde skadene. En informant i studien vår uttrykte et ønske om et

standardisert forløp. Her mener vi det er et stort forbedringspotensial som det er enkelt å gjøre noe med.

Når det skjedde en stikkskade, opplevde informantene at alle hadde et individuelt ansvar for å følge opp, og ingen tok ansvar for andre enn seg selv. Det ble også sagt at det er ønskelig å slippe å sitte med hele ansvaret selv. Slik vi ser det er det ingen måte å slippe unna det personlige ansvaret. Hver enkelt må fysisk utføre melding av skade i avvikssystemet og gå og ta blodprøver. I tillegg til det personlige ansvaret, har vi også et moralsk og etisk ansvar for å melde stikkskader. Vi vet fra studier (Perry, Pearson, & Jagger, 2006) og konkrete saker (Olsen et al., 2010) at smitteoverføring skjer fra kirurg til pasient. Dette medfører at vi setter pasientens liv i fare ved å unnlate å melde skader. Med bakgrunn i NSF (2011) sine yrkesetiske retningslinjer, samt Smittevernloven (1995) mener vi at det ikke er rom for å unnlate å melde en stikkskade. Vi mener at den som har stukket seg deler ansvaret for adekvat oppfølging, da avdelingsleder også har et ansvar (Dåvøy et al., 2009; NN, 2015). På den andre siden er det tenkelig at avdelingsleder ikke får vite om mange av stikkskadene som skjer på operasjonsstuene. Et tenkt tiltak kan være å ta en "time out" i inngrepet dersom en stikkskade skjer. På denne måten kan den som har stukket seg rekke å gjøre nødvendig førstehjelp, og man kan rydde unna kontaminert utstyr. Samtidig kan man sette fokus på videre oppfølging og hjelpe hverandre i prosessen. Som i punkt 5.4 støtter vi studien til Zacharias (2014) og mener at hele kulturen for melding av stikkskader må endres i operasjonsavdelingen. Forløpet må forenkles og det skal ikke være rom og aksept for å unnlate å melde en stikkskade.

5.6 Stikkskader kan være en trussel mot sikkerheten

Studien vår viser at både operasjonssykepleiere og kirurger opplever stikkskader som en stor trussel mot egen helse. Vi fant også at informantene var bevisste på at stikkskader i tillegg utgjør en fare for pasienten. Funnene våre viser også at personalet ved flere anledninger tok en egen risikovurdering for smitte, på bakgrunn av journalen til pasienten. Damani (2011) påpeker faren ved å gjøre en egen risikovurdering av situasjonen, og sier at det kan være en trussel mot sikkerheten. Det er tenkelig at pasienter kan ha en blodsmitte uten at det står i

journalen. Hvis man nylig er smittet med HIV-viruset, kan HIV-test slå negativ ut de første månedene, samtidig som virusantallet er på et høyt nivå og man er svært smittsom (Tjade, 2013). Derfor vil en sjekk i journalen være veldig usikkert, og en falsk trygghet .

Heptonstall (2000) finner i sin studie at det er beregnet at kirurgens blod blir overført til pasienten i så mye som 1 av 5 operasjoner. Også Olsen et al.(2010) estimerer denne risikoen til å være så mye som 6% i sin studie. Olsen et al. (2010) konkluderer med at det er et stort behov for å kontrollere helsearbeidere for blodsmitte. Også Tarantola et al. (2006) påpeker viktigheten av å være klar over helsearbeiderens smittestatus for å hindre smitteoverføring. I Norge har vi sett eksempel på hva som kan skje dersom helsepersonell ikke er klar over at de har blodbårne virus, da en kirurg smittet ti pasienter med hepatitt C (Fonn, 2009). Det kan være nærliggende å tro at redsel for sanksjoner, som å ikke jobbe med invasive prosedyrer, er en av årsakene som ligger til grunn for at man ikke(Andersen, 2015). Vi finner det det paradoksalt at mange velger å ikke teste seg etter gjeldene rutiner dersom en stikkskade har skjedd. Her er et eksempel på lite samsvar mellom kunnskap og handling (Welc et al., 2013). Alle helsearbeidere har et juridisk ansvar for å jobbe forsvarlig og følge gjeldende rutiner (Helsepersonelloven, 2001; Tranøy, 2014). Samtidig har både operasjonssykepleier og kirurg et moralsk ansvar (Tranøy, 2014). De bør være bevisste sin *kirurgiske samvittighet*, en etisk væremåte som fremmer å utføre de rette handlingene til enhver tid (NSFLOS,2014).

Funnene våre antyder at det er usikkert hvor sterk sikkerhetskulturen er i avdelingen. Informantene opplevde at det var fokus på det, men med varierende hell. I tillegg viste funnene at mye av kulturen for sikkerhet på operasjonsstuene ble uttrykt non-verbalt, det vil si at informantene følte at den var tilstede, selv om det ikke ble snakket så mye om det. Sikkerhetskultur er beskrevet av Haugen og Storm (2015) som et grunnleggende mønster i en gruppe, som utvikles og læres videre til nye medlemmer. For nye medlemmer kan det være vanskelig å oppfatte denne kulturen, dersom den uttrykkes non-verbalt. Det bør derfor bli mer bevissthet omkring dette, for å videreføre gode holdninger omkring sikkerhet til nytt personale.

I litteraturen som omtaler stikkskader er fokuset stort sett på helsearbeideren (Tjade, 2013; Andersen, 2015). Men Patton (2015) påpeker at det i den senere tid er blitt mer fokus på at personalets sikkerhet og pasientsikkert skal ses i sammenheng og ikke to adskilte saker. Videre skriver Patton (2015) at dersom helsepersonellet mål er å unngår skade, lette sykdom og fremme helse hos pasienten, må et sikkert arbeidsmiljø ligge til grunn for å oppnå dette målet. Ifølge Hjort (2007) kan ikke en uønsket hendelse ses isolert, men som et produkt av hele organisasjonen, systemet og kulturen. Dette mener vi betyr at for å bedre pasientsikkerheten og sikkerheten for personalet, må det først og fremst jobbes med kulturen på avdelingsnivå rundt forebygging av stikkskader, og alle skader som skjer må meldes og følges opp. Igjen støtter vi oss på studien til Zacharias (2014) som påpeker viktigheten av at organisasjonen må involveres for å få ned forekomsten av stikkskader.

5.7 Videre forskning

Denne studien har et begrenset omfang, men kommer allikevel innom mange områder som det kunne vært interessant å undersøke nærmere. Vi ser at det kan være behov for å gjøre en kvantitativ studie for å kartlegge omfanget av stikkskader, og melding av stikkskader. Det er flere yrkesgrupper som jobber i operasjonsavdelingen, foruten operasjonssykepleiere og kirurger, og som håndterer stikkende og skjærende gjenstander. Det kunne vært interessant å gjort en kvalitativ studie som også inkluderer anestesipersonell, renholdspersonell, og operasjonsteknikere for å se på deres erfaringer og opplevelser med stikkskader. Det hadde også vært interessant å undersøke nærmere sikkerheten og sikkerhetskulturen i operasjonsavdelingen rundt stikkskader.

5.8 Implikasjoner for praksis

Vi finner i denne studien det at rom for forbedringer i operasjonsavdelingen, og behov for at hele organisasjonen setter fokus på forebygging av stikkskader. Studien kan bidra til dette, og gjøre de ansatte mer bevisste på fordelene med å forebygge skader. Den kan også være med på å belyse viktigheten av å melde skadene. Vi ser også at systemet for melding av skader kan gjøres enklere, og viser

til funnene der det anbefales en type "fast track" for melding av stikkskader. I den praktiske hverdagen er det flere enkle tiltak som kan gjøres for å forbedre sikkerheten, og forebygge stikkskader. Alle prosedyrene for kirurgiske inngrep bør ha nåleboks på "plukklisten" for utstyr, noe som ikke er tilfellet i dag. Studier har vist at "nøytral sone" hatt positiv effekt på forebygging av stikkskader. Det bør derfor forsøkes å innføre dette som standard på operasjonsstuene. Når en stikkskade skjer bør det innføres rutine for å gjøre en "time out" i inngrepet, dersom situasjonen tillater det. Dette bør gjøres for at den skadede kan få tid og anledning til å utføre førstehjelp, samt å gi operasjonssykepleieren og kirurgen tid til å rydde unna kontaminert utstyr og gjenopprette sterilitet i feltet. Vi foreslår også å lage en perm/konvolutt med prosedyre og ferdig utfylte rekvisisjoner for blodprøver. Disse bør være plasserte et sted der de er tilgjengelige gjennom hele døgnet. Man bør også tilstrebe økt fokus på sikkerhet, noe som kan gjøres gjennom undervisninger og foredrag.

I denne studien finner vi også at forstyrrende faktorer under operasjoner kan være en medvirkende årsak til stikkskader. Et ønske fra en av informantene var at man skal slippe å ha med seg calling inn på operasjonsstuen.

6.0 KONKLUSJON

Med denne studien har vi ved bruk kvalitativ metode, undersøkt operasjonssykepleiere og kirurgers erfaringer og opplevelser med stikkskader på operasjonsstuen. Problemstillingen som besvares er: *Hvilke erfaringer og opplevelser har operasjonssykepleiere og kirurger med stikkskader på operasjonsstuen?* Datainnsamlingen ble gjort ved individuelle intervjuer av to operasjonssykepleiere og to kirurger. I dette kapittelet vil vi oppsummere de viktigste funnene i dataanalysen, implikasjonene for praksis og forslag til videre forskning.

Studiens funn tyder på at både operasjonssykepleiere og kirurger erfarer at stikkskader skjer jevnlig på operasjonsstuene. Informantene opplever at det er nåler som forårsaker mest stikkskader. Kirurgene og operasjonssykepleierne opplever også at uerfarent personale, stressende situasjoner, travelhet og mangel på kommunikasjon mellom operasjonssykepleier og kirurg kan være medvirkende årsaker til at stikkskadene skjer. Informantene opplever at holdningene til forebygging av stikkskader blant operasjonssykepleiere og kirurger kunne vært bedre. Det er vanskelig å implementere nye forbyggende tiltak og nytt tilgjengelig utstyr. Nøytral sone er forebyggende tiltak som har dokumentert positiv effekt på stikkskader (Patton, 2015). Dette blir lite brukt på operasjonsstuen ifølge informantene. Det er dårlig samsvar mellom kunnskap og handling når det gjelder stikkskader (Welc, 2013), og dette kan ha en sammenheng med at kirurger og operasjonssykepleiere historisk sett har akseptert risikoen for å bli smittet av en blodbåren sykdom som en del av yrket (Spratt et al., 2012). Til tross for denne aksepten opplever både operasjonssykepleiere og kirurger stikkskader på operasjonsstuen som en trussel mot egen helse.

I samsvar med tidligere forskning, erfarer informantene i denne studien at mange stikkskader ikke meldes etter gjeldene rutiner (Husøy et al., 2010; Guglielmi et al., 2010; Nagao et al., 2009). Informantene fortelle at de unnlater å melde stikkskader fordi det er tidkrevende og lite tilgjengelig. De uttrykker også usikkerhet rundt meldeprosessen. Informantene ytret ønske om et enklere, standardisert opplegg

for melding av stikkskader som er mindre tidkrevende, samt at de skal slippe å sitte med hele ansvaret selv for oppfølgingen. I denne studien finner vi at både operasjonssykepleiere og kirurger er bevisste på at dersom de unnlater å melde stikkskader kan det gå ut over pasientsikkerheten. Dette er enda et eksempel på sprik mellom kunnskap og handling på operasjonsstuen (Welc, 2013). Ifølge Zacharias (2014) er det avgjørende at hele organisasjonen involveres for å forebygge stikkskader, og få bukt med underreporteringen. Vi mener at det derfor må settes større fokus på viktigheten av forebygging av stikkskader, og at kulturen på operasjonsstuene må endres. Dette kan gjøres ved å arrangere undervisning og seminarer der en vektlegger fordelene ved å forebygge stikkskader (Welc, 2013). Nøytral sone vil mest sannsynlig føre til nedgang i antall stikkskader, og bør derfor innføres som standard prosedyre ved alle kirurgiske inngrep. Nedgang i antall stikkskader vil igjen føre til økt sikkerhet for både operasjonssykepleiere, kirurger og pasienter (Haugen & Storm, 2015). Dersom en stikkskade skjer, mener vi at det kan være hensiktsmessig med en "time out" i det kirurgisk inngrepet. Dette for blant annet å sikre adekvat førstehjelp, og oppmuntre den som har stukket seg å melde det til nærmeste leder. På denne måten kan ledere ta del i ansvaret for oppfølgingen etter gjeldende internprosedyre (NN, 2015).

Det kunne vært interessant å undersøkt temaet stikkskader nærmere ved å bruke kvantitativ metode. Da kunne man undersøkt antall stikkskader og hvor stor andel av stikkskadene som ikke rapporteres ved det aktuelle sykehuset. I videre kvalitativ forskning kunne man involvert annet personell på operasjonsstuen som renholdere, anesthesi personell og teknikere. Disse er også utsatt for stikkskader på operasjonsstuen, men ble ikke tatt med i denne studien på grunn av omfanget.

REFERANSER

- Adams, D., & Elliott, T. S. J. (2011). Safety-engineered needle devices: evaluation prior to introduction is essential (Vol. 79, pp. 174-175).
- Al-Benna, S. (2010). Needlestick and sharps injuries among theatre care professionals. *Journal Of Perioperative Practice*, 20(12), 440-445.
- Andersen, B. M. (2015). *Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus : D. 1 : Mikrobiologi og smittevern*. Bergen: Fagbokforl.
- Arbeidsmiljøloven. (2006). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>.
- Arbeidstilsynet (2013). "Forskriftsendringer skal hindre stikkskader og infeksjoner." Hentet fra <http://www.arbeidstilsynet.no/nyhet.html?tid=240817>.
- Berland, A., Bentsen, S. B., & Gundersen, D. (2009). Sykehusinfeksjoner og pasientsikkerhet. *Vård i Norden*, 29, 33-37.
- Berland, A., Natvig, G. K., & Gundersen, D. (2008). Patient safety and job-related stress: A focus group study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(2), 90-97. doi:10.1016/j.iccn.2007.11.001
- Blystad, H. (2010). *Smittevernboka*. Hentet fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Main_6157&Main_6157=7139:0:25,5499
- Braut, G.S. og J. Holmboe (2015). Pasientsikkerhet- dagens strukturer *Pasientsikkerhet-Teori og praksis*. K. Aase. Oslo, Universitetsforlaget: 47-61
- Damani, N. (2011). *Manual of Infection Prevention and Control* (3rd ed.). Oxford: OUP Oxford.
- Dåvøy, G. A. M., Eide, P. H., & Hansen, I. (2009). *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2012). Meldingssystem for smittsomme sykdommer. Hentet fra <http://www.fhi.no/helseregistre/msis>
- Fonn, M. (2009). Ti pasienter smittet med hepatitt C. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2008/08/ti-pasienter-smittet-med-hepatitt-c>
- Fry, D. E. (2007). Occupational risks of blood exposure in the operating room. *The American surgeon*, 73(7), 637.

- Guglielmi, C. L., Spratt, D. G., Berguer, R., Alexander, S., Barnes, S., & Groah, L. (2010). A call to arms to prevent sharps injuries in our ORs. *AORN Journal*, 92(4), 387-392. doi:10.1016/j.aorn.2010.08.005
- Hagstrom, A. M. (2006). Perceived barriers to implementation of a successful sharps safety program. *AORN Journal*, 83(2), 391. doi:10.1016/S0001-2092(06)60169-5
- Haugen, A. S., & Storm, M. (2015). Sikkerhetskultur i sykehus. I K. Aase, *Pasientsikkerhet- Teori og praksis* (pp. 77-86). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Hentet <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> - KAPITTEL_4.
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>.
- Helsinkideklarasjonen*. (2013). Hentet fra https://www.etikk.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/_Toc229220455.
- Heptonstall, J. (2000). Surgeons who test positive for hepatitis C should be transferred to low risk duties. *Reviews in Medical Virology*, 10(2), 75-78. doi:10.1002/(SICI)1099-1654(200003/04)10:2<75::AID-RMV275>3.0.CO;2-E
- Hjort, P. F. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten : en lære-, tenke- og faktabok*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Husøy, A.-M., Minde, T., Knudsen, H., & Akselsen, P. E. (2010). Stikkskader og melderutiner. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130(7), 735-737.
- Jagger, J., Berguer, R., Phillips, E. K., Parker, G., & Gomaa, A. E. (2010). Increase in sharps injuries in surgical settings versus nonsurgical settings after passage of national needlestick legislation. *Journal Of The American College Of Surgeons*, 210(4), 496-502. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2009.12.018
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kunnskapssenteret. (2016). Pasientsikkerhet. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/pasientsikkerhet>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Makary, M. A., Al-Attar, A., Holzmueller, C. G., Sexton, J. B., Syin, D., Gilson, M. M., . . . Pronovost, P. J. (2007). Needlestick injuries among surgeons in training. *The New England Journal Of Medicine*, 356(26), 2693-2699.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (2. utg.) Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - Forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Qualitative methods in medical research - Preconditions, potentials, and limitations*, 122(25), 2468-2472.
- Nagao, M., Inuma, Y., Igawa, J., Matsumura, Y., Shirano, M., Matsushima, A., . . . Ichiyama, S. (2009). Accidental exposures to blood and body fluid in the operation room and the issue of underreporting. *American Journal Of Infection Control*, 37(7), 541-544. doi:10.1016/j.ajic.2009.01.009
- NESH. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>.
- N.N. (2015). *Oppfølging etter risiko for blodsmitte ved stikk-/kuttskade, sprut o.l.* Prosedyrebank ved det aktuelle sykehuset.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. Utg.). Oslo: Akribe.
- NSF. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN's etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- NSFLOS. (2014) Norsk sykepleier forbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere. FAGHEFTE *Operasjonssykepleier- ansvar og funksjonsbeskrivelse*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/843267/FAGHEFTE 2011mars 2012.pdf](https://www.nsf.no/Content/843267/FAGHEFTE%2011mars%2012.pdf)
- NSPA (2000). *Needlestick Safety and Prevention Act*. Hentet fra [http://www.cdc.gov/sharpssafety/pdf/Needlestick Saftety and Prevention Act.pdf](http://www.cdc.gov/sharpssafety/pdf/Needlestick%20Safety%20and%20Prevention%20Act.pdf).
- Olsen, K., Dahl, P. E., Paulssen, E. J., Husebekk, A., Widell, A., & Busund, R. (2010). Increased risk of transmission of hepatitis C in open heart surgery compared with vascular and pulmonary surgery. *The Annals Of Thoracic Surgery*, 90(5), 1425-1431. doi:10.1016/j.athoracsur.2010.06.053

- Pasient-og-brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>.
- Patton, R. M. (2015). Workplace Issues and Staff Safety. In J. C. Rothrock, *Alexander's Care of the patient in surgery* (pp. 47-68). St.Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Perry, J. L., Pearson, R. D., & Jagger, J. (2006). Infected health care workers and patient safety: A double standard. *AJIC: American Journal of Infection Control*, 34(5), 313-319. doi:10.1016/j.ajic.2006.01.004
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Wolter Kluwer Health.
- Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie. (2005). Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393-rammeplan_for_videreutdanning_i_operasjonssykepleie_05.pdf.
- Schlichting, E., & Andersen, B. M. (1998). Smitteprofylakse for kirurger. *Prevention of blood transmissible diseases to surgeons*, 118(3), 416-418.
- Sikkerhet. (2015). *Store norske leksikon* Hentet fra <https://snl.no/sikkerhet>
- Smittevernforordningen. (2006). *Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-06-17-610>.
- Smittevernloven. (1995). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>.
- Spratt, D., Cowles Jr, C. E., Berguer, R., Dennis, V., Waters, T. R., Rodriguez, M., . . . Groah, L. (2012). Workplace safety equals patient safety. *AORN Journal*, 96(3), 235-244 210p. doi:10.1016/j.aorn.2012.07.001
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelse>.
- Stikkskadedirektiv. (2010). *Framework Agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector concluded by HOSPEEM and EPSU*
- Stringer, B. (2010). Hands-free technique and sharps injuries in surgical settings. *Journal Of The American College Of Surgeons*, 211(2), 295-296. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2010.05.010
- Tarantola, A., Golliot, F., L'Heriteau, F., Lebascle, K., Ha, C., Farret, D., . . . Bouvet, E. (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.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.

Tjade, T. (2013). *Medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer* (4.ed.). Bergen: Fagbokforl.

Tranøy, K. E. (2014). Ansvar. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/ansvar>

Welc, C. M., Nassiry, A., Elam, K., Sanogo, K., Zuelzer, W., Duane, T., . . . Bearman, G. (2013). Continued non-compliance with the American College of Surgeons recommendations to decrease infectious exposure in the operating room: why? *Surgical Infections*, 14(3), 288-292. doi:10.1089/sur.2012.067

Yang, L., & Mullan, B. (2011). Reducing Needle Stick Injuries in Healthcare Occupations: An Integrative Review of the Literature. *ISRN Nursing*, 2011. doi:10.5402/2011/315432

Zacharias, R. (2014). Avoiding needlestick injuries: establishing a culture of safety in the or. *AORN Journal*, 100(6), 686-689. doi:10.1016/j.aorn.2014.09.004

Aase, K. (2.ed) (2015). *Pasientsikkerhet: teori og praksis* Oslo: Universitetsforlaget.



Til
Ingvild Lunde Stensland og
Elin Refsnes
Sentraloperasjonen

Intern ID
Tildeles av
forskningsavdelingen

Ephorte saksnr
2015/3700

Saksbehandler:
Inger H Bleskestad,

Dato:
27.10.2015

**Personvernombudets tilråding for behandling av personopplysninger i prosjektet:
«Helsepersonells erfaringer med stikkskader på operasjonsstuen – en kvalitativ studie»**

Det vises til innsendt melding om behandling av personopplysninger av 08.10.2015.

Behandling og utlevering av person - /helseopplysninger i denne saken meldes til personvernombudet med hjemmel i Personopplysningsforskriften § 7-12, jf. Personopplysningsloven § 31 første ledd.

Personvernombudet legger til grunn at dette prosjektet er forskning, og at prosjektet omfatter behandling av personopplysninger, men ikke helseopplysninger.

Personvernombudet tilrår prosjektet under følgende forutsetninger:

1. Behandling av helse- og personopplysningene skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen, jf. personopplysningsloven § 11 c). Dersom formålet eller databehandlingen endres må det straks gis melding til forskningsavdelingen.
2. Tilgangen til opplysningene skjer i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene.
3. Data slettes eller anonymiseres ved prosjekt slutt 31.12.2016.
Det skal ved prosjektslutt sendes *sluttmelding og bekreftet sletting* til forskningsavdelingen.
4. Prosjektets data skal oppbevares forsvarlig og i henhold til personopplysningsforskriftens kapittel 2. Data lagres aidentifisert og manuell kryssliste oppbevares på prosjektleders kontor i låsbart skap. Personopplysninger lagret på mobile enheter må krypteres tilstrekkelig.

Inger H. Bleskestad

Inger H Bleskestad
Personvernombud



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Erfaringer med stikkskader på operasjonsstuen –en kvalitativ studie”

Bakgrunn og formål

Vi er to studenter som utdanner oss til å bli operasjonssykepleiere ved Universitetet i Stavanger, og skal i den forbindelse skrive en masteroppgave. Masteroppgaven er en kvalitativ studie der vi ønsker å undersøke hvilke erfaringer operasjonssykepleiere og kirurger har med stikkskader på operasjonsstuen.

Tidligere forskning på området viser blant annet at det skjer mange stikkskader, og at en stor andel av skadene ikke meldes etter gjeldende rutiner. Det er satt i verk en rekke tiltak de siste årene for å unngå stikkskader. Antallet skader går ned i andre avdelinger, men forskning viser at antall stikkskader er konstant eller økende på operasjonsstuene.

Formålet med vår studie er å undersøke hvilke erfaringer operasjonssykepleiere og kirurger har med stikkskader ved operasjonsavdelingen på Stavanger Universitetssykehus (SUS). Vi ønsker informanter som jobber ved sentraloperasjonen (SOP) på SUS, og vi ønsker å intervjuer både operasjonssykepleiere og kirurger ved generell- og ortopedisk avdeling.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Dersom du ønsker å delta i studien vil dette innebære at du må stille til et intervju som vil vare i cirka 1 time. Tema som vil bli tatt opp i intervjuet er; Erfaringer med stikkskader på operasjonsstuen, rutiner for melding av stikkskader og forebygging av stikkskader. Vi vil begge være til stede i selve intervjusituasjonen. Den ene vil lede intervjuet, mens den andre vil være observatør. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd med digital diktafon og transkribert og analysert av prosjektansvarlige. Vi planlegger å ferdigstille masteroppgaven våren 2016 og evt. publisere funnene i en vitenskapelig artikkel på et seinere tidspunkt.

Vi er fleksible med tanke på tid og sted for intervjuet, men det er ønskelig at det lar seg gjennomføre i arbeidstiden.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og kun prosjektansvarlige og veileder Signe Berit Bentsen vil ha tilgang til det transkriberte materialet. Lydopptakene blir oppbevart i et låsbart skap. Word-dokumenter med transkripsjon og analyser vil bli lagret på en minnepinne og oppbevart i samme skap.

All informasjon i forbindelse med intervjuene vil bli anonymisert og deltakerne vil IKKE kunne gjenkjennes i selve masteroppgaven eller i en eventuell senere publikasjon.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2016. Når masteroppgaven er ferdigstilt vil alle data fra intervjuene, det vil si lydopptak og word-dokumenter slettes. Diktafonen vil bli formatert slik at det ikke er mulig å gjenopprette lydfilene.

Frivillig deltakelse

Å delta i studien er frivillig, og du kan når som helst trekke deg fra studien uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med operasjonssykepleierstudent Ingvild Lunde Stensland (97010889) og/eller operasjonssykepleierstudent Elin Refsnes (99021065).

Studien er meldt inn til, og godkjent av Personvernombudet og Forskningsavdelingen ved SUS.

.....
Ingvild Lunde Stensland
Operasjonsstudent

.....
Elin Refsnes
Operasjonsstudent

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta:

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg gir også tillatelse til at jeg kan bli kontaktet i etterkant av intervjuet dersom det er behov for å stille tilleggsspørsmål:

VEDLEGG 3 -intervjuguiden

Intervjuguide

Tema 1: Stikkskader

1. Kan du fortelle litt om dine erfaringer og opplevelser med stikkskader på operasjonsstuen (peroperativt)?

- Har du stukket deg?
- Eventuelt hvor mange ganger?
- Hva gjorde du da du eventuelt stakk deg? Hva følte du?
- Opplever du at andre stikker seg?

2. Hvilke tanker har du omkring når stikkskader oppstår?

- I hvilke situasjoner/ er det spesielle situasjoner at skadene oppstår?
- Steril assistanse, gjennomføring av kir inngrep, koordinerende funksjon?
- Rydding og kasting av avfall, vask av utstyr?(ikke relevant siden vi spør om peroperativt?)
- Ved overlevering av instrumenter? Hånd til hånd?

3. Hva gjør du/teamet for å forbygge stikkskader?

- doble hansker?
- Nåleboks?
- nøytral sone?
- Har du forslag til andre tiltak som kan settes i verk for å redusere antallet stikkskader?

4. Kan du si litt om hvilket ansvar du har i forhold til stikkskader i operasjonsavdelingen?

5. Kan du fortelle litt om rutinene for håndtering av en stikkskade?

- Førstehjelp?
- Videre oppfølging?
- Hvem sitt ansvar?
- Rapportering?
- Prosedyrer
- Retningslinjer

6. Kan du si noe om dine erfaringer med rapportering/melding av stikkskader?

- Dersom stikkskadene ikke rapporteres, har du noen tanker om hvorfor de ikke rapporteres?

7. Hvordan kan du tenke deg at den fysiske og psykiske oppfølgingen bør være i forbindelse med stikkskader?

- Er du fornøyd/ ikke fornøyd med oppfølgingen slik det er i dag? Fortell dersom det gjelder deg??

Tema 2: Sikkerhet, pasientsikkerhet og sikkerhetskultur

Definisjon pasientsikkerhet: Pasienter skal ikke utsettes for unødig skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangelen på det samme(Saunes m.fl 2010).

8. Hvilke tanker har du om at stikkskader blant personalet kan være en trussel for pasientsikkerheten?

- Er dette noe du er bevisst på i ditt daglige virke?
- Hvilke konsekvenser kan dette gi for pasienten?

9. I hvilken grad er det fokus på å forebygge stikkskader på operasjonsstuen?

- Hva gjør ledelsen for å forebygge at stikkskader oppstår?
- Er det et fokusområdet i avdelingen?
- Hvorfor? Hvorfor ikke?
- På hvilken måte er operasjonsstuen tilrettelagt for å forebygge stikkskader?

10. Har du inntrykk av at det er en sikkerhetskultur på operasjonsstuen i forhold til dette?

- At personalsikkerhet er noe men er opptatt av?

11. Er det faktorer som kan gjøre at sikkerheten til pasienten blir svekket?

12. Er det noe du ønsker å tilføye med tanke på de temaene vi har vært inne på?

VEDLEGG 4 – utdrag fra analyseskjema

TEMA	KATEGORI	KONDENSERT MENINGSENHETER	MENINGSBÆRENDE ENHETER
<p>Oppfølging og melderutiner etter stikkskader</p>	<p>BARRIERER MOT Å FØLGE MELDERUTINER FOR STIKKSKADER</p>	<p>Det er merarbeid, og vi har nok å gjøre.</p>	<p>K1: Det er merarbeid, sant, og vi har fader nok å gjøre altså.</p>
		<p>Det er fuzz.</p>	<p>K1: Hvorfor ikke? Fordi det er fuzz..</p>
		<p>Det går på at man ikke orker.</p>	<p>K2: Mmm, jeg tror det går mest på at man ikke orker.</p>
		<p>En stund var det vanskelig å få tatt blodprøvene, da de måtte tas et visst klokkeslett. Det er ikke lett i vår arbeidshverdag.</p>	<p>O3: Det har jo vært litt.. jeg vet at det har blitt bedre nå, men det var en stund det var veldig trøblete å få tatt blodprøvene fordi en måtte komme på et visst klokkeslett for å ta de. Og det er jo ikke alltid så enkelt i vår arbeidshverdag.</p>
		<p>Mange sier de ikke gidder rapportere, fordi det tar så mye tid. Jeg vet ikke om det er blitt nedre nå.</p>	<p>O3: Ja, det er jo mange som sier at de ikke gidder å rapportere det fordi de syns det er så mye arbeid, og det tar så mye tid. Så.. nå har jeg ikke hørt fra noen som har gjort det nå nylig, og om det er blitt bedre enn det var før. Men det var iallefall veldig tungvint tidligere.</p>
		<p>Jeg skjønner argumentet med at det skulle vært lettere å gjennomføre. Hvis det er travelt så er det ikke bare å sette seg i akuttmottaket og vente.</p>	<p>O4: Så jeg skjønner jo det argumentet som de har der, at det skulle vært mye lettere å gjennomføre. Hvis du har det travelt så er det ikke bare å sette seg ned i akuttmottaket og vente at noen skal skrive ut rekvisisjon.</p>
		<p>Jeg var borte lenge fra avdelingen. For meg var det greit, men om det var greit for avdelingen..</p>	<p>O4: Altså det hadde nok, jeg var borte lenge, for å si det sånn, fra avdelingen. Så ja, for meg var det jo greit, men om det var greit for avdelingen(latter).</p>
		<p>Legene sier det tar så lang tid at de ville brukt tiden på det hvis de skulle gjort det hver gang.</p>	<p>O4: Spesielt legene sier at det tar så lang tid at dersom de skulle gjort det hver gang så hadde de brukt tiden på det liksom.</p>
		<p>Det tar tid.</p>	<p>O4: Ja, altså det tar litt tid, det gjør jo det.</p>
		<p>På natten må du kanskje vente til morgenen etter jobb</p>	<p>O4: På natten for eksempel, så er det ikke alltid at det er, da må du kanskje gjøre det på morgenen etter jobb, eller ja..</p>