

**Leiring av operasjonspasienten - En kvalitativ studie av
operasjonssykepleieres erfaringer**



Universitetet
i Stavanger

Institutt for Helsefag

Master i sykepleie med spesialisering i operasjonssykepleie

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Student: Monica Fosmark

Veileder: Signe Berit Bentsen, Professor/operasjonssykepleier

Medveileder: Marie Undheim, Universitetslektor/operasjonssykepleier

Mai 2017

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I SYKEPLEIE

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår 2017 (Kull 2015-2017)

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Monica Fosmark

VEILEDER: Signe Berit Bentsen, Professor/operasjonssykepleier

MEDVEILEDER: Marie Undheim, Universitetslektor/operasjonssykepleier

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel:

Leiring av operasjonspasienten - En kvalitativ studie av operasjonssykepleieres erfaringer

Engelsk tittel:

Positioning of the operation patient - A qualitative study of perioperative nurse experiences

EMNEORD/STIKKORD:

Leiring, leiringsskader, operasjonspasienten, operasjonssykepleier, operasjonsstue, forebygging, pasientsikkerhet, sikkerhet, sikkerhetskultur.

Positioning, positioning injuries, perioperative nurse, surgical department, prevention, patient safety, safety, work place safety.

ANTALL SIDER: 70

STAVANGER: 26.04.2017

FORORD

I løpet av de to siste årene er masterstudie i operasjonssykepleie fullført. Arbeidsprosessen har vært tidkrevende, spennende og lærerik.

Jeg ønsker å takke min veileder Signe Berit Bentsen, professor ved institutt for Helsefag, UIS for god støtte, veiledning og oppmuntring. Jeg vil i tillegg takke medveileder Marie Undheim for gode råd og inspirasjon gjennom hele prosessen.

Jeg ønsker å rette en stor takk til informantene for deltakelsen i studien, og deres bidrag med gode faglige diskusjoner og refleksjoner. Også en stor takk til operasjonsavdelingen for god tilretteleggelse slik at jeg kunne gjennomføre denne studien.

Og sist, men ikke minst en stor takk til Erik og Karoline som har oppmuntret meg hele veien, det hadde ikke blitt oppgave uten deres støtte og heiarop.

Stavanger, mai 2017-04-21

Monica Fosmark

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Ved kirurgiske inngrep håndterer operasjonssykepleieren ulike typer leiring av pasienten. De vanligste leiene er ryggleie, sideleie og mageleie. Tidligere forskning viser at leiringskader er noe operasjonssykepleierne er opptatt av å forebygge. Forebyggende tiltak jobbes kontinuerlig med i operasjonsavdelingen, men skader som påføres på grunn av leiet under kirurgisk inngrep kan ikke alltid unngås. Fokus på forebygging av leiringskader vil alltid ha første prioritet i operasjonsavdelingen.

Formål: Formålet med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer operasjonssykepleieren har med leiring av operasjonspasienten og hva de vektlegger når de leirer pasienten på operasjonsbordet. Følgende problemstilling for studien var «*Hva vektlegger operasjonssykepleierne ved leiring av operasjonspasienten?*»

Metode: Kvalitativ metode med et fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv er benyttet for å svare på problemstillingen. Det er gjennomført semistrukturert intervju av 6 operasjonssykepleiere ved et universitetssykehus i Norge. Datamaterialet ble analysert ved inspirasjon av Graneheim og Lundman's sin kvalitative innholdsanalyse.

Funn: Funnene viser at operasjonssykepleierne er opptatt av å forebygge leiringskader. Det kommer frem at operasjonssykepleieren har et stort ansvar når det gjelder leiring av operasjonspasienten og at dette ansvaret håndteres godt. Fagprosedyrer og leiringsutstyr ble fremhevet som et viktig redskap for leiringen. Funnene viser også at tilgang til operasjonsfeltet vektlegges.

Konklusjon: Det overordnede målet ved leiring av operasjonspasienten er at pasienten ligger godt og sikkert på operasjonsbordet ved kirurgisk undersøkelse eller behandling. Det bør settes fokus på forebyggende tiltak som vil danne grunnlaget for videre forbedring av operasjonssykepleierens forebyggende arbeid.

Nøkkelord: Leiring, leiringskader, operasjonspasienten, operasjonssykepleier, operasjonsstue, forebygging, pasientsikkerhet, sikkerhet, sikkerhetskultur.

ABSTRACT

Background: For surgical interventions, the perioperative nurses place the patient into different types of positions on the operative bed. The most common positions are supine position, side position and prone position. Previous research shows that positioning injuries are something the perioperative nurses are committed to prevent. Preventive measures are continuously being developed by the surgical department, but injuries due to the patient body position during surgical procedures cannot always be avoided. Focus on the prevention of positioning injuries will always be a priority in the surgical department.

Purpose and research question: The purpose of this study was to examine the experiences the perioperative nurses have with the positioning of the patient and what they emphasize when positioning the patient on the operative bed. The research question for the study was: «*What do the perioperative nurses emphasize on during the positioning of the patient before surgery?* »

Method: A qualitative method with a phenomenological and hermeneutist perspective was used to find an answer to the research question. Semi structural interviews have been conducted with 6 perioperative nurses at a University Hospital in Norway. The collected data were analyzed by the utilization of Graneheim og Lundmans qualitative content analysis method.

Findings: The finding show that perioperative nurses are committed to the prevention of positioning injuries. The finding also show that the perioperative nurses have a great responsibility when it comes to positioning of the patient and this responsibility is handled well. Discipline procedures and positioning equipment were highlighted as important tools for correct positioning of the patient. The findings also show that a good access for the surgeon must be emphasized when placing the patient.

Conclusion: The overall goal when positioning the patient, is that the patient is placed well and secure on the operative bed during surgical examination or treatment. There should be focus on preventive measures that will form the basis for further improvement of the perioperative nurses' patient positioning work.

Keywords: Positioning, positioning injuries, perioperative nurse, surgical department, prevention, patient safety, safety, work place safety.

Innhold

FORORD

SAMMENDRAG

ABSTRACT

1 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 STUDIENS FORMÅL OG PROBLEMSTILLING	2
1.3 OPPGAVEN STRUKTUR	3
2 BEGREPER, DEFINISJONER OG TIDLIGERE FORSKNING.....	4
2.1 OPERASJONSSYKEPLEIERENS ANSVAR OG FUNKSJONSOMRÅDE	4
2.2 LEIRING AV OPERASJONSPASIENTEN.....	6
2.2.1 <i>Leiringsskader</i>	9
2.2.2 <i>Risikofaktorer for leiringsskader</i>	10
2.2.3 <i>Forebygging av leiringsskader</i>	11
2.2.4 <i>Konsekvenser</i>	12
2.2. <i>Sikkerhet, pasientsikkerhet og sikkerhetskultur</i>	12
3 METODE.....	14
3.1 KVALITATIV METODE OG DESIGN	14
3.2 FENOMENOLOGISK OG HERMENEUTISK TILNÆRMING	15
3.4 DATAINNSAMLING.....	16
3.4.1 SEMISTRUKTURERT INTERVJU	16
3.4.2 <i>Intervjuguiden og pilotintervju</i>	17
3.4.3 <i>Utvalg og tilgang til informanter</i>	18
3.4.4 <i>Gjennomføring av intervjuene</i>	19
3.4.5 <i>Databehandling og analyse</i>	19
3.6 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER	21
3.7 METODOLOGISKE BETRAKTNINGER.....	22
3.7.1 <i>Metodevalg og tilnærming</i>	22
3.7.2 <i>Datainnsamling og utvalg</i>	23
3.7.3 <i>Forforståelse og forskning i eget felt</i>	24
3.7.4 <i>Studiens troverdighet (trustworthy)</i>	24

4 FUNN	26
TABELL.1	26
4.1 Å UNNGÅ LEIRINGSKADER.....	26
4.1.1.Vanskelig å unngå skader.....	26
4.1.2 Å prøve ut leier	27
4.1.3 Å vektlegge avlastning.....	28
4.1.4 Å gjøre kliniske observasjoner	28
4.1.5 Å kjenne risikofaktorer	29
4.1.6 Tilgang på leiringsutstyr	30
4.2 TILRETTELEGGE FOR TILGANG TIL OPERASJONSFELTET	30
4.3 Å HA GODE RUTINER.....	31
4.3.1 Etablering av rutiner	31
4.3.2 Å følge fagprosedyrer	31
4.4 OPERASJONSSYKEPLEIEREN HAR HOVEDANSVARET	33
5 DISKUSJON.....	35
5.1 FOREBYGGING AV LEIRINGSSKADER.....	35
5.2 TILGANG TIL OPERASJONSFELTET.....	40
5.3 RUTINER OG PROSEDYRER	41
5.4 ANSVAR FOR LEIRING AV OPERASJONSPASIENTEN	44
5.5 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING	46
6 KONKLUSJON	48
REFERANSER	49
VEDLEGG 1 – INTERVJUGUIDEN	
VEDLEGG 2 –ANALYSESKJEMA UTDRAG AV ET TEAM	
VEDLEGG 3 – PERSONVERNOMBUDET	
VEDLEGG 4 – FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I INTERVJU	

Antall ord: 18649 med vedlegg

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Når en skal leire operasjonspasienten på operasjonsbordet er måten dette blir gjort på viktig for at det ikke skal oppstå unødige skader eller komplikasjoner. En viktig funksjon til operasjonssykepleieren er å forebygge komplikasjoner som følge av leiring på operasjonsbordet under kirurgisk inngrep eller behandling; (Heizenroth, 2015; Hansen, 2009; NSFLOS, 2014). Det er gjennom de siste tiår blitt mange nye operasjonsmetoder som også har ført til at operasjonspasienten utsettes for risiko for å bli påført skader i forbindelse med en operasjon. Et eksempel på en teknologisk utvikling som skaper spesiell utfordring i forhold til leiring er operasjoner i forbindelse med robotkirurgi. Utfordringene er spesielt ved selve leiet (litotomi og trendelenburg) og det at operasjonstiden kan være fra 1-6 timer (Bennicoff, 2010; Hortmann & Chung, 2015);. Robotkirurgi er brukt innenfor kirurgiske områder som urologi, gynekologi og gastrokirurgi.

Operasjonssykepleier har et viktig ansvar i forbindelse med leiring av pasienten på operasjonsbordet, og hun/han håndterer mange ulike leiringsprosedyrer som for eksempel ryngleie, sideleie og mageleie som er de som regnes som basisleiring. På grunn av faren for leiringsskader er operasjonssykepleieren bevisst på hva pasienten utsettes for under operasjonen, og er fokusert på den jobben som gjøres i forkant av en operasjon for å forebygge leiringsskader. Dette krever at operasjonssykepleieren må ha gode kunnskaper om både ulike leiringsposisjoner, anatomi, fysiologi og patofysiologi (Dåvøy, Eide, & Hansen, 2009; Primiano, et al., 2011; Macapagal, 2004)

I operasjonssykepleierens funksjonsbeskrivelse beskrives det hvordan operasjonssykepleieren i kirurgisk virksomhet har myndighet og ansvar for egen yrkesutøvelse, og kompetanse for den helhetlige utøvelse av sykepleie (NSFLOS, 2014).

Operasjonssykepleie innebærer en individuell og profesjonell sykepleie innenfor direkte og indirekte pasientrettet arbeid. Videre har operasjonssykepleieren et forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende ansvar. Operasjonssykepleieren skal ha et

tverrfaglig samarbeid og kunne arbeide i team for å sikre en faglig forsvarlig pasientbehandling (NSFLOS, 2014). Et av områdene der operasjonssykepleieren utøver sitt administrative ansvar er når hun deltar i det kirurgiske teamet. Dette vises ved at operasjonssykepleieren tar ansvar for å planlegge, koordinere og organisere sin utøvelse av operasjonssykepleie i samarbeid med operasjonsteamet (Sutton, Link, & Flynn, 2013; Crook, 2016; AORN Recommended Practices Committee, 2001)

I den seinere tid har sikkerhet, sikkerhetskultur og pasientsikkerhet fått et stadig større fokus i sykehus generelt og operasjonsavdelingen spesielt. Hverdagen er hektisk og flest mulig pasienter skal behandles. Det handler ofte om at driften har fått et større fokus og dette preger operasjonssykepleierens arbeidssituasjon. Dette gjør at ulike prosedyrer må gå fort og sikkert. Flere tidligere studier viser at forekomsten av leiringsskader er ukjent og antyder en underreportering av leiringsskader (Codd, Evans, Williams, Evans, & Sagar, 2013; Eteuati, Hiscock, Hastie, Hayes, & Jones, 2013). Fokus på pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten er viktig i forebygging av leiringsskader for å få et best mulig resultat av operasjonen (Helsepersonelloven, 2001; Specialisthelsetjenesteloven, 2001). Min hypotese er at operasjonssykepleiere har kunnskaper om leiring og hvordan forebygge leiringsskader forebygges, hvilke typer skader pasienten er utsatt for og tegn og symptomer på disse (Akhavan, Gainsburg, & Stock, 2010; Bouyer-Ferullo, 2013; Sukhu & Krupski, 2014); Gjennom spesialistutdanningen i operasjonssykepleie tilegner en seg grunnleggende kunnskaper om leiring og leiringsskader (Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie, 2005) og i arbeidet som operasjonssykepleier utvikles kunnskapene og ferdighetene videre.

1.2 Studiens formål og problemstilling

Formålet med dette kvalitetsforbedringsprosjektet er å utforske hvilke erfaringer operasjonssykepleiere har med leiring av operasjonspasienten og hva som vektlegges ved leiringen. På denne måten kan jeg få mer kunnskap om leiring, leiringsskader og bidra til forbedring og forebygging av at leiringsskader oppstår. Jeg håper også å bevisstgjøre operasjonssykepleiere slik at det blir økt fokus på leiringen av operasjonspasienten. Ut fra dette har jeg satt opp følgende problemstilling for denne studien:

Hva vektlegger operasjonssykepleieren ved leiring av operasjonspasienten?

1.3 Oppgaven struktur

I neste kapittel presenteres det teoretiske grunnlaget for studien. Her vil jeg definere sentrale begrep og beskrive operasjonssykepleierens funksjons og ansvarsområde samt tidligere forskning. I kapittel tre vil metoden som er benyttet i studien gi en grundig beskrivelse av datainnsamling og analysen av data. Videre vil det i kapittelet bli gjort en kritisk vurdering av metode og metodologiske valg som er gjort i masteroppgaven. I fjerde kapittel vil jeg presentere mine funn fra studien som underbygges av informantene sine utsagn fra intervjuene. Deretter i kapittel fem vil funnene diskuteres og settes i sammenheng med teori og tidligere forskning. I siste kapittel seks vil jeg gjøre en oppsummering av studien og presentere hva jeg fant ut i forhold til problemstillingen.

2 BEGREPER, DEFINISJONER OG TIDLIGERE FORSKNING

I dette kapittelet presenteres først operasjonssykepleierens ansvar- og funksjonsområde, med vekt på ansvar i forbindelse med leiring av operasjonspasienten, samt definisjoner og begreper som er aktuelle for operasjonssykepleierens ansvarsområde.

Videre presenteres begreper som operasjonspasienten, leiring, leiringsskader sikkerhet, pasientsikkerheter og sikkerhetskultur i operasjonsavdelingen i henhold til tidligere forskning og litteratur.

For å finne litteratur og tidligere forskning har jeg søkt i databasene Medline og Cinhal med søkeordene «patient positioning», «perioperative nursing», «operating room» og «surgical patients». Jeg begrenser søket til å gjelde fra 2000 til d.d. Dette ga 158 treff. Etter å ha tatt ut duplikater og ekskludert studier som ikke var relevante satt jeg igjen med 24 studier. Jeg har også søkt i bibsys.no for aktuell litteratur. Jeg har valgt å presentere studiene og aktuell litteratur under underkapitlene fortløpende da dette var mest hensiktsmessig i denne oppgaven.

2.1 Operasjonssykepleierens ansvar og funksjonsområde

Leiring av operasjonspasienten er en av operasjonssykepleierens viktigste ansvarsområde. Gjennom utdanningen tilegnes kunnskap om anatomi og fysiologi som har betydning for hvordan kroppen påvirkes ved leiring (Heizenroth, Positioning the Patient for Surgery, 2015; Dåvøy, Eide, & Hansen, 2009);

Ansvar kan i forbindelse med sikkerhet defineres som; «*forpliktelse til å stå til rette, gjøre rede for, eller å bære utgiftene for noe*» (Tranøy, 2014).

Som operasjonssykepleiere yter vi selvstendig helsehjelp, noe som innebærer et juridisk og moralsk ansvar. Juridisk ansvar vil si å sikre pasienten og forebygge feil, forholde oss til handlinger og handlingens konsekvens. Moralsk ansvar er sentralt i forhold til pasientmedvirkning. Det handler etisk sett om å møte pasienten, samarbeide der det er mulig og sørge for at pasienten opplever seg respektert og trygg i forhold til den behandling som gis (NSFLOS, 2014; Dåvøy, Eide, & Hansen, 2009).

Operasjonssykepleierens ansvar og funksjonsområde er en spesialisert kompetanse som beskrives og er nedfelt i rammene for yrkesutøvelse (Rammeplan for videreutdanning i

operasjonssykepleie, 2005). Operasjonssykepleieren skal ivareta den akutt og kritisk syke pasienten, dette innebærer et forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende ansvar (NSFLOS, 2014). Videre arbeider operasjonssykepleieren flerfaglig innen det kirurgiske teamet. De generelle målene for operasjonssykepleie er å utøve individuell og profesjonell operasjonssykepleie til pasienter som skal gjennomgå et kirurgisk inngrep, samt ha inngående kjennskap til operasjonstekniske prinsipper og behandling (NSFLOS, 2014). Operasjonssykepleieren gjør selvstendige vurderinger ut fra sine kunnskaper, ferdigheter og erfaringer innenfor rammen av lover og bestemmelser. Dokumentasjon er en pålagt oppgave for alle som gir selvstendig helsehjelp. Hensikten er å bidra til sikkerhet ved å kommunisere med annet helsepersonell og bidra til kontinuitet og kvalitet i pasientens behandling og pleie (NSFLOS, 2014).

Operasjonspasienten er utsatt for komplikasjoner, og har ingen kontroll i den perioperative fasen og operasjonssykepleieren må da planlegge individuelle forebyggende tiltak. Den forebyggende funksjon har som mål å forhindre eller redusere helsesvikt hos operasjonspasienten (NSFLOS, 2014).

Det er operasjonssykepleieren sin oppgave å fungere som pasientens advokat og forhindre at pasienten ikke påføres skader eller lidelser under det kirurgiske inngrepet eller undersøkelse som utføres (Dåvøy, Eide, & Hansen, 2009).

I *Lov om spesialist helsetjeneste* står det at operasjonssykepleieren må kunne iverksette adekvate forebyggende tiltak for å redusere risiko for komplikasjoner som trykk- og nerveskader, hypotermi og infeksjoner (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001).

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med omsorgsfull helsehjelp som kan forventes av helsepersonell ut fra kvalifikasjoner og arbeidets karakter (Helsepersonelloven, 2001).

I denne oppgaven står det forebyggende ansvarsområdet sentralt, og vil derfor bli nærmere beskrevet med særlig vekt på forebygging av leiringskader. Et viktig ansvar for operasjonssykepleierne er at en ikke skal påføre pasienten ytterlige traumer og skader, som leiringsskader, utover det inngrepet krever, og begrense belastninger som inngrepet påfører pasienten (Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie, 2005).

Leiring av operasjonspasienten utgjør en stor del av operasjonssykepleierens arbeidsdag og gjenspeiler mange av de oppgavene som utføres ved planlegging av operasjonene med tanke på leiringsutstyr, leiringen og utføringen av leiringen i henhold til den operasjonen som skal utføres, tilrettelegge for kirurgisk tilgang og vurdere pasientens tilstand ut i fra alder, vekt og tidligere sykdom eller plager. For å forebygge at en påfører pasienten skader eller ubehag må operasjonssykepleieren vite hvordan hun skal gjøre dette, og kjenne til teori og forskning på feltet og ha kunnskap innen anatomi, fysiologi og patofysiologi (Dåvøy, Eide, & Hansen, 2009). Operasjonssykepleieren må også bruke hendene og kroppen slik at pasienten kjenner at leiringen er god og at pasienten føler at en blir behandlet med respekt og ivareta pasientens integritet (Dåvøy, Eide, & Hansen, 2009).

En viktig del av operasjonssykepleierens ansvar er å ha kontroll på at prosedyrene utføres korrekt. En skal ha god oversikt, bruke blikket og samarbeide i team. Operasjonssykepleieren må derfor jobbe systematisk, koordinere leiringen av pasienten og delegere ved behov. Operasjonsavdelingen ses på som en kompleks avdeling å organisere, der mange forskjellige yrkesgrupper samarbeider i team og det kreves høy kompetanse for å gi god pasientbehandling (NSFLOS, 2014).

2.2 Leiring av operasjonspasienten

Operasjonspasienten er en pasient, «som på grunn av sin helsetilstand må gjennomgå kirurgiske undersøkelser og/eller behandling» (Moesmand & Kjøllesdal, 2009, s. 96).

Leiring av operasjonspasienten er hvordan man legger pasienten til rette for en operasjon (Dåvøy, Eide, & Hansen, 2009). Noe av hensikten med leiringen er at når pasienten legges på operasjonsbordet så sikrer en at respiratorisk funksjon fungerer uproblematisk. Ved å opprettholde adekvat blodsirkulasjon så ønsker en at pasienten har et blodtrykk innen fastlagte grenseverdier. Her må man ta høyde for alder, vekt og generell almenntilstand, og måle væskeinntak, blodtap og urinproduksjon. En må sikre at pasienten ikke utsettes for nerve- trykkskade og tilstrebe at det blir en jevn fordeling av kroppsvekten, det kan være nødvendig med ekstra puter under hodet og puter under knehasene. Det er videre viktig å sikre optimal tilgang for kirurgen uten å påføre pasienten ubehag eller skade. Tilrettelegge for at anestesisykepleier og anestesilege har uhindret tilgang til administrasjon av anestesimidler og overvåking av blodtrykk, puls hjerterytme og respirasjon er også viktig, samt planlegge operasjonen slik at pasienten

ikke utsettes for post operative komplikasjoner. Videre må en ta hensyn til pasientens sikkerhet, velbehag og individuelle behov (Rothrock, 2015)

For å leire pasienten til operasjon er de vanligste leiene mageleie, ryngleie, litotomileie, trendelenburgleie, sideleie, kne-albue-leie. I denne oppgaven velger jeg å utdype ryngleie, litotomileie, trendelenburgleie, sideleie og da Vinci prostata robotkirugi leie, da det er disse leiene informantene vektlegger som mest sentrale i forhold til leiringsskader.

Det vanligste leiet er ryngleie som blir brukt ved kirurgisk undersøkelse eller behandling i store hulrom som ved aortakirurgi, tarmkirurgi, leverkirurgi, og kirurgi på hode, hals og ekstremitetene (Hansen, 2009). I dette leiet ligger pasienten flatt med armene langs siden eller ut på arm bord for å forebygge at pasienten påføres skade på plexus brachialis. Når armen ligger langs siden av kroppen må en polstre med pute eventuelt bruke renne å legge den i for å hindre skade på nervus ulnaris og nervus radialis (Hansen, 2009; Bouyer-Ferullo, 2013); Nerveskade kan komme av ukorrekt leiring, spesielt hos pasienter som har diabetes, er røykere og tynne pasienter (Hansen, 2009; Heizenroth, 2001). Ryngleiet har mindre skadevirkninger enn andre mer utfordrende leiringsposisjoner, men det er utsatte trykkpunkter på armer, hode, rygg, sete og hæler en må ta hensyn til da trykkskader kan oppstå over knokkelframspring som skulderbladene (scapulae), albubeinet (ulcranon), halebeinet (coccyx) og hælbeinet (calcaneus) (Rothrock, 2015).

Sideleie blir bruk ved kirurgi i thorax, nyre og øvre del av ureter, hofte og femur og er et utfordrende leie på grunn av at trykkpunkter på øre, hofte og skuldre. Pasienten blir lagt på operasjonsbordet i ryngleie og får generell, spinal og/eller epidural anestesi før han blir snudd i sideleie (Rothrock, 2015). Pasienten blir stabilisert med sidestøtter en foran mot symfyisen og en bak mot os sacrum, hvor en må polstre godt med puter. Den nederste skulderen trekkes frem for å unngå direkte trykk på skulderbladet. Den øverste armen legges i armbord og festes godt, og en ser godt etter at den ikke har overstrekk. Det blir lagt pute under thorax for å lette på trykket på nerver og kar lang plexus brachialis og for å lette respirasjonen til pasienten som kan påvirkes av vekten på kroppen (Codd, Evans , Williams , Evans, & Sagar, 2013) En pute (såkalt «tunnellpute» eller «rådhuspute») blir lagt mellom beina for å stabilisere pasienten. En må også sjekke

at det nederste beinet ligger med bøyd kneledd, og det øverste skal ligge rett ut eller med en liten bøy i kneleddet (Rothrock, 2015).

Litotomileie blir brukt ved operasjoner i vagina, rektum eller ved urologiske operasjoner. I utførelsen av disse operasjonene kreves det varsomhet fra operasjonssykepleieren for å sikre at pasienten tåler belastningen, og de må ha fokus på det etiske aspektet for å unngå bløtting (Dåvøy, Eide, & Hansen, 2009). Litotomileie innebærer at pasienten plasseres på rygg med benene i beinholdere. Hvor mye beina abdueres når pasienten legges opp i beinholderen kan justeres etter type inngrep og tilgjengelighet for det kirurgiske feltet. Leiringsutstyret er standard beinholdere, men ofte kreves kreativitet og god individuell planlegging for hver pasient (Bennicoff, 2010). Litotomileie kan være svært utfordrende for pasienten og kan føre til trykk på legger, lår og hofter som igjen kan føre til nerveskader og compartmentsyndrom. Uavhengig av type beinholdere kan abduksjonen av beina føre til strekk på nerver, muskler og hofteledd. Eldre pasienter kan ha protese i hoftene og en må være ekstra forsiktig med overdreven fleksjon og abduksjon så ikke hofteleddet lukker (Rothrock, 2015). Ved langvarige kirurgiske inngrep i litotomileie er en fryktet komplikasjon compartmentsyndrom, som kan oppstå etter ekstrem kompresjon eller ukorrekt posisjon av ekstremitetene under operasjonen. Dersom sirkulasjonen er opphevet eller redusert vil det kjennetegnes ved iskemi, ødemer, forhøyet trykk i vevet og sterke smerter, som igjen kan føre til skade i muskulaturen, nerver og kar (Biddle & Cannady, 1990).

Trendelenburgleie er en variant av ryggleie, men her blir pasienten tippet slik at hodeenden er lavere enn beina. Hensikten er å få bedre tilgang til bekkenorganene under åpen eller laparoskopisk kirurgi. Ved tipping av operasjonsbordet er det en risiko for at pasienten kan skli, og for å unngå dette sikres pasienten med skulderstøtter og reimer. Skulderstøtten plasseres ved ytre del av clavícula, en plassere en hånd imellom for å sikre at det ikke er for stamt, og leiet må sjekkes igjen når pasienten er tippet og eventuelt korrigeres på skulderstøtten for å hindre skade på plexus brachialis (Rothrock, 2015).

Robotkirurgi brukes nå innenfor mange kirurgiske områder som urologi, rektal, thorax, hjerte, gynekologi og generell kirurgi (Hortmann & Chung, 2015). Det er ulike leiringsposisjoner innen hver spesialitet som krever spesielle forholdsregler, og operasjonstiden varierer fra en time til flere (6-8) timer. Ved leiring til robotkirurgi av

prostata som er det leiet jeg velger å beskrive nærmere her, brukes en kombinasjon av litotomileiet og trendelenburgleiet som beskrevet ovenfor.

2.2.1 Leiringsskader

En leiringsskade oppstår når en frisk del av kroppen blir skadet som følge av trykk mot nerve eller vev. Ifølge Norsk Pasientskade Erstatning (NPE) oppstår skadene oftest på armer eller bein og flesteparten som får leiringsskade fikk utført ortopediske eller gastroenterologiske operasjoner (Norsk pasientskadeerstatning , 2016). Det er ulike typer leiringsskader og de deles ofte inn i trykkskade, nerveskade og compartmenrsyndrom (Heizenroth, 2001; Eteuati , Hiscock , Hastie, Hayes , & Jones , 2013).

Trykkutsatte områder avhenger av hvordan pasienten er leiret på operasjonsbordet. Trykkskade skyldes vedvarende trykk på hud eller underliggende vev som medfører skade på vevet (Rothrock, 2015) og oppstår som regel over knokkelfremspring (Heizenroth, 2001). Når pasienten er bedøvet vil kroppstyngheten utøve trykk og skape en kompresjon av bløtvev mellom knokkelfremspring og operasjonsbord (Primiano, et al., 2011).

Nerveskade skyldes enten trykk, avklemming, vridning eller strekk av nerver. Nervus ischiadius er utsatt for skade og det kan oppstå nerveskade ved sterk fleksjon og strekk på nerven hvis pasienten blir liggende med beinet utfor operasjonsbordet uten støtte. Plexus brachialis danner et nettverk av nerver som brer seg nedover halsen og pasienten er spesielt utsatt for skade på denne ved trendelenburgleie der bordet tippes. Når trykket hviler mot skulderstøttene kan skade skje hvis de er plassert for nær halsen (Chitlik, 2011) De nervene som ligger overfladisk som for eksempel nervus ulnarius kan få skade når armen, og særlig albuen, ligger ubeskyttet mot underlaget. Avhengig av skadens alvorlighetsgrad kan nerven innhente seg etter kortere eller lengre tid (Rothrock, 2015). Ved strekk av muskler og ledd er det fare for overstrekk av perifere nerver eller ved direkte press på neven eller omliggende vev, noe som kan føre til iskemi og nerveskade (Rothrock, 2015). Det viktigste for operasjonssykepleieren er å tenke på at når kroppen til pasienten blir bedøvet ved generell anestesi eller ved nerveblokkade, så er kroppens kommunikasjonssystem totalt eller delvis ineffektivt og responderer ikke normalt (Rothrock, 2015).

Compartmentsyndrom oppstår ved trykk eller opphevet sirkulasjon. Spesielt karene i ekstremitetene er utsatt (Allen, 2007). Akutt compartmentsyndrom er en kirurgisk komplikasjon ved leiring av operasjonspasienten som kan føre til permanent nerve og muskelskader. Flere studier viser at denne komplikasjonen kan oppstå etter spesielle leiringsposisjoner som for eksempel kne-mageleie og litotomileie (Bennicoff, 2010); (Hansen, 2009).

2.2.2 Risikofaktorer for leiringsskader

Det er ulike risikofaktorer for leiringsskader, og disse deles ofte inn i indre og ytre faktorer. Indre faktorer er alder, ernæringsstatus, tilleggs sykdommer som diabetes og pasientens immobilitet. Risikoen for trykkskade øker med alderen fordi med økende alder minsker muskeltonus og regenerering av hudceller tar lengre tid. Ved tilleggs sykdommer som diabetes tredobles risikoen for trykkskade. For pasienter med dårlig ernæringsstatus er det en sammenheng med utvikling av trykkskader (Bennicoff, 2010; Bouyer-Ferullo, 2013; Heizenroth, 2001).

Ytre faktorer er friksjon, fuktighet, varmt underlag og hypotermi. Friksjon kan oppstå når hodeenden til pasienten senkes og en mekanisk motstand oppstår mellom hud og underlag. Fuktighet i form av svette eller søl skaper friksjon og påvirker huden og øker faren for skade. Varmt underlag kan føre til trykkskade, samtidig vil en ikke utsette pasienten for hypotermi (Dåvøy, Eide, & Hansen, 2009)

Hvis inngrepet varer lenger enn 2-3 timer, doubles faren for trykkskade (Primiano, et al., 2011; Sukhu & Krupski, 2014; Heizenroth, 2015). Madrassen som brukes på operasjonsbordet er oftest standard tempurmadrass som er et viktig trykkavlastende hjelpemiddel som har dokumentert effekt på å redusere trykket i kapillærene til 32 mmHg eller mindre (Rothrock, 2015). Studier viser også at kirurgiske inngrep som har en varighet på over 4 timer øker risikoen for å utvikle nerveskader (Bouyer-Ferullo, 2013).

Ved kirurgi som behøver generell anestesi utsettes pasientene for påvirkninger i sirkulasjonssystemet, videre påvirke anestesimidlene sirkulasjonen som kan føre til varmetap og lavere kapillært trykk, noe som igjen kan føre til vevsødeleggelse og økt fare for leiringsskader (Rothrock, 2015).

2.2.3 Forebygging av leiringskader

Studier viser at leiringskader har oppstått fordi det ikke var gode nok forebyggende tiltak (Killen, Kleinbeck, Gollar, Schuchardt, & Uebele, 1997; Leonard, 1992; Rothrock, 2015)

Studier viser videre at leiringskader er noe operasjonssykepleiere er opptatt av å forebygge (Heizenroth, 2015). For å forebygge leiringskader på operasjonsbordet må operasjonssykepleieren ha god kunnskap om kroppens anatomi og fysiologi. Utsatte punkter for trykk avhenger av den leiringsposisjonen pasienten ligger i. En kan tolerere høyt trykk over en kort periode eller lavt trykk over en lengre periode, men er det utvendige trykket over 32 mm/hg kan det resultere i dårlig blodsirkulasjon og iskemi i vevet (Primiano, et al., 2011).

Forebyggende tiltak som operasjonssykepleieren må kunne mestre er bruk av ulike hjelpemidler som gir trykkavlastning og god liggestilling. Det er viktig med god polstring ved trykk på områder som for eksempel rundt fibulahodet. I sideleie er det viktig å beskytte benet som ligger ned mot underlaget, skulderen som ligger nederst kan utsettes for trykk og den armen som ligger øverst kan få overstrekk (Dåvøy, Eide, & Hansen, 2009). anbefalt praksis er at pasientens arm ikke skal pakkes inn når den er i liggende posisjon, unntatt hvis det er nødvendig av kirurgiske grunner. Dette fordi det er en risiko for compartmentsyndrom hvis armen pakkes for stramt med laken. Det er imidlertid viktig at armene festes godt slik at de ikke faller ned (Denholm, 2009). Ifølge NPE var årsakene til at leiringskader oppstår ugunstig plassering av armer og bein eller at de ikke var bevegde på under langvarige operasjoner. Det kunne i noen tilfeller også være at polstringen ikke var god nok (Norsk pasientskadeerstatning, 2014).

En må bruke god tid på leiringen og være oppmerksom på å forebygge skader under hele leiringsprosedyren (Hansen, 2009; Heizenroth, 2015). Operasjonssykepleieren må være i forkant og vite når hun/han planlegger operasjonen at ulike leiringsposisjoner kan utsette pasienten for skade, og derfor være observant under leiringen og under det kirurgiske inngrepet. Operasjonssykepleieren må også underveis i operasjonen gjøre vurderinger om det er nødvendig å endre på leiet til pasienten hvis pasienten ikke var godt nok leiret på forhånd eller det kirurgiske inngrepet krever leiringsendring (Macapagal, 2004).

En norsk masteroppgave beskriver viktigheten av gode leiringsprosedyrer for å forebygge leiringsskader. Ifølge masteroppgaven er prosedyrene et veiledende verktøy som sikrer minstekrav på god leiringskvalitet. Den påpeker også viktigheten av leiringsutstyr og hvordan tiltak må planlegges og iverksettes individuelt (Jonasson, 2014).

2.2.4 Konsekvenser

En studie viser at operasjonssykepleieren beskytter seg faglig og lovmessig ved dokumentasjon av leiringen. Ideelt sett skal ikke leiringsposisjoner resultere i skade hos pasienten, derfor har operasjonssykepleieren strategier for å beskytte pasienten;

1. Opplæring og kompetanse.
2. Sertifisering for å forstå hvordan en leirer korrekt og få informasjon om nye leiringer (Spruce & Van Wicklin, 2014).

Ifølge NPE kan konsekvensene for pasientene som får leiringsskader være alvorlige og føre til kroniske smerter og i verste tilfelle til uførhet (Norsk pasientskadeerstatning , 2016). Leiringsskader som er direkte knyttet til pasientens leie under et kirurgisk inngrep er først og fremst skader på hud, underliggende vev, muskler og skjelett, perifere nerver og sensitive områder som øyne, bryst, perineum og fingre (Hansen, 2009; Heizenroth, 2015).

NPE har utbetalt 52 millioner kroner til pasienter som har fått skade etter feil leiring på operasjonsbordet. Flertallet av de som fikk erstatning hadde ortopedisk eller gastroenterologisk kirurgiske behandling. Noen hadde fått nedsatt funksjon eller nedsatt følelse i skadet kroppsdel og noen hadde fått kroniske smerter (Norsk pasientskadeerstatning , 2016).

2.2. Sikkerhet, pasientsikkerhet og sikkerhetskultur

Sikkerhet kan defineres som; *«fravær fra uønskede hendelser eller frihet fra fare og frykt og er en dynamisk prosess som kan påvirkes av faktorer som trussel, fare, sårbarhet og verdi»* (Store Norske Leksikon , 2015). Sikkerhet beskrives også som en del av et bredere kvalitetsbegrep som består av flere dimensjoner som omhandler pasientperspektivet, samhandling og kontinuitet (Aase, 2015).

Videre er pasientsikkerhet «vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelse eller mangel på ytelse» (Kunnskapssenteret, 2016).

Sikkerhetskultur er «summen av de ansattes kunnskap, motivasjon, holdninger og adferd som kommer til uttrykk gjennom virksomhetens totale sikkerhetsatferd» (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2014).

Sikkerhetskultur er de uønskede hendelsene vi ønsker fravær av og er relatert til en skade ved klinisk behandling, ikke som følge av en komplikasjon til et sykdomsforløp. Å vurdere om hendelsen er forårsaket av helsetjenesten eller om den er forårsaket av pasientens sykdomsforløp er vanskelig. Det kan også være andre faktorer som at den medisinske behandling ikke har vært tilfredsstillende (Aase, 2015). I sykehus vil sikkerhetskultur vanligvis omhandle pasientsikkerhetskultur og beskrives som et grunnleggende mønster i en gruppe som utvikles og læres til andre. I sikkerhetskulturen vil de grunnleggende verdiene og holdningene de ansatte i en organisasjon har, vises i deres atferd og fellesskap (Haugen & Storm, 2015).

En rapport fra Helse- og omsorgsdepartementet viser at andelen av pasientskader ved norske sykehus har gått opp fra 2013 til 2014 på grunn av for dårlig sikkerhetskultur. Det vises til at dette jobbes aktivt med og at det er et stort fokus på pasientsikkerhet. En ny rapport fra 2016 viser at NPE mottok to prosent færre saker, noe som kan være en effekt av økt fokus på pasientsikkerhet.

3 METODE

I dette kapittelet redegjøres det for valg av metode for å undersøke hva operasjonssykepleieren vektlegger i sin utøvelse av leiring. Det blir presentert forskerdesign og vitenskapsteoretisk forankring. Deretter følger en redegjørelse av intervju som er den valgte metoden for datainnsamling. Videre vil jeg klargjøre prosessen rundt valg av metode, innsamling, analyse og validering av data og forskningsetiske vurderinger. Jeg vil bruke Graneheim og Lundman sin metode i innholdsanalysen av de kvalitative dataene. Til slutt vil jeg reflektere rundt denne studiens troverdighet.

3.1 Kvalitativ metode og design

I denne oppgaven benyttes kvalitativ metode, noe som innebærer forskningsstrategier som egner seg til å beskrive og analysere karaktertrekk, egenskaper og kvaliteter ved de fenomenene som blir studert. Designet er således både deskriptiv og analytisk og vil kunne bidra til å presentere mangfold og nyanser (Malterud K. , 2011).

En kvalitativ tilnærming med individuelle intervjuer ble valgt da hensikten er å la problemstillingen være førende for studien. Kvalitativ metode kan være både beskrivende og fortolkende (Polit & Beck, 2012). Jeg ønsker å beskrive menneskelige erfaringer omkring temaet leiring og ønsker å forstå dybden og kvaliteten på det arbeidet som utføres. Kvalitativ metode egner seg til å utforske menneskers opplevelser omkring temaet leiring og for å styrke vår forståelse om fenomenet. Det kan åpne for ny kunnskap der kunnskapsgrunnlaget og dokumentasjon i utgangspunktet er tynt eller når en ønsker å klargjøre en sammensatt problemstilling (Malterud K. , 2011).

Ved kvalitativ metode kan man gjennom å analysere dataene beskrive karaktertrekk, egenskaper og kvaliteter og gå i dybden som er motsetning til den kvantitative metoden som beskriver upersonlige numeriske data (Malterud K. , 2011). Kvalitativ forskning gir dybde og innsikt, mens kvantitativ forskning gir bredde og oversikt (Thornquist, 2003).

3.2 Fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming

Fenomenologien beskriver psykologien der den brukes i dag som en tilnæringsmåte for å forstå menneskers livserfaring. Grunnleggeren av fenomenologi Edmund G.A. Husserl brukte begrepet som en fortolkning for å finne en dypere mening og å forstå (Polit & Beck, 2012).

Gjennom dybdeintervju kan man komme frem til informasjon som informanten forteller om og oppnå forståelse av personens egne erfaringer (Thagaard, 2009). Ved å anvende fenomenologisk tilnærming vil jeg prøve å se helheten i det informanten deler.

Fenomenologien er rettet mot «noe», og dette «noe» har mening. Siden jeg er ute etter å studere hva operasjonssykepleierne vektlegger ved leiring av operasjonspasienten, eigner dette studiet seg til å ha et fenomenologisk perspektiv.

Hermeneutikk handler om tolking av meninger, og beskrivelsen av meningene vil være farget av våre tolkninger. Ved en hermeneutisk tilnærming er vi alltid forutinntatt i vår tenking og vår viten gjennom språklig formidling av tekst (Thornquist, 2003). Ifølge hermeneutikken vil en alltid ha en forforståelse med seg når ting blir presentert, denne vil ikke være umiddelbart gitt, men fortolkes (Thornquist, 2003).

Jeg har arbeidet som operasjonssykepleier i 16 år og har god erfaring med leiring av operasjonspasienter. I løpet av studiet har jeg lest meg opp på temaet og har tilegnet meg utdypende kunnskap gjennom litteraturen. Den erfaringen jeg har som operasjonssykepleier og det jeg har lest i litteratur og tidligere studier danner forforståelsen som jeg hadde i møte med informantene.

Forskerens rolle er forbundet med intervju. Det har stor betydningen for hvordan forskeren treffer valg basert på etiske hensyn veid opp mot vitenskapelige hensyn (Kvale & Brinkmann, 2012). Informantene kan på grunn av nært samspill med forskeren la seg påvirke selv om en prøver å opprettholde en profesjonell rolle (Kvale & Brinkmann, 2012).

Forforståelsen kan bygge på egne erfaringer, fordi vi er historiske vesener forstår vi i kraft av fordommer som aldri bare er individuelle og private (Thornquist, 2003).

I møte med informantene var det viktig å være oppmerksom på forforståelsen slik at ikke intervjusituasjonen ble farget av at det var mine arbeidskollegaer jeg intervjuet. Informantene forholdt seg til informasjonen som var gitt på forhånd og var velvillige til

å svare på spørsmål og dele erfaringer som det ble snakket åpent om. Informantenes rolle var også påvirket av deres rolle som kollega. På den annen side kan fordelene med å studere i eget miljø rent praktisk være at en kan «språket» (Malterud K. , 2011). Det vil si at en deler samme faglige ståsted.

Gjennom hele forskningsprosessen var jeg bevisst på min forforståelse, da den kunne hindre meg i å se det som kommer frem i datamaterialet. Siden jeg jobber i det kliniske feltet som operasjonssykepleier hadde jeg dannet meg mine meninger om hva som ble vektlagt ved leiring av operasjonspasienten. Det var derfor viktig å legge dette bort og prøve å se med nye øyne på hva informantene formidlet til meg. Jeg var bevisst på å være en aktiv lytter ved ikke å lede informantene, men guide dem gjennom intervjuguiden ved å styre intervjuet med spørsmål og åpne opp for egne erfaringer.

Mine tidligere opplevelser og erfaringer omkring leiring av operasjonspasienten dannet grunnlaget for valg av tema og ønske om å få satt ord på alle refleksjoner jeg hadde. Forforståelsen har også bidratt til et ønske om å undersøke og forstå på et annet dypere nivå, der erfaringene blir satt ord på og en er bevisst på hva en bidrar med i arbeidet med leiring av operasjonspasienten.

3.4 Datainnsamling

3.4.1 Semistrukturert intervju

En kvalitativ tilnærming med individuelle intervjuer ble valgt der hensikten var å la problemstillingen være førende for studien. Med utgangspunkt i intervjuets spesifikke form, tema og formål fikk jeg tilgang til fylldige data. Fordelen med et fylldig og rikt datamateriale er at en får god innsikt i hvordan enkeltpersoner reflekter over situasjoner man ønsker å vite mer om (Thagaard, 2009).

Semistrukturert intervju er en utveksling av synspunkter og erfaringer mellom to personer i samtale om et tema som begge er opptatt av (Kvale & Brinkmann, 2012). Det vil si at semistrukturert intervju er en samtale med en viss struktur, men kan åpne opp for en samtale der informanten kan snakke fritt om temaet og kan følge opp med oppfølgingsspørsmål. Et mål er at intervjuet skal utgjøre en konstruktiv erfaring, der forskeren definerer og kontrollerer samtalen slik at samtalen fører til ny innsikt og bevisstgjøring hos deltakeren. Dette vil også gi deltakeren en positiv opplevelse av å bidra med nyttig kunnskap (Malterud K. , 2011).

Individuelle intervju vil gi forskeren tilgang til deltakerens opplevelser og meninger omkring fenomenet som forskes på. Hensikten er å tilstrebe et miljø som deltakerne føler seg trygg og ivaretatt i slik at deltakeren er åpen omkring temaet som ønskes å studere. Deltakeren bør gis en brifing om temaet på forhånd der intervjueren definerer situasjonen, forteller om formålet slik at en er forberedt. Intervjueren vil oppfordre om å tale fritt om temaene som tas opp som kan være positive og negative erfaringer (Polit & Beck, 2012). Gjennom intervjuet er det viktig å få informantene til å formidle både positive og negative opplevelser for å gi et så realistisk bilde som mulig over situasjoner som tydeliggjør deres handlinger og valg i leiringssituasjonen.

3.4.2 Intervjuguiden og pilotintervju

En intervjuguide utarbeides på bakgrunn av problemstillingen og kan deles inn i temaer med tilhørende spørsmål som stilles i løpet av samtalen (Kvale & Brinkmann, 2012). Det er viktig å klargjøre formålet med studien noe som innebærer en avklaring av temaet som skal undersøkes. Når en skal utarbeide spørsmålene til intervjuguiden er det viktig å utforme åpne spørsmål slik at det gir rom for at informanten kan snakke fritt, og at forskeren har mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål. En mulighet er da at nye temaer blir avdekket (Thagaard, 2009).

Før intervjuguiden ble utformet innhentet jeg kunnskap om leiring og de ulike aspektene jeg ønsket å undersøke. Med bakgrunn i forskning inkluderte jeg leiring, pasientsikkerhet og fagprosedyrer i intervjuguiden.

Ved utforming av intervjuguiden formulerte jeg både tematiske spørsmål og intervjustørsmål (Kvale & Brinkmann, 2012). De tematiske spørsmålene ble formulert i teoretisk og begrepsmessig språk og inneholdt direkte det jeg ønsket svar på med utgangspunkt i tre temaer (vedlegg 1). Første tema som omhandler leiring inneholder 5 spørsmål, det andre temaet som omhandler pasientsikkerhet inneholder 6 spørsmål og siste tema om fagprosedyrer/prosedyrer inneholdt 10 spørsmål. Spørsmålene ble bevisst utformet for å unngå ja eller nei svar. Noen spørsmål var åpne og informantene ble oppfordret til å fortelle omkring et tema. Mangfoldet av fortolkninger beriker betydningen av fenomenet og åpner for kvalitativ beskrivelse av nye fenomen (Kvale & Brinkmann, 2012). På bakgrunn av den overordnede problemstillingen og disse spørsmålene ble intervjuguiden utformet.

Hensikten med pilotintervjuet var å få en tilbakemelding om intervjuguiden fra en mer erfaren intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2012), som i dette tilfellet var observatør. Det var av stor verdi å få en annen forsker til å avdekke ureflekterte antakelser og forforståelsen om intervjutemaer slik at jeg hadde mulighet til å forbedre innholdet og formulering og rekkefølge av spørsmålene. Observatøren målte tidsbruk på pilotintervjuet som varte 47 minutt og jeg satte da en øvre grense på en time for hvert intervju. Etter tilbakemelding fra intervjupersonen og observatør gjorde jeg minimale justeringer. Noen av spørsmålene overlappet hverandre, men jeg valgte å beholde alle for å sikre at det kom med i de andre intervjuene. Det ble også justert på tilleggsinformasjon som ble gitt i pilotintervju, slik at informantene skulle få mulighet til å komme med egne refleksjoner og eksempler. Jeg valgte å inkludere pilotintervjuet i studien da dette gav viktig informasjon i forhold til problemstillingen min.

3.4.3 Utvalg og tilgang til informanter

Utvalget var strategisk og ble valgt ut fra kriterier som ville gi meg best mulig data i forhold til problemstillingen (Malterud K. , 2011). Utvalget bestod av 6 operasjonssykepleiere. De ble rekruttert med erfaring innen ortopedi, gastrokirurgi, gynekologi- og urologisk kirurgi. Hensikten var å bruke informanter som hadde bred erfaring i leiring av operasjonspasienten. Jeg var interessert i å vite mer om erfaringer og opplevelser rundt leiring av operasjonspasienten, og oppnå en dypere forståelse omkring fenomenet (Polit & Beck, 2012).

Inklusjonskriteriene for studien var;

1. Yrkesaktive operasjonssykepleiere som til daglig jobber i operasjonsavdelingen.
2. Minimum to års yrkeserfaring som operasjonssykepleier for å sikre at de hadde erfaring med fenomenet jeg ville undersøke. Å velge informanter med noen års erfaring vil også være med på å styrke troverdigheten i studien (Graneheim & Lundman, 2004).

Eksklusjonskriteriet var personer i lederposisjoner, fordi deres arbeid er mer på administrativt plan og ville derfor kanskje ikke kunne gi gode nok beskrivelser av opplevelser og erfaringer omkring fenomenet.

Før jeg kunne starte med datainnsamling ble det søkt om godkjenning av studien fra forskningsavdelingen og personvernombudet ved det aktuelle foretaket. Studien ble godkjent og jeg kontaktet avdelingssjef ved operasjonsavdelingen med skriftlig og muntlig informasjon om studien og fikk klarsignal til å kontakte de respektive avdelingslederne. Jeg kontakter avdelingsleder ved de respektive avdelingene for å få tilgang til intervjupersoner som ble valgt av avdelingslederen, og de hadde en gjennomsnittlig arbeidserfaring på 18 år ved operasjonsavdelingen. Noen hadde erfaring som operasjonssykepleier i 25 år, mens en hadde erfaring som operasjonssykepleier i 2 år. Målet var å sette sammen et utvalg som ville belyse problemstillingen best mulig. Det er problemstillingen i sammenheng med foreliggende empiri og teori, som er bestemmende for hva som vektlegges (Malterud K. , 2011).

3.4.4 Gjennomføring av intervjuene

Jeg har gjennomført til sammen seks individuelle intervju av operasjonssykepleiere, inkludert pilotintervjuet. Det ble avtalt med avdelingsleder og satt av tid i arbeidstiden for informantene til å gjennomføre intervjuene. Jeg som forsker tilpasset meg tidene og avtalte med avdelingsleder slik at jeg hadde fri fra jobb til å gjøre intervjuene. Intervjuene fant sted på egnet lokale i operasjonsavdelingen ved et universitetssykehus i Norge. Intervjuene ble gjennomført i desember 2016. Hvert intervju hadde en varighet på cirka en time. I intervjusituasjonen ble pilotintervjuet gjennomført med observatør tilstede. De andre fem intervjuene gjennomførte jeg alene, med mindre justeringer på bakgrunn av pilotintervjuet.

Lydopptaker ble brukt for å hjelpe meg å kunne gjenfortelle korrekt det som informantene fortalte under intervjuene. Det gav meg også mulighet til å konsentrere meg om samtalen og dynamikken i denne (Kvale & Brinkmann, 2012). På hvert intervju ble det tatt opp lydfil på to enheter dersom en av enhetene skulle svikte. Lydfilene ble lagret på intervjuers pc og båndopptaker som ble beskyttet med passord og oppbevart innelåst. Lydopptakene blir slettet etter at masteroppgaven er fullført.

3.4.5 Databehandling og analyse

Før analysen kunne starte ble alle intervjuene transkribert. Transkripsjon er omdanning av muntlig samtale til skriftlig tekst og forholdet mellom talespråk og tekstspråk kan skape utfordringer (Kvale & Brinkmann, 2012). I denne omdannings- prosessen skjer det alltid en fordreining av språket, noe som er uunngåelig (Malterud K. , 2011). Jeg

transkriberte alle intervjuene selv, noe som var viktig for å få en oppfatning av konteksten ting ble sagt i. Det ble derfor en stor oppgave å transkribere seks intervju så strengt ordrett som mulig for at en analyse kunne utføres og det opprinnelige materialet ble ivaretatt best mulig. Taleteksten som var på dialekt ble oversatt til bokmål slik at informantenes anonymitet ble ivaretatt (Kvale & Brinkmann, 2012).

For å analysere datamaterialet valgte jeg å benytte kvalitativ innholdsanalyse. Dette fordi det er en fleksibel og systematisk metode for å redusere rikholdig intervjuetekst. Metoden hjalp meg å sortere og konsentrere innholdet i intervjuetekstene på en strukturert og ryddig måte, noe som gjorde det mulig å finne ut hvordan dataene besvarte problemstillingen (Malterud K. , 2011).

Jeg har brukt Graneheim og Lundman (2004) sin kvalitative innholdsanalyse til å analysere dataene. Graneheim og Lundman (2004) beskriver innholdsanalysen som en måte å organisere dataene på, ved å dele teksten inn i meningsenheter, for så å kode og deretter sette dem sammen i undertema og tema.

Etter å ha transkribert alle intervjuene hadde jeg en samlet analyseenhet på 28000 ord. En analyseenhet er hele materialet som skal analyseres (Graneheim & Lundman, 2004). Datamaterialet er stort og rikt på innhold av tekst, det kan beskrives som fyldig både i dybde og bredde. Når datamaterialet er stort og rikt og inneholder mye informasjon, er en ikke avhengig av å ha mange deltakere (Malterud, Siersma, & Guassora, 2016).

Før analyseprosessen startet leste jeg hver av de transkriberte intervjuene flere ganger for å få et helhetsinntrykk om hva som ble sagt i teksten og identifiserte ulike domener. Domener er deler av en tekst som er viktige for å belyse problemstillingen (Lundman & Graneheim, 2008).

Deretter leste jeg teksten i områdene grundig flere ganger på nytt og identifiserte meningsbærende enheter under domenene. En meningsbærende enhet er ord eller fraser som sier noe om hva operasjonssykepleieren vektlegger når de leirer pasienten til operasjon (Graneheim & Lundman, 2004). Teksten i meningsenhetene ble så kondensert eller fortettet. I denne prosessen ble fyllord fjernet, det vil si at alle ord som kunne tas vekk uten at de meningsbærende enhetene mistet mening. Teksten ble gjort kortere og dermed mer håndterbar, samtidig som kjernen ble beholdt (Graneheim & Lundman, 2004). De meningsbærende- og kondenserte meningsbærende enhetene

innbefatter det manifeste innholdet i teksten, det som sies, og beskriver det synlige og selvfølgelige i teksten (Graneheim & Lundman, 2004).

I neste er trinn abstraheres de kondenserte meningsenhetene. Intervjuteksten ble bearbeidet for å løfte meningsenhetene til et høyere logisk nivå. Det skjer en tolkning og en underliggende mening og det latente innholdet i teksten kommer frem. Dette gjorde jeg ved å lage koder, det vil si «etiketter» som kortfattet beskriver innholdet (Graneheim & Lundman, 2004). Kodene fungerte som arbeidsverktøy som gjorde det mulig for meg å reflektere over datamaterialet på en ny måte. Jeg prøvde meg frem med ulike måter kodene kunne passe sammen på. Flere av kodene passet flere steder, og det ble flere runder med fundering og prøving. Flere fellestrekk kom frem, og kodene ble plassert i undertema.

Disse dannet basis for temaene:

1. Å unngå leiringsskader.
2. Tilrettelegge for god tilgang til operasjonsfeltet.
3. Å ha gode rutiner.
4. Operasjonssykepleieren har hovedansvaret.

Jeg henviser til vedlegg 2 for et utdrag av analyseskjema.

3.6 Forskningsetiske vurderinger

For å ivareta de etiske og juridiske forpliktelser som kreves av meg for å gjennomføre denne studien har jeg satt meg inn i forskningsetikk, forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (NESH, 2006). Ifølge Helsinkideklarasjonen (Helsinkideklarasjonen, 2013) er ikke helsepersonell å regnes som en sårbar gruppe. I denne studien vil operasjonssykepleiere være informanter og ikke pasienter det vil derfor ikke bli registrert helseopplysninger. Dette gjorde at det ikke var nødvendig å søke godkjenning fra Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Det ble søkt om godkjenning fra Personvernombudet ved det aktuelle Universitetssykehuset og studien ble godkjent (Vedlegg 3).

Når en studie skal gjennomføres er det viktig at informantene får informasjon om studien og at de selv velger om de ønsker å delta. I forhold til dette er informert

samtykke viktig. Informert samtykke vil si at informantene på forhånd får skriftlig informasjon om studiens hensikt og formål, at deltakelsen i studien er frivillig og at de når som helst kan trekke seg fra studien uten å oppgi grunn (Kvale & Brinkmann, 2012). Videre er det viktig at det gis garanti om konfidensialitet og at i denne masteroppgaven vil informantene bli anonymisert, det vil si at informantenes identitet ikke vil bli avslørt på noen tidspunkt i studien. For å ivareta informert samtykke ble det utformet et informasjonsskriv. Informasjonsskrivet ble formulert ut fra Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste sin mal for informasjonsskriv og delt ut på forhånd (vedlegg 4). Skrivet med informert samtykke ble underskrevet før intervjuet startet.

Informantene i denne studien fikk både skriftlig og muntlig informasjon om studien. På denne måten kunne jeg formidle fordeler og ulemper ved å delta. Fordelen var at man er med på å sette fokus på temaet leiring. Dette kunne kanskje bidra til endringer i arbeidskulturen med bedre dokumentasjon og bedre melderutiner med tanke på leiringsskader. Det var viktig å formidle fordelen med at de bidro til ny kunnskap og dokumentasjon i operasjonsavdelingen. I utgangspunktet er det ingen store ulemper ved å delta i denne studien, men en ulempe kunne være at man måtte ta seg tid til intervjuet i en travel hverdag i operasjonsavdelingen. En annen ulempe kunne være at det å bli intervjuet av en kollega føltes som en ubekvem intervjusituasjon, og det er da selvfølgelig opp til forsker å prøve å formidle dette på en god måte.

3.7 Metodologiske betraktninger

3.7.1 Metodevalg og tilnærming

Kvalitativ metode ble valgt da den var best egnet for å svare på problemstillingen. Jeg mener at en styrke for studien var at de som ble intervjuet hadde erfaring med leiring og dermed både forståelse og innsikt i temaet. Det er viktig at problemstillingen bestemmer metoden og ikke omvendt slik at det vektlegges overveielse omkring troverdighet i alle faser av studien og metoden sin styrke og begrensninger (Malterud K. , 2011).

Kvalitativ forskning skal være så troverdig som mulig og en begrensning i denne studien er at funnene er dannet i interaksjonsfeltet mellom forskeren og deltakeren. Da denne studien hadde en utforskende og beskrivende hensikt var det kvalitative data som var ønskelig fremfor kvantitative data. Tidligere forskning viser at leiringsskader er noe operasjonssykepleierne er opptatt av å forebygge (Heizenroth, 2015). Denne studien har

til hensikt å se dette opp mot eksisterende teori og forskning. Derfor vil den fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming som er valgt i studien være med på å gi en innsikt i de menneskelige erfaringene som ligger til grunne for funnene.

Det er også knyttet svakhet til metoden, blant annet utgjør moderator og dens rolle en begrensning. Moderator kan bestemme diskusjonens form og dagsorden mer enn informanten i intervjusituasjonen. Jeg anser min bakgrunn som operasjonssykepleier både som en styrke og svakhet. Min erfaring i forskningsfeltet ga meg en styrke til å vurdere og velge ut de mest viktige funnene i datamaterialet. Samtidig kan dette være en svakhet fordi forforståelsen til feltet kunne bidra til at jeg allerede hadde gjort meg opp en mening om hva som var viktig. Jeg opplevde ikke at informantene så på meg som en trussel, men oppriktig var interessert i å bidra med kunnskap som kunne hjelpe meg i studien.

3.7.2 Datainnsamling og utvalg

Intervju ble valgt da det er en måte å oppnå en bedre forståelse av hvordan enkelte personer opplever et tema eller hvilke opplevelser og erfaringer de har omkring et tema. På denne bakgrunn valgte jeg å gjøre individuelle semistrukturert intervju (Thagaard, 2009). Fokusgruppeintervju kunne vært en alternativ metode, dette fordi samspillet i en fokusgruppe kan gjøre det lettere å uttrykke synspunkter og samtale om et fenomen (Kvale & Brinkmann, 2012). På den annen side tenker jeg at fokusgruppeintervju ikke har den rolige og fortrolige atmosfæren.

Individuelle semistrukturert intervju inviterer til at forskeren kan følge intervjupersonens fortelling, men samtidig sørge for at de tema som er viktig i forhold til problemstilling blir diskutert. Dette åpner for fleksibilitet noe som gjør at forskeren er åpen for tema som ikke var planlagt på forhånd (Thagaard, 2009).

Jeg begynte intervjuet med et åpent spørsmål i intervjuguiden som; fortell om du har gode eller dårlige erfaringer med leiring og kan du gi et eksempel for å beskrive det. Videre har intervjuguiden detaljerte spørsmål som jeg ønsket svar på. Intervjuguiden er strukturelt utformet og kan derfor beskrives som detaljert, men samtidig åpen med mulighet for informantene til å fortelle fritt innen tema, noe som kan være en styrke. Ifølge Kvale & Brinkmann (2012) er det krevende å gjennomføre et godt intervju derfor

brukte jeg observatør på pilotintervjuet for å få tilbakemelding på hva som kunne forbedres, og en av utfordringene var å stille gode oppfølgings spørsmål

3.7.3 Forforståelse og forskning i eget felt

Utgangspunktet for et vellykket intervju er at forskeren har nødvendig kunnskap til å stille spørsmål som oppleves som relevante for intervjupersonen (Thagaard, 2009). Forforståelsen kan da ha en påvirkning for hvordan en ser på teksten og hvordan man da velger å trekke frem funn som kan ha stor betydning. Det vil si at en som forsker har ulik forforståelse avhengig av bakgrunn og da måten en ser på fenomenet på noe som kan påvirke resultatet (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2010)

Da jeg intervjuet var fordelen at jeg var kjent i operasjonsavdelingen. Jeg hadde mange opplevelser og erfaringer omkring fenomenet leiring. Jeg var bevisst på at jeg forsket i eget felt og hadde relasjoner til informantene. Dette kunne i utgangspunktet slå ut både positivt og negativt, positivt med at informantene opplevde intervjusituasjonen som god og delte sin kunnskap, negativt ved at intervjusituasjonen kunne oppleves kunstig og at informantene følte seg utilpasse. Det var viktig å formidle at informantene skulle føle seg trygge i intervjusituasjonen og at de følte de kunne snakke fritt slik at informasjon ikke ble holdt tilbake. Hovedpoenget er at begge bidrar til å utvikle meningsinnholdet i samtalen slik at en kan utdype intervjupersonens svar (Thagaard, 2009).

3.7.4 Studiens troverdighet (*trustworthy*)

Jeg har fulgt Graneheim og Lundman (2004) sin fremgangsmåte for innholdsanalyse og tar derfor utgangspunkt i deres begreper når troverdigheten (*trustworthy*) beskrives. Jeg har valgt å bruke de engelske begrepene som Graneheim og Lundman (2004) beskriver i sin artikkel der de benytter *credibility*, *dependability* og *transferability* for å måle hvor *trustworthy* studien er, altså hvor troverdig den er. Dette med bakgrunn i at det er vanskelig å oversette begrepene uten å endre på betydningen av dem.

Credibility handler om hvor stor tillit man har til dataene, om man kan stole på dem og om analyseprosessen er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen. Det forklares med fremgangsmåte, valg av fokus, informanter, datainnsamling, datamengde og analyse (Graneheim & Lundman, 2004). I min studie ønsket jeg å undersøke hva som vektlegges ved leiring og det mener jeg er blitt gjort rede for. Jeg hadde et fyldig datamateriale og de meningsbærende enhetene ble satt inn i passende undertema og

tema. Jeg valgte ut relevante data som svarte på problemstillingen i studien og diskuterte med veileder og medveileder slik at vi var enige om at de meningsbærende enhetene var de rette. Informantene hadde i gjennomsnitt 18 års erfaring og dette er noe som styrker funnenes credibility.

Dependability handler om hvor stor grad dataene forandrer seg i analyseprosessen gjennom forskerens tolking av dataene. Jeg har drøftet med veileder og medveileder avgjørelser som ble tatt i analyseprosessen for å klare å ha et så objektivt syn som mulig på dataene. Jeg prøvde å unngå å la forforståelsen min styre meg i analyseprosessen. På den annen side så skriver Lundman og Granheim (2008) at noe av forforståelsen er ubevisst og kan derfor påvirke analyseprosessen.

Transferability handler om at funnene er overførbare til andre operasjonsavdelinger i Norge og kan være aktuelle for videre studier for å utvikle ny kunnskap i operasjonsavdelingen. Videre blir det opp til leseren av studien å vurdere i hvilken grad denne studien er overførbar til leserens kontekst med bakgrunn i utvalg av informanter, innsamling av data og analyseprosessen (Graneheim & Lundman, 2004).

4 FUNN

Med utgangspunkt i det organiserte datamaterialet presenteres her de data som ble produsert i intervjuene og som ble bearbeidet gjennom analysefasen. I tabell 1 nedenfor presenteres en oversikt over de fire temaene og de åtte undertemaene.

Tema	Undertema
Å unngå leiringskader	<ul style="list-style-type: none">• Vanskelig å unngå skader• Å prøve ut leier• Å vektlegge avlastning• Å gjøre kliniske observasjoner• Å kjenne til risikofaktorer• Tilgang på leiringsutstyr
Tilrettelegge for tilgang til operasjonsfelt	
Å ha gode rutiner	<ul style="list-style-type: none">• Å etablere rutiner• Å følge fagprosedyrer
Operasjonssykepleieren har hovedansvaret	

Tabell.1

4.1 Å unngå leiringskader

I dette førstetemaet presenteres funn som omhandler hvor stor betydning det har at operasjonspasienten unngår leiringskader. Informantene forteller hva de har opplevd og erfart.

4.1.1. Vanskelig å unngå skader

Når operasjonssykepleieren skulle leire pasientene til operasjon la de spesielt vekt på at pasientene skulle unngå leiringskader, dette til tross for at alle informantene var opptatt av at de ikke skulle påføre pasienten ekstra skade i forbindelse med leiringen. Ut i fra

det informantene fortalte, var det å forebygge leiringsskade noe de arbeidet med hele tiden for å unngå. Dette kan eksemplifiseres med noen utsagn:

[Jeg tror jo at noen av de leiene der pasientene blir tippet ganske kraftig bakover der må vi være påpasselige på at de ikke får leiringsskader. Og det har jo vært noen eksempler på at pasienten har fått leiringsskader, det er vel først og fremst armene, ved laparoskopi og da vinci, da har armen blitt liggende litt i klem så de har fått nerveskade] (Informant 2).

[Jeg har vært inne og sett på robotkirugi og synes det ser fryktelig skummelt med leiringen, ... Jeg var inne og observerte så hadde skulderstøttene kommet skjevt så pasienten hadde fått trykkskade på skulderen ... Det er jo sånn at når pasienten tippes så kan en ikke gjøre så mye mer og det er litt kipt å se.. ..., men jeg vet ikke om det er noen mulighet da å justere] (Informant 6).

[Jeg tenker litt på sideleie ved nefrektomier, hvis de blir liggende veldig lenge så er de utsatt. Vi har opplevd at de har vært røde på hoften, og det tror jeg ikke er til å unngå fordi de ligger i så mange timer og de er tynne og skrale, og jeg vet ikke hva jeg skulle ha gjort for å unngå dette] (Informant2).

4.1.2 Å prøve ut leier

Enkelte operasjonssykepleiere fremhevet at når det var mulig spurte de pasientene om hvordan de lå på operasjonsbordet, om de ligger godt, om de hadde noen plager det måtte tas hensyn til ved leiring. Det ble også påpekt at hvis pasienten hadde plager at det kunne være greit å leire pasienten før de sovnet. En av informantene sa det på denne måten:

[Når jeg begynner å legge han (pasienten) til rette så prøver jeg å få tilbakemelding på at pasienten ligger godt selv. Jeg prøver å høre med pasientene om de har noen kroppslige plager som vi skal ta hensyn til i forhold til leiringen. Hvis de for eksempel skal ligge i beinholdere og sier at de har problemer med hoftene så er det jo greit at de blir lagt til rette før de får bedøvelse. Eller at de skal ha spinal da er det jo greit å prøve-ligge sånn at en vet omtrent hvor smertegrensen går] (Informant 2).

For å sikre at pasienten ligger godt mente noen av operasjonssykepleierne at den beste måten var å prøve ut leiringen på seg selv og på kollegaer. Dette kan eksemplifiseres av følgende:

[Du kommer ganske langt med å prøve å ligge selv, prøve på kollegaer, det tror jeg er den beste måten ...] (Informant 3).

4.1.3 Å vektlegge avlastning

Operasjonssykepleierne vektlegger at det er viktig med gode operasjonsbord og at de benytter tempurmadrasser for at utsatte kroppsdeler skal få avlastning. Ved lange operasjoner i spesielle og kompliserte leier er det viktig at armer og bein ikke kommer i klem. Dette kan illustreres med følgende utsagn:

[Jeg vektlegger at vi har et godt operasjonsbord med tempurmadrass som tar vekk trykket ..., og når vi legger dem opp i beinholdere at det blir god avlastning i kneområdet ...] (Informant 1).

[Det er jo ikke noe kjekt å se at de ligger flatt på ryggen i flere timer, men jeg tror vi er flinke til å være obs på å bevege på det vi kan bevege på. På langvarige operasjoner kan en risikere at det skjer ting under dem, men en har ikke så mye kontroll ... en må prøve å glatte ut lakenet og det som ligger under dem, at de ikke ligger på klumper] (Informant 6).

Og så videre:

[Ellers så prøver jeg på de langvarige operasjonene å bevege på det jeg kan bevege på, litt stillingsskifting et par centimeter] (Informant 6).

[En er bevisst på at en får støtte helt opp, så det ser jo veldig behagelig ut ... Jeg synes jo vi er blitt flinke til å polstre armene ved ryngleie og i all fall hvis en vet at det tar litt tid] (Informant 5).

[Trykk og det med diatermiplatene og ledningen, jeg legger litt vatt så det ikke skal bli trykk for at det ikke skal bli hardt mot huden] (Informant 6).

4.1.4 Å gjøre kliniske observasjoner

Det ble fremhevet at det er viktig å observere pasienten klinisk både før operasjonen starter og i løpet av operasjonen for å forebygge at det er overstrekk på nerver og

muskler, og at pasienten ikke forflytter seg under operasjonen. To informanter sa det slik:

[Går på sånn klinisk observasjon, ser det ut som de (pasientene) ligger godt. Jeg pleier å sjekke hofter, legger, armer og skuldre, at det ikke er overstrekk, du kan jo kjenne på pasienten. Og av og til så blir dette sjekket underveis, hvis det er langvarige operasjoner. En går inn underdekkingen og sjekker på da Vinci prostata, at armene ligger godt, at de ikke forflytter seg, at det ikke er noen fingre i klem, at en har god nok plass i rennene, sjekke at det ikke er trykk på leggene, at det er litt bøy i kne så det ikke blir overstrekk. Det blir en kombinasjon av at du både bruker blikket, men samtidig så kjenner du jo mye på pasienten på armer og bein og hoftene] (Informant 2).

4.1.5 Å kjenne risikofaktorer

Flere informanter påpekte at det var viktig å kjenne til risikofaktorer for leiringsskader og kunne forebygge at leiringsskader oppstår. Dette kan disse sitatene illustrere:

[En må vite risiko i forhold til skade, hvilke tiltak som må iverksettes for at det ikke skal skje skade] (Informant 5).

[Må ta utgangspunkt i nervene, de som er mest utsatt i forhold til slik pasienten skal ligge under operasjonen. Være obs på de som skal ligge med sprikende bein, passe på at det ikke blir skade på beina. Armene skal ligge langs siden at du passer på at det ikke blir noen nerveskader, skulderstøttene passes på] (Informant 3).

Informantene fremhevet at lengden på det kirurgiske inngrepet i kombinasjon med leie og kroppsstørrelse gav økt risiko for at leiringsskader kan oppstå. Videre fortalte informantene om ulike faktorer som vekt, hvordan huden ser ut, ujevnt og vått underlag, alder operasjonstid samme stilling og utsatte kroppsdel. Dette kan illustreres med følgende utsagn:

[Jo lenger de ligger på operasjonsbordet, jo større fare er det jo for at det skal oppstå leiringsskade] (Informant 2).

[Ryggleie er for så vidt en grei måte å leire på, men det er vekten, hvordan huden ser ut, alder og hvor lang operasjonstid, men igjen er det der med armene jeg synes er utfordrende] (Informant 5).

[Trykksår kan komme hvis en ligger feil og hvis en vasker og det blir søl ...] (Informant 6).

En informant fremhevet at trykk på diatermiplater som ligger under dekingen kan medføre at pasienten både får nerveskader og trykkskader hvis kirurgen lener seg over denne. En informant sa det slik:

[Hvis diatermiplaten ligger under dekingen så er det ofte at kirurgene lener seg litt. ... Da har jeg gitt beskjed noen ganger at han ikke må lene seg midt på kneet, legg armene rundt ikke press ... Det er litt sånn skrekkopplevelse, det å få nerveklem fører til så mye på lang sikt] (Informant 6).

4.1.6 Tilgang på leiringsutstyr

En av informantene påpekte spesielt dette med leiringsutstyr, at det var viktig å ha tilgang på dette. Videre ble det satt fokus på at det ikke alltid ble prioritert fra ledelsens sin side, og fortalte om sin bekymring:

[Må ha med leiringsutstyret når en skal begynne å leire så en slipper å springe inn og ut. Du har som mål at pasienten ikke skal få noe ubehag eller komplikasjoner i forbindelse med leiringen] (Informant 3).

Og så videre:

[Helt siden jeg kom her synes jeg det er litt for lite fokus på leiringsutstyr, at det er dyrt og at du må mase mye på det utstyret du trenger, en må springe og lete fordi det ikke er nok ... Jeg føler det er et ork, at de tenker nå kommer hun å spør igjen. Jeg kunne gjerne ønske at det var litt mer fokus og mer velvilje fra ledelsen på det som går på leiringsutstyr] (Informant3)

Og så videre:

[Det har vist seg nå når vi var på en kongress så var det en som hadde en undersøkelse som viste at det var av avgjørende betydning at det var lett tilgjengelig leiringsutstyr] (Informant 3).

4.2 Tilrettelegge for tilgang til operasjonsfeltet

Under dette temaet vil funnene som sier noe om informantenes erfaring med hva gode forberedelse og planlegging av et kirurgisk inngrep har å si for gjennomførelse.

Informantene fremhevet at noe av det viktigste var at kirurgen hadde god tilgang til operasjonsfeltet slik at det ble gode arbeidsforhold, men at dette ofte ble et kompromiss i forhold til det at pasienten skulle ligge godt. Disse sitatene er gode eksempler på dette:

[Vektlegger at kirurgen skal punkt 1 ha god tilgang for å få best mulig arbeidsforhold] (Informant 3).

[Så må du se at pasienten skal ligge godt samtidig som kirurgen skal ha tilgang og av og til så blir det et kompromiss] (Informant 4).

4.3 Å ha gode rutiner

I dette avsnittet presenteres funn som omhandler rutiner i operasjonsavdelingen. Det er viktige faktorer som hver dag påvirker operasjonssykepleierens arbeid med leiring av operasjonspasienten. Det kom frem i analysen at informantene opplever flere mulige årsaker som betydningsfulle.

4.3.1 Etablering av rutiner

Informantene vektla å ha gode rutiner som å lese journal, snakke med pasienten, ha standardiserte prosedyrer og dokumentasjon av uheldige hendelser i forbindelse med leiring. Følgende sitat eksemplifiserer dette:

[En må prøve på at mest mulig skal bli standardisert ... gjøre ting mest mulig likt på de ulike seksjonene] (Informant 4).

[En må lese journal og snakke med pasienten for å kunne vite om det er noe spesielt å ta hensyn til i forbindelse med leiringen] (Informant 1).

[Hvis er ikke følger prosedyrene da må vi dokumentere alt, slik at vi viser hva som er gjort hvis noe skulle komme i ettertid ...] (Informant 2).

[Vi bør skrive i operasjonssykepleierrapporten hvis det er noe som har skjedd underveis i operasjonen og bør rapporteres videre] (Informant 1).

4.3.2 Å følge fagprosedyrer

Alle informantene påpekte at de følger fagprosedyrene og at disse er viktige som rutiner for leiring ved ulike operasjoner. Fagprosedyrene er viktige for at

operasjonssykepleierne skal kunne håndtere ulike typer leiring, de er lett tilgjengelige og gir detaljerte beskrivelser av ulike typer leiringer. Dette ble beskrevet med flere eksempler:

[Jeg tenker det er viktig å følge fagprosedurene. Vi har prosedyrer som vi kan forholde oss til og der er tatt bilde av mange leiringer så det skal være lettere å se hvordan pasienten skal ligge] (Informant 2).

[Jeg pleier alltid å sjekke prosedyrene før pasienten leires. Det er ren rutine å følge prosedyren] (Informant 6).

[Prosedurene er lett tilgjengelige og en kan fort gå inn å søke opp, da vi har pc på hver operasjonsstue] (Informant 5).

En informant påpekte at fagprosedurene er detaljerte for de fleste operasjonene og at det var viktig å ha disse når en ikke var trygg i forhold til leiringene, spesielt på kveldsvakter, om nettene og i helgene. Imidlertid var det ikke alltid mulig å sjekke fagprosedurene når det var akutte inngrep. Dette sitatet illustrerer dette:

[Vi leirer mye hofter på kveld og har en da innhentet nye opplysninger om prosedyren, så sikrer en at en gjør det samme på kveld, netter og helger] (Informant 5).

Og videre:

[Hvis det er planlagt operasjon så går jeg og sjekker i prosedyren hvordan pasienten skal ligge, det blir jo litt annerledes hvis det er akutt hvor du ikke har anledning til det] (Informant 5).

Noen påpekte også at det var vanskelig når det ikke var tilgjengelige prosedyrer.

Følgende sitat illustrerer dette:

[Jeg synes at det kan være vanskelig når det er operasjoner som det ikke finnes prosedyrer på] (Informant 6).

[For at alle skal kunne gjøre en god jobb så må det være gode prosedyrer] (Informant 4).

4.4 Operasjonssykepleieren har hovedansvaret

Dette temaet presenterer funn omkring operasjonssykepleierens opplevelse av å ha hovedansvaret for leiring av operasjonspasienten.

Informantene forteller at det å leire pasienten er et samarbeid mellom anestesipersonalet, kirurgene og operasjonssykepleierne, men at det er operasjonssykepleierne som har det selvstendige ansvaret og hovedansvaret for leiringen, og at dette er blitt en norm i avdelingen. Følgende sitat belyser dette godt:

[Jeg opplever at jeg har et stort ansvar i forhold til leiring. I stillingsbeskrivelsen står det at det er delt ansvar mellom operasjon og anestesi, samtidig så har jeg en opplevelse av at det er operasjonssykepleierne som har hovedansvaret og at det er blitt en norm her] (Informant 2).

[Jeg har et selvstendig ansvar for det som går på leiring sammen med kirurg, jeg har hovedansvaret, samtidig så er det jo kirurg som er ansvarlig] (Informant 3).

[Det er viktig med samarbeid med anestesi, men samtidig i denne avdelingen er operasjonssykepleierne engasjert i det som går på leiring] (Informant 3)

[... Det er kirurgen som har ansvaret for at pasienten ligger som han skal, men det er vi som tar ansvar for at han ikke blir påført noe ekstra trykk eller overstrekk på ledd og sånt] (Informant 5).

[Vi har ansvaret i teamet, men det er vi operasjonssykepleierne som har det største ansvaret for leiringen] (Informant 6).

Flere operasjonssykepleiere påpeker at det er operasjonssykepleieren som har ansvaret for at pasienten ikke får trykkskader, at pasienten ligger godt og behagelig på operasjonsbordet og at kirurgen har god tilgang til operasjonsfeltet. Dette blir sagt på denne måten:

[Å leire pasienten er operasjonssykepleiernes ansvar, så det er faktisk vårt ansvar å unngå trykkskader, at de ligger godt og behagelig med en god tilgang til operasjonsfeltet] (Informant 6).

[Det er kirurgen som har ansvar for at pasienten ligger som han skal, men det er operasjonssykepleierne som tar ansvar for at han ikke blir påført trykk eller overstrekk på ledd] (Informant 5).

Det ble påpekt at det er operasjonssykepleierne som tar ansvar for leiringen fordi det er de som har mest kunnskap og erfaring, og det er operasjonssykepleierne anestesisykepleierne henvender seg til når leiet skal sjekkes. En informant sa det slik:

[Det er operasjonssykepleierne som har mest kunnskap, mest erfaring og tar mest ansvar. Det kan vi se når anestesisykepleieren henvender seg til operasjonssykepleierne når de skal sjekke leiet] (Informant 3).

5 DISKUSJON

I dette kapittelet vil jeg drøfte studiens viktigste funn og se det i relasjon til teori og tidligere forskning. Jeg vil også presentere egne betraktninger og refleksjon.

5.1 Forebygging av leiringsskader

I funnene kom det frem at alle la spesielt vekt på å forebygge at leiringsskader oppstår. Ifølge operasjonssykepleierne er dette noe av den viktigste prioriteringen de gjør, og noe de arbeider med hele tiden.

Funnene viser videre at operasjonssykepleierne sjelden eller aldri hadde opplevd at noen pasienter hadde fått leiringsskader, men at det var det de fryktet mest, at de usatte pasientene for skade eller ubehag som følge av leiringen. Dette er i samsvar med teori som beskriver operasjonssykepleierens ansvar og funksjonsområde der leiring av operasjonspasienten er noe av det viktigste operasjonssykepleieren må håndtere.

Operasjonssykepleieren har et selvstendig funksjonsansvar i å forebygge skade ved leiring av operasjonspasienten (Helsepersonelloven, 2001). Tidligere studier påpeker viktigheten om kunnskap om ulike leiringsskader og at en holder seg faglig oppdatert på mulige skader (Macapagal, 2004; Denholm, 2009; Millscaps, 2006)

Informantene mente at de pasientgruppene som var mest utsatt for leiringsskader var de som ble leiret til laparoskopisk colonkirurgi, da vinci robotkirurgi og nefrektomi i sideleie. Disse funnene er i samsvar med tidligere studier som viser at ved alle disse inngrepene blir pasienten tippet og det kirurgiske inngrepet har ofte en operasjonstid på 3-5 timer, noe som derfor øker risikoen for at leiringsskader kan oppstå (Underwood, 2006; Spruce & Van Wicklin, 2014; Hortmann & Chung, 2015). Ved trendelenburgleie og litotomileie tippes operasjonsbordet, noe som kompliserer leiringen og gjør at pasienten blir mer utsatt for trykkskade, nerveskade og compartmentsyndrom. Denne risikoen øker fordi pasienten har ikke mulighet til å få repositionert seg. Det er mulig å ta en pause i det kirurgiske inngrepet noe som krever «avdocking», det vil si å koble fra robot-armene og nullstille operasjonsbordet for å endre leiet, fordi en ser fordelene med leiringsendringer (Putnam, 2016). Prosedyren med «avdocking» blir blant annet

praktisert når pasienten ligger i sideleie under robotassistert nefrektomi fordi en ser fordelene med leiringsendring over en kort periode.

Et viktig funn i studien er at armene og beina er spesielt utsatt ved laparoskopi og da Vinci robotkirugi. Informantene sier at de er engstelige for skade på armene fordi de lett kan komme i klem. De vektlegger å sjekke leiet både før og under operasjonen fordi armene lett kan forskyve seg og beina kan forflytte seg i beinholderne. Videre påpeker informantene at armene kan pakkes inn for stramt og føre til både trykk og nerveskader. Ifølge informantene blir armene under robotkirugi lagt ned langs siden av pasientens kropp og polstret godt, men de er utsatt for nerveskader og derfor går operasjonssykepleieren inn under operasjonsdekkingen og sjekker armene under inngrepet. Ifølge tidligere studier kan overstrekkning av nerver kan føre til smerter både på kort og lang sikt (Chitlik, 2011; Heizenroth, 2001; Denholm, 2009).

En studie viser at ved robotassistert laparoskopisk kirurgi (RALP) oppstår nerveskade på grunn av leiringsposisjonen fordi en får trykk og overstrekk på nerver i ekstremitetene (Chitlik, 2011). En annen komplikasjon som informantene nevner er trykk på skuldrene ved bruk av skulderstøtter. Skulderstøttene er godt polstret og er lett håndterbare i bruk, men det er viktig å sjekke disse når pasienten tippes fordi pasienten ofte sklir et par centimeter på bordet. Dette samsvarer med tidligere studier som har funnet at selv om bruk av robotkirugi gir et bedre resultat og mindre komplikasjoner per-og postoperativt så er leiringen en utfordring (Bouyer-Ferullo, 2013; Chitlik, 2011). Det er kjent at ukorrekt plassering av skulderstøtter ved robotkirugi kan føre til at pasienten mister følelsen og bevegeligheten i arm og hånd. Ut fra tidligere studier er ikke skulderstøtter anbefalt fordi de kan medføre kompresjon på plexus brachiales (Walsh, 1994). Det er derimot vakuum «beanbag» madrass som skal hindre pasienten i å skli på operasjonsbordet og som derfor kan være en god erstatning for skulderstøtter og reimer (Chitlik, 2011). Andre igjen mener at vakuum «beanbag» madrass ikke hindrer at pasienten sklir på operasjonsbordet og at dette kan være nok til overstrekk i brachiales plexus (Eteuati, Hiscock, Hastie, Hayes, & Jones, 2013). Ingen av informantene i min studie nevner bruk av «beanbag» som et alternativ. Operasjonssykepleierne forholder seg til det utstyret de har tilgang til, men ut fra studier burde det vært mulighet til å prøve nye, andre og bedre alternativer.

Ifølge informantene gir nye kirurgiske inngrep som robotkirugi en stor utfordring ved leiring av operasjonspasienten. En tidligere studie har vist at fordelene for pasienten med

å bli operert med robotkirugi er at det er mindre operasjonssnitt, mindre fare for blødning, kortere rehabilitering og bedre resultat i forhold til postoperativ inkontinens (Chitlik, 2011). Det har ikke vært publisert mye litteratur om leiring ved robotkirugi, men en studie påpeker at en må følge anbefalinger og guides lines. Studien presenterer et kvalitetsforbedringsprosjekt som sier at når pasienten er plassert i litotomileie og trendelenburgleie under robotkirugi, må operasjonssykepleieren kombinere basis leie med spesielle behov. Spesielle behov kan forstås som leie til en sårbar pasientgruppe som, for eksempel premature barn, da disse trenger ekstra beskyttelse og tiltak (Spruce & Van Wicklin, 2014)

Ifølge informantene er nefrektomi i sideleie også et leie som er vanskelig å utføre optimalt og som øker faren for leiringsskader. Leonard viser i sin studie at øre, skulder, armer, hofter, knær og albu er utsatte trykkpunkter ved sideleie (1992). Informantene sier videre at ved alle kirurgiske inngrep er forberedelsene viktig ved at en klargjør alle hjelpemidler og leiringsutstyr, at en alltid har nok puter, støtter og ekstra polstring til å avlaste trykkutsatte punkter over bein og knokler. Ved trykk på øret bruker en geléhodering for å avlaste trykket og på hoftekammen og på skuldrene kan en også bruke geléputer, men ofte er tempurmadrassen som vist fra tidligere studier nok avlastende for trykk (Rothrock, 2015). Tidligere studier viser også at ved hjelp av riktig utstyr og riktig bruk av utstyr minimerer en risiko for skade hos pasienten (Green, 1996; AORN Recommended Practices Committee, 2001). Videre er ofte mange av disse pasientene både eldre og tynne som er viktige risikofaktorer for å utvikle leiringsskader (Akhavan, Gainsburg, & Stock, 2010); (Primiano, et al., 2011). Ved sideleie til nefrektomi får pasientene generell anestesi i ryngleie før de snus i sideleie. Ifølge informantene har da pasienten ingen mulighet til å gi beskjed om smerter og ubehag i forbindelse med leiringen. Dette er i samsvar med tidligere studier som beskriver anestesi som en risikofaktor ved at pasienten ikke er i stand til å repositionere seg selv ved smerter eller ubehag (Bouyer-Ferullo, 2013; Spruce & Van Wicklin, 2014). Operasjonssykepleierne erfarer viktigheten av å kjenne til risikofaktorer for leiringsskade og ifølge dem har de kunnskap og erfaring om de ulike risikofaktorer ved de ulike leiringsformene. Det som ble beskrevet som viktig informasjon var å innhente opplysninger om pasienten på forhånd. Dette er opplysninger som omhandler alder, høyde, vekt og generell helsetilstand. En nyere studie anbefaler at bruk av sjekklister

over vanlige risikofaktorer for utvikling av nerveskader for pasienter som er ekstra utsatt (Bouyer-Ferullo, 2013).

Et funn som blir omtalt av informantene er operasjonstiden. Dette er en faktor som utsetter pasienten for en større risiko for leiringsskader. Ifølge en tidligere studie er dette funnet i samsvar med informantenes uttalelser (Primiano, et al., 2011). Et par av informantene erfarte at når operasjonstiden er lang, det vil si fra 3-5 timer, ble pasientene røde på hoften. Dette mente de et ikke er til å unngå. Informantene påpekte også at det kan være vanskelig å unngå skade og å oppdage skader som ikke er synlige på hud, selv om pasienten blir leiret korrekt. Informantenes erfaringer er i tråd med tidligere studier som sier at ut fra kunnskap om leiringsposisjoner og retningslinjer så kan uforutsette problemer oppstå. Det det er derfor viktig å ha anbefalte retningslinjer som beskriver hva som er god praksis for å gjennomføre et kirurgisk inngrep (AORN Recommended Practices Committee, 2001; AORN Board of Directors, 1990).

Ifølge informantene kan en utfordringen være at operasjonen tar lenger tid enn planlagt, og det kan oppstå komplikasjoner som blødning, blodtrykksfall eller andre komplikasjoner som forlenger operasjonstiden. Disse faktorene har en ikke kontroll på før det kirurgiske inngrepet starter. Flere studier viser at akutte operasjoner utgjør en risiko og er noe det kirurgiske teamet vet og handler ut i fra, og en prøver å utføre alle leiringsprosedyrene optimalt (Killen, Kleinbeck, Gollar, Schuchardt, & Uebele, 1997; AORN Recommended Practices Committee, 2001). En studie påpeker at ved alle akutte situasjoner er handlingskompetanse essensielt hos hvert enkelt teammedlem, at det er velfungerende får stor betydning for pasientens sikkerhet (Rasmussen & Torjuul, 2012; Spruce & Van Wicklin, 2014).

Et viktig funn er at operasjonssykepleierne vektlegger leiringsutstyr. Leiringsutstyr inkluderer bruk av avlastningsutstyr som for eksempel tempurmadrass, puter, skumputer og polstring til armene. Bruk av leiringsutstyr handler også om gode hjelpemidler som er oppdatert og er av ny teknologi (Sørensen, Kusk, & Grønkjær, 2016). Det kommer frem i denne studien at det er behov for bedre og oppdatert leiringsutstyr. Om det blir oppdatert avhenger av den økonomiske situasjonen på sykehuset. Min erfaring er at tilgangen på leiringsutstyr har blitt bedre i den senere tid, men behovet for mer og bedre oppdatert utstyr er der fortsatt. En studie viser at hvis operasjonssykepleierne har nødvendig informasjon om pasienten, og tid til å klargjøre

nødvendig leiringsutstyr som polstring og puter er dette med på å minske risiko for skade hos pasienten, og forebygge leiringskader (Bouyer-Ferullo, 2013).

Et viktig funn i min studie er hvordan ledelsen prioriterer og bevilger penger til leiringsutstyr. En av informantene sier at tilgangen på leiringsutstyret er der, men at behovet for mer leiringsutstyr har økt, derfor blir det ofte lånt fra den ene operasjonsstuen til den andre og operasjonssykepleieren må løpe og lete etter leiringsutstyret. Informanten sier også at det kunne vært mer fokus fra ledelsen sin side på leiringsutstyret når de skal forberede operasjonen og leiringen. Disse funnene er i samsvar med en nyere studie som viser at liten tilgjengelighet på leiringsutstyr og leiringsutstyr som forsvinner var et problem i operasjonsavdelingen. Det det var også et behov og ønske om mer moderne leiringsutstyr slik at det var mulig å tilpasse individuelle behov hos den enkelte pasient (Sørensen, Kusk, & Grønkjær, 2016).

En ting som informantene beskrev var det å prøve ut leiet før operasjonen startet. Det vil si at hvis en hadde mulighet så spurte operasjonssykepleieren pasienten om å «prøve-ligge» på operasjonsbordet før pasienten var bedøvet, dette for å få en tilbakemelding på hvor smertegrensen går, og hensyn en måtte ta i forhold til kroppslige plager. Ut fra denne studien og tidligere forskning (Macapagal, 2004; Denholm, 2009) er det grunn til å tro at leiringsposisjoner oppleves individuelt, det vil si operasjonssykepleierne prøvde også ut leie på seg selv og kollegaer, ofte i forbindelse med nye leier. Det er kjent ut fra tidligere forskning at å prøve ut leier, lære av erfaring og få tilbakemelding fra andre er verdifull informasjon ved leiring (Leonard, 1992).

Et viktig funn fra min studie er å observere pasienten klinisk både før og etter operasjonen starter. I sitt daglige virke i operasjonsavdelingen arbeider operasjonssykepleieren med det kliniske blikket. Det vil si en bruker øynene for å se om det ser ut som pasienten ligger godt, samtidig som en vet en ut fra kunnskap hvor utsatte trykkpunkter er og sjekker dem (AORN Recommended Practices Committee, 2001; Allen, 2007). Operasjonssykepleieren jobber systematisk ved at en ser og kjenner på pasientens kropp og beveger på armer og bein hvis dette er mulig underveis i operasjonen. En studie sier at anbefalt leiring av operasjonspasienten er når en tar hensyn til pasientens komfort, og at anbefalt tilbehør skal være gjort rede for før pasienten legges på operasjonsbordet. (Denholm, 2009).

Dette er også i samsvar med teori om oppdatering og kunnskap som vil danne grunnlaget for forbedring av operasjonssykepleierens forebyggende arbeid (NSFLOS, 2014).

5.2 Tilgang til operasjonsfeltet

Flere informanter fremhevet i funnene at noe av det viktigste de vektla ved leiring var å tilrettelegge for god tilgang til operasjonsfeltet. Det handler om gode arbeidsforhold samtidig som en skal sikre at pasienten er leiret optimalt. Dette er i tråd med litteratur som fremhever at operasjonssykepleierne tilrettelegger for at kirurgen skal ha god tilgang til det kirurgiske inngrepet (Leonard, 1992). Tidligere studier viser også at kunnskap om det kirurgiske inngrepet, om anatomi, fysiolog og patofysiologi er essensielt for god planlegging og tilrettelegging for hvert enkelt kirurgisk inngrep (Heizenroth, 2015). Ifølge en studie skal en planlegge tilgang for det kirurgiske inngrepet og i tillegg planlegge for ulike hensyn som må tas, for eksempel pasientens vekt, høyde og alder (Macapagal, 2004).

Informantene påpeker at pasientens sykehistorie som leses i journal er det som danner grunnlag for planlegging av leiringen. Deretter planlegges operasjonen ut fra gjeldende leiringsprosedyrer. Hvis det er spesielle hensyn som må tas i forhold til pasientens sykehistorie kontaktes ansvarlig kirurg, og en blir sammen i det kirurgiske teamet enige om leiringsendringer (Biddle & Cannady, 1990).

Ifølge mine funn er det ofte et kompromiss om god tilgang til operasjonsfeltet og at pasienten skal ligge optimalt når han blir leiret. Dette er i samsvar med tidligere litteratur hvor det kommer frem at kirurgen ønsker god tilgang, men det er ikke alltid mulig å få leiret optimalt ut i fra pasientens anatomi (Green, 1996). Ifølge informantene er det ulike erfaringer omkring kirurgens deltakelse i leiringen, det vil si at leiringsdetaljer om hvordan kirurgen skal få god tilgang og hvordan det praktisk skal gjennomføres er avtalt på forhånd. Kirurgene godkjenner leiet, men er ofte ikke med å leirer. De delegerer ansvaret til operasjonssykepleieren. Kirurgen er den som står ansvarlig for det kirurgiske inngrepet. Ifølge en studie står operasjonssykepleieren ansvarlig for utførelsen av leiringen i samarbeid med resten av det kirurgiske teamet (Sutton, Link, & Flynn, 2013).

For at en skal tilrettelegge for god tilgang til operasjonsfeltet må kirurg og operasjonssykepleier kommunisere og samarbeide om hvordan en skal best mulig løse

utfordringer til kirurgiske inngrep. En studie påpeker at kirurgene er avhengig av operasjonssykepleierne til planlegging og gjennomføringen av leiringen (Walsh , 1994). Et samarbeid i det kirurgiske teamet krever god planlegging. Flere av leiringsposisjonene pasienten utsettes for ved operasjon gjennomføres daglig og blir rutine i operasjonsavdelingen. Derfor er det viktig at det ansvaret operasjonssykepleierne tar når en leirer pasienten er godkjent ut fra gjeldende prosedyrer og for å kunne tilrettelegge for god tilgang kreves det at operasjonssykepleieren har kunnskapen om det inngrepet som skal utføres (Crook, 2016; Chitlik, 2011).

I henhold til teori om sikkerhetskulturen i sykehus er de ansattes sin adferd styrende for samhandling og kommunikasjon (Haugen & Storm, 2015). En studie viser til at arbeidserfaring, kommunikasjon og organisering av arbeidet er viktig for å ha god samhandling i et flerfaglig miljø (Alfredsdottir & Bjørnsdottir , 2008). Det stilles krav til samarbeid i det kirurgiske teamet og ofte handler det om et kompromiss fordi en må ta hensyn til pasientens behov og hensyn til å få utført det kirurgiske inngrepet. Målet er at pasienten ligger riktig i forhold til inngrepet (Chitlik, 2011). Operasjonssykepleierne blir spurt om råd fordi kirurgene vet at operasjonssykepleieren forholder seg daglig til forskjellige leiringer, de har ekspertisen og kan leiring og leiringsdetaljene (Chitlik, 2011; Sutton, Link, & Flynn, 2013; Crook, 2016).

5.3 Rutiner og prosedyrer

Et viktig funn er at flere av informantene vektla gode rutiner. Ifølge operasjonssykepleierens ansvarsområde er opplysninger om pasienten viktig for å verne pasienten mot unødig skade og sikre et optimalt leie ved det kirurgiske inngrepet (Hansen, 2009).

Et funn som beskrives av flere informanter er at å følge rutiner er viktig for sikkerheten til pasienten. Sikkerhetskulturen på operasjonsavdelingen har økt de siste ti år på grunn av økt drift og økningen av nye typer kirurgiske inngrep. Det har spesielt økt med lapraskopiske operasjoner som har gitt store utfordringer i leiring av operasjonspasienten. Det setter derfor fokus på den selvstendige jobben operasjonssykepleieren har som helsepersonell. Kravet til oppdatering og kvalitetssikring av leiringen har gitt et økt behov for opplæring. Dette kan skape en

kultur i avdelingen som gjør at operasjonssykepleierne er bedre faglig forberedt til arbeidet (NSFLOS, 2014; Dāvøy, Eide, & Hansen, 2009).

Ifølge en av informantene er standardisering av leiringsprosedyren et mål slik at det skal bli lettere å kunne jobbe på ulike seksjoner og kunne gjennomføre leiringen mest mulig likt. Det kommer videre frem i studien at det å følge fagprosedyrer er viktig for å kunne håndtere ulike leier. Det er videre viktig at fagprosedyrene er lett tilgjengelige og oppdaterte med bilder og beskrivelser på de ulike leiringene. Dette er i samsvar med flere tidligere studier som presiserer at god planlegging av leiringen er nøkkelen til å lykkes (Chitlik, 2011; Spruce & Van Wicklin, 2014).

Ifølge operasjonssykepleierne brukes fagprosedyrene aktivt i operasjonsavdelingen og er med på å påvirke deres arbeid. Noen av informantene sier at de vil alltid velge å bruke fagprosedyrer. Hvordan operasjonssykepleierne bruker fagprosedyren kan nok forklares ut fra hvor lang erfaring de har i operasjonsavdelingen. Slik utviklingen er blitt med mange forskjellige kirurgiske inngrep så er operasjonssykepleierne avhengig av å bruke fagprosedyrene som arbeidsverktøy. Det kommer frem i min studie at fagprosedyrene er viktige arbeidsverktøy for operasjonssykepleierne. Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer er opprettet for å bidra til økt samarbeid. De arbeider for å utvikle fagprosedyrer som øker kvaliteten, bruke internasjonale verktøy og skolere helsepersonell i håndtering av kunnskap (Kunnskapssenteret, 2017). Ifølge en studie av Haugen (2014) har vi fagprosedyrer på de forskjellige kirurgiske inngrepene som krever at de følges for at det skal være en sikkerhet for pasienten. Ifølge operasjonssykepleierne i denne studien jobber de for gode fagprosedyrer fordi det er en sikkerhet i arbeidet. Dette er i samsvar med tidligere studier AORN Recommended Practices (2001) som har funnet at en prosedyre må være godkjent, men samtidig være levende fordi den er i stadig forandring. Operasjonssykepleierne kan komme med tilbakemelding for å gjøre endringer til det bedre (Macapagal, 2004; AORN Board of Directors, 1990).

Et annet viktig funn i forhold til fagprosedyrene er at de brukes som en sikkerhet for at leiet blir korrekt utført og at det er ren rutine å følge fagprosedyrene. Informantene sier at en prosedyre kan være mangelfull eller er ikke tilgjengelig. Dette kan være en utfordring og krever gode samarbeidspartnere. Tidligere studier viser at planlegging av det kirurgiske inngrepet er avhengig av gode retningslinjer og anbefalinger (Spruce & Van Wicklin, 2014; Bennicoff, 2010). Eksempel på situasjoner hvor prosedyren ikke

alltid er tilgjengelig er akutt aorta aneurisme, akutt kraniotomi og akutt sectio. I disse situasjonene er det likevel fastlagte rutiner som må følges. Det er operasjonsstuer som alltid står klar med sterilt utstyr, og en flyttbar tralle med leiringsutstyr, slik at en skal kunne handle raskt.

Det kommer frem i studien at når operasjonssykepleieren ikke følger fagprosedyren, men avviker fra den så krever det at en dokumenterer hva en gjør, og rapporterer videre til annet helsepersonell som overtar ansvaret for pasienten. Dette er i samsvar med en tidligere studie som påpeker at dokumentasjon er spesielt viktig når en oppdager skade som rødhet på hoftekammen eller skulder og forandringer på hud som ikke var der før det kirurgiske inngrepet startet (Macapagal, 2004). Hensikten med dokumentasjonen er å sikre forsvarlig helsehjelp, ivareta pasientens sikkerhet, og det er et juridisk dokument og kilde i en rettslig sammenheng (Helsepersonelloven, 2001).

Et viktig funn er at informantene påpeker at dokumentasjon av uheldige hendelser ved leiring er et virkemiddel for å synliggjøre hva en har utført, og har et dokument å vise til hvis noe skulle komme i ettertid. Informantene kan oppleve sikkerheten for pasienten truende i enkelte situasjoner. Det kan være en fot som faller ned fra operasjonsbordet eller en arm som kommer i klem ved tipping av bordet. Ut fra litteratur er det medisinske og tekniske utstyret som operasjonssykepleieren må forholde seg til på operasjonsstuen slik at det tar stort fokus, spesielt ved da vinci robotkirugi (Underwood, 2006). Det blir da viktig for operasjonssykepleieren å ikke glemme pasienten og leiringen oppi det hele. Ut fra operasjonssykepleierens funksjons og ansvarsområde er sikkerhet noe som kommer automatisk (NSFLOS, 2014). Dette forklares av informantene med at de hele tiden tenker forebygging for å unngå å påføre pasienten skade eller ubehag ved leiringen.

Dokumentasjon av uheldige hendelser skrives som synergi, som er varsling til nærmeste overordnede om uheldig hendelse eller skade. Synergi er blitt et viktig hjelpemiddel for å synliggjør nesten hendelser. Helseinstitusjonen har selv ansvar for å iverksette tiltak og følge anbefalinger fra myndighetene om hvordan gjennomføre tiltak for forbedring (Aase, 2015). De største ansvaret innenfor sikkerhetsarbeidet ligger hos ledelsen i de virksomheter som yter helsetjeneste. Ledelsen i helseforetaket har ansvar for å at personalet er kjent med og tilstrekkelig opplært i prosedyrer som skal fremme sikkerhet i arbeidet. Samtidig har helsepersonell et selvstendig ansvar for å jobbe faglig sikkert og forsvarlig, og holde seg faglig oppdatert. (Helsepersonelloven, 2001).

5.4 Ansvar for leiring av operasjonspasienten

Et interessant funn er at flere av operasjonssykepleierne opplever at de har hovedansvaret ved leiring av operasjonspasienten. En av informantene forteller at ansvaret for leiring er delt mellom operasjonssykepleier og anestesisykepleier, samtidig som det oppleves som at operasjonssykepleierne har hovedansvaret. I ansvars og funksjonsbeskrivelsen til operasjonssykepleierne står det at en har ansvar for forsvarlig leiring for å unngå trykk-, strekk-, og nerveskader og samarbeide flerfaglig i pasientbehandlingen innen det kirurgiske teamet (NSFLOS, 2014).

Informantene forteller videre at de blir spurt til råds av anestesipersonell og at de ønsker bekreftelse av operasjonssykepleieren på at leiringene er utført korrekt. Ut i fra operasjonssykepleierens kunnskapsgrunnlag om leiring (NSFLOS, 2014) og det som formidles til omgivelsene i en operasjonsstue, så bekrefter dette min forståelse av at det kirurgiske teamet stoler på at operasjonssykepleieren kan leiring. I beskrivelsen av operasjonssykepleierens ansvarsområde blir det sagt at vi har en selvstendig ansvarsfunksjon og tar egne beslutninger (NSFLOS, 2014). Min erfaring og en tidligere studie (Spruce & Van Wicklin, 2014) viser at leiring er operasjonssykepleierens ansvar, det vil si at de tar ansvaret som en del av jobben for å sikre at pasienten blir leiret forsvarlig. Å ta ansvaret for leiringen beskrives også som en kultur eller norm i operasjonsavdelingen og vises i deres atferd (Aase, 2015)

Ut fra funnet om at operasjonssykepleierne har hovedansvaret for leiringen av pasienten, blir det i samsvar med en tidligere studie formidlet at de skal sikre leiringen av pasienten ved å stå frem i teamet med en «stemme» som inngir respekt (Crook, 2016). Tidligere forskning viser at leiring av operasjonspasienten handler om riktig plassering til riktig inngrep, anatomi- og fysiologi kunnskaper, og dokumentasjon av leiringen (Leonard, 1992). Studien beskriver videre at det er operasjonssykepleieren som er den som leder leiringen av operasjonspasienten og at det er operasjonssykepleieren som kjenner best til ulike typer leiring ved ulike kirurgiske inngrep (Macapagal, 2004; Bennicoff, 2010). Litteraturen påpeker også at det er operasjonssykepleieren som er den som arbeider daglig med leiring og derfor blir ekspertene som kan guide de andre i det kirurgiske teamet (Leonard, 1992).

To av informantene beskriver ansvaret for leiringen som et selvstendig ansvar sammen med kirurg. Dette er i samsvar med en tidligere studie som også har funnet at det er

operasjonssykepleierne som har ansvaret for å leire pasienten, sjekke leiet slik at pasienten ikke utsettes for ubehag og skade, deretter skal kirurgen ha ansvaret for at leiringen av pasienten er korrekt utført i henhold til det kirurgiske inngrepet (Spruce & Van Wicklin, 2014).

Ut fra funnene kommer det frem at samarbeidet med anestesisykepleier og de andre medlemmene av det kirurgiske teamet er viktig fordi leiringen krever spesiell oppmerksomhet fra operasjonssykepleieren når pasienten er bedøvet eller får generell anestesi. Operasjonssykepleieren må sikre leiringsdetaljene under leiringen for å hindre skade under hele prosedyren. Dette samsvarer med funn som rapporteres i studien Recommended Practices (2001). Ifølge informantene er operasjonssykepleierne engasjert i det som går på leiring og føler derfor på et større ansvar. Alle som er inkludert i det kirurgiske teamet på en operasjonsstue er kirurger, operasjonssykepleier, anestesisykepleier og anestesileger har ansvar for sikker leiring. Ifølge Lindwall, Von Post & Bergbom (2003) har operasjonssykepleieren ansvar for å koordinere leiringen i intraoperative periode, sørge for sikker og god leiring, optimal tilgang for kirurg og forebygging av postoperative komplikasjoner som trykk- og nerve skader, sirkulatoriske- og respiratoriske komplikasjoner og nevropati (2003). Videre kreves det kunnskap om anatomi og fysiologi, risikofaktorer, mekaniske skader, potensielle komplikasjoner om leiringsposisjoner som rettleder før plassering av pasienten (Underwood, 2006; McEven, 1996).

Ut fra tidligere studier er ansvaret for pasienten et flerfaglig samarbeid, samtidig er det en i teamet som tar ledelsen over leiringen (Spruce & Van Wicklin, 2014).

Operasjonssykepleierne tar ansvar fordi kunnskap og erfaring tilsier at den oppgaven er en del av deres faglighet og ansvar for operasjonssykepleierfaget (NSFLOS, 2014).

Operasjonssykepleieren opptrer som pasientens advokat og stiller spørsmål hvis det er noe som går ut over pasientens sikkerhet (Chitlik, 2011). Til sist er det kirurgen som bestemmer leiringsposisjonen for den spesielle prosedyren, og beslutningen bør tas i samarbeid med resten av det kirurgiske teamet (Spruce & Van Wicklin, 2014).

5.5 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Jeg finner i denne studien at det er behov for å sette fokus på leiring av operasjonspasienten. Det er viktig at hele organisasjonen setter fokus på det forebyggende arbeidet med de tilgjengelige ressurser som vi har i en operasjonsavdeling. Det er rom for forbedringer og studien kan bidra til dette og gjøre de ansatte mer bevisste på å forebygge leiringsskader. Det kan også være med på å belyse viktigheten av å melde behov for leiringsutstyr til ledelsen.

Jeg ser også at å melde skader eller å melde uheldige hendelser kan bidra til å synliggjøre behovet for tiltak som må iverksettes for å forebygge leiringsskader. I den praktiske hverdagen er det flere enkle tiltak som kan gjøres for å forbedre sikkerheten, pasientsikkerheten og for å forebygge leiringsskader. Alle fagprosedyrene for kirurgiske inngrep bør ha en detaljert beskrivelse av leiringsposisjonen og alt leiringsutstyr en trenger for det spesielle inngrepet. Det er ikke alltid slik i dag. En studie har vist at lett tilgjengelige fagprosedyrer og nok leiringsutstyr forbedrer og letter arbeidet når en klargjør til et kirurgisk inngrep. Dette er i samsvar med tidligere forskning om at nytt og moderne tilgjengelig utstyr er et ønsket behov hos operasjonssykepleierne (Sørensen, Kusk, & Grønkjær, 2016). En annen studie antyder også at det er behov for en illustrasjon på pasientens leiringsform der risikoområder som nerveskader, trykkskader og fare for compartmentsyndrom blir merket. Dette kan en implementere i fagprosedyrene som da blir et nyttig verktøy for planlegging av leiringen (Bouyer-Ferullo, 2013).

Jeg ser også et behov for å utarbeide nasjonale kunnskapsbaserte fagprosedyrer om leiring. Dette er i dag ikke tilgjengelig (Kunnskapssenteret, 2017). Bedre fagprosedyrer kunne bidratt til økt kvalitet på leiringen og gi grunnlag for økt kunnskap omkring leiringsskader og risikoområde for skade. Man bør også tilstrebe økt fokus på opplæring og sertifisering, noe som kan gjøres gjennom undervisning og foredrag.

Det er flere studier som peker på retningslinjer og protokoller for å forebygge leiringsskader (Sutton, Link, & Flynn, 2013; Spruce & Van Wicklin, 2014; AORN Recommended Practices Committee, 2001). Retningslinjer og protokoller vil være hensiktsmessige ved innføring av nye typer kirurgiske inngrep, som for eksempel ved robotkirugi.

Det kunne være interessant å undersøke temaet leiring nærmere ved å bruke kvantitativ metode. Da kunne man for eksempel undersøkt antall leiringsskader, hyppigheten av ulike typer leiringsskader og hvor stor andel av leiringsskadene som rapporteres/ikke rapporteres. I videre kvalitativ forskning kunne det vært interessant å studere pasientperspektivet. Eksempelvis ved intervju av pasienter etter ulike typer inngrep, eller longitudinelle studier av pasienter som har fått leiringsskader.

6 KONKLUSJON

Med denne kvalitative studien har jeg belyst hva operasjonssykepleierne vektlegger ved leiring av operasjonspasienten, og deres erfaringer og opplevelser omkring dette.

Leiring av operasjonspasienten krever kunnskap om risikoområder som pasienten utsettes for. Gjennom denne studien kommer det frem at operasjonssykepleierne har kunnskap om risikoområder ved de ulike leiringsformene.

Studiens funn tyder på at operasjonssykepleierne erfarer at leiringsskader skjer, men at det er et av deres viktigste ansvarsområde å forebygge skader. Det er godt samsvar mellom kunnskap og handling når det gjelder forebygging av leiringsskader.

Informantene erfarer også at noen leier er mer utfordrende og krever gode kunnskaper for å håndtere. De vektlegger bruk av fagprosedyrer og leiringsutstyr. Opplæring i operasjonsavdelingen og sertifisering trekkes også fram som viktig for å sikre optimal leiring. Dette er en del av sikkerhetskulturen i operasjonsavdelingen og baseres på etablerte rutiner.

Informantene uttrykker ønske om standardisering av fagprosedyrer for å sikre kvaliteten på leiringen av pasienten og at leiringsprosedyrene dermed blir enklere å håndtere.

Det kommer også fram i denne studien at operasjonssykepleieren vektlegger at kirurgen har god tilgang til operasjonsfeltet, men at dette noen ganger kommer i konflikt med at pasienten skal ligge godt.

Et siste funn i denne studien viser at selv om leiring av operasjonspasienten er et felles ansvar for det kirurgiske teamet, opplever operasjonssykepleierne å ha hovedansvaret for leiringen.

Det overordnede målet ved leiring av operasjonspasienten er at pasienten ligger godt og sikkert på operasjonsbordet ved kirurgisk undersøkelse eller behandling. Jeg har fått økt kunnskap om leiring og leiringsskader. Dette vil sette fokus på forebyggende tiltak som vil danne grunnlaget for videre forbedring av operasjonssykepleierens leiring av operasjonspasienten.

Referanser

- Akhavan, A., Gainsburg, D., & Stock, J. (2010). Complications Associated With Patient Positioning in Urologic Surgery. *Urology*, 76 (6), ss. 1309-1316. doi: 10.1016/j.urology.2010.02.060
- Alfredsdottir, H., & Bjørnsdottir, K. (2008). *Nursing and patient safety in the operating room. Journal of advanced Nursing*, 61 (1): 29-37.
- Allen, G. (2007). Evidence for practice. Patient positioning and its effect on acute leg compartment syndrom. *AORN Journal*, 86 (6), ss. 1056-1057.
- AORN Board of Directors. (1990). Recommended Practices Positioning the Surgical Patient. *AORN Journal*, 52 (5), ss. 1035-1039.
- AORN Recommended Practices Committee. (2001). Recommended Practices for positioning the patient in the perioperative practice setting. *AORN Journal*, 73 (1), ss. 231-238.
- Aase, K. (2015). *Pasientsikkerhet: teori og praksis* (2. utgave. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bennicoff, G. (2010). Perioperative Care of the Morbidly Obese Patient in the Lithotomy Position. Association of Operating Room Nurses. *AORN Journal*, 92 (3), ss. 297-309. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2010.04.016>
- Biddle, C., & Cannady, M. (1990). Surgical positioning: their effects on cardiovascular respiratory systems. *AORN Journal*, 52 (2), ss. 350-359.
- Bouyer-Ferullo, S. (2013). Preventing Perioperativ Peripheral Nerve Injuries. *Association of Operating Room Nurses*, 97 (1), ss. 110-124.
- Chitlik, A. (2011). Safe positioning for Robotic-Assisted Laparoscopic Prostatectomy. *AORN Journal*, 94 (1), ss. 37-48. doi: 10.1016/j.aorn.2011.02.012
- Codd, R., Evans, M., Williams, P., Evans, G., & Sagar, G. (2013). A systematic review of peripheral nerve injury following laparoscopic colorectal surgery. *Colorectal Disease*, 15 (3), ss. 278-282. doi: 10.1111/codi. 12012
- Crook, C. (2016). Advocacy: How to Protect Your Patients? *AORN Journal*, 103 (5), ss. 522-526.
- Dåvøy, G., Eide, P., & Hansen, I. (2009). *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Denholm, B. (2009). Clinical issues, Tucking patient's arms and general positioning. *AORN Journal*, 89 (4), ss. 755-757.
- Eteuati, J., Hiscock, R., Hastie, I., Hayes, I., & Jones, I. (2013). Brachial plexopathy in laparoscopic-assisted rectal surgery: a case series. *Official Journal of SICCR, MSPFD, ISCRS, ECTA*, 17 (3), ss. 293-297.

Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ. Today.* , 24 (2), ss. 105-112.

Green, S. (1996, August). Positioning the patient for surgery. *British Journal and Theatre Nursing* , 6 (5), ss. 35-38.

Hansen. (2009). *Leiring av pasienten på operasjonsbordet*. (G. E. I Dåvøy, Red.) Oslo: Gyldendal akademisk.

Haugen, A. S. (2014). Impact of a surgical checklist on safety Cultur, morbidity, and motality. ss. 1-10.

Haugen, A., & Storm, M. (2015). Sikkerhetskultur i sykehus. I K. Aase, *Pasientsikkerhet- Teori og praksis* (ss. 77-86). Oslo: Universitetsforlaget.

Heizenroth, P. (2015). Positioning the Patient for Surgery. I J. C. Rothrock, *Alexanders's care of the patient in surgery* (15. utg., ss. 155-185). St. Loius: Elsevier Mosby.

Heizenroth, P. (2001). Surgery.Its' got some nerve! *Nursing (NURSING)* , 31 (10), ss. 32-32. <http://search.ebscohost.com/login.aspx=true&db=cin20d&AN=106889328&scope=site>

Helse-og-Omsorgsdepartementet. (2014). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokument/Meld-st-11-20142015/id_2345641/.

Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>.

Helsinkideklarasjonen. (2013). Hentet fra https://lovdata.no/etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/_Toc229220455

Hortmann, C., & Chung, S. (2015). Positioning Considerations in Robotic Surgery. *AORN Journal* , 102 (4), s. 434. doi: 10.1016/j.aorn.2015.07.008

Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.

Jonasson, E. (2014). *Masteroppgave: forebyggende tiltak for leiring av operasjonspasienter* . Hentet fra JJonasson_TEmilsen.pdf.bibsys brage: http://brage.bibsys.no/Xmuli/bistream/handle/11250/.../JJonasson_TEmilsen.pdf?...1

Killen, A., Kleinbeck , S., Gollar, K., Schuchardt , J., & Uebele , J. (1997, Januar). The prevalence of perioperative nurse clinical judgements. *AORN Journal* , 65 (1), ss. 101-108.

Kunnskapssenteret. (2017). Hentet fra <http://Kunnskapssenteret.no/sok>

Kunnskapssenteret. (2016). *Pasientsikkerhet*. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/pasientsikkerhet>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Leonard, R. (1992, November-desember). All the right moves, Positioning the Patient in the OR. *10* (4), ss. 10-16.

Lindwall, L., Von Post, I., & Bergbom, I. (2003). Patients and nurses experiences of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (3), ss. 246-253.

Lundman, B., & Graneheim, U. (2008). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård. I M.-N. B. Granskär (Red.). *Författarna och Studentlitteratur*.

Macapagal, M. L. (2004). Clinical exemplar. Protect your patient--it is never too late to repositioning. *AORN Journal*, 79 (5), ss. 1017-1018.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative Metoder i Medisinsk Forskning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Malterud, K., Siersma, V., & Guassora, A. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26 (13), ss. 1753-1759.

McEven. (1996). Intraoperative positioning in surgical patients. *AORN Journal*, 63 (6), ss. 1058-1082.

Millscaps, C. (2006). Preventing injury during surgery and other procedures is a nursing priority. These pointers will ensure you care is up to snuff. *Association and Operating Room*, 69 (1), ss. 59-63.

Moesmand, & Kjøllesdal. (2009). *Operasjonssykepleie*. I G. E. Dåvøy. oslo: Gyldendal akademisk.

NESH. (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jusoghumaniora/>.

Norsk pasientskadeerstatning . (2016). *Skadar etter feil liggjestilling ved operasjon*. Hentet fra <http://www.npe.no/no/pasientsikkerhet-og-statistikk/pasientsikkerhet2/Temaark/Skader-etter-feil-leiring/>

Norsk pasientskadeerstatning. (2014). *Faktaark om pasientskadar: Skadar etter feil liggjestilling ved operasjon*. Hentet fra <http://www.npe.no/no/pasientsikkerhet-og-statistikk/pasientsikkerhet2/Temaark/Skader-etter-feil-leiring/>

NSFLOS. (2014). *Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere*. Hentet fra FAGHEFTE Operasjonssykepleierens ansvar- og funksjonsbeskrivelse.: [https://www.nsf.no/Content/843267/FAGHEFTE 2011 mars 2012.pdf](https://www.nsf.no/Content/843267/FAGHEFTE%2011%20mars%202012.pdf)

Polit, D., & Beck, C. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.

Primiano, D., Friend, M., McClure, C., Nardi, S., Fix, L., Scafer, M., et al. (2011). Pressure Ulcer Prevalence and Risk Factors During Prolonged Surgical Procedures. *AORN Journal* , 94 (6), ss. 555-566. doi: 10.1016/j.aorn.2011.03.014

Putnam, K. (2016). Challengers associated with robot-assisted surgery. *AORN Journal* , 103 (3), ss. 7-9.

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.

Rasmussen, G., & Torjuul, K. (2012). Vård i Norden. Å være forbredt på det uventede - operasjonssykepleierens ferdigheter i å håndtere uventede hendelser på operasjonsstua. *VÅRD I NORDEN* , 106 (32), ss. 39-43.

Rothrock, J. C. (2015). *Alexander's care of the patient in surgery*. St.Louis, MO, Elsevier Mosby: Mosby, Inc.

Sørensen, E. E., Kusk, K., & Grønkjær, M. (2016). Operating room nurses' positioning of anesthetized surgical patients. *Department og clinical Medicine Aalborg University* , 25 (5/6), ss. 690-698.

Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelse>.

Spruce, L., & Van Wicklin, S. (2014). Back to basics: Positioning the Patient. *AORN Journal* , 100 (3), ss. 298-305. doi: 10.1016/j.aorn.2014.06.004

Store Norske Leksikon . (2015). *Sikkerhet* . Hentet fra <https://snl.no/sikkerhet>

Sukhu , T., & Krupski, T. (2014). Patient Positioning and Prevention of Injuries in Patients Undergoing Laparoscopic and Robot-Assisted Urologic Procedures. *Current Urology Reports* , 15 (4), ss. 1-7. doi: 10.1007/s11934-014-0398-1

Sutton, S., Link, T., & Flynn, M. (2013, April). A quality Improvement Project for Safe and Effective Patient Positioning During Robot-Assisted Surgery. *AORN Journal* , 97 (4), ss. 448-456. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2013.01.014>

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

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og Vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

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

Underwood, S. (2006, Februar). Clinical innovations. Reducing positioning changes during robotic lead placement. *AORN Journal* , 83 (3), s. 601.

Walsh , J. (1994). AANA journal course: update for nurse anesthetists--patient positioning. 62 (3), ss. 289-298.

Vedlegg 1 – Intervjuguiden

Innledning

- Deltakeren ønskes velkommen.
- Moderator presenterer seg.
- Jeg informerer om taushetsplikt i forhold til deltaker.
- Presiserer at all data vil bli behandlet konfidensielt, avidentifisert og anonymisert. Det vil bli gjort opptak med diktafon og observatør vil ta notater.
- Et individuelt intervju som du skal delta på nå er en samtale mellom to personer der intervjuer styrer samtalen og holder fokus på temaet. Spørsmålene er utarbeidet på forhånd, men det er muligheter til å ta opp aktuelle problemstillinger omkring temaet.
- Hensikten er å finne ut hvilke forhold operasjonssykepleier vektlegger ved leiring av operasjonspasienten.
- Ark med problemstilling og forskningsspørsmål ligger klar til deltakerne.
- Alle signerer informert samtykke.
- Opptak settes på, noe som opplyses.

Innledende spørsmål:

Beskriv egne erfaringer og opplevelse når det gjelder leiring av operasjonspasienter.?

- Har du gode eller dårlige erfaringer?
- Hva tenker du i etterkant av om dette?

Tema 1: Leiring

1. Fortell hva du vektlegger ved leiring av operasjonspasienten?
 - Ved ulike typer leiring som du finner utfordrende?
 - Hvilke hjelpemidler bruker du?
 - Hvordan kan du sjekke/observere at du har utført prosedyren korrekt?

2. Hvilke tanker har du omkring leiringsskader?
 - I hvilke typer inngrep er pasienten utsatt for leiringsskader?
 - Kan du gi eksempler?

3. Kan du si noe om hvilket ansvar du som operasjonssykepleier har i forhold til leiring i operasjonsavdelingen?
 - Kan du fortelle litt om rutineene omkring leiring?

4. Hva gjør du og det kirurgiske teamet for å forebygge leiringsskader?
 - Hvordan bruker du som operasjonssykepleier kunnskapen/erfaringen din?
 - Bruker du andre hjelpemidler enn fagprosedyrene?

5. Hva gjør ledelsen for å forebygge leiringsskader?
 - Kan du si noe om rapportering/ synergi?

Tema 2: Pasientsikkerhet

Definisjon pasientsikkerhet: Pasienter skal ikke utsettes for unødig skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangelen på det samme (Saunes mfl.,2010:6)

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)

1. Hva innebærer da sikkerhet for deg som operasjonssykepleier?

I ditt daglige arbeid tar en hele tiden avgjørelser omkring sikkerhet som gjennomføring av prosedyren trygg kirurgi, lese journal i dips, leiringsprosedyrer, samarbeide i team, god kommunikasjon, ivareta hygieniske prinsipper, skjerme pasienten o.s.v.

2. Hvilke erfaringer har du med sikkerhet i forhold til leiring av pasienten?
3. På hvilken måte kan sikkerheten være påvirket ved leiringen?
4. Hva kan du gjøre for å påvirke gode sikkerhetsrutiner omkring leiring?
5. Hvordan kan du tenke deg at oppfølgingen av leiringsskader bør være?
6. Hvilke tanker har du om at leiring av pasienten kan være en stor utfordring i dagens tekniske utforming?

Tema 3: Fagprosedyrer

Fagprosedyrer brukes aktivt som en av våre viktigste arbeidsredskap i forhold til leiring av operasjonspasienten.

1. Kan du si noe om hvordan fagprosedyrerne brukes i operasjonsavdelingen?
2. Hvordan beskriver du som operasjonssykepleier kunnskapsgrunnlaget for leiring?
3. Hvordan kan erfaringene til operasjonssykepleieren hjelpe til å utvikle gode leiringsprosedyrer?
4. Hva legger du i forskningsbasert kunnskap?
5. I hvilken grad anvender du forskningsbasert kunnskap ved leiring?
6. Hvis du ikke bruker forskningsbasert kunnskap i forbindelse med leiring, hvilke tanker har du om at du kan anvende forskningsbasert kunnskap?
7. Hvilken type kunnskap tror du er viktigst i praksis når leiringsprosedyrer skal utvikles?
8. Hvordan kan operasjonssykepleieren bidra til å kvalitetssikre leiringsprosedyrer til operasjonspasienten?
9. Hvordan evaluerer du leiring av operasjonspasienten?
10. Får du tilbakemelding?

Avslutning:

Vi har nå tatt opp mange sentrale temaer i forhold til leiring av operasjonspasienten. Er det noe du savner, noe du mener er sentralt for deg som operasjonssykepleier i forbindelse med leiringen?

- Moderatoren samler tråder og oppsummerer. Deltageren forteller hva hun synes om å delta i intervjuet.
- Jeg spør om tillatelse til å kontakte informanten dersom det er noe jeg lurer på.
- Når deltagerne har gått oppsummerer moderator og observatøren hvordan utførelsen av intervjuet gikk.

Vedlegg 2 –Analyseskjema utdrag av et team

<i>TEMA</i>	<i>UNDERTEMA</i>	<i>KONDENSERT MENINGSENHETER</i>	<i>MENINGSBÆRENDE ENHETER</i>
Å unngå leiringsskader	Vanskelig å unngå skader	Jeg har vært inne å sett på robotkirugi og synes det ser fryktelig skummelt ut med leiringen,... Jeg var inne å observerte så hadde skulderstøttene kommet skjevt så pasienten hadde fått trykkskade på skulderen. Det er jo sånn at når pasienten tippes så kan du ikke gjøre mye mer og det er litt kjipt å se....., men jeg vet ikke om det er noen mulighet da og justere.	I.6. Jeg har vært inne å sett noen ganger på robotkirugi og synes det er fryktelig skummelt med leiringen, med tanke på første gangen jeg var inne å observerte så hadde skulderstøttene kommet skjevt så pasienten hadde fått trykkskade på skulderen, for det er jo sånn at når pasienten tippes så kan en ikke gjøre så mye mer og det er litt kjipt å se og da var det for sent å gjøre noe med det, da var trocarene inne og roboten festet, men jeg vet ikke om det er noen mulighet da og justere.
	Å prøve ut leier	Du kommer ganske langt med å prøve å ligge selv, prøve på kollegaer, det tror jeg er den beste måten.....	I.3. Du kommer ganske langt med å prøve å ligge selv, prøve på kollegaer, det tror jeg er den beste måten å lære på.
	Å vektlegge avlastning	Jeg vektlegger at vi har et godt operasjonsbord med tempurmadrass som tar vekk trykket..., og når vi legger dem opp i beinholdere at det blir en god avlastning i kneområdet...	I.1. Jeg vektlegger at vi har et godt operasjonsbord med tempurmadrass som tar vekk trykket pluss at pasienten ligger godt. Vektlegger at når vi legger dem opp i beinholdere at vi ser at det blir god avlastning i kneområdet ser at hælen står godt nede i foten i fotsålen.
	Å kjenne risikofaktorer	En må vite risiko i forhold til skade, hvilke tiltak som må iverksettes for at det ikke skal skje skade	I.5. En må vite risiko i forhold til skade da, hvilke tiltak som må iverksettes for at det ikke skal skje skade, det er det to tingene som er viktigst.

Vedlegg 3 – Personvernombudet

Til

Monica Fosmark.

Intern ID	Ephorte saksnr	Saksbehandler:	Dato:
Tildeles av	2016/227	Personvernombud Ina Trane	21.9.2016
— forskningsavdelingen			

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger i forbindelse med prosjektet «Leiring av operasjonspasienter – En kvalitativ studie av operasjonssykepleier».

Det vises til innsendt melding om behandling av personopplysninger/helseopplysninger av 14.9.16, med bilag.

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

Formålet med masterprosjektet er;

Å få mer kunnskap om hvilke forhold operasjonssykepleierne vektlegger ved leiring, og skape større bevisstgjøring omkring leiring av pasienter på operasjonsbordet. I masteroppgaven ønsker masterstudenten å undersøke hva operasjonssykepleierne vektlegger når de leirer operasjonspasienten. Hvilke hjelpemidler brukes. Hvilke tanker har de omkring leiringsskader. Hvilke erfaringer har de med sikkerhet i forhold til leiring av pasienten. En ønsker å intervju 6-8 operasjonssykepleiere, videre å analysere intervjuene.

Innledningsvis skal nevnes at i følge protokollen er det flere spørsmål studenten ønsker avklart med studien, enn det som fremgår av den informasjonen som gis til deltakerne. Personvernombudet ber om at informasjonen til deltakerne i tredje avsnitt suppleres, slik at deltakerne blir bedre informert om hva de vil få spørsmål om.

Når det gjelder intervjuguiden finner personvernombudet at de to innledende spørsmålene (gode eller dårlige erfaringer...) er noe vide i sin formulering. Tilsvarende for det spørsmål som stilles avslutningsvis. Det bes om at de nevnte spørsmål spisses mer mot oppgavens tema.

Personvernombudet **tilrår** prosjektet under følgende forutsetninger;

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 som vil ta saken opp til vurdering i møte med personvernombudet.

Prosjektet gjennomføres i tråd med personopplysningsloven, helseregisterloven med forskrifter.

I henhold til personopplysningsloven § 8 skal den som personopplysningene omhandler samtykke til behandlingen av opplysningene. Samtykke skjema er utarbeidet og forelagt personvernombudet.

Tilgangen til opplysningene skjer i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene.

Prosjektets data skal oppbevares forsvarlig og i henhold til personopplysningsforskriftens kapittel 2.

Personopplysninger, papirlister og lydopptak oppbevares nedlåst på prosjektleders kontor inntil de anonymiseres eller slettes. Samtykkeskjema må oppbevares i låsbart skap separat fra det øvrige nedlåste datamaterialet.

Det påpekes at lydopptakene fra intervjuene bør inneholde minst mulig personidentifiserbare opplysninger, og må oppbevares nedlåst frem til opptakene blir transkribert. Etter at opptakene er transkribert bør de fortrinnsvis slettes.

Data slettes eller anonymiseres ved prosjekt slutt 31.12.17.

Det skal ved prosjektslutt sendes *sluttmelding* og *bekreftet sletting* til personvernombud/forskningsavd.


Ina Trane
Personvernombud

Kopi:

Divisjonsdirektør

Vedlegg 4 – Forespørsel om deltakelse i intervju



Forespørsel om deltakelse i et kvalitetsforbedringsprosjekt

Leiring av operasjonspasienten - En kvalitativ studie av operasjonssykepleiere

Bakgrunn og formål

Jeg er ferdig utdannet operasjonssykepleier og jobber ved operasjonsavdelingen ved Stavanger Universitetssykehus (SUS). Jeg studerer nå ved Universitetet i Stavanger (UIS) og skal skrive en masteroppgave med fordypning i operasjonssykepleie. Masteroppgaven er en kvalitativ studie der jeg ønsker å undersøke hvilke forhold operasjonssykepleierne vektlegger ved leiring av operasjonspasienten.

Tidligere forskning på området viser at leiringsskader forekommer til tross for at operasjonssykepleier iverksetter tiltak for å forebygge at leiringsskader oppstår.

Formålet med denne masteroppgaven er å undersøke hvilke erfaringer operasjonssykepleiere har med leiring og hva de vektlegger når de leirer pasienten til operasjon. Jeg ønsker fortrinnsvis informanter som jobber ved sentraloperasjon (SOP) på SUS, og jeg ønsker å intervju operasjonssykepleiere ved generell, ortopedisk og urologisk avdeling.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Dersom du ønsker å delta i studien vil dette innebære at du må stille til intervju som vil vare ca. 1 time. Tema som vil bli tatt opp i intervjuet er; Leiring, sikkerhet og pasientsikkerhet, og fagprosedyrer. Jeg vil være tilstede i selve intervjusituasjonen og ha en observatør med meg. Jeg vil lede intervjuet. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd med digital diktafon og transkribert og analysert av meg som prosjektleder. Jeg planlegger å ferdigstille masteroppgaven våren 2017 og eventuelt publisere funnene i en vitenskapelig artikkel på et senere tidspunkt.

Jeg er fleksibel 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 jeg som masterstudent og prosjektleder og veileder Signe Berit Bentsen vil ha tilgang til det transkriberte materialet. Lydopptak blir oppbevart i et låsbart skap. Word-dokumenter med transkripsjon vil bli lagret på en minnepinne og oppbevart i samme skap. Samtykkeerklæringene vil bli laget i et annet låsbart skap slik at datamaterialet blir behandlet anonymt.

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 2017. 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 prosjektleder og operasjonssykepleier Monica Fosmark (mobil: 95243664).

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

.....

Monica Fosmark
Prosjektleder, Operasjonssykepleier og masterstudent

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:

.....