

«Trafikk» på operasjonsstuen:

En kvalitativ studie med eksplorerende design om unødvendige døråpninger på operasjonsstuen



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i spesialsykepleie, spesialisering i: Operasjonssykepleie

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Studenter

Eivor Andrine Elgesem

Tordis Marie Hjellest

Veileder

Ingrid Tjoflåt, Dosent i sykepleie

Dato

12.05.2023

MASTERS I SPESIALSYKEPLEIE, spesialisering i: Operasjonssykepleie

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vår 2023

FORFATTER/MASTERKANDIDAT:

Eivor Andrine Elgesem

Tordis Marie Hjelleset

VEILEDER:

Ingrid Tjoflåt, Dosent i sykepleie, Avdeling for kvalitet og helseteknologi, UiS

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: «Trafikk» på operasjonsstuen: En kvalitativ studie med eksplorerende design om unødvendige døråpninger på operasjonsstuen

Engelsk tittel: "Traffic flow" in the operating room: A qualitative study with an explorative design of unnecessary door openings in the operating room

EMNEORD/STIKKORD:

Operasjonssykepleie, operasjonsstue, ventilasjon, trafikk, døråpninger, postoperativ infeksjon, teamarbeid

ANTALL ORD: 15545

STAVANGER

Mai 2023

Forord

Denne masteroppgaven har vært en utfordrende, men lærerik prosess som har gitt oss mer kunnskaper om et lite, men veldig viktig tema. Dette kommer vi til å ta med oss videre i vår arbeidskarriere som operasjonssykepleiere.

Vi vil takke våre flinke medstudenter for et godt samhold og en fin studietid sammen på masterstudiet ved Universitetet i Stavanger. Tusen takk for gode samtaler og konstruktive tilbakemeldinger på masterseminar. Vi vil også gi en ekstra takk til operasjonsavdelingen for god hjelp i forbindelse med gjennomføringen av intervjuer, og for at oppgaven har vært mulig for oss å gjennomføre.

Tusen takk til vår dyktige veileder Ingrid Tjoflåt for god og konstruktiv veiledning. Det har vært en glede å få jobbe med deg. Tusen takk for ditt engasjement gjennom hele prosessen.

Vi vil også takke våre kjære som har støttet og hjulpet oss gjennom en krevende, men spennende periode. Takk for all tid som er brukt på gjennomlesning og konstruktive tilbakemeldinger. Til slutt vil vi også rette en takk til hverandre for et godt samarbeid gjennom hele prosessen. Vi takker for godt humør, motiverende ord og et godt vennskap.

Nå gleder vi oss til en ny epoke som operasjonssykepleiere hvor vi kan benytte erfaringen og kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom masterstudiet.

Stavanger, mai 2023

Eivor Andrine Elgesem

Tordis Marie Hjellest

Sammendrag

Bakgrunn: En postoperativ infeksjon kan være svært belastende for pasienten og i verste fall kan det ha et dødelig utfall. En operasjonssykepleier har et viktig ansvar innen infeksjonsforebygging på operasjonsstuen. Et av flere infeksjonsforebyggende tiltak er å unngå unødvendig trafikk på operasjonsstuen. Studiens hensikt er å kartlegge operasjon- og anestesisykepleieres oppfatninger til unødvendige døråpninger på operasjonsstuen, under et kirurgisk inngrep. Studien vil kunne avdekke kunnskaper og erfaringer som operasjon- og anestesisykepleiere har til unødvendige døråpninger på en operasjonsstue.

Metode: Dette er en kvalitativ studie med et eksplorerende og deskriptivt design. Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervju med 10 informanter totalt fordelt på tre intervjuer. Informantene inkluderte fem operasjonssykepleiere og fem anestesisykepleiere. Begge profesjoner var representert i hvert intervju. Det ble videre benyttet kvalitativ innholdsanalyse for å analysere datamaterialet.

Funn: Analysen avdekket ett tema med tre tilhørende kategorier. Temaet som ble analysert frem er «Vi vet vi ikke skal gjøre det, men gjør det allikevel», med tre tilhørende kategorier: 1) Døråpninger er ikke prioritert, 2) Ulike holdninger til døråpninger, 3) Ulik praksis av døråpninger.

Konklusjon: Vi finner at det var variasjoner i hvilke oppfatninger informantene hadde om unødvendige døråpninger på operasjonsstuen. Informantene fortalte at i teorien burde de ikke utført unødvendige døråpninger på operasjonsstuen, men i praksis var det vanskelig å gjennomføre av flere årsaker. Årsakene var at unødvendig døråpninger ikke ble prioritert, det var ulike holdninger til unødvendige døråpninger og det ble utført ulik praksis til unødvendige døråpninger.

Summary

Background: A surgical site infection (SSI) can be very stressful for the patient and in worst case it can have a fatal outcome. An operating room nurse has an important responsibility in infection prevention in the operating room. One of several infection prevention measures is to avoid unnecessary traffic in the operating room. The purpose of the study is to survey operating room nurse and anesthesia nurses' perceptions of unnecessary door openings in the operating room during a surgical procedure. The study will be able to reveal the knowledge and experience that operating room nurse and anesthesia nurses have regarding unnecessary door openings in an operating room.

Methods: This is a qualitative study with an exploratory and descriptive design. Three focus group interviews were conducted with a total of 10 participants spread over three interviews. The participants included five operating room nurses and five anesthesia nurses. Both professions were represented in each interview. Qualitative content analysis was also used to analyze the data.

Main findings: The analysis revealed one theme with three associated categories. The theme that was analyzed is "We know we shouldn't do it, but we do it anyway", with three associated categories: 1) Door openings are not a priority, 2) Different attitudes to door openings, 3) Different practices of door openings.

Conclusion: We find that there were variations in the perceptions the informants had about unnecessary door openings in the operating room. The informants said that in theory they should not perform unnecessary door openings in the operating room, but in practice it was difficult to implement for several reasons. The reasons were that unnecessary door openings were not prioritized, there were different attitudes towards unnecessary door openings and different practices were carried out regarding unnecessary door openings.

Innholdsfortegnelse

1.0	Introduksjon	1
1.1	<i>Bakgrunn for valg av tema.....</i>	2
1.2	<i>Tidligere forskning på området</i>	4
1.3	<i>Studiens hensikt/formål.....</i>	5
1.4	<i>Problemstilling.....</i>	5
1.5	<i>Avgrensning</i>	5
1.6	<i>Begrepsavklaring</i>	6
1.6.1	<i>Kirurgisk inngrep.....</i>	6
1.6.2	<i>Trafikk/ døråpninger.....</i>	6
1.6.3	<i>Nødvendig/unødvendig døråpning</i>	6
2.0	Teoretisk rammeverk.....	7
2.1	<i>Operasjonssykepleiers ansvar og funksjonsbeskrivelse.....</i>	7
2.2	<i>Pasientsikkerhet.....</i>	9
2.3	<i>Operasjonsavdelingens utforming</i>	9
2.4	<i>Infeksjonsforebygging</i>	11
2.4.1	<i>Ventilasjon på operasjonsstuen</i>	14
2.5	<i>Ikke tekniske ferdigheter</i>	15
2.5.1	<i>Teamarbeid</i>	16
2.5.2	<i>Kommunikasjon</i>	17
2.6	<i>Kunnskaper, holdning og kompetanse</i>	17
3.0	Metode og metodiske overveielser	19
3.1	<i>Design.....</i>	19
3.2	<i>Valg av metode.....</i>	20
3.3	<i>Forforståelse.....</i>	21
3.4	<i>Datasamling.....</i>	22
3.4.1	<i>Semistrukturert fokusgruppeintervju</i>	22
3.4.2	<i>Intervjuguide.....</i>	22
3.4.3	<i>Utvalg (Strategisk-tilgjengelighetsutvalg).....</i>	23
3.4.4	<i>Utvalgsstørrelse</i>	24
3.4.5	<i>Datainnsamling.....</i>	24
3.5	<i>Kvalitativ innholdsanalyse.....</i>	25
3.5.1	<i>Analyseprosessen</i>	26
3.6	<i>Troverdighet.....</i>	27
3.7	<i>Forskningsetiske vurderinger</i>	29
4.0	Resultat.....	30
4.1	<i>Vi vet vi ikke skal gjøre det, men gjør det allikevel</i>	30
4.1.1	<i>Døråpninger er ikke prioritert.....</i>	31

4.1.2	Ulike holdninger til døråpninger	34
4.1.3	Ulik praksis av døråpninger.....	35
5.0	Diskusjon	38
5.1	<i>Vi vet vi ikke skal gjøre det, men gjør det allikevel</i>	38
5.1.1	Døråpninger er ikke prioritert.....	39
5.1.2	Ulike holdninger til døråpninger	42
5.1.3	Ulik praksis av døråpninger.....	44
5.2	<i>Metodediskusjon</i>	46
6.0	Konklusjon.....	48
6.1	<i>Implikasjoner for videre forskning.....</i>	48
6.2	<i>Implikasjoner for praksis</i>	49
	Referanseliste.....	50
	Vedlegg 1 PICO	54
	Vedlegg 2 Søkehistorikk	55
	Vedlegg 3 Intervjuguide	60
	Vedlegg 4 Samtykkeskjema	62
	Vedlegg 5 Utdrag analyse	65
	Vedlegg 6 Skriftlig godkjenning fra avdelingssjef.....	66
	Vedlegg 7 Skriftlig godkjenning fra SIKT	67
	Vedlegg 8 Skriftlig godkjenning fra personvernombudet.....	68
	Vedlegg 9 Spesifisering av studentbidrag	69

1.0 Introduksjon

Operasjonsavdelingen anses som et høyrisikomiljø og pasienten er spesielt utsatt for infeksjoner og skader (Joseph et al., 2019, s.276). Pasientsikkerhet er derfor høyt prioritert i et slikt miljø, og det innebærer å ikke utsette pasienten for unødig skade (Helsedirektoratet, 2022). En postoperativ infeksjon blir definert som en infeksjon som oppstår i forbindelse med alle typer kirurgiske inngrep i sykehus (Hansen et al., 2018, s.233). Tall fra Norsk overvåkningssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS), viser til totalt 1212 registrerte postoperative infeksjoner i 2018, rapportert fra om lag 32 000 kirurgiske inngrep fra 61 sykehus i Norge (Berg et al., 2019, s.6). Det kan være svært belastende for pasienten som blir påført en postoperativ infeksjon, og det kan utsette pasienten for ekstra lidelse og i verste fall kan det ha et dødelig utfall (Lauvrak et al., 2010, s.6; Helsedirektoratet, 2021). Det er også en stor økonomisk påkjenning for samfunnet med postoperative infeksjoner, som fører til ekstra kostnader på grunn av økt bruk av medisiner, reoperasjoner og forlenget sykehusinnleggelse (Andersson et al., 2012, s. 750). Et av operasjonssykepleiers ansvarsområder er å bidra til forebygging av infeksjoner, og hindre smittespredning som er en del av forsvarlig pasientbehandling og pasientsikkerhet (NSFs landsgruppe av operasjonssykepleiere, 2015). Verdens helseorganisasjon (WHO) har publisert flere råd som kan bidra til å forebygge og redusere risikoen for postoperative sårinfeksjoner (World Health Organization, 2018). Et av rådene WHO anbefaler for å redusere risiko for postoperativ infeksjon er å unngå unødvendig trafikk inn og ut av operasjonsstuen (World Health Organization, 2018). I studien til Andersson et al., (2012, s.754) finner de en tydelig sammenheng mellom antall døråpninger og forhøyet antall bakterier i luften ved operasjonsområdet. Dette belyser viktigheten av å unngå unødvendig trafikk inn og ut av operasjonsstuen for å redusere risiko for postoperativ infeksjon og dermed bidra til økt pasientsikkerhet (Andersson et al., (2012, s.754; World Health Organization, 2018; Helsedirektoratet, 2022).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valg av tema var at vi i praksis som operasjonssykepleierstudenter observerte trafikken inn og ut av operasjonsstuen. Vi var utplassert i praksis under utdanning som operasjonssykepleierstudenter på et større sykehus i Norge. Trafikken vi beskriver er relatert til antall døråpninger inn og ut av operasjonsstuen. Når vi som operasjonssykepleierstudenter observerte døråpningene stilte vi oss spørsmål om de hygieniske prinsippene ble ivaretatt. Vi observerte at årsaken til døråpninger kunne skyldes henting av ekstra utstyr, som oftest på bestilling fra kirurg. Noe av utstyret som ble hentet inn til operasjonsstuen ble aldri brukt. Vi observerte andre årsaker for døråpninger som kunne være avvikling av lunsjpauser, kaffepause, toalettbesøk og vaktskifte. Det ble også gitt ulike beskjeder i døråpningen. Dette vekket vår interesse for temaet «døråpninger» og vi ble nysgjerrige på hvilke oppfatninger, erfaringer og kunnskaper de ulike profesjonene i det kirurgiske teamet har om trafikk på operasjonsstuen. Et kirurgisk team består hovedsakelig av operasjon- og anestesisykepleiere, anestesilege og kirurg (Oksavik, 2018 s.203). I denne masteroppgaven har vi valgt å kun inkludere operasjon- og anestesisykepleiere i intervjuet på grunn av oppgavens omfang og tidsaspekt.

Forskning viser til at risikoen for postoperative infeksjoner blir påvirket ved trafikk/døråpninger (Andersson et al., 2012, s.750). Colony forming unit/m³ (CFU/m³) er en måleenhet som måler hvor mange kolonidannede bakterier som finnes i luften per kubikkmeter (Regionalt kompetansesenter for smittevern Helse Sør-Øst, 2021).

Alle som jobber på en operasjonsavdeling, skal opptre med en type atferd inne på operasjonsstuen som har til hensikt å minske antall bakterier i luften (CFU/m³). Et eksempel på en slik type atferd er å minimere unødvendig trafikk inn og ut på operasjonsstuen (Hansen et al., 2018, s.292). Ventilasjon på operasjonsstuen har som hensikt å stabilisere klima, fortynne narkosegasser og redusere bakterieinnholdet i luften (Hansen et al., 2018, s.289). Konvensjonell overtrykksventilasjon er mest brukt og fungerer slik at steril luft strømmer gjennom dyser i taket rettet mot pasienten og operasjonsområdet, deretter strømmer luften

videre ned mot gulvet og ventileres ut gjennom sluser og dørspalter langs gulvet ensrettet. På denne måten unngås tilbakevirvling av forurenset luft. Ulempen er at trykket er avhengig av at dører er lukket. Hver gang en dør åpnes inn til operasjonsstuen oppheves også overtrykket. Trykket blir utlignet og forurenset luft fra omgivende rom kan trenge inn og CFU/m³ øker (Hansen et al., 2018, s.289-290). I studien til Panahi et. al. (2012, s.2690) blir det beskrevet at det i gjennomsnitt var 60 døråpninger under primære inngrep av total leddprotese, og 135 døråpninger under revisjoner av total leddprotese, noe som viser til et høyt antall døråpninger. Panahi et. al. (2012, s.2690) viser også til at det var operasjonssykepleiere og kirurger som stod for størst antall døråpninger under et kirurgisk inngrep.

I 2016 publiserte World Health Organization (WHO) globale retningslinjer som omhandler forebyggende tiltak mot postoperative infeksjoner (World Health Organization, 2018). Tiltak som antibiotika, kirurgisk håndvask, desinfeksjon med klorhexidin og normotermi er noen eksempler på godt etablerte og standardiserte tiltak som reduserer postoperative infeksjoner (World Health Organization, 2018, s.102-158). På tross av dette er det fortsatt mangler ved standardisering for beste praksis mot postoperative infeksjoner (Buckner et al., 2022, s.414). Trafikk på operasjonsstuen er fortsatt understudert når det gjelder postoperative infeksjoner, og retningslinjer er ikke like standardisert som andre infeksjonsforebyggende tiltak (Buckner et al., 2022, s.414). Gjeldende anbefalinger om trafikk på operasjonsstuen per dags dato er å «unngå unødvendig trafikk» (World Health Organization, 2018). Anbefalingen om å «unngå unødvendig trafikk» kan oppfattes som udefinerbar og gjør det mer sårbart for individuelle tolkninger om hvilken trafikk som er nødvendig eller unødvendig.

1.2 Tidligere forskning på området

Det er gjort et systematisk litteratursøk i relevante databaser som CINAHL, Ovid MEDLINE(R) ALL, Cochrane og Embase (vedlegg 2). PICO måtte justeres etter første søkerunde da søket ble for snevert (vedlegg 1). Søket måtte deretter utvides til de overordnede søkeordene som “nurse”, “operating room” og “door traffic” (vedlegg 2). Gjeldende søk inkluderte også treff på både kvantitative og kvalitative studier. Det er lest over 1200 overskrifter, og over 50 artikler ble lagret på bakgrunn av relevant tittel og sammendrag. De utvalgte forskningsartiklene er alle fagfellevurderte artikler.

I studiene til Hamilton et al., (2018, s. 633), Bédard et al., (2015, s.236) og Buckner et al., (2022, s.422) fremkommer det at etter undervisning og bevisstgjøring av de ansatte på operasjonsavdelingen ble det betydelig reduksjon i antall døråpninger. Studien til Panahi et al. (2012, s. 2690) viser til at det var operasjonssykepleiere og kirurger som stod for størst antall døråpninger under et kirurgisk inngrep. Det blir videre beskrevet at det i gjennomsnitt var 60 døråpninger under primære inngrep og 135 døråpninger under revisjoner av total leddprotese, noe som viser til et høyt antall døråpninger (Panahi et al., 2012, s. 2690). Andersson et al., (2012, s.754) finner en tydelig sammenheng mellom antall døråpninger og forhøyet antall bakterier i luften ved operasjonsområdet ved konvensjonell ventilasjon, noe som kan gi økt risiko for postoperativ infeksjon. Joseph et al., (2019, s.276) undersøker hvordan forstyrrelser på operasjonsstuen som trafikk, antall personer involvert, oppgaver som utføres og lokalisering av utstyr på operasjonsstuen bidrar til redusert pasientsikkerhet. Studien konkluderer med at romdesign og layout kan skape barrierer for god arbeidsflyt, noe som mulig kan bidra til eskalering av forstyrrelser på operasjonsstuen (Joseph et al., 2019, s.276).

Forskning viser til en sammenheng mellom antall døråpninger og forhøyet antall bakterier i luften ved operasjonsområdet (Andersson et al., 2012, s.754). Anbefalingen om å unngå “unødvendig trafikk» inn og ut operasjonsstuen kan oppfattes utydelig og gjør det mer sårbart for individuelle tolkninger om hvilken trafikk som er nødvendig eller unødvendig (World

Health Organization, 2018). Denne masteroppgaven kan videre belyse oppfatninger blant operasjon- og anestesisykepleiere om temaet «døråpninger».

1.3 Studiens hensikt/formål

Studiens hensikt er å kartlegge operasjon- og anestesisykepleieres oppfatninger til unødvendige døråpninger på operasjonsstuen under et kirurgisk inngrep. Studien vil kunne avdekke kunnskaper og erfaringer som operasjon- og anestesisykepleiere har til unødvendige døråpninger inn og ut en operasjonsstue. Videre håper vi studien kan bidra til nyttig bevisstgjøring om unødvendige døråpninger under kirurgi, som et lite men viktig tiltak innen infeksjonsforebygging både før, under og etter operasjon.

1.4 Problemstilling

«Hvordan oppfatter operasjon- og anestesisykepleiere unødvendige døråpninger inn og ut av operasjonsstuen?»

1.5 Avgrensning

Vi har i denne oppgaven valgt å diskutere unødvendige døråpninger gjeldende til planlagt (elektiv) kirurgi og ikke gjeldende til akutt kirurgi. Dette er fordi elektive operasjoner er planlagt på forhånd og man skal ha tid til å prioritere alle hygieniske prinsipp for å forebygge postoperativ infeksjon. Ved akutt kirurgi kan det stå mellom liv eller død og tiden kan være begrenset. Prioriteringer om å unngå postoperativ infeksjon vil derfor være annerledes ved akutt kirurgi fordi det handler om å redde liv. Videre har vi valgt å ikke diskutere anestesisykepleiers ansvar og funksjonsbeskrivelse, da både oppgavens omfang og tid ikke strekker til. Vi har likevel valgt å inkludere anestesisykepleier i problemstilling, fordi vi ønsket å undersøke ulike oppfatninger fra flere profesjoner i det kirurgiske teamet.

1.6 Begrepsavklaring

1.6.1 Kirurgisk inngrep

I denne oppgaven vil et kirurgisk inngrep starte når kirurgen begynner å skjære i huden til pasienten, og avsluttes når huden er lukket og bandasje er lagt på operasjonssåret. De ulike operative fasene som nevnes i denne oppgaven forklares slik; Preoperativ (før kirurgi), peroperativ (under kirurgi), postoperativ (etter kirurgi) og perioperativ (samlebetegnelse på alle fasene) (Cuming, 2019, s.1).

1.6.2 Trafikk/ døråpninger

Begrepet «trafikk» i en operasjonsavdeling kan forstås som en samlebetegnelse på alt som rører seg i en operasjonsavdeling. For eksempel kan begrepet «trafikk» definere mye bevegelse/gåing inne på operasjonsstuen, men brukes også når man går mye inn og ut gjennom døren inn til operasjonsstuen (Hansen et al., 2018, s.292-293). I praksis benyttes begrepene «trafikk» og «døråpning» mye om hverandre, men vi har i denne masteroppgaven konsekvent valgt å bruke begrepet «døråpninger» fordi det er et mer avgrenset begrep.

Begrepet «døråpning» i en operasjonsavdeling forstås som hver gang man fysisk åpner en av dørene inn til en operasjonsstue. Begrepet «døråpning» har fått sin betydning i en operasjonsavdeling grunnet ventilasjonen og lufttrykket som er inne på operasjonsstuene (Hansen et al., 2018, s.289-291).

1.6.3 Nødvendig/unødvendig døråpning

Begrepet «døråpning» kan vi videre dele inn i nødvendig- eller unødvendig døråpning. Nødvendige døråpninger kan forstås som de døråpningene som anses som viktige, og har et nødvendig formål for å kunne gjennomføre operasjonen forsvarlig. Unødvendige døråpninger forstås som de døråpningene som ikke er livsnødvendige for å gjennomføre operasjonen, og som kunne ventet til operasjonen var ferdig (Andersson et al., 2012, s.752-753).

2.0 Teoretisk rammeverk

I teoretisk rammeverk presenteres valgt rammeverk som er relevant for å besvare oppgavens problemstilling. Valgt rammeverk består av operasjonssykepleierens ansvar og funksjonsbeskrivelse og pasientsikkerhet med fokus på infeksjonsforebygging. Operasjonsavdelingens utforming og oppbygging forklares for å gi en forståelse og et innblikk i en lukket avdeling. Videre utdypes infeksjonsforebyggende tiltak i operasjonsavdelingen. Operasjonssykepleierens ikke tekniske ferdigheter, kunnskaper, holdninger og kompetanse presenteres for å gi en forståelse og et innblikk i den kompleksiteten det innebærer å jobbe som operasjonssykepleier.

2.1 Operasjonssykepleiers ansvar og funksjonsbeskrivelse

I Norge finnes det lover og forskrifter som man må forholde seg til som operasjonssykepleier og som er med på å regulere tjenesten for operasjonssykepleiere (Eide & Dåvøy, 2018, s. 29). Helsepersonell er i henhold til Helsepersonelloven (1999, § 4) pliktet til å faglig forsvarlig gjennomføre sitt arbeid. Pasienter i Norge har rett til å få faglig forsvarlig helsehjelp, noe som er lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Specialisthelsetjenesteloven (1999, §2-2) skal tilrettelegge for at helsepersonell kan utføre sine tjenester og lovpålagte plikter slik at pasienten kan få en helhetlig og koordinert behandling.

NSF's landsgruppe av operasjonssykepleiere (NSFLOS) stadfester operasjonssykepleierens ansvar- og funksjonsbeskrivelse. Funksjonsbeskrivelsen belyser at operasjonssykepleier har ansvar for å bidra til forsvarlig forebygging av infeksjoner, og hindre smittespredning som en del av forsvarlig pasientbehandling og pasientsikkerhet. Operasjonssykepleier arbeider i et høyteknologisk miljø og skal ha avansert kunnskap om kroppens oppbygging og funksjoner, pasientens ulike sykdomsprosesser, reaksjoner og behov ut ifra alder, kjønn og flerkulturelt perspektiv. Operasjonssykepleier skal ta medansvar ut ifra kompetanse til et tilfredsstillende kirurgisk resultat, ved å bidra gjennom medisinsk behandling og utførelse av delegerede medisinske forordninger (NSFs landsgruppe av operasjonssykepleiere, 2015).

Ved hvert inngrep har operasjonssykepleier ansvar for å sikre tilrettelegging for operasjonen. Dette innebærer å velge operasjonsstue, riktig instrumenter og utstyr som er tilpasset inngrepet. Operasjonssykepleieren har ansvar for å gjøre i stand riktig utstyr, i riktig størrelse og mengde. Det sterile utstyret som skal anvendes under operasjonen skal kontrolleres, systematiseres og dokumenteres av en operasjonssykepleier. Det er i tillegg operasjonssykepleierens ansvar å ha riktig mengde av tilleggsutstyr tilgjengelig. Operasjonsstuen skal gjøres i stand før pasienten ankommer. Dette gjøres ved å kontrollere det medisinske utstyret, rydde stuen og kontrollere renhetsgraden. Alt unødvendig utstyr ryddes ut av stuen, og nødvendige apparater tas inn. Dette kan for eksempel være mikroskop, ulike røntgenapparat eller ultralydapparat (Eide & Dávøy, 2018, s. 31).

Som operasjonssykepleier jobber man i par, og man deler rollene inn i “sterilt utøvende” og en “koordinerende” operasjonssykepleier. Det er den sterilt utøvende operasjonssykepleieren som gjennomfører kirurgisk håndvask og desinfeksjon, kler seg i sterilt utstyr, og deretter tar ansvar for det sterile feltet i operasjonsstuen. Før operasjonen innebærer det å kontrollere det sterile utstyret for feil og mangler, og organisere et sterilt arbeidsområde der de kirurgiske instrumentene organiseres hensiktsmessig slik de blir ivaretatt på en sikker måte. Når pasienten ligger i riktig leie på operasjonsbordet, og operasjonsområdet er ferdig desinfisert, er det den sterile operasjonssykepleieren som dekker operasjonsområdet med steril tildekking. Dette er for å hindre overføring av mikroorganismer til operasjonssåret fra personalet og pasienten. Under operasjon har den sterile operasjonssykepleieren ansvar for å ivareta de kirurgiske instrumentene på en sikker måte, forsyne det kirurgiske teamet med riktig instrument til riktig tid, og ivareta sterilitet (Eide & Dávøy, 2018, s. 30-31).

Den koordinerende operasjonssykepleieren har ansvaret for operasjonsstuen og for å supplere operasjonsteamet med ekstra utstyr. Den koordinerende operasjonssykepleieren har direkte ansvar for pasienten, og skal ivareta pasientens trygghet og velbefinnende både før, under og etter operasjonen. Det er den koordinerende operasjonssykepleieren som har ansvar for at pasienten ligger godt, ligger i riktig kirurgisk leie og har riktig temperatur. Dette må den koordinerende operasjonssykepleieren overvåke under hele inngrepet. I tillegg definerer den

koordinerende operasjonssykepleieren sammen med kirurgen operasjonsfeltet, og desinfiserer området. Under operasjonen har den koordinerende operasjonssykepleieren ansvaret for å overvåke operasjonsstuen, dokumentere, passe på at det sterile feltet ikke blir kontaminert, sørge for at dørene holdes igjen, og for at antall personer på stuen begrenses (Eide & Dāvøy, 2018, s. 31). Operasjonssykepleieren har kompetanse til å organisere og administrere et kirurgisk inngrep og lage et operasjonsprogram. Dette er fordi en operasjonssykepleier har kjennskap til ulike kirurgiske inngrep, ulike anestesiformer, operasjonsstuer, instrumenter og utstyr som skal til for å utføre et kirurgisk inngrep (Eide & Dāvøy, 2018, s. 31-32).

2.2 Pasientsikkerhet

En operasjonssykepleier har ansvar for å bidra til forsvarlig forebygging av infeksjoner som et ledd i pasientsikkerhet (NSFs landsgruppe av operasjonssykepleiere, 2015). Pasientsikkerhet handler om at pasienter ikke skal utsettes for unødige skade eller risiko for skade forårsaket av helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2022). Helse- og omsorgstjenestene skal utøve trygge og sikre tjenester av god kvalitet. En pasientskade er en påført skade etter behandling eller tjenester i helse og omsorgstjenesten som krever ekstra overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller i verste fall kan ha et dødelig utfall (Helsedirektoratet, 2022). Ballangrud og Husebø (2021, s. 40-41) beskriver en sammenheng mellom teamarbeid, teamtrening, kvalitet og pasientsikkerhet som en kompleks og dynamisk prosess. Alle i det kirurgiske teamet har et felles ansvar for pasientsikkerheten. Hovedmålet er vellykkede operasjoner, der pasienten føler seg ivaretatt, og der forløpet blir gjennomført på en effektivt og sikker måte (Holmes et al., 2021, s. 169-170).

2.3 Operasjonsavdelingens utforming

Operasjonsavdelingen er en høyteknologisk avdeling som innebærer spesielle krav til innhold og utforming. Det er en ren avdeling, også kalt et grønt område, og innebærer at avdelingen er lukket for gjennomgangstrafikk, men likevel ligger i nærheten til akuttmottak, røntgenavdeling, postoperativ- og intensivavdelingen. Det stilles krav til EU-godkjent utstyr merket med CE-merking, og alt utstyr som skal inn på en operasjonsavdeling skal

sikkerhetsklareres av sykehuset først. Hensikten med en slik standard er å forebygge smitteoverføring og minimere potensielle skader som kan påføres pasienten (Dåvøy & Andersen, 2018, s. 220).

Det stilles videre krav til oppbygning og fysisk utforming av en operasjonsavdeling. Det vil si at gulv og vegger skal bestå av heldekkende og glatt materiale, slik at det kan rengjøres skikkelig. Dersom det kommer hakk eller skader på gulv og vegger i en operasjonsavdeling, utgjør dette en smitterisiko fordi det kompliserer rengjøringen. Operasjonssykepleier har derfor et viktig ansvar ved å rapportere skader til avdelingsleder slik at det kan repareres. Alle ansatte som jobber i en operasjonsavdeling må via en personalsluse for å komme videre inn i operasjonsavdelingen. Personalslusen bidrar til å redusere smitterisiko fordi de ansatte skifter til grønt tøy, sokker og sko, som kun er beregnet å brukes i operasjonsavdelingen. Videre skal smykker, ringer og klokker tas av i personalslusen. Det skal deretter tas på en hårbeskyttende hette som samler alt hår inn i hetten før man går videre inn i operasjonsavdelingen. Pasienter skal også gjennom en pasientsluse før de kjøres videre inn til operasjonsstuen. En pasientsluse er en felles ventesone, også en grønn sone, som bemannes av eget personell som overvåker pasientene før de kjøres i seng videre inn til operasjonsstuen. Pasientene ankommer pasientslusen i ren seng og rent tøy. Det er også mulighet for forberedelser i pasientslusen som for eksempel innledning av anestesi (Dåvøy & Andersen, 2018, s. 221-222).

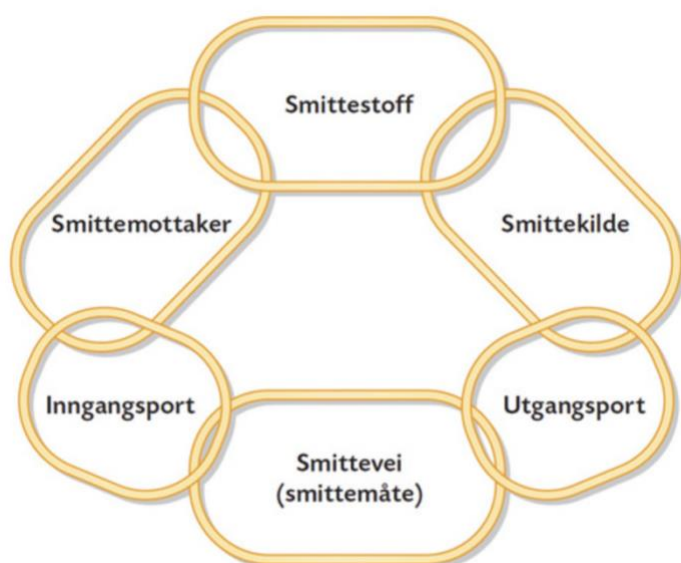
Videre består operasjonsavdelingen av alle de ulike operasjonsstuene, kontorer, pauserom, instrumentvaskerom og skyllerom. Det finnes lager til oppbevaring av sterilt utstyr. Sterilt utstyr skal lagres i et rent og tørt rom, skjermet fra sterkt lys eller direkte sollys. Dette er fordi direkte sollys kan påvirke kvaliteten på det sterile utstyret. Et sterilt lager skal plasseres slik at det ikke tilrettelegger for gjennomgangstrafikk, fordi bakterier og partikler fra personalet kan forurense og påvirke miljøet på lageret. En operasjonsstue varierer i størrelse, mengde utstyr inne på stuen og beliggenhet i operasjonsavdelingen. Dette bestemmes etter hva operasjonsstuen er tiltenkt å brukes til. En anbefaling er at operasjonsstuen er stor nok til at man kan holde to meter avstand til det sterile personalet. Utstyr som tas inn på operasjonsstuen skal være tiltenkt til den gitte operasjon. Det bør også unngås å oppbevare sterilt utstyr inne på operasjonsstuen. Dette er fordi skjæring eller brenning i huden ved bruk

av strøm (diatermi) frigjør mikropartikler som organisk materiale, og kan kontaminere utstyr inne på stuen (Dåvøy & Andersen, 2018, s. 223-226).

2.4 Infeksjonsforebygging

Operasjonssykepleieren har en sentral funksjon og et selvstendig ansvar i det infeksjonsforebyggende arbeidet på operasjonsavdelingen (Hansen et al., 2018, s.234). Infeksjonsforebygging er et viktig arbeid i forhold til pasientsikkerhet for å unngå å påføre pasienten unødig skade (Helsedirektoratet, 2022). Operasjonspasienter er spesielt utsatt for postoperative infeksjoner. Dette er fordi en operasjon bryter hud- eller slimhinne barrieren, slik at den naturlige forsvarsmekanismen blir skadet. Når det oppstår et brudd i hel hud eller slimhinner, øker risikoen for infeksjoner. Dette kan være en endogen infeksjon som oppstår fra pasientens egen bakterieflora, eller eksogen infeksjon som er tilført bakterieflora fra miljøet rundt (Hansen et al., 2018, s.234; King & Spry, 2019, s.57). Det finnes ulike faktorer som påvirker arbeidet i å hindre smittespredning og smitteoverføring i operasjonsavdelingen. Disse faktorene kan forstås som en kjede, også kalt smittekjeden (Hansen et al., 2018, s.234). Smittekjeden består av ulike ledd, der hvert ledd kan forårsake infeksjon eller smitte. I operasjonsavdelingen jobbes det derfor for å bryte eller stoppe smitteoverføring og smittespredning innad i hvert enkelt ledd i smittekjeden. De ulike leddene er forklart slik (Figur 1): Smittestoff, smittekilde, utgangsport, smittevei (smittemåte), inngangsport og smitemottaker (Hansen et al., 2018, s.234).

Figur 1: Smittekjeden.



Et smittestoff er mikrober, som for eksempel bakterier, virus, sopp, prioner og parasitter (Hansen et al., 2018, s.234). Det er operasjonssykepleierens ansvar å bryte dette leddet i smittekjeden ved å desinfisere pasientens hud, sterilisere det kirurgiske utstyret, og tilse at renhold på operasjonsstuen innfrir riktig krav (Hansen et al., 2018, s.234-235). Vi desinfiserer pasientens hud og evt slimhinner for å fjerne mikroorganismer som kan fremkalle sykdom og derfor hindre smitteoverføring (Hansen et al., 2018, s.247). Teknisk desinfeksjon av instrumenter, utstyr og miljø gjøres for å drepe og uskadeliggjøre mikroorganismer. Metoder for teknisk desinfeksjon er varme mellom 85°C og 100°C, kjemisk desinfeksjon i form av væske eller gass, og ultralydbehandling som er spesielt egnet til rengjøring av instrumenter av rustfritt stål (Hansen et al., 2018, s.250-254). Begrepet “sterilitet” innebærer fravær av alle levende mikroorganismer og utføres ved varme, eller varme og trykk, evt en kombinasjon av varme og gass (Hansen et al., 2018, s.259). Sterilisering utføres på alle kirurgiske instrumenter og utstyr som skal brukes i områder på kroppen som normalt er sterile, og som man ikke ønsker å tilføre noen form for mikroorganismer (Hansen et al., 2018, s.260-261).

Å bryte leddet ved smittekilde innebærer å ikke selv spre mikroorganismer i avdelingen ved å utføre god håndhygiene (Hansen et al., 2018, s.235). Korrekt håndhygiene utføres for å forebygge infeksjoner forårsaket av smitte fra sykehus (nosokomiale infeksjon) (Hansen et al., 2018, s.240). Det kreves også korrekt påkledning av personalet for å beskytte både pasienten, personalet og miljøet rundt for smitte. Videre ivaretas personlig smittevern, isolere pasienter med infeksjoner eller smitte samt ivareta renhold og desinfeksjon av instrumenter, utstyr og operasjonsstue (Hansen et al., 2018, s.235).

Operasjonssykepleier kan hindre smittevei ved korrekt håndhygiene og desinfeksjon av pasientens hud, desinfeksjon av instrumenter og utstyr, rengjøring, sterilisering og korrekt påkledning av personell samt tildekking av operasjonsfelt (Hansen et al., 2018, s.236). Ulike smitemåter er kontaktsmitte, luftbåren smitte og inokulasjonssmitte (blodsmitte) (Hansen et al., 2018, s.236). Kontaktsmitte smitter ved direkte eller indirekte kontakt med pasienter, personell, utstyr eller miljøet rundt. Ved luftbåren smitte kan operasjonssykepleier bryte smittevei ved korrekt bruk av ventilasjon og begrense trafikk inn og ut av operasjonsstuen. Det bør begrenses antall personer på operasjonsstuen, gjennomføres korrekt påkledning og bruk av smitteutstyr. Det er også viktig med korrekt renhold og desinfeksjon mellom operasjoner. Ved inokulasjonssmitte, eller blodsmitte som hepatitt og HIV, kan operasjonssykepleier hindre smittevei ved å bruke doble hansker for å redusere forekomst av hull i operasjonshansker og dermed hindre overføring av mikrober. Det må også utføres korrekt påkledning med bruk av briller eller visir ved fare for blodsprut samt korrekt renhold og desinfeksjon mellom operasjoner (Hansen et al., 2018, s.236).

Siste leddet i smittekjeden er smittemottakeren, altså operasjonspasienten. En operasjonssykepleier jobber mot å hindre at pasienten smittes før, under eller etter operasjonen ved å ha kunnskaper om pasientens risiko for infeksjon. Dette kan være kunnskaper om pasienten har underliggende sykdommer som for eksempel immunsvikt, diabetes eller infeksjon osv. Operasjonssykepleier kan også hindre at pasienten smittes ved å sikre gode smitteverntiltak etter avdelingens prosedyrer. Samtidig skal man sørge for god kirurgisk teknikk og godt samarbeid innad i det kirurgiske teamet samt følge sjekklister for trygg kirurgi (Hansen et al., 2018, s.237).

2.4.1 Ventilasjon på operasjonsstuen

Ventilasjon er videre et av de mange ulike infeksjonsforebyggende tiltakene som er forklart i det tidligere avsnittet. Hensikten med ventilasjon er å stabilisere klimaet på operasjonsstuen med tanke på temperatur og fuktighet, men også for å fortynne narkosegasser og minimere bakterieinnholdet i luften (Hansen et al., 2018, s.289; King & Spry, 2019, s.70). Allerede på 1950-tallet ble det praktisert overtrykksventilasjon på operasjonsstuene, for å hindre at bakterieholdige luftstrømmer fra andre rom hadde mulighet for å trenge inn på operasjonsstuene. Det er konvensjonell overtrykksventilasjon som er mest brukt på operasjonsstuer i dag (Hansen et al., 2018, s.289). Konvensjonell overtrykksventilasjon fungerer slik at det er et høyere lufttrykk inne på operasjonsstuen enn ute i omgivende rom. Dette opprettholdes ved at steril luft strømmer ut gjennom dyser i taket rettet mot pasienten og operasjonsområdet, luften strømmer videre ned mot gulvet og ventileres ut gjennom sluser og dørspalter ensrettet langs gulvet. På denne måten unngås tilbakevirvling av forurenset luft fra omgivende rom og det danner et beskyttende overtrykk inne på operasjonsstuen. I løpet av en time vil luftmengden som operasjonsstuen rommer skiftes ut 15-25 ganger med konvensjonell overtrykksventilasjon (Hansen et al., 2018, s.290; King & Spry, 2019, s.70). Den hyppige luftutskiftningen bidrar til at antall bakteriemengde i luften skal være under 100 CFU/m³. Ved konvensjonell overtrykksventilasjon er lufttrykket avhengig av at dører inn til operasjonsstuen er lukket. Hver gang en dør åpnes inn til operasjonsstuen oppheves også overtrykket, lufttrykket blir utlignet og forurenset luft fra omgivende rom kan trenge inn og CFU/m³ øker (Hansen et al., 2018, s.289-291; Andersson et al., 2012, s.754).

Alle som jobber på en operasjonsavdeling skal opptre med en type atferd inne på operasjonsstuen som har til hensikt å minske antall bakterier i luften (Hansen et al., 2018, s.292). Dette er tiltak som for eksempel korrekt påkledning av personalet og anvende rolige bevegelser inne på operasjonsstuen for å unngå oppvirvling av partikler fra gulv. Unødvendig snakk og latter bør unngås grunnet gnissing mot munnbind som kan frigi hudpartikler til det sterile området. Det er ikke anbefalt mer enn åtte personer på operasjonsstuen, og alle som er usterile skal holde minst to meter avstand til det sterile feltet. Det bør unngås å riste tøy eller dekkmateriale fordi det kan virvle opp bakterier fra gulvet, som kan legge seg på det sterile

området. Dørene skal holdes lukket under inngrep og man skal unngå unødvendig trafikk inn og ut på operasjonsstuen. Ved å holde dørene inn til operasjonsstuen lukket så bidrar det til å opprettholde overtrykket inne på operasjonsstuen (Hansen et al., 2018, s.291-293; World Health Organization, 2018, s.102-158). Det er operasjonssykepleiens ansvar å opprettholde tilfredsstillende ventilasjon på operasjonsstuen samt tilse at dørene holdes lukket inn til operasjonsstuen under operasjonen (Eide & Dāvøy, 2018, s. 31).

2.5 Ikke tekniske ferdigheter

Ikke tekniske ferdigheter blir omtalt som sosiale og kognitive ferdigheter. De ikke tekniske ferdighetene blir i tillegg til personlige ressurser, som er med å komplimentere tekniske ferdigheter for de som jobber i et kirurgisk team (Flin et. al., 2008, s.1-2; Sirevåg et.al., 2021, s.4936). De grunnleggende ikke tekniske ferdighetene er inndelt i situasjonsbevissthet, beslutningstaking, kommunikasjon, ledelse, teamarbeid, håndtering av stress og mestring av fatigue (utmattelse) (Ballanrud & Husebø, 2021, s.48). Situasjonsbevissthet blir forklart som å være oppmerksom på det som foregår i omgivelsene rundt eller miljøet man er i. Dette betyr at man må være tilgjengelig og klar for å oppfatte og tolke informasjon i øyeblikket, samt å kunne være i forkant ved uforutsette situasjoner (Ballanrud & Husebø, 2021, s.48-49). Beslutningstaking handler om prosessen for hvordan komme frem til en beslutning, vurdering eller valg. Først må problemet identifiseres, risikofaktorer og hvilken tid man har til rådighet. Deretter må valg om hva som skal gjøres tas (Ballanrud & Husebø, 2021, s.49). Ledelse handler om å lede og koordinere aktiviteter til teammedlemmene. En leder skal oppmuntre til samarbeid, vurdere prestasjoner, tildele oppgaver, utvikle kunnskap, ferdigheter og evner innad i teamet. Leder skal også motivere, planlegge og organisere en god atmosfære i teamet (Ballanrud & Husebø, 2021, s.50). Håndtering av stress står sentralt i komplekse organisasjoner som for eksempel i en operasjonsstue. Det handler om en overensstemmelse mellom individ og organisasjon, samt krav og ressurser. Stress har blitt funnet i årsaken til ulykker (Ballanrud & Husebø, 2021, s.50). Stress kan både ha akutt og kronisk form. Akutt stress er ofte kortvarig og det kan oppstå i risikofylte og truende situasjoner. Kronisk stress derimot utvikles over tid. I denne sammenheng blir mestring av utmattelse definert som en tilstand av tretthet som kan forstås av lange arbeidsdager, lang tid uten søvn, eller krav om

arbeid til tider som avviker med den biologiske døgnrytmen (Ballangrud & Husebø, 2021, s.51). Det er summen av de ikke tekniske ferdighetene som bidrar til en effektiv og sikker utførelse av arbeidsoppgavene som er avgjørende i et team (Flin et. al., 2008, s.1-2; Ballangrud & Husebø, 2021, s.48-49).

2.5.1 Teamarbeid

Teamarbeid i helsetjenesten beskrives som “et samspill” der helsepersonell arbeider gjensidig og er avhengig av hverandres kunnskaper for å sikre en optimal behandling og omsorg for pasientene (Haugen & Dåvøy, 2018, s.192). Teamarbeid omhandler ulike elementer som å støtte hverandre, løse konflikter, utveksle informasjon og koordinere og planlegge ulike aktiviteter (Ballangrud & Husebø, 2021, s.50). Det å støtte hverandre handler om å balansere arbeidsevnen i teamet, som betyr at noen tilbyr hjelp til en bestemt oppgave som kan utføres av noen andre. Dette er spesielt i situasjoner med høyt arbeidspress. Det kan også være å be om hjelp fra de andre teammedlemmene (Husebø & Ballangrud, 2021, s.29). Ved konfliktløsning kan det være lurt å ha en åpen diskusjon om oppgavene. Det handler om å finne løsninger slik at det er til fordel for alle i teamet. Det må være rom for å uttrykke ulike synspunkter og tvil (Husebø & Ballangrud, 2021, s.29). Utveksling av kommunikasjon handler om at teammedlemmer kryssjekker hverandre, slik at det oppfattes at informasjonen er forstått, dette kalles “closed loop”. Dette betyr at teammedlemmet som har mottatt en beskjed gjentar det som har blitt fortalt, for eksempel; “jeg henter kompresser” dersom spørsmålet var “jeg trenger kompresser”. Det er også viktig at teamet gir hverandre beskjed om hele situasjonen og gir beskjed til de andre teammedlemmene om kritisk informasjon. Samt koordinering og planlegging av arbeidet underveis i prosessen (Husebø & Ballangrud, 2021, s.29). Et operasjonsteam har ulike medlemmer med sine spesialiserte ferdigheter og ekspertise (Holmes et al. 2021, s.170). Disse ulike teammedlemmene har samme mål om å oppnå god og sikker behandling for pasienten, og kommunikasjon er i denne sammenheng en viktig faktor til teamarbeid.

2.5.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon i team handler om å utveksle informasjon, svar og tilbakemeldinger, og følelser og ideer. Språket vårt er kommunikasjon som kan foregå verbalt, nonverbalt, muntlig og skriftlig. Kommunikasjon påvirkes av konteksten kommunikasjonen skjer i, som for eksempel en operasjonsstue. Kommunikasjonen kan påvirkes av mimikk, volum, rytme, intonasjon, avbrytelser, blikkontakt, berøring og avstand. I stressende og hektiske akutsituasjoner på operasjonsstuen kan for eksempel kommunikasjonen bli enveiskommunikasjon. Ved toveis kommunikasjon har man større muligheter for å oppklare misforståelser ved å stille spørsmål tilbake (Ballangrud & Husebø, 2021, s.48-50). Kommunikasjon blir sett på som “nøkkelen” til koordinering av mennesker og har en sentral rolle for å sikre en vellykket oppgave i teamet. Det som skiller god fra mindre god gjennomføring av oppgaver i teamet, handler om hvordan informasjonen blir kommunisert innad i det kirurgiske teamet. Kommunikasjon på tvers av yrkesgrupper kan også by på utfordringer. Hvis det for eksempel unnlates å opplyse om mye viktig informasjon, fordi man antar at den andre personen både vet og forstår, kan det få store konsekvenser. Svikt i kommunikasjonen innad i teamet har blitt sett i årsak til store ulykker innenfor flere høyrisiko organisasjoner, som for eksempel helsetjenesten eller flyindustrien (Ballangrud & Husebø, 2021, s.50).

2.6 Kunnskaper, holdning og kompetanse

I sykepleiefaget forstås de ulike kunnskapsformene som den enkelte sykepleier anvender i praksis som erfaringsbasert kunnskap og teoretisk vitenskapelig kunnskap (Alvsvåg, 2015, s.173). Det er sykepleierens dømmekraft og faglig skjønn som avgjør hvilke kunnskaper som kommer til nytte i ulike situasjoner i praksis. Erfaringsbasert kunnskap læres gjennom erfaring ved å tilegne seg kunnskap ved praktiske og konkrete situasjoner. Ferdigheter må læres, og sykepleiere lærer å praktisere grunnleggende sykepleie til pasienter på en hensiktsmessig måte gjennom erfaring, trening og øvelse (Alvsvåg, 2015, s.173). Teoretisk

vitenskapelig kunnskap er de naturvitenskapelige kunnskapene en sykepleier skal ha. Dette innebærer kunnskaper om anatomi, fysiologi, biologi, patologi, ernæringslære og farmakologi (Alvsvåg, 2015, s.174). Denne type kunnskap bidrar til at sykepleieren har forståelse og evne til å forklare det som observeres eller skjer i en gitt situasjon. Kombinasjonen av teoretisk vitenskapelig kunnskap og erfaringsbasert kunnskap bidrar til at sykepleieren har kunnskaper om å handle riktig i gitte situasjoner samt samarbeide med andre profesjoner (Alvsvåg, 2015, s.174).

Videre handler det å være sykepleier om å hele tiden tilegne seg ny kunnskap og holde seg oppdatert på nyeste forskning, lovverk og prosedyrer (Graverholt et al., 2015, s. 182). Denne måten å holde seg oppdatert på kalles kunnskapsbasert praksis. Å jobbe kunnskapsbasert handler om å ta faglige avgjørelser ved å anvende forskningsbasert kunnskap, og den kunnskap man tilegner seg gjennom erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (Graverholt et al., 2015, s. 182-183). Forskningsbasert kunnskap er forskning i form av artikler som publiseres i anerkjente vitenskapelige tidsskrifter (Graverholt et al., 2015, s. 183). Dette kan helsepersonell lese for å holde seg oppdatert på ny kunnskap. Erfaringsbasert kunnskap opparbeides gjennom erfaring i praksis, og brukerkunnskap er kunnskap man tilegner seg gjennom den enkelte pasient sine ønsker og behov (Graverholt et al., 2015, s. 184-185). Et godt kunnskapsgrunnlag blant sykepleiere bidrar til troverdighet for sykepleiefaget (Graverholt et al., 2015, s. 183). Det å ha et godt kunnskapsgrunnlag forstås som at du som sykepleier har et bevisst forhold til dine valg og avgjørelser i praksis, og baserer dine handlinger på kunnskapsbaserte beslutninger (Graverholt et al., 2015, s. 183-184).

Verdens helseorganisasjon (WHO) forklarer holdninger som en persons følelser, verdier og tro som påvirker deres oppførsel og utførelse av oppgaver (World Health Organization, 2022). Kompetanse blant helsepersonell blir videre forklart som evnen man har til å utføre de nødvendige oppgaver til en bestemt standard. Det handler om personens evne til å integrere kunnskap, ferdigheter og holdning i utførelse av oppgaver i en gitt kontekst. Kompetanse blir sett på som en flerdimensjonal og dynamisk prosess. Den endrer seg med tid, erfaring og omgivelser (World Health Organization, 2022).

3.0 Metode og metodiske overveielser

I dette kapittelet tar vi for oss studiens metode og metodiske overveielser. Det vil gjøres rede for studiens design, datainnsamling, analyse, forforståelse og forskningsetiske vurderinger.

3.1 Design

Denne studien er en kvalitativ studie med et eksplorerende og deskriptivt design.

Eksplorerende design innebærer å utforske fenomener som er lite beskrevet fra før, samtidig som man må ta noen av valgene underveis i studien ettersom vi tilegner oss ny kunnskap og innsikt (Kvale & Brinkmann, 2015, s.140-141). Deskriptivt design, også kalt beskrivende design, har som formål å observere, beskrive og dokumentere en situasjon som oppstår naturlig (Polit & Beck, 2021, s.196). Studiens problemstilling danner grunnlaget for valg av studiens design (Thagaard, 2018, s. 49-50). Vi startet derfor med å undersøke problemstillingen og fant mye tidligere forskning som kunne fortelle oss noe om konsekvensene av mange døråpninger under et kirurgisk inngrep. Vi fant derimot lite tidligere forskning i vårt litteratursøk som sa noe om operasjon- og anestesisykepleieres erfaringer rundt temaet døråpninger på operasjonsstuen. Eksplorerende design er derfor valgt på bakgrunn av at vi fant lite tidligere forskning på det området vi ønsker å studere. Dette gjør at vi tilegner oss ny kunnskap underveis i studien og må være åpne for nye aspekter ved temaet “døråpninger”. Den deskriptive delen av studien utspiller seg ved at operasjon- og anestesisykepleieres egne erfaringer om temaet døråpninger beskrives og dokumenteres nøyaktig.

3.2 Valg av metode

Kvalitativ metode er en systematisk tilnærming for å forstå eller å beskrive ett eller flere fenomener (Nortvedt et al., 2021, s.204). Kvalitative metoder er karakteristisk fordi metoden forsøker å få en bedre forståelse av sosiale fenomener ved å få en nær kontakt med deltakeren, enten gjennom intervju eller observasjon (Thagaard, 2018, s. 15). Malterud (2017, s. 30) beskriver kvalitative metoder som forskningsstrategier. Disse strategiene er med på å beskrive, analysere og fortolke karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal undersøkes. Materialene som skal brukes i kvalitative metoder kan enten stamme fra observasjoner eller samtaler. De kvalitative metodene bidrar til å presentere fenomenet med større nyanser, mangfold og subjektive erfaringer (Malterud, 2017, s.30). Kvalitativ metode anses som hensiktsmessig å anvende i denne masteroppgaven for å kunne besvare oppgavens problemstilling som omhandler operasjons- og anestesisykepleieres oppfatninger om temaet «unødvendige døråpninger». Valget ble fokusgruppeintervju da vi ønsket å få frem dynamikken og samarbeidet som er viktig i et operasjonsteam, selv om ikke alle teammedlemmene ble representert. Observasjon ble ikke benyttet som metode, da denne metoden ikke ville fått frem nyansene og dynamikken i det kirurgiske teamet som vi anser som viktige for å besvare vår problemstilling. Vi ønsket en tett nærhet til deltakerne i feltet fordi vi ønsket å få en større forståelse av problemstillingen vår, samt at vi vet at kontakten vi har med deltakerne har betydning for videre utvikling av datamaterialet (Thagaard, 2018, s. 16).

Kvantitativ metode er en mer strukturert metode og studerer fenomenets utbredelse og antall ofte ved hjelp av tall eller mengdeenheter (Thagaard, 2018, s.15-16). Kvantitative utvalg er ofte store, mens kvalitative metoder kan gi mye kunnskap med få enheter. Hvis det derimot hadde vært aktuelt å undersøke antall døråpninger under et kirurgisk inngrep og sett på årsakssammenhenger, hadde det vært mer aktuelt og utført en kvantitativ studie. Kvantitativ metode har også en annen struktur med observasjon og spørreskjema, og det er derfor større distanse mellom forskeren og personene som deltar i studien, som igjen får en annen betydning for resultatet (Thagaard, 2018, s.16). Forskeren blir i kvantitative studier mer utenforstående ved at man ikke er i direkte kontakt med deltakerne, men man må likevel være bevisst på forskerens påvirkning av studien (Thagaard, 2018, s. 16). Hvis det for eksempel

blir brukt spørreskjema som metode, har måten man stiller spørsmålene på og vinklingen av spørsmålet betydning for resultatet (Thaagard, 2018, s. 16). Kvantitativ analyse innebærer at vi klassifiserer innholdet i kategorier og beregner antall i disse kategoriene (Thaagard, 2018, s.17).

3.3 Forforståelse

Forforståelsen er en viktig del av den metodiske tilnærmingen. Forforståelsen kan sammenlignes med en “ryggsekk” som forskeren bringer med seg inn i forskningsprosjektet (Malterud, 2017, s. 44). Denne “ryggsekken” påvirker hvordan vi ser, samler inn, leser og tolker resultatene våre (Malterud, 2017, s. 44). Vår forforståelse vil være preget av vår tidligere erfaring som sykepleiere ved kirurgisk sengepost, og vår nåværende rolle som operasjonssykepleierstudenter. Vi har også tilegnet oss erfaringer gjennom teori, praksis og tidligere forskning, og vår forforståelse er en viktig motivasjon til å gjennomføre denne studien. Samtidig kan vår forforståelse være med å prege våre forventninger til resultatet av egen studie, og det er derfor viktig at vi gjør vår forforståelse bevisst (Malterud, 2017, s. 45). For å gjøre vår forforståelse bevisst har vi blant annet valgt å utvikle en intervjuguide med åpne spørsmål slik at informantene kan svare med egne ord og beskrivelser (se vedlegg 3). På denne måten kan vi bidra til å minimere risikoen for at vi som masterstudenter legger føringer for informantenes svar ved å stille ledende spørsmål. Videre har vi forsøkt å forholde oss nøytrale under transkribering, analyse og tolkning av data. Vi har kryssjekket hverandres transkribering slik at data er korrekt transkribert og ikke blitt påvirket av vår egen tolkning. Vi har videre jobbet tett sammen i analyseprosessen og inkludert veileder og medstudenter for å styrke studiens troverdighet.

3.4 Datasamling

3.4.1 Semistrukturert fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju er valgt på bakgrunn av ønske om å utforske felles oppfatninger, erfaringer og synspunkter blant operasjon- og anestesisykepleiere som jobber i et felles miljø der man samhandler (Malterud, 2017, s.138). Det er også en tidsbesparende metode i forhold til mengde datainnhold som vi samler inn (Malterud, 2017, s.70). I fokusgrupper er hensikten å få en annen innsikt ved hjelp av samhandlingen mellom intervjuobjektene enn hva man kan få ved individuelle intervjuer (Malterud, 2017, s.138). Ulempen med fokusgruppeintervju er at informantene kanskje ikke tør å være ærlige eller at gruppedynamikken ikke inviterer til god flyt i samtalen.

Det ble videre benyttet et semistrukturert intervju. I et semistrukturert intervju er temaene i intervjuguiden bestemt på forhånd, men rekkefølgen på spørsmålene kan bestemmes underveis. På denne måten kan vi følge informantenes beskrivelser, men samtidig innhente informasjon om de bestemte temaene (Kvale & Brinkmann, 2015, s.357; Thagaard, 2018, s.90-91). Vi har valgt et semistrukturert intervju på grunn av muligheten for et mer fleksibelt intervju. Rekkefølgen på spørsmålene kan bestemmes underveis i intervjuet og kan oppleves mer som en samtale, noe som kan bidra til at informantene blir mer avslappet og ikke føler seg avhørt.

3.4.2 Intervjuguide

Etter at studiens problemstilling var etablert, ble det videre utarbeidet en intervjuguide som har til hensikt å ta for seg spørsmål som svarer på studiens problemstilling (Malterud, 2012, s.32-33). Spørsmålene i intervjuguiden ble utarbeidet med hensikt å få frem informantenes egne erfaringer og oppfatninger til temaet døråpninger. Alle spørsmålene har åpne svaralternativer slik at informantene på best mulig måte skal svare med egne erfaringer. Intervjuguiden startet med et åpent spørsmål for å få i gang samtalen, og inneholdt totalt 10 spørsmål (vedlegg 3). Under selve gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet ble intervjuguiden brukt som et utgangspunkt for å komme i gang med samtalen. Videre ble

intervjuguiden brukt som støtte underveis i intervjuet for å opprettholde en god flyt i samtalen (Malterud, 2012, s.71-72).

3.4.3 Utvalg (Strategisk-tilgjengelighetsutvalg)

Utvalget i studien besto av operasjon- og anestesisykepleiere ansatt ved et større sykehus i Norge. Et strategisk utvalg består av informanter som er strategisk valgt på bakgrunn av at de har den egenskapen og kunnskapen som forsker trenger til å svare på studiens problemstilling (Polit & Beck, 2021, s.498). I denne studien betyr det at operasjon- og anestesisykepleiere er strategisk valgt på bakgrunn av den kunnskapen og erfaringen de har til temaet døråpninger. Et tilgjengelighetsutvalg betyr i den grad at informantene var tilgjengelig for forsker (Malterud, 2012, s.42-43; Polit & Beck, 2021, s.498-499). Det vil si at informantene også er rekruttert med hensyn til turnus og at de var på dagvakt de aktuelle fredagene som intervjuet foregikk, altså et strategisk-tilgjengelighetsutvalg.

Fagutviklingssykepleiere på operasjon- og anesthesiavdelingen ved det aktuelle sykehuset ble kontaktet, og bidro til å videresende informasjonsskriv til aktuelle informanter om frivillig deltakelse tilknyttet vår masteroppgave. Informantene ble kontaktet av fagutviklingssykepleier etter turnus og innenfor inklusjonskriterier som var operasjon- eller anestesisykepleier med minst 4 års arbeidserfaring. I forespørselen ble det presisert hensikten med oppgaven, dato for intervju, inklusjonskriterier, samt samtykke til frivillig deltakelse og at det er mulig å trekke seg når som helst i datainnsamlingen (Vedlegg 4).

Intervjuene måtte gjennomføres på fredager mellom kl 07.30-08.30 parallelt med interundervisning og sen oppstart på operasjonsavdelingen. På denne måten kunne avdelingsleder avse fire ansatte samtidig til fokusgruppeintervju og allikevel opprettholde forsvarlig drift av avdeling. Dette innebar at våre informanter måtte være på dagvakt de aktuelle fredagene intervjuene skulle foregå. Derfor var turnus en faktor for utvalg av informanter. Grunnet sykdom blant rekrutterte informanter på selve intervjudagen gikk vi ned i antall års erfaring, fra 4 år- til 1 års arbeidserfaring, for å lettere rekruttere nye informanter på kort tid.

3.4.4 Utvalgsstørrelse

Det var ønskelig at utvalget besto av 4-6 operasjonssykepleiere og 4-6 anestesisykepleiere som var ansatt ved et stort sykehus i Norge. Det totale utvalget ble 5 operasjonssykepleiere og 5 anestesisykepleiere fordelt over tre fokusgruppeintervju. Inklusjonskriterier var operasjonssykepleier, anestesisykepleier, med minst 1 års arbeidserfaring.

Eksklusjonskriterier er mindre enn 1 års arbeidserfaring. Det var totalt tre fokusgruppeintervju med både operasjon- og anestesisykepleiere representert i hvert intervju. Det var ønskelig med blandede grupper for å fremme god refleksjon og ulike erfaringer på tvers av profesjonene.

Malterud et al., (2016, s.1753) beskriver at utvalgsstørrelse i kvalitativ forskning ikke nødvendigvis defineres av hvor mange deltakere du har, men hvor mye informasjon/data du får fra hver deltaker, og bruker begrepet «informasjonsstyrke». Informasjonsstyrken indikerer jo mer informasjon utvalget har, som er relevant for selve studien, jo lavere antall deltakere er nødvendig (Malterud et al., 2016, s.1753). Med tanke på omfanget av vår masteroppgave, med den tid og ressurser som er tilgjengelig, anses derfor 10 informanter tilstrekkelig.

3.4.5 Datainnsamling

I forkant av de tre fokusgruppeintervjuene ble det gjennomført et pilotintervju. Ved hjelp av pilotintervju innhentes viktige erfaringer om svakheter og styrker ved intervjuguiden, og det gir en mulighet til å gjøre justeringer før selve studien (Astrup Nielsen et al., 2021, s.141-142). Av praktiske årsaker ble pilotintervjuet gjennomført på to lektorer ved vårt studiested som oppfyller inklusjonskriteriene. Etter å ha gjennomført pilotintervjuet ble det ikke gjort endringer i intervjuguide, fordi spørsmålene belyste interessante oppfatninger fra pilotobjektene.

Vi planla tre datoer for intervju på forhånd, og fagutviklingssykepleier innhentet deretter informanter og samtykke til de aktuelle datoene. Vi erfarte også uforutsigbare faktorer som sykdom blant forhåndsrekruterte informanter på selve intervjudagen. Dette løste seg ved hjelp fra fagutviklingssykepleier som rekrutterte nye informanter samme dag som intervju. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i tidsrommet oktober-desember 2022. Intervjuene ble gjennomført på en operasjonsstue. Både informantene og oss som masterstudenter var kledd i samme uniform. Informantene satt i en halvsirkel med lydopptaker ca en meter foran seg. Vi transkriberte lydopptaket samme dag som intervjuet ble gjennomført, fordi da hadde vi intervjuet ferskt i minne og kunne lettere skille informantenes stemmer fra hverandre under transkriberingen. Etter første intervju oppdaget vi dårlig lyd kvalitet på lydopptaket. Dette har sin årsak i mye bakgrunnsstøy fra ventilasjon og medisinsk teknisk utstyr inne på operasjonsstuen. Det var derfor utfordrende å transkribere det første intervjuet. Til andre og tredje intervju gjorde vi justeringer ved å bytte lokasjon for intervju som forbedret lyd kvaliteten betraktelig. Vi utførte transkripsjonen hver for oss, men kryssjekket hverandres transkripsjon etterpå. Ved å transkribere datamaterialet selv kommer vi nærmere teksten. Det totale transkriberte materialet endte på 12 800 ord etter tre fokusgruppeintervjuer.

3.5 Kvalitativ innholdsanalyse

I analysen av det innsamlede datamateriale benyttes en kvalitativ innholdsanalyse (Lundman & Graneheim, 2012). Målet ved kvalitativ innholdsanalyse er å presentere resultatene som kategorier eller temaer (Graneheim et al., 2017, s.32). Kvalitativ innholdsanalyse har som hensikt å tolke teksten og beskrive variasjoner ved å identifisere forskjeller og likheter i tekstinnhold (Lundman & Graneheim, 2012, s. 188-189). Likheter og ulikheter uttrykkes i kategorier og temaer på ulike tolkningsnivåer. Det finnes et manifest innhold og et latent budskap i hver tekst. Manifest innhold er beskrivelser av hva teksten sier, altså det synlige og det åpenbare innholdet i teksten. Manifest innhold uttrykkes på et beskrivende nivå i form av kategorier og med liten grad av tolkning (Lundman & Graneheim, 2012, s. 188-189). Latent innhold handler om det underliggende budskapet i teksten som kan leses mellom linjene og uttrykkes på et tolkende nivå i form av tema (Lundman & Graneheim, 2012, s. 188-189).

3.5.1 Analyseprosessen

I analyseprosessen begynte vi med å lese gjennom det transkriberte materialet fra intervjuet flere ganger for å få et overblikk over innholdet i teksten. Deretter ble det markert ut meningsenheter. En meningsenhet blir beskrevet som den delen av teksten som er meningsbærende, som for eksempel ord, setninger eller avsnitt som er knyttet til hverandre gjennom innhold og kontekst (Graneheim & Lundman, 2004, s.106). Teksten ble lest gjennom linje for linje, og det ble markert ut meningsenheter. Etter at vi hadde gått grundig gjennom teksten skilte vi relevant tekst fra irrelevant tekst, for å sortere den delen av teksten som er relevant for å belyse vår problemstilling (Malterud, 2017, s. 101). Etter å ha markert ut teksten satt vi igjen med 246 meningsenheter, som vi skrev inn i en arbeidstabell. Mange av meningsenhetene var veldig lange, og det var derfor hensiktsmessig å dele de opp i mindre meningsenheter. Dette ble gjort fordi vi ikke ønsket å miste konteksten eller innhold i teksten.

Deretter startet prosessen med å kondensere meningsenhetene. Kondensert eller fortattede meningsenheter blir beskrevet som å forkorte teksten, uten å endre innholdet eller meningen i teksten (Graneheim & Lundman, 2004, s.106). Det er en risiko for at teksten endrer seg når den skal forkortes. Vi gikk gjennom alle meningsenhetene og kondenserte de sammen. Da tok vi bort alle unødvendige ord, og forkortet teksten så mye vi kunne. Målet for kondenseringen er å gjøre materialet enklere å lese og for videre håndtering i analyseprosessen (Graneheim & Lundman, 2004, s.106).

Å kode kan sammenlignes med å sette en merkelapp på de kondenserte meningsenhetene som har samme innhold. Dette betyr at etter å ha kondensert meningsenhetene, så prøver man å sortere teksten med koding (Malterud, 2017, s. 101). Den kondenserte meningsenheten merkes med en beskrivende kode så nært originalteksten som mulig, og på et lavt abstraksjons og tolkningsnivå. Dette vil redusere risikoen for å miste viktig informasjon underveis (Lindgren et al., 2020, s.4). Kodingen ble gjort samtidig som vi hadde problemstillingen vår foran oss. I studien hadde vi 12 ulike koder.

Kategorier og underkategorier blir beskrevet som kjernen i kvalitativ innholdsanalyse. En kategori kan forklares ved at det er en gruppe med flere meningsenheter, som har samme innhold og derfor noe til felles (Graneheim & Lundman, 2004, s. 107). I studien kom vi frem til 28 underkategorier og tre kategorier.

Etter at vi hadde analysert frem kategorier og lest gjennom meningsenhetene flere ganger, så vi mer og mer sammenhengen, og fant ut hvilket tema vi skulle ha. Et tema blir beskrevet som «den røde tråden», og går gjennom flere kategorier som gir mening til fenomenet (Lindgren et al., 2020, s.2). Etter å ha analysert datamaterialet ender vi opp med ett tema som skal bidra til å besvare oppgavens problemstilling. Et utdrag av studiens innholdsanalyse er presentert i vedlegg 5.

3.6 Troverdighet

I kvalitativ forskning er begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet blitt brukt for å forklare ulike aspekter ved troverdighet (Graneheim & Lundman, 2004, s.109; Polit & Beck, 2021, s.569-570). Troverdighet skal være gjennomgående i hele studien, slik at leseren skal kunne forstå og få innsikt i overveielser og valg som er blitt gjort underveis. Vi har dermed prøvd å være så nøyaktig som mulig i våre presiseringer gjennom hele forskningsprosessen, slik at det viser tydelig hvordan og hvorfor ulike beslutninger har blitt tatt (Graneheim & Lundman, 2004, s.109-110; Polit & Beck, 2021, s.569-570). Metodediskusjon vil bli diskutert i kapittel 5.2, der vi vil ta for oss studiens styrker og svakheter.

Gyldighet til studien handler i den forstand at man kan stole på resultatene i studien ved å referere til dataene på en måte som skaper tillit til leseren (Polit & Beck, 2021, s.569). Graneheim & Lundman (2004) forklarer at ved å oppnå gyldighet i studien er det også viktig å velge hensiktsmessig metode for datainnsamlingen og mengden data. Vi har ut ifra problemstillingen sett det mest hensiktsmessig å velge kvalitativ metode da vi ønsket å se på anesthesi- og operasjonssykepleiernes opplevelser av unødvendige døråpninger under et kirurgisk inngrep, samt å anvende fokusgruppeintervju for å få med samspillet i det kirurgiske teamet. Vi har anvendt kvalitativ innholdsanalyse, og ved å anvende kvalitativ

innholdsanalyse er det klare retningslinjer på hvordan dataene skal analyseres og dette gir leseren mulighet for å vurdere analysens gyldighet (Graneheim & Lundman, 2004). Vi er to forfattere som har jobbet tett sammen gjennom hele analysen og skriveprosessen, og vi har jobbet flere runder med studiens analyse. Vi har i tillegg diskutert studiens analyse på to masterseminarer, da medstudenter og veiledere har kommet med konstruktive tilbakemeldinger og forbedringsforslag til analysen.

Pålitelighet handler om stabilitet i dataene over tid (Polit & Beck, 2021, s.569). Det er forfatterens ansvar å presentere studien på en slik måte at det forklarer leseren om studiens pålitelighet (Graneheim et. al., 2017, s.33). En utfordring når det gjelder påliteligheten til studier som bruker kvalitativ innholdsanalyse, er å se den «røde tråden», som skal gå gjennom hele arbeidet. Den røde tråden skal gå gjennom introduksjon, bakgrunn, teori, metode, resultat, diskusjon og konklusjon (Graneheim et. al., 2017, s.33). Vi har forsøkt å gjøre studien vår så transparent som mulig og forsøkt å forklare og begrunne valgene våre underveis i studien. Vi er to forfattere som i denne masteroppgaven har gjennomgått hverandres arbeid i transkriberingen. Ved å inkludere mer enn en forsker i analysen styrker dette påliteligheten til studien (Graneheim et. al., 2017, s.33).

Graneheim & Lundman (2004, s.110) forklarer overførbarhet som hvilken grad funnene i studien kan overføres til en annen kontekst. Forfatteren kan komme med forslag til overførbarhet, men det er leseren som til slutt avgjør om hvorvidt funnene har overførbarhet eller ikke (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110). Vi har forsøkt å gjøre en tydelig beskrivelse av kontekst, utvalget, deltakerne, datainnsamling og dataanalysen, slik at det skal bli lettere for leseren å vurdere overførbarheten (Graneheim & Lundman, 2004, s. 110; Polit & Beck, 2021, s.570).

3.7 Forskningsetiske vurderinger

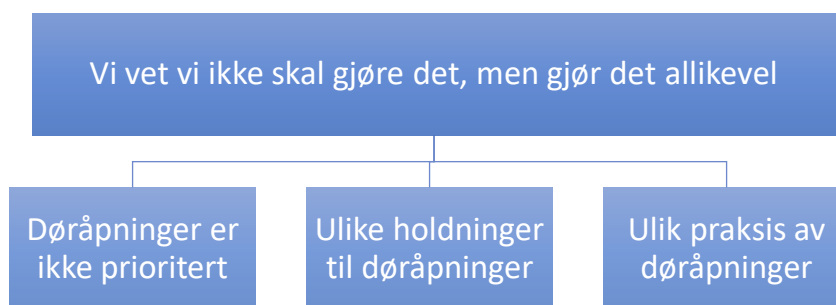
Informantene beskyttes gjennom informert samtykke (vedlegg 4). Personopplysninger anonymiseres, datamaterialet oppbevares konfidensielt og alle informanter har rett til å trekke seg fra studien når som helst i prosessen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Informert samtykke innhentes på bakgrunn av prinsippet om respekt for individets rett til å råde over eget liv, og dens kontroll over opplysninger som deles om seg selv med andre (Thaagard, 2018, s.22-23). Personopplysninger og datamaterialet oppbevares derfor konfidensielt slik at det ikke skal kunne deles med andre uønskede personer. Prosjektet vil etter planen avsluttes innen august 2023 og datamaterialet slettes etter prosjektslutt (Vedlegg 4).

Det ble søkt om godkjenning til å gjennomføre studien til Sikt – kunnskapssektorens tjenesteleverandør. Søknaden til Sikt ble godkjent 06.10.22 (Vedlegg 8). Våre informanter er ansatte ved et større sykehus i Norge, og det er derfor søkt om godkjenning til å gjennomføre studien til personvernombudet (PVO) ved det aktuelle sykehuset. Studien ble godkjent fra PVO ved det aktuelle sykehuset den 17.10.22 til å starte datainnsamling (Vedlegg 9). Det ble videre søkt om tillatelse til studien av avdelingssjef ved den aktuelle avdelingen hvor datainnhenting skulle foregå. Avdelingssjef tillot gjennomføring av studien den 19.09.22 (Vedlegg 7). Da vi hadde innhentet godkjenning fra både Sikt, PVO og avdelingssjef kunne datainnsamlingen starte. Nettskjema og diktafon-app ble benyttet som et ledd i sikker lagring og kryptering av lydfiler. Informantene ble anonymisert med tall (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019).

4.0 Resultat

I dette kapitlet presenteres funn fra det analyserte datamaterialet. Det ble analysert frem ett tema og tre kategorier. Temaet presenteres med underoverskrifter som tilsvarer kategoriene fra innholdsanalysen. Funnene blir illustrert med sitater fra fokusgruppeintervjuene.

Matrise: Oversikt over tema med tilhørende kategorier



4.1 Vi vet vi ikke skal gjøre det, men gjør det allikevel

Det kommer frem i funnene at mange av informantene hadde kunnskaper om å unngå unødvendige døråpninger, men gjorde det allikevel. Dette handlet om at døråpninger ikke ble prioritert som kan forstås i lys av at det skjedde for mange unødvendige døråpninger. Hver gang ordet «trafikk» kom opp, så kjente noen av informantene på dårlig samvittighet fordi de visste at unødvendige døråpninger ble nedprioritert. I tillegg fremkommer det i studien at det finnes ulike holdninger til unødvendige døråpninger innad i det kirurgiske teamet. Det var for eksempel store variasjoner blant informantene på hva som ble sett på som en nødvendig og unødvendig døråpning. Informantene praktiserte unødvendige døråpninger ulikt fordi de hadde ulike kunnskaper om unødvendige døråpninger, samtidig som det var ulik praksis for bevisstgjøring i avdelingen.

4.1.1 Døråpninger er ikke prioritert

Funn viser at operasjon- og anestesisykepleiere opplever en stadig travlere arbeidshverdag. Pasientene var mer komplekse fordi de ofte hadde flere medisinske diagnoser samtidig, og de ansatte trengte derfor lengre tid til å planlegge hver enkelt operasjon. Informantene opplevde at det skjedde for mange døråpninger, og at antall døråpninger kunne vært redusert ved bedre planlegging. Planleggingen handlet om hvordan utstyret og medisinene var organisert og det å ha alt utstyr tilgjengelig på operasjonsstuen til hvert enkelt inngrep. Det var viktig å ha tid til å kunne planlegge operasjonene. Det betydde å ha tid til å tenke gjennom alt utstyr man trengte til operasjonen på forhånd, slik at man unngikk å måtte hente ekstra utstyr underveis i operasjonen. En informant forklarte det slik:

(1) «Det med planlegging handler også om at arbeidshverdagen blir travlere og travlere. Mindre tid til å planlegge pasientene. Tror hvis vi hadde hatt bedre tid, kunne vi planlagt hver enkelt pasient bedre».

Informantene erfarte at det alltid var et eller annet utstyr man måtte hente under operasjonen, og som ikke var planlagt på forhånd. Dette kunne skyldes at kirurgen ikke hadde dokumentert instrumenter de trengte i Orbit (operasjonsplanlegger) på forhånd. Dette kunne generere en del unødvendige døråpninger peroperativt.

Et av funnene viste at det var viktig å ha alt utstyr tilgjengelig på stuen for å få redusert antall døråpninger. Noe som fungerte bra, var hvis kirurgen hadde gitt beskjed på forhånd om ekstra utstyr som ville være nødvendig under operasjonen. Andre tiltak var for eksempel planlegging når det kom til påfyll av total intravenøs anestesi (TIVA), som krever kontinuerlig intravenøs medisinerings under operasjonen:

(7) «Planlegging er alt. Å ha alt tilgjengelig på stuen er alfa og omega for å få redusert ganske mange av de turene ut døra».

Funn viser at det var forskjellige prioriteringer av antall døråpninger ved de ulike seksjonene på sykehuset. Informantene opplevde at antall døråpninger kunne variere ut ifra ulike kirurgiske inngrep og de hadde en opplevelse av flere døråpninger under ortopedisk kirurgi enn ved generell kirurgi. Ved ortopediske operasjoner opplevde informantene at kirurgene ombestemte seg i større grad og etterspurte utstyr som ikke var planlagt på forhånd. Ved generell kirurgi var det en opplevelse av mindre etterspørsel av ekstra utstyr. Generelt sett handlet store deler av den unødvendige trafikken om å hente ekstra utstyr peroperativt:

(6) «Jeg synes de er litt flinkere med planlegging på generell kirurgi enn på ortopedien. Kirurgene ombestemmer seg på ortopedien. Det er noe hele tiden de skal ha i tillegg. Det er mindre av dette på generell».

En annen faktor som spilte inn med tanke på antall døråpninger var opplæring av nye kollegaer og studenter. Ivaretagelse av nye kollegaer eller studenter på operasjonsstuen var prioritert fremfor antall døråpninger:

(6) «For eksempel en anestesisykepleier som er helt ny. Da blir det fort litt mer trafikk inn og ut og fordi du vil inn og sjekke og se at alt er greit. Til tross for at du har blitt enig om at du ringer og gir beskjed om det er noe».

Funn viser at informantene opplever tilgjengeligheten av utstyr som en begrensende faktor for hvor mye utstyr som kan tas inn på operasjonsstuene. Det var heller ikke stor nok plass til å ha alt utstyret inne på operasjonsstuen. Organiseringen av utstyr i operasjonsavdelingen er ikke tilrettelagt for at mye ekstra utstyr skal stå inne på operasjonsstuen, men heller å stå på lager som man henter ved behov. Informantene fortalte at dette hadde betydning for antall døråpninger:

(4) «Noe utstyr har vi ikke mye av, slik at vi ikke kan ha det inne på operasjonsstuen som backup. For det kan jo være at det er noen andre som trenger det. Ergo, da må man ut å hente det når det blir bruk for det. Så det har jo litt med økonomi å gjøre...Hadde man hatt mer penger, kunne man hatt mer utstyr tilgjengelig».

Noen av informantene fortalte at de visste at i teorien burde de ikke hatt så mange unødvendige døråpninger, men i praksis var det vanskelig å gjennomføre. I teorien visste noen av informantene hvordan døråpninger påvirker ventilasjonen på operasjonsstuen, men i praksis var det vanskelig å prioritere å unngå unødvendige døråpninger. Hver gang ordet «trafikk» kom opp, kjente noen av informantene et stikk av dårlig samvittighet fordi de visste at unødvendige døråpninger ble nedprioritert. Operasjon- og anestesisykepleierne opplevde at det måtte en stor endring til for å få alle med på det, fordi unødvendige døråpninger hadde blitt en vane. En av informantene uttrykker:

(4) «Det er en kultur her for at det egentlig er greit med trafikken inn og ut. Selv om vi innerst inne vet at vi ikke skal. Så er det nok mange som kjenner at når trafikk blir nevnt så kjenner de at det kunne vi vært mye bedre på».

Et annet funn i studien var at informantene etterspurte retningslinjer og prosedyrer for antall døråpninger i avdelingen som en del av infeksjonsforebyggende arbeid. Det var vanskelig å prioritere å unngå unødvendige døråpninger uten tydelige retningslinjer å forholde seg til. Funn viste at avdelingen ikke hadde retningslinjer eller prosedyrer for antall døråpninger, noe som førte til at folk gjorde det de selv tenkte var lurt:

(6) «Jeg synes ikke vi har noen rutiner på døråpninger inn og ut av operasjonsstuen. Ikke noe som er veldig tydelig. Folk gjør litt egne ting som man tenker er lurt. Det er ikke noe prosedyre».

Funn viser også at døråpninger har blitt en vane. Antall døråpninger blir nedprioritert fordi man ikke tenker over det:

(2) «Vi er så vant med det, og det er bare sånn det er, vi går ut og inn og har ett eller annet på agendaen»

4.1.2 Ulike holdninger til døråpninger

Funnene viser at det var ulike holdninger til døråpninger blant informantene. Operasjon- og anestesisykepleierne mente at inngrepets varighet bestemte antall døråpninger som var akseptert å ha, men at det var vanskelig å si hva som skulle være eksakt antall døråpninger under operasjonen. Ved de lengre inngrepene mente informantene at det var mer akseptert med flere døråpninger, mens ved kortere inngrep burde man klare seg uten døråpninger. Lengre inngrep var for operasjon- og anestesisykepleierne i denne studien tre timers operasjoner eller lengre, og da mente de at man burde få komme inn og ut av operasjonsstuen. Korte inngrep var for informantene to timers operasjoner eller kortere, og da mente de at det ikke skulle være nødvendig å gå inn og ut av operasjonsstuen. Det ideelle var ingen døråpninger i det hele tatt, både ved lange og korte operasjoner:

(6) «Med en gang inngrepene er lengre, er det mer trafikk inn og ut [...] Det ideelle er ingen døråpninger i det hele tatt. Klarer man seg med 2-3 døråpninger, så syntes jeg kanskje at det er innenfor».

I tillegg var det også individuelle forskjeller på hva som ble ansett som mange og få døråpninger under et kirurgisk inngrep. Funn viste at alt mellom 4 og 20 antall døråpninger kunne anses som mange døråpninger blant informantene. Det var gjentakende at det var vanskelig å komme frem til et tall på hva som var mange og hva som var få døråpninger. Noen opplevde også at operasjoner med innsetting av fremmedlegeme trolig innebar høyest antall døråpninger.

Noen av informantene tenkte at alle unødvendige døråpninger var en for mye, mens andre ikke tenkte så mye over døråpninger. Det var ulike meninger om det å gi beskjed hvis man opplevde mange unødvendige døråpninger. Noen hadde aldri sagt ifra om mye trafikk i dørene, noen hadde ikke lyst, mens andre mente det var personavhengig hvem man ga beskjed til. Det var lettere å gi beskjed til en person du visste tok beskjeden greit, og vanskeligere å gi beskjed hvis det var til en person som ikke tok beskjeden greit. Da ønsket ikke enkelte av informantene å gi beskjed fordi de ikke ønsket å skape dårlig stemning blant kollegaer. Andre informanter syntes derimot at det ikke var problem å gi beskjed om mange døråpninger. Det

handlet om hvordan beskjeden ble gitt og hvilket forhold man hadde til den personen som mottok beskjeden:

(9) «jeg må innrømme at det er ikke alltid jeg gir beskjed bare fordi jeg rett og slett ikke har lyst. Hvis jeg må gjør det hele veien, så tenker jeg hvem sitt ansvar er det egentlig, er det mitt ansvar å gi beskjed eller bør det bli tatt opp på et høyere nivå?».

Funn viste at det ikke var en lett oppgave å være verken den som måtte gi beskjed om mange døråpninger, eller å være den som mottok beskjeden. Noen opplevde det å få beskjed om unødvendige døråpninger som «kjeft», mens andre informanter mente at beskjeden som regel ble greit mottatt og at det var ment som en påminnelse. Funn viser at det ikke var ønskelig å være den som hele tiden måtte gi beskjed om døråpninger. Det var en uønsket opplevelse av å være «politi» på egen arbeidsplass:

(5) «Men så er det heller ikke kjekt å være den som MÅ åpne døren åsså får du kjeft. Altså det er heller ikke kjekt. Så jeg tror at det å skal si ifra, trenger gjerne ikke skje akkurat i det du eller noen åpner døren»

4.1.3 Ulik praksis av døråpninger

Det kommer frem i funnene at det var ulik praksis for bevisstgjøring rundt døråpninger i avdelingen. Funn viste at når det var fokus på å unngå unødvendige døråpninger i avdelingen med visse mellomrom, hadde det vært en forbedring. Fokuset skled imidlertid ut da de sluttet å snakke om det. Informantene etterspurte interne undervisningstimer om døråpninger og hvorfor dette var viktig. Funn viser at bevisstgjøring måtte komme fra avdelingsleder, og så var det opp til hver enkelt å ha mer fokus på å unngå unødvendige døråpninger. Informantene mente også at hvis kirurgen kunne sette en standard på stuen, så rettet man seg etter det. Samtidig var det viktig med noen «ildsjeler» (kollega) som kunne gå foran og gjøre forandringer, og som minnet folk på viktigheten av å unngå unødvendige døråpninger:

(8) «med visse mellomrom så har det vært tatt opp, og da har det vært en forbedring, så glir det ut når du slutter å snakke om det».

Det var ulik praksis på døråpninger fordi det var variasjon av kunnskap blant informantene om ventilasjonssystem på operasjonsstuen. Noen hadde kunnskap om at åpning av dører påvirker luften på operasjonsstuen, mens andre ikke var sikre på om de hadde nok kunnskap om hva som egentlig skjedde med luften på en operasjonsstue. Flere hadde kunnskap om at det var viktig at døren måtte holdes igjen, men ikke nødvendigvis kunnskap om hvorfor døren måtte holdes igjen. Det kommer også frem at det verken under anesthesiutdannelsen eller i tilhørende praksis var lagt mye vekt på kunnskap om ventilasjon og døråpninger på en operasjonsstue. Det gjorde det derfor vanskelig for en anestesisykepleier å vite årsaken til at døren skal være lukket:

(10) «Jeg kan ikke huske under anesthesiutdannelsen at vi la så mye vekt på unødvendige døråpninger, hverken på skolen eller når vi kom rundt i praksis.... hvis du forstår hvorfor du skal gjør ting så gjør du det i en høyere grad og det er lettere å gjennomføre. Når du bare blir fortalt «husk å lukk døren» så vet du kanskje ikke hvorfor det egentlig er så viktig. Får du litt dybdeforklaring på ting så er du mer tilbøyelig til å tenke over alvoret i det».

Funn viser at det kirurgiske teamet praktiserte unødvendige døråpninger ulikt. Informantene påpekte at døråpninger gjaldt hele teamet og at alle hadde et felles ansvar for å unngå unødvendige døråpninger. Informantene fortalte at det var gjentakende at den ene kirurgen gikk ut før operasjonen var ferdig. Egentlig burde alle i teamet vært inne på operasjonsstuen helt til operasjonen var ferdig og bandasje var lagt på såret. På enkelte sykehus var det slik at hvis en av kirurgene gikk ut av feltet, så måtte man vente til bandasjen var på før man fikk lov til å gå ut av operasjonsstuen:

(6) «Det er generelt over hele linjen at den ene kirurgen ofte går før operasjonen er ferdig. Men egentlig så skulle vel alle vært på plass helt til operasjonen er slutt».

Videre viser funn at kollegaer kom inn på operasjonsstuen for det sosiale, både leger og sykepleiere. Informantene fortalte at noen ganger kom andre kirurger inn på operasjonsstuen for å se hva andre kollegaer holdt på med, slo av en prat, for så å gå ut igjen. Dette gjaldt også sykepleiere, som kom inn på operasjonsstuen for noe som ikke hadde med operasjonen å gjøre. Det var for det sosiale. En av informantene opplevde også trafikken inn og ut av operasjonsstuen som forstyrrende:

(6) «Det er ganske forstyrrende med all springing inn og ut, det er ikke alt som er nødvendig».

Et annet funn viste at det var ulik praksis på avløsning av pause under operasjonen. Å få pause i løpet av dagen var viktig for informantene, men samtidig var det ressurskrevende og det krevde mye logistikk for å avløse til pause under en operasjon. For noen var det viktig med kaffepause underveis i operasjonen, mens andre ikke hadde behov for det. Informantene beskriver det som intenst å sitte på samme operasjonsstue en hel dag uten pause. Det førte til at det var upopulært å være på de operasjonsstuene som skulle unngå døråpninger under operasjon. Det kommer også frem i funnene at ved kortere inngrep, anså ikke informantene at det var nødvendig med pause underveis i operasjonen fordi det kunne vente til operasjonen var ferdig. Ved lengre inngrep mente informantene at det var nødvendig å prioritere pause under operasjonen, da de hadde behov for å gå på toalettet eller for å få et avbrekk. Det ideelle var pauser mellom operasjonene, men krav om driften av sykehuset gikk imidlertid ofte på bekostning av pause mellom operasjonene. En informant beskriver det slik:

(7) “det ideelle er pause mellom operasjonene. Men så er det det kravet om driften, og vi blir hele tiden pisket i andre enden om at hvis det ikke er noen på stedet hvil og kan ta inn den pasienten når du tar den kaffepausen så blir det murringer i andre enden fordi det går seint”.

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet skal vi drøfte hvordan operasjon- og anestesisykepleiere oppfatter unødvendige døråpninger på operasjonsstuen under et kirurgisk inngrep. Vi har valgt å diskutere de funnene fra resultatene vi anser som viktigst for å besvare studiens problemstilling. Kapitlet er delt inn i det overordnede temaet, og deretter kategorier som omfatter studiens viktigste funn. Funn vil bli diskutert i lys av teori, tidligere forskning og egne refleksjoner.

5.1 Vi vet vi ikke skal gjøre det, men gjør det allikevel

Informanter i studien forteller at de i teorien ikke burde utført unødvendige døråpninger på operasjonsstuen, men at dette i praksis var vanskelig å gjennomføre. Dette viser at noen av informantene hadde kunnskaper om døråpningers påvirkning på ventilasjonen på operasjonsstuen, men at dette av flere årsaker var vanskelig å unngå i praksis. Årsakene var at unødvendige døråpninger ikke ble prioritert, det var ulike holdninger til unødvendige døråpninger, og det ble utført ulik praksis av døråpninger på operasjonsstuen. Å unngå unødvendige døråpninger er viktig fordi det er et av mange infeksjonsforebyggende tiltak på en operasjonsavdeling (Hansen et al., 2018, s.292-293; World Health Organization, 2018, s.102-158). Enhver døråpning inn til operasjonsstuen skaper ubalanse i lufttrykket og luftturbulens, noe som fører til oppvirvling av bakteriesvevende partikler på operasjonsstuen (Hansen et al., 2018, s. 289). Oppvirvling av partikler gir økt antall CFU/m³ i luften, og økt CFU/m³ over operasjonsområdet kan øke risiko for postoperativ infeksjon ved at det åpne operasjonssåret eksponeres for et økt antall bakterier (Oksavik, 2018, s. 230; Hansen et al., 2018, s.290). I studien til Andersson et al., (2012, s.754) finner de en tydelig sammenheng mellom antall døråpninger og forhøyet antall bakterier (CFU/m³) i luften over operasjonsområdet ved konvensjonell ventilasjon. Dette understreker viktigheten av å prioritere at unødvendige døråpninger på operasjonsstuen blir unngått. Som operasjonssykepleier har vi gjennom masterstudiet tilegnet oss spesialkompetanse på infeksjonsforebyggende arbeid (NSFs landsgruppe av operasjonssykepleiere, 2015). Dette innebærer et betydelig ansvar for at pasienter ikke utsettes for unødig skade eller risiko for

skade slik postoperativ infeksjon kan medføre (Helsedirektoratet, 2022). Som operasjonssykepleiere er det derfor viktig å ha kunnskap om unødvendige døråpninger og infeksjonsforebyggende arbeid, gode holdninger og praksis som best mulig styrker arbeidet for å unngå unødvendige døråpninger på operasjonsstuen.

I de kommende avsnittene vil vi drøfte nærmere de ulike årsakene til unødvendige døråpninger.

5.1.1 Døråpninger er ikke prioritert

Trafikk på operasjonsstuen er understudert når det gjelder postoperative infeksjoner, og retningslinjer for dette er ikke like standardisert sammenlignet med andre infeksjonsforebyggende tiltak (Buckner et al., 2022, s.414). En retningslinje eller prosedyre har til hensikt å kvalitetssikre arbeidet og unngå ulike variasjoner i utførelsen av arbeidet, for å standardisere arbeidet og sikre pasientsikkerheten (Nylenna, 2018). Slik det blir nevnt innledningsvis, har Verdens helseorganisasjon (WHO) kommet med en anbefaling om å unngå unødvendige døråpninger under operasjon (World Health Organization, 2018). En anbefaling kan medføre rom for tolkning, og det blir opp til hvert enkelt sykehus å tolke innholdet i «nødvendige» og «unødvendige» døråpninger. Funn i studien viser at det ikke var tydelige retningslinjer eller prosedyrer for antall døråpninger i avdelingen, og dermed ingen tydelige rutiner for hvorvidt de ansatte skal forholde seg til dette. Av denne grunn gjorde de ansatte det de selv mente var mest hensiktsmessig. Hadde det derimot vært retningslinjer eller prosedyrer for antall døråpninger i avdelingen, og en klar definisjon på hva som forstås som «nødvendige» og «unødvendige» døråpninger, kan det tenkes at ulike variasjoner i utførelsen av arbeidet kunne vært unngått (Nylenna, 2018). En kan imidlertid stille spørsmål ved om det å ha prosedyrer på alt vi foretar oss i løpet av en arbeidsdag er hensiktsmessig. Ved å måtte forholde seg til for mange prosedyrer på en operasjonsavdeling, kan ulempen være at man ikke benytter seg av dem. Imidlertid vil fordelene være at ansatte har noe konkret å forholde seg til som bidrar til å sikre kvaliteten i arbeidet (Nylenna, 2018).

Et av funnene i vår studie viser at anbefalingen om å «unngå unødvendige døråpninger» (World Health Organization, 2018), blir nedprioritert i en ellers travel og hektisk hverdag på operasjonsavdelingen. Informantene pekte på flere årsaker til nedprioriteringen av unødvendige døråpninger. En av årsakene til nedprioriteringen var at informantene hadde mindre tid til å planlegge operasjonen i forkant. Informantene forteller at pasientene hadde et mer komplekst sykdomsbilde med flere medisinske diagnoser samtidig, noe som gjorde planleggingen mer tidkrevende. Grunnen til at informantene opplever liten tid til planlegging kan ses i sammenheng med et stort operasjonsprogram. Basert på våre erfaringer er det til daglig et stort operasjonsprogram på sykehuset, noe som tilsier at operasjonene overlapper hverandre. Dette resulterer i mindre tid mellom hver operasjon. Så snart en operasjon er ferdig så venter allerede neste pasient i pasientslusen (Dåvøy & Andersen, 2018, s.222). Funn viser videre at mer tid til planlegging i forkant av operasjonen var en viktig faktor for å unngå unødvendige døråpninger. Et tiltak for å disponere mer tid til planlegging kan være å redusere operasjonsprogrammet for å frigjøre mer tid mellom operasjonene, både til planlegging og kommunikasjon i teamet. Hvorvidt det er mulig å redusere det daglige operasjonsprogrammet kan tenkes å være avhengig av kravene som stilles til sykehusets drift.

Norske sykehus driftes av penger fra statsbudsjettet i tillegg til innsatsstyrt finansiering. Det vil si at norske sykehus også finansieres av operasjoner, konsultasjoner og egenandel fra pasienter (Helsedirektoratet, 2023, s.14-16). Det kan derfor tenkes at sykehusets drift og inntekten som gjennomføringen av operasjoner genererer, er høyt prioritert for at sykehuset skal opprettholde inntektsgrunnlaget. Ved lange ventelister og høyt arbeidspress (Skjold, 2022), gir det mening at sykehuset prioriterer å gjennomføre flest mulig operasjoner, både for å sikre inntektsgrunnlaget, men også for å redusere ventelister (Helsedirektoratet, 2023, s.14-16). På en annen side viser funn fra studien at det var mindre tid til å planlegge hver enkelt operasjon, og dermed ble også antall døråpninger nedprioritert. Konsekvensen av et stort operasjonsprogram med mange operasjoner daglig, pasienter med komplekse sykdomsbilder og kompliserte inngrep som krever ekstra utstyr, var flere unødvendige døråpninger som følge av mindre tid til planlegging i forkant av hver enkelt operasjon.

Videre viser funn at unødvendige døråpninger ble redusert når kirurg ga klar beskjed på forhånd om hvilket ekstra utstyr som ville bli nødvendig under operasjonen. Dette viser

viktigheten av god kommunikasjon mellom kirurg og ansvarlig operasjonssykepleier, og at dette kan ha positiv effekt på reduksjon av antall unødvendige døråpninger. Studien til Andersson et al., (2012, s.753) viser at 26% av antall døråpninger gjaldt henting av ekstra utstyr under operasjonen. Dette peker på at den preoperative planleggingen har stor betydning for å redusere antall unødvendige døråpninger da det hentes mye utstyr underveis i operasjoner. Det er operasjonssykepleierens ansvar å finne frem korrekt og riktig mengde kirurgisk utstyr til hver operasjon (Eide & Dāvøy, 2018, s. 31). For at dette skal være mulig å gjennomføre i praksis er det nødvendig med standardiserte prosedyrer, men også et velfungerende samspill i teamet for å kunne innhente riktig informasjon om hvilket kirurgisk utstyr som blir nødvendig til hver enkelt operasjon (Eide & Dāvøy, 2018, s. 31-32). Informantene i studien fortalte også at antall unødvendige døråpninger kunne variere ut ifra ulike kirurgiske inngrep, og de opplevde en økning av døråpninger ved ortopedisk kirurgi enn ved generell kirurgi. Ved ortopediske operasjoner opplevde informantene at kirurgene i større grad ombestemte seg, og etterspurte utstyr som ikke var planlagt på forhånd. Ved generell kirurgi, som for eksempel gynekologiske, urologiske eller gastrokirurgiske inngrep, opplevde informantene en mindre etterspørsel av ekstra utstyr. Dette kan trolig forklares av at operasjonene er mer standardiserte ved generell kirurgi enn ved ortopedisk kirurgi. Studien til Panahi et al., (2012, s.2690) bekrefter at det foregår mange døråpninger på ortopedisk seksjon, hvor de fant at det i gjennomsnitt var 60 døråpninger under primære inngrep og 135 døråpninger under revisjoner av total leddprotese. Dette utgjorde 0,65 antall døråpninger per minutt ved primære inngrep, og 0,84 antall døråpninger per minutt ved revisjoner av total leddprotese (Panahi et al., 2012, s.2690).

Et annet funn som fremkommer i studien, er informantenes opplevelse av de økonomiske ressursene i foretaket som begrenset tilgjengeligheten av utstyr som kunne tas inn på operasjonsstuene. Noe av utstyret var av begrenset mengde, og dette kunne ikke tas inn på operasjonsstuen i fare for å bli kontaminert dersom det forble ubrukt. Informantene pekte også på liten plass på operasjonsstuene til alt ekstra utstyr. Dette må ses i sammenheng med hvordan utstyret på operasjonsavdelingen er organisert. På operasjonsavdelingen er det ikke tilrettelagt for at mye ekstra utstyr skal lagres inne på operasjonsstuene, men at det skal stå på et lager og hentes ved behov (Dāvøy & Andersen, 2018, s.224). Bakgrunnen for en slik organisering er at det sterile utstyret skal oppbevares i et rent og tørt rom, fordi det ikke skal utsettes for sterkt lys som kan fremskynde nedbrytningen av emballasjen og påvirke

kvaliteten på det sterile utstyret (Dåvøy & Andersen, 2018, s.224). I følge informantene hadde tilgjengelighet av utstyr betydning for antall unødvendige døråpninger da de måtte gå ut av operasjonsstuen for å hente ekstra utstyr som ikke var planlagt. Med hensyn til at operasjonsstuen ikke er tilrettelagt til å kunne lagre mye ekstra utstyr, belyser også dette viktigheten av god planlegging i forkant av hver enkelt operasjon.

Funn i studien viser at studenter eller nyansatte på operasjonsstuen genererte flere døråpninger som følge av opplæring. Dette betydde i praksis flere døråpninger fordi man gikk inn og ut av operasjonsstuen for å sjekke at alt gikk greit når studenter eller nyansatte arbeidet alene. I den forbindelse har operasjonssykepleiere et pedagogisk ansvar om å utvikle egen og andres kompetanse og fagets kvalitet (NSFs landsgruppe av operasjonssykepleiere, 2015; Dåvøy, 2018, s. 34). De store universitetssykehusene har mange nyansatte og studenter som trenger opplæring og veiledning. Det er dermed en viktig prioritering for operasjon- og anestesisykepleiere å drive med opplæring av nye kollegaer. Samtidig viser funn at dersom opplæring foregår slik i dag, så er konsekvensene av dette økt antall døråpninger.

5.1.2 Ulike holdninger til døråpninger

Det kommer frem i funnene at inngrepets varighet bestemte antall døråpninger som var akseptert å ha. Ved de lengre inngrepene mente informantene at det var mer akseptert med flere døråpninger, mens ved kortere inngrep burde man klare seg uten døråpninger. Lengre inngrep var for operasjon- og anestesisykepleierne i denne studien tre timers operasjoner eller mer og da mente de at man burde få komme inn og ut av operasjonsstuen. Korte inngrep var for informantene to timers operasjoner eller mindre, og da mente de at det ikke skulle være nødvendig å gå inn og ut av operasjonsstuen. Basert på våre erfaringer kan det være både fysisk og psykisk krevende å jobbe på langvarige operasjoner. Langvarige operasjoner krever høyt fokus og konsentrasjon over lengre tid, i tillegg har man som menneske basale behov som å drikke vann, spise, gå på toalettet og få en pause i løpet av arbeidsdagen sin. I motsetning til korte inngrep er våre erfaringer at man ikke har samme behov fordi man vet at

operasjonen er ferdig på kort tid og de basale behovene kan vente til etter operasjonen er ferdig. Det kan stilles spørsmål til om holdningene til informantene er bevisst eller ikke-bevisst og hvordan holdningene til de unødvendige døråpningene skapes i avdelingen. En holdning er basert på en persons følelser og verdier som påvirker deres oppførsel og utførelse av oppgaver (World Health Organization, 2022). Konsekvensen av at informantene hadde holdninger til at døråpninger var mer akseptert ved lengre operasjoner, er at antall CFU/m³ øker på operasjonsstuen og kan utsette pasienten for økt risiko for postoperativ infeksjon (Andersson et al., 2012, s.754). Unødvendige døråpninger er likevel et av flere infeksjonsforebyggende tiltak og må ses i sammenheng med summen av de ulike infeksjonsforebyggende tiltakene en operasjonssykepleier gjennomfører i løpet av en arbeidsdag (Hansen et al., 2018, s.234).

Det kommer frem i studien at det var individuelle forskjeller på hva som ble ansett som mange og få døråpninger under et kirurgisk inngrep. Funn viste at alt fra 4 til 20 antall døråpninger kunne anses som mange døråpninger blant informantene. Det var gjentakende i funnene at det var vanskelig å definere et tall på hva som var mange eller få døråpninger. Det kan tenkes at informantene hadde ulikt syn på hva som var mange- og få døråpninger ved at det som ses på som nødvendige døråpninger for en person i teamet, kan bli sett på som unødvendige døråpninger for en annen person i teamet. I studien til Andersson et al., (2012, s.753) har de observert ulike årsaker til døråpninger inn og ut av operasjonsstuen og deretter kategorisert disse årsakene inn i nødvendige-, unødvendige, og semi-unødvendige døråpninger. De nødvendige døråpningene var behov for ekspertise, som f.eks hjelp fra overleger, fagsykepleier, anestesilege og behov for ekstra instrumenter eller utstyr. Semi-nødvendige døråpninger handlet om kirurgiske teammedlemmer som enten kom etter at operasjonen hadde startet, eller gikk før operasjonen var ferdig. Lunsj og kaffepauser var også kategorisert som semi-nødvendige døråpninger. Unødvendige døråpninger var årsaker som logistikk og planlegging av andre operasjoner, sosiale visitter og andre ansatte som kom inn på operasjonsstuen uten å ha et formål (Andersson et al., 2012, s.752-753).

Funn viste også at det var ulike holdninger om det å gi beskjed hvis man opplevde mange unødvendige døråpninger. Det var informanter som aldri hadde sagt ifra om mange unødvendige døråpninger, noen hadde ikke lyst, mens andre mente det var personavhengig

hvem man ga beskjed til. Det var også lettere å gi beskjed til en person du visste tok beskjeden greit, og vanskeligere å gi beskjed hvis det var til en person som ikke tok beskjeden greit. Da ønsket ikke noen av informantene å gi beskjed om unødvendige døråpninger fordi de ikke ville skape dårlig stemning blant kollegaer. Andre informanter syntes ikke det var problem å gi beskjed om mange unødvendige døråpninger. Det handlet om hvordan beskjeden ble gitt og hvilket forhold man hadde til den personen som mottok beskjeden. Disse funnene kan forstås i lys av teamarbeid og hva det innebærer å jobbe sammen i team på en operasjonsavdeling. Det kirurgiske teamet er avhengig av hverandres kompetanse og kunnskaper for å oppnå et felles mål. For å kunne oppnå et felles mål er man videre avhengig av kommunikasjon innad i teamet (Oksavik, 2018, s.204-205). God kommunikasjon er avgjørende for å kunne bidra til en effektiv og sikker utførelse av arbeidsoppgavene på en operasjonsavdeling og for å opprettholde pasientsikkerhet (Ballangrud & Husebø, 2021, s.48-49). Basert på våre erfaringer jobber en operasjonssykepleier til alle døgnets tider. Det kan være lange arbeidsdager, med langvarige inngrep hvor man er sulten, utmattet og tappet for energi (Ballangrud & Husebø, 2021, s.51). Dette kan påvirke kommunikasjon innad i det kirurgiske teamet for hvordan man oppfatter og tar imot beskjeder (Ballangrud & Husebø, 2021, s.48-50). På en annen side kan det tenkes at det var viktig for operasjon- og anestesisykepleierne å opprettholde en god tone innad i det kirurgiske teamet, da dette kan lette arbeidet ved at arbeidsoppgavene glir lettere og en sparer tid (Oksavik, 2018, s.205). Dette førte imidlertid til at noen av informantene unngikk å gi beskjed om unødvendige døråpninger fordi det var viktigere med en god tone innad i teamet.

5.1.3 Ulik praksis av døråpninger

Funn fra studien viste at det var behov for mer bevisstgjøring om unødvendige døråpninger i avdelingen for å klare å endre på holdningene. En informant beskriver det slik at det hadde vært fokus på døråpninger i avdelingen med visse mellomrom der det hadde vært en forbedring, men så gled det ut når man sluttet å snakke om det. Dette funnet støttes også i forskning som viser til at etter undervisning og bevisstgjøring av de ansatte på operasjonsavdelingen ble det en betydelig reduksjon i antall døråpninger (Hamilton et

al.,2018, s. 633; Bédard et al., 2015, s.236; Buckner et al., 2022, s.422). I studien til Buckner et al., (2022, s.422) forklarer de at undervisning og bevisstgjøring i operasjonsavdelingen kunne foregå enten i en formell setting eller under et morgenmøte. Bevisstgjøring kunne også foregå som en påminnelse ved time-out før og under inngrepet (Buckner et al., (2022, s.422). Dette støttes i våre funn hvor informanter foreslår intern undervisning om unødvendige døråpninger, og hvorfor dette var viktig i forhold til infeksjonsforebyggende tiltak og pasientsikkerhet. Informantene mente også at det var viktig å snakke sammen om unødvendige døråpninger og for å minne hverandre på å unngå unødvendig døråpninger under operasjon. I teorien fremkommer det hvordan CFU/m³ påvirkes av at døren til operasjonsstuen åpnes og lukkes (Oksavik, 2019, s. 230; Hansen et al., 2018, s.290). Når døren åpnes oppheves overtrykket på operasjonsstuen og det oppstår luftturbulens. Dette fører til at konsentrasjonen av CFU/m³ øker i operasjonsrommet, og økt konsentrasjon av CFU/m³ kan igjen føre til økt risiko for postoperativ infeksjon (Andersson et al., 2012, s.750). Gitt at forskning viser at risiko for postoperativ infeksjon øker ved antall døråpninger og vi som operasjonssykepleiere har ansvar for å bidra til forsvarlig forebygging av infeksjoner belyser dette viktigheten av å unngå unødvendige døråpninger i avdelingen (Andersson et al., 2012, s.750; NSF's landsgruppe av operasjonssykepleiere, 2015). Bevisstgjøring kan dermed bidra til å redusere de unødvendige døråpningene i operasjonsavdelingen (Hamilton et al.,2018, s. 633; Bédard et al., 2015, s.236; Buckner et al., 2022, s.422).

Det fremkommer i funn i studien at det var ulike kunnskaper om ventilasjonssystemet på operasjonsstuen blant informantene. Noen informanter hadde kunnskap om at åpning av dører påvirker luften på operasjonsstuen, mens andre ikke var sikre på om de hadde nok kunnskap om hvordan døråpninger påvirker ventilasjonen på en operasjonsstue. Det kommer også frem i funnene at det verken under anesthesiutdannelsen eller i tilhørende praksis var lagt mye vekt på kunnskap om ventilasjon og døråpninger på en operasjonsstue. Det gjorde det derfor vanskelig for noen anesthesisykepleiere å vite årsaken til at døren skal være lukket. En operasjonssykepleier tilegner seg ulike kunnskaper gjennom teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap (Alvsvåg, 2015, s.173). Teoretisk kunnskap innebærer kunnskaper om for eksempel anatomi, fysiologi, biologi og patologi (Alvsvåg, 2015, s.174). Operasjonssykepleier skal ha avansert kunnskap om kroppens oppbygging og funksjoner, pasientens ulike sykdomsprosesser, reaksjoner og behov ut ifra alder, kjønn og flerkulturelt perspektiv (NSF's landsgruppe av operasjonssykepleiere, 2015). Erfaringsbasert kunnskap læres gjennom

erfaring ved å tilegne seg kunnskaper ved praktiske og konkrete situasjoner, noe som også utvikles over tid (Alvsvåg, 2015, s.173). Det er kombinasjonen av teoretisk kunnskap og erfaringsbasert kunnskap som bidrar til at operasjonssykepleieren har kunnskaper om å handle riktig i gitte situasjoner samt samarbeide med andre profesjoner (Alvsvåg, 2015, s.174). Til tross for at operasjonssykepleieren har kunnskaper om infeksjonsforebyggende arbeid (NSFs landsgruppe av operasjonssykepleiere, 2015), så er det ikke nødvendigvis slik at det vi har kunnskaper om alltid er praktisk mulig å gjennomføre.

I studien til Andersson et al., (2012, s.753) finner de at 27% av antall døråpninger var relatert til sosiale visitter på operasjonsstuen. Dette reflekterte trolig i en kultur i avdelingen som hadde aksept for døråpninger uten spesiell grunn (Andersson et al., 2012, s.753). Dette kan ses igjen i funn fra vår studie der informanter forteller at kollegaer kom inn på operasjonsstuen for det sosiale, både leger og sykepleiere. Informantene i vår studie fortalte videre at noen ganger kom andre kirurger inn på operasjonsstuen for å se hva andre kollegaer holdt på med, og slo av en prat, for så å gå ut igjen. Dette gjaldt også sykepleiere, som kom inn på operasjonsstuen for noe som ikke hadde med operasjonen å gjøre. Det kan stilles spørsmål til om unødvendige døråpninger uten spesiell grunn har blitt en del av kulturen i avdelingen informantene jobber i. Dersom man ønsker å unngå at sosiale visitter foregår under operasjoner kunne det for eksempel vært implementert tydelige regler i avdelingen om at døråpninger av sosial årsak ikke er tillat.

5.2 Metodediskusjon

Vi har gjennom hele analyseprosessen forsøkt å være vår forforståelse bevisst ved å ikke påvirke funn med egne synspunkt eller tolkninger. Det er likevel en risiko for at tolkning av data kan være påvirket av vår forforståelse. Vi har gjennomført en kvalitativ studie med fokusgruppeintervju som metode. Fokusgruppeintervju kan blant annet bidra til nærhet til informantene, noe vi valgte fordi vi ønsket å få en større forståelse av problemstillingen vår (Thaagard, 2018, s. 16). Ulempen er at vår forforståelse fra teori, tidligere forskning og egne erfaringer kan ha påvirket oss gjennom intervju, transkribering og analyseprosessen

(Malterud, 2017, s.44-47). På en annen side kan vår forforståelse være en styrke ved at vi kjenner til konteksten informantene arbeider i, noe som kan bidra til å unngå misforståelser av dataene (Malterud, 2017, s.44-46). Det kan også være en styrke at deler av analysen i studien har blitt diskutert på et masterseminar, der vi fikk konstruktive tilbakemeldinger fra flere medstudenter og veiledere.

En svakhet ved vår studie er at det ikke var likevekt av hver profesjon representert i to av tre fokusgruppeintervju. Ved intervju to var en operasjonssykepleier og to anestesisykepleiere representert. I intervju tre var to operasjonssykepleiere og en anestesisykepleier representert. Dette kan ha påvirket informantenes svar under intervjuet ved at den informanten som representerte sin profesjon alene ikke hadde en makker å spille på. Til tross for dette opplevdes likevel dataene fra intervju to- og tre som tilfredsstillende og med tilstrekkelig informasjonsstyrke representert fra hver profesjon (Malterud et al., 2016, s.1753). Samtidig var det totale samlede antallet informanter likt representert fra hver profesjon med fem operasjonssykepleiere og fem anestesisykepleiere i datainnsamlingen. Vi ser også at det kunne vært hensiktsmessig og valgt individuelle intervjuer. Da kunne vi kommet enda mer i dybden på hver enkelt informant, men samtidig kunne vi risikert og mistet en del av dynamikken som teamarbeid fremhever. Denne dynamikken syntes vi kom til uttrykk ved fokusgruppeintervju.

Vårt utvalg er et strategisk-tilgjengelighetsutvalg (Malterud, 2012, s.42-43; Polit & Beck, 2021, s.498-499). Det var fagutviklingssykepleiere på operasjons- og anesthesiavdelingen ved det aktuelle sykehuset som valget ut aktuelle informanter til studien etter inklusjonskriterier og turnus. Intervjuet måtte foregå på fredager mellom kl 07.30-08.30. Det kan imidlertid diskuteres om det var en form for tilfeldighet i utvalget da det var tilfeldig hvem som var på jobb de aktuelle intervjudagene (Polit & Beck, 2021, s.498-499).

6.0 Konklusjon

Studiens hensikt var å undersøke operasjon- og anesthesisykepleierers oppfatninger til unødvendige døråpninger på operasjonsstuen under et kirurgisk inngrep. Studien belyser at det var variasjoner i hvilke oppfatninger informantene hadde om unødvendige døråpninger på operasjonsstuen. Informantene fortalte at i teorien burde de ikke utført unødvendige døråpninger på operasjonsstuen, men i praksis var det vanskelig å gjennomføre av flere årsaker. Årsakene var at unødvendige døråpninger ikke ble prioritert, det var ulike holdninger til unødvendige døråpninger og det ble utført ulik praksis av unødvendige døråpninger. Informantene påpekte en travel og tidspresset hverdag, krevende pasienter med komplekse sykdomsbilder, mye utstyr og liten tid til planlegging. Dette gjorde det vanskelig for operasjon- og anesthesisykepleier å prioritere de unødvendige døråpningene. Det var også manglende prosedyrer og retningslinjer i avdelingen på døråpninger, noe som førte til at de ansatte gjorde det de selv tenkte var mest hensiktsmessig. Det er videre viktig å påpeke at unødvendige døråpninger er et av flere infeksjonsforebyggende tiltak og må ses i sammenheng med summen av de ulike infeksjonsforebyggende tiltakene en operasjonssykepleier gjennomfører i løpet av en arbeidsdag. Basert på funn fra denne studien vil vi som fremtidige operasjonssykepleiere forsøke å bidra positivt på vår arbeidsplass, for å unngå unødvendige døråpninger på operasjonsstuen.

6.1 Implikasjoner for videre forskning

Denne studien kan danne videre grunnlag for å gjennomføre en større studie om oppfatninger til unødvendige døråpninger i operasjonsavdelingen, hvor både kirurg, anestesilege, anesthesi- og operasjonssykepleiere inkluderes i samme datainnsamling. Dette kan være nyttig fordi alle de ulike profesjonene i det kirurgiske teamet har et felles ansvar for det infeksjonsforebyggende arbeidet og samtidig som man jobber i et felles team. I vårt litteratursøk fant vi lite tidligere kvalitativ forskning på unødvendige døråpninger i en operasjonsavdeling. Det ville derfor vært nyttig med mer utdypende kunnskap om hvilke holdninger, kunnskaper og erfaringer de ulike profesjonene i det kirurgiske teamet har om

unødvendige døråpninger inn og ut av operasjonsstuen. Det ville også vært interessant å gjennomføre en studie hvor man implementerer retningslinjer eller prosedyrer på unødvendige døråpninger i en operasjonsavdeling for deretter å se om antall døråpninger reduseres. Dette kan belyse om antall unødvendige døråpninger reduseres dersom de ansatte har en retningslinje eller prosedyre å følge.

6.2 Implikasjoner for praksis

Funn fra denne studien kan bidra til økt bevissthet om unødvendige døråpninger inn og ut av operasjonsstuen. Studien avdekket at informantene etterspurte en prosedyre eller retningslinje på døråpninger i avdelingen. Det var også et ønske fra informantene om mer internundervisning om konsekvensen av unødvendige døråpninger i forhold til luftkvalitet på operasjonsstuen, og infeksjonsrisikoen det påfører operasjonspasienten. Det ble gjennom datainnsamling foreslått tiltak til forbedringer fra informantene som de mente kunne bidra til å redusere antall unødvendige døråpninger under et kirurgisk inngrep. Informantene foreslo å bruke telefon mer aktivt på operasjonsstuen. De mente de at man kunne ringe mer inn på operasjonsstuen i stedet for å åpne døren for å gi en beskjed, koordinere dagen eller stille et spørsmål. Intercom, som er et slags høyttalersystem, ble foreslått som en forenklet metode for telefon. Det ble foreslått å skrive beskjed på en lapp og vise i vindu i døren. Det kunne også vært innstikkskap mellom gang og operasjonsstue slik at utstyr kunne leveres inn til operasjonsstuen uten å måtte åpne døren. Til slutt ble det foreslått å implementere et nytt punkt på Trygg kirurgi. Trygg kirurgi er en sjekklister som gjennomføres høyt innad i det kirurgiske teamet før og etter operasjonen for å sikre pasientsikkerhet. På sjekklisten kunne det vært supplert et punkt som handlet om å sjekke at alt utstyr som ville bli nødvendig under operasjonen var hentet inn på operasjonsstuen, men også som en påminnelse om å unngå unødvendige døråpninger under operasjonen.

Referanseliste

- Alvsvåg, H. (2015). *Faglig skjønn og omsorg*. I E.K. Grov & I.M. Holter (Red.), Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie (s.156-178). Cappelen Damm akademisk.
- Andersson, A., Bergh, I., Karlsson, J., Eriksson, B.I., & Nilsson, K., (2012). Traffic flow in the operating room: An explorative and descriptive study on air quality during orthopedic trauma implant surgery. *American Journal of Infection Control*, 40(8), 750–755.
<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.09.015>
- Astrup Nielsen, D., Hjørnholm, T. Q., Stray Jørgensen, P., Nygaard Hansen, T. K., (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag* (1. utgave. ed.). Fagbokforlaget.
- Ballangrud, R. & Husebø, S.E (2021). Teamarbeid og teamtrening i et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv. I S.E. Husebø & R. Ballangrud (Red.), *Teamarbeid i helsetjenesten* (s.40-56). Universitetsforlaget
- Bédard, M. M. D., Pelet, S. M. D. P., Pelletier-Roy, R. B., Angers-Goulet, M. B. & Leblanc, P.-A. B. (2015). Traffic in the operating room during joint replacement is a multidisciplinary problem. *Can J Surg*, 58(4), 232-236. <https://doi.org/10.1503/cjs.011914>
- Berg TC, Løwer HL, Alberg T, Eriksen HM. (2019). Årsrapport 2018 – Infeksjoner etter kirurgiske inngrep. (ISSN elektronisk utgave 2535-4620, Rapport 2019). Folkehelseinstituttet.
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/arsrapport-nois-mm_publicertpdf.pdf
- Buckner, L., Lacy, J., Young, K. & Dishman, D. (2022). Decreasing Foot Traffic in the Orthopedic Operating Room: A Narrative Review of the Literature. *J Patient Saf*, 18(2), e414-e423. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000833>
- Cuming, R.G. (2019). Concepts Basic to Perioperative Nursing. I J.C. Rothrock (Red.), *Alexander's care of the patient in surgery*, 16th edition. (s. 1-12). Elsevier
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 23.mai). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Dåvøy, G.M. & Andersen, B.M., (2018). Operasjonsavdelingen. I G.M. Dåvøy, P.H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s.220-232). Gyldendal.
- Dåvøy, G.M. (2018). Operasjonssykepleierens pedagogiske funksjon. I G.M. Dåvøy, P.H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s.34-44). Gyldendal.

- Eide, P.E., & Dāvøy, G.M. (2018). Funksjons- og ansvarsområde. I G.M. Dāvøy, P.H. Eide & I. Hansen (Red.), Operasjonssykepleie (s.28-33). Gyldendal.
- Flin, R., O'Connor, P., Crichton, M., (2008). Safety at the sharp end. A guide to Non-Technical Skills. Ashgate
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graverholt, B., Jamtvedt, G. & Nortvedt, M.W. (2015). Kunnskapsbasert praksis. I E.K. Grov & I.M. Holter (Red.), Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie (s.179-191). Cappelen Damm akademisk.
- Hamilton, W., Balkam, C. B., Purcell, R. L., Parks, N. L., & Holdsworth, J. E. (2018). Operating room traffic in total joint arthroplasty: Identifying patterns and training the team to keep the door shut. *American Journal of Infection Control*, 46(6), 633–636. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.12.019>
- Hansen, I., Andersen, B.M. & Loraas, L.M.E., (2018). *Hygiene og infeksjonsforebygging*. I G.M. Dāvøy, P.H. Eide & I. Hansen (Red.), Operasjonssykepleie (s.233-303). Gyldendal.
- Haugen, A.S. & Dāvøy, G.M. (2018). *Pasientsikkerhet og trygg kirurgi*. I G.M. Dāvøy, P.H. Eide & I. Hansen (Red.), Operasjonssykepleie (s.178-198). Gyldendal.
- Helsedirektoratet. (2021, 22.februar). Om antibiotisk infeksjonsprofylakse, definisjon, etiologi, resistens, risikofaktorer, tidspunkt og varighet, valg. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-sykehus/antibiotikaprofylakse-ved-kirurgi/om-antibiotisk-infeksjonsprofylakse-definisjon-etologi-resistens-risikofaktorer-tidspunkt-og-varighet-valg>
- Helsedirektoratet. (2022, 24.mars). Om pasientsikkerhet. I trygge hender 24-7. <https://www.itryggehender24-7.no/om-pasientsikkerhet>
- Helsedirektoratet. (2023). Regelverk for innsatsstyrt finansiering 2023 (ISF-regelverket). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Holmes, T. Ballangrud, R. & Vifladt, A. (2021). Operasjonsstua. I S.E. Husebø & R. Ballangrud (Red.), *Teamarbeid i helsetjenesten* (s.169-176). Universitetsforlaget
- Joseph, A., Khoshkenar, A., Taaffe, K. M., Catchpole, K., Machry, H. & Bayramzadeh, S. (2019). Minor flow disruptions, traffic-related factors and their effect on major flow disruptions in the operating room. *BMJ Qual Saf*, 28(4), 276-283.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-007957>
- King, C.A. & Spry, C. (2019). *Infection Prevention and Control*. I J.C. Rothrock (Red.), *Alexander's care of the patient in surgery*, 16th edition. (s. 54-84). Elsevier
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Lauvrak, V., Norderhaug, I.N. & Juvet, L.K. (2010). Forebygging av postoperative infeksjoner. Institusjon Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Rapport Notat 2010). https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat_2010_forebygging-av-postoperative-infeksjoner.pdf
- Lindgren, B.-M., Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *Int J Nurs Stud*, 108, 103632-103632.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Grankär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-201). Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* (2.utg). Universitetsforlaget
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*, 26(13), 1753-1760.
<https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Gundersen, M. W., (2021). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (3. utgave. ed.). Cappelen Damm akademisk.
- NSFs landsgruppe av operasjonssykepleiere. (2015). Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse. <https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>

- Nylenna, M. (2018). Veileder, retningslinje, prosedyre. Tidsskrift for den Norske Lægeforening. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0737>
- Oksavik, W.S. (2018). *Samarbeid i team*. I G.M. Dāvøy, P.H. Eide & I. Hansen (Red.), Operasjonssykepleie (s.203-217). Gyldendal.
- Panahi, P., Stroh, M., Casper, D. S., Parvizi, J., & Austin, M. S. (2012). Operating room traffic is a major concern during total joint arthroplasty. *Clinical orthopaedics and related research*, 470(10), 2690–2694. <https://doi.org/10.1007/s11999-012-2252-4>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Regionalt kompetansesenter for smittevern Helse Sør-Øst. (2021, 17.aug). Ventilasjonssystemer hvor det foretas operative inngrep, LAF-tak, ultraren luft og mikrobiologisk måling av luften. Infeksjonskontroll. <https://www.infeksjonskontroll.no/forebygging/5892>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer.
- Sirevåg, I., Tjoflåt, I. & Hansen, B. S. (2021). A Delphi study identifying operating room nurses' non-technical skills. *Journal of advanced nursing*, 77(12), 4935-4949. <https://doi.org/10.1111/jan.15064>
- Skjold, V.A., (2022). Sykepleierne var slitne før pandemien, og de er enda mer slitne etter pandemien. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/2022/07/sykepleierne-var-slitne-pandemien-og-de-er-enda-mer-slitne-etter-pandemien>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. ed.). Fagbokforl.
- World Health Organization. (2018). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/global-guidelines-for-the-prevention-of-surgical-site-infection-2nd-ed>
- World Health Organization. (2022). *Global competency framework for universal health coverage*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034686>

Vedlegg 1 PICO

	P	I	C	O
	Sykepleier	Trafikk på operasjonsstue		Forebygging av postoperativ infeksjoner
Engelske tekstord MeSH	-Nurse* -nurses -nursing	-operating room -surgical* -traffic -traffic flow -foot traffic -traffic in the operating room -foot traffic in operating rooms -activity -door opening -air sampling		-preventing postoperative infection -surgical site infection -prevention -colony-forming units CFU

Vedlegg 2 Søkeshistorikk

Database/kilde	Ovid MEDLINE(R) ALL
Dato for søk	19.08.2022
Søkehistorie eller fremgangsmåte	<p>1 exp Nurses/ or exp Nursing/ 331589</p> <p>2 (nurse* or nursing*).ti,ab,kf. 511941</p> <p>3 1 or 2 660786</p> <p>4 Operating Rooms/ 15446</p> <p>5 ((operating* or operation* or surgery* or surgical*) adj2 room*).ti,ab,kf 35205</p> <p>6 4 or 5 43120</p> <p>7 (traffic* or foot* or flow* or door*).ti,ab,kf. 1178215</p> <p>8 3 and 6 and 7 186</p> <p>9 traffic*.ti,ab,kf. 118248</p> <p>10 6 and 9 181</p>
Antall treff	186 + 181
Kommentarer	<p>Så gjennom treff for både linje 8 og linje 10</p> <p>Flere relevante treff</p>

Database/kilde	CINAHL with Full Text
Dato for søk	22.08.2022
Søkehistorie eller fremgangsmåte	<p>S10 S6 AND S9 240</p> <p>S9 traffic* 28,345</p> <p>S8 S3 AND S6 AND S7 183</p> <p>S7 traffic* or foot* or flow* or door* 205,907</p> <p>S6 S4 OR S5 20,538</p> <p>S5 ((operating* or operation* or surger* or surgical*) N1 room*) 20,538</p> <p>S4 (MH "Operating Rooms") 9,597</p> <p>S3 S1 OR S2 963,463</p> <p>S2 nurse* or nursing* 959,123</p> <p>S1 (MH "Nurses+") 241,511</p>
Antall treff	183 + 240
Kommentarer	<p>Så gjennom treff for både S8 og S10</p> <p>Flere relevante treff</p> <p>Det er valgt ut 3 artikler til studien:</p> <p>Buckner et al., 2022</p> <p>Joseph et al., (2019).</p> <p>Bédard et al., (2015)</p>

Database/kilde	Cochrane Library
Dato for søk	22.08. 2022
Søkehistorie eller fremgangsmåte	<p>#1 MeSH descriptor: [Nursing] explode all trees 3466</p> <p>#2 MeSH descriptor: [Nurses] explode all trees 1323</p> <p>#3 (nurse* or nursing*):ti,ab,kw 48405</p> <p>#4 #1 or #2 or #3 48666</p> <p>#5 MeSH descriptor: [Operating Rooms] explode all trees 252</p> <p>#6 (((operating* or operation* or surger* or surgical*) NEAR/2 room*)):ti,ab,kw 5965</p> <p>#7 #5 or #6 5965</p> <p>#8 (traffic* or foot* or flow* or door*):ti,ab,kw 79385</p> <p>#9 #4 and #7 and #8 49</p> <p>#10 (traffic*):ti,ab,kw 2741</p> <p>#11 #7 and #10 10</p>
Antall treff	49 + 10
Kommentarer	<p>Så gjennom treff for både #9 og #11</p> <p>Flere relevante treff</p>

Database/kilde	Embase
Dato for søk	22.08.2022
Søkehistorie eller fremgangsmåte	<p>1 exp nurse/ or exp nursing/ 535374</p> <p>2 (nurse* or nursing*).ti,ab,kf. 585108</p> <p>3 1 or 2 787825</p> <p>4 exp operating room/ 46238</p> <p>5 ((operating* or operation* or surgery* or surgical*) adj2 room*).ti,ab,kf. 48868</p> <p>6 4 or 5 68538</p> <p>7 (traffic* or foot* or flow* or door*).ti,ab,kf. 1554910</p> <p>8 3 and 6 and 7 322</p> <p>9 limit 8 to embase 119</p> <p>10 traffic*.ti,ab,kf. 150393</p> <p>11 6 and 10 293</p> <p>12 limit 11 to embase 161</p>
Antall treff	119 + 161
Kommentarer	<p>Så gjennom treff for både linje 9 og linje 12</p> <p>Flere relevante treff</p>

Database/kilde	CINAHL with Full Text
Dato for søk	01.05.2022
Søkehistorie eller fremgangsmåte	<p>S13 S11 AND S12 3</p> <p>S12 S6 OR S7 OR S8 OR S9 18,180</p> <p>S11 S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S10 1,326</p> <p>S10 Foot traffic in operating room 5</p> <p>S9 CFU 2,880</p> <p>S8 Colony forming units 3,185</p> <p>S7 Surgical site infection 6,122</p> <p>S6 (MH "Surgical Wound Infection") 11,434</p> <p>S5 Air sampling 398</p> <p>S4 Door opening 712</p> <p>S3 Traffic flow 119</p> <p>S2 (MH "Operating Room Traffic Patterns") 126</p> <p>S1 (MH "Surgical Patients") 11,528</p>
Antall treff	3 +5 + 126
Kommentarer	<p>Så gjennom treff for både S13 + S10 + S2</p> <p>Totalt 3 utvalgte artikler til studien:</p> <p>Andersson et al., 2012</p> <p>Hamilton et al., 2018</p> <p>Panahi et. al., 2012</p>

Vedlegg 3 Intervjuguide

Muntlig presentasjon til informantene:

Takk for at du stiller opp til intervju!

Studiens hensikt er å kartlegge operasjon- og anestesisykepleieres oppfatninger til døråpninger på operasjonsstuen under et kirurgisk inngrep. I denne oppgaven vil et kirurgisk inngrep bety fra kirurgen begynner å skjære i huden til pasienten, og avsluttes når huden er lukket og bandasje er lagt på operasjonssåret. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd. Lydfiler og tekstfiler krypteres ved lagring og dere som informanter anonymiseres med tall.

Problemstillingen til studien lyder som følgende; «Hvordan oppfatter operasjon- og anestesisykepleiere døråpninger inn og ut av operasjonsstuen?»

Det er viktig at du svarer på alle spørsmål ut fra eget perspektiv og ståsted. Vi estimerer at intervjuet varer mellom 45-60 minutter.

Intervjuguide:

Hvilke tanker har dere om døråpninger under et kirurgisk inngrep?

- *Med døråpninger mener vi at døren går opp og igjen
- *kirurgisk inngrep «hud inn» til «hud ut» og bandasje er lagt på såret
- *oppfordring om å komme med konkrete eksempler

Hvilken betydning har dette med planlegging av utstyr i forhold til et kirurgisk inngrep?

- *koordinering
- *samhandling

Hva mener dere skyldes denne trafikken?

- *hva skyldes døråpninger?

Hva anser dere som mye døråpninger under et kirurgisk inngrep?

- *Hvorfor tenker du at ... er mye?

Hva anser dere som lite døråpninger under et kirurgisk inngrep?

*Hvorfor tenker du at ... er lite?

Hvilke tanker har dere når dere ser andre går inn og ut av operasjonsstuen under et kirurgisk inngrep?

*spesifikke eksempler på reaksjoner og hva tenker dere om dette?

Hvordan oppleves det å si ifra hvis du opplever at det er mye trafikk i dørene?

*er det lett eller vanskelig å gi beskjed til kollegaer

*hvorfor har du ikke det?

Hva synes dere fungerer bra relatert til døråpninger?

*rutiner?

*hva tenker du er det ideelle

Hvilke forslag/tiltak har dere til forbedring relatert til døråpninger?

*spesifikke eksempler på tiltak

*finnes det noen forbedringområder

*og hvordan kan dette gjennomføres?

Avslutning

Hvis du skulle trekke ut tre ting som du mener er det viktigste vi har snakket om idag, hva ville det vært?

Er det noe mer du vil si eller legge til?

Tusen takk for at dere stilte opp til intervju!

Vedlegg 4 Samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet “Trafikk på operasjonsstuen”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge operasjon- og anestesisykepleieres oppfatninger til døråpninger på operasjonsstuen under et kirurgisk inngrep. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studiens hensikt er å kartlegge operasjon- og anestesisykepleieres oppfatninger til døråpninger på operasjonsstuen under et kirurgisk inngrep. I denne oppgaven vil et kirurgisk inngrep bety fra kirurgen begynner å skjære i huden til pasienten, og avsluttes når huden er lukket og bandasje er lagt på operasjonssåret. Studien vil kunne avdekke kunnskaper og erfaringer som operasjon- og anestesisykepleiere har til antall døråpninger inn og ut en operasjonsstue. Videre kan studien bidra til nyttig kunnskap om infeksjonsforebyggende tiltak under et kirurgisk inngrep.

Problemstillingen til studien lyder som følgende; «Hvordan oppfatter operasjon- og anestesisykepleiere døråpninger inn og ut av operasjonsstuen?»

Studien gjøres i forbindelse med masteroppgave i operasjonssykepleie.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det er ønskelig at utvalget til studien består av 4-6 operasjonssykepleiere og 4-6 anestesisykepleiere som er ansatt ved Stavanger universitetssykehus med mer enn 4 års arbeidserfaring. Totalt 8-12 informanter fordelt over to intervjuer. Det er ønskelig å gjennomføre fokusgruppeintervju ved anesthesi- og operasjonssykepleiere i blandet grupper.

Det er nærmeste leder som utvelger anesthesi- og operasjonssykepleiere som skal delta i studien i henhold til inklusjonskriteriene.

Hva innebærer det for deg å delta?

Studien er kvalitativ med eksplorerende design, og metoden er fokusgruppeintervju ved bruk av lydopptak. Datamaterialet transkriberes og oppbevares konfidensielt og aidentifisert.

Lydopptak slettes etter masteroppgaven er vurdert og godkjent, 23. juni 2023.

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du samtykker til å delta i fokusgruppeintervju og datamateriale kan brukes i masteroppgaven. Intervjuunden vil vare mellom 45- 60 minutter.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Personer som vil ha tilgang ved behandlingsansvarlig institusjon er ansvarlig veileder samt ansvarlig studenter for masteroppgaven.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet lagres på forskningsserver og vil være kryptert og innelåst.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes innen august 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Universitetet i Stavanger* har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Universitetet i Stavanger ved Masterstudent Eivor Andrine Elgesem, på epost: ea.skjeggstad@stud.uis.no, eller mobil: 41849955.
- Universitetet i Stavanger ved Masterstudent Tordis Marie Hjellose, på epost: tm.bjaanes@stud.uis.no, eller mobil: 41247853.
- Universitetet i Stavanger ved veileder for masterprosjektet, Ingrid Tjoflat, på epost: ingrid.tjoflat@uis.no, eller på telefon 51834171.

Personvernombud Rolf Jegervatn ved Universitetet i Stavanger. epost: personvernombud@uis.no

Vårt personvernombud: Rafal Yeisen: Telefon: 51518060/ 94814076. epost:
personverombudet@sus.no

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

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

Med vennlig hilsen

Ingrid Tjoflåt
(Dosent /veileder)

Eivor Andrine Elgesem & Tordis Marie Hjellest
(Masterstudenter)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet “*Trafikk på operasjonsstuen under kirurgi*”, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i fokusgruppeintervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5 Utdrag analyse

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Underkategori	Kategori	Tema
Det kunne nok vært redusert tenker jeg. At det er for mye døråpninger og hvis man hadde planlagt litt mer, så tror jeg det kunne vært redusert	Det er for mye døråpninger, hvis man hadde planlagt bedre, så kunne det vært redusert.	Planlegging	Det skjer for mye døråpninger og det kunne vært redusert ved bedre planlegging	Døråpninger er ikke prioritert	Vi vet vi ikke skal gjøre det, men gjør det allikevel
En del går nok på planlegging, at hvis man hadde planlagt bedre så tror jeg vi hadde unngått noe av trafikken inn og ut.	hvis man hadde planlagt bedre tror jeg vi hadde unngått noe av trafikken.				
jeg synes ikke vi har noen rutiner på døråpninger inn og ut av operasjonsstuen. Ikke noe som er veldig tydelig. Folk gjør litt egne ting som man tenker er lurt. Det er ikke noe prosedyre.	jeg synes ikke vi har noen rutiner på døråpninger inn og ut av operasjonsstuen. Ikke noe som er veldig tydelig.				
Jeg opplever, jeg har prøvd å si det flere ganger om døråpninger, men jeg føler kanskje ikke alltid at det gir en endring.	har prøvd å si ifra flere ganger om døråpninger, men føler ikke alltid at det gir en endring.	Kultur	Manglende rutiner og retningslinjer		
Det er vanskelig å svare på hva som anses som mye døråpninger, det kommer her ann på hvilket inngrep det er.	vanskelig å svare på hva som anses som mye døråpninger, det kommer ann på hvilket inngrep det er.	Døråpninger	Inngrepets varighet bestemmer antall døråpninger som er akseptert å ha	Ulike holdninger til døråpninger	
Det er mest disse korte inngrepene, synes jeg. Med en gang inngrepene er lengre, er det mer trafikk inn og ut.	Med en gang inngrepene er lengre, er det mer trafikk inn og ut.				
Jeg har aldri sagt ifra om at det er mye trafikk i dørene	aldri sagt ifra om mye trafikk i dørene	Å gi beskjed	Ulike aspekter ved å gi beskjed		
det er lett å si ifra om mye trafikk hvis det er en person som tar det fint holdt jeg på å si. Og vanskelig hvis det er en person som ikke tar det fint. Det er personavhengig	Lettere å si ifra om mye trafikk hvis det er en person som tar det fint, vanskelig hvis det er en person som ikke tar det fint. Det er personavhengig				
Jeg tror det går på økt fokus på trafikk. At vi må bevisstgjøre og snakke om det og prøve å endre litt på holdninger og fortelle	det går på økt fokus på trafikk. Må bevisstgjøre og snakke om det. Prøve å endre på holdninger	Bevisstgjøring	Det trengs mer fokus på bevisstgjøring rundt døråpninger	Ulik praksis av døråpninger	
vi har liksom prøvd å ta litt opp på morningene om vi kan være bevisst på når vi går inn på operasjonsstuen. Så tar liksom hverdagen oss. Det ja, så må vi ha litt sånne ildsjeler på å gjør sånne forandringer, som på en måte gjerne går og minner litt på folk det med døråpninger.	Prøvd å ha fokus, så tar hverdagen oss. Vi må ha ildsjeler som gjør forandringer, og som minner folk på det med døråpninger.				
hadde jeg sett, eller gjerne noen hadde sagt til meg «det der er bare ikke i orden liksom» (unødvendige døråpninger), så hadde jeg gjerne tenkt mer over, hvis du ser hva som skjer med ventilasjonen, ser på virvling og	hadde jeg sett, eller noen hadde sagt til meg at det ikke er i orden med unødvendige døråpninger så hadde jeg gjerne tenkt mer over det.	Kunnskaper	Ulike kunnskaper om ventilasjonssystem		
ikke sikker vi har nok kunnskap om hva som skjer	ikke sikker vi har nok kunnskap om hva som skjer				
Nei, kanskje det skulle vært litt mer intern undervisning fra en eller annen som hadde med, ja, spesialisert seg i dette.	skulle vært mer intern undervisning fra en spesialist				

Vedlegg 6 Skriftlig godkjenning fra avdelingsjef

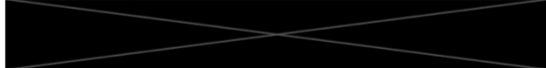
Hei!

Spennende tema dere har valgt, gleder meg til resultatet. Dere har selvsagt min tillatelse til studien!

Vennlig hilsen



Sendt: mandag 19. september 2022 10:43





Hei 

Vi er 2.års masterstudenter ved UiS i operasjonssykepleie og sender denne mailen til deg for å høre om masterprosjektet vårt lar seg praktisk gjennomføre.

Vi ønsker å gjøre en kvalitativ studie med fokusgruppeintervju, der både operasjon- og anestesisykepleiere inviteres. Temaet vårt er "Trafikk på operasjonsstuen" og problemstillingen er "Hvordan oppfatter operasjon- og anestesisykepleiere døråpninger inn og ut av operasjonsstuen?".

Vi ønsker å ha fokusgruppeintervju med både operasjon- og anestesisykepleiere i blandede grupper. Det er ønskelig med 4-6 informanter i hvert intervju, og totalt to intervju (ca 3stk fra hvert fagområdet pr intervju). Ett intervju varer ca 45-60min. Et forslag til gjennomføring er parallellt med fellesundervisning ved sen oppstart på fredager. Feks fra kl 07.30-08.30. Vi ønsker å innhente data parallellt med vår praksisperiode fra oktober-desember 2022. Nøyaktig dato er ikke avklart.

Vi har fått prosjektplan godkjent av veileder ved UiS og skal nå søke til NSD i løpet av denne uken.  og  er også informert, med forbehold om godkjenning fra deg og NSD.

Legger ved fullstendig prosjektplan.



Håper å høre fra deg!

Mvh 

Vedlegg 7 Skriftlig godkjenning fra SIKT

[Meldeskjema](#) / [Trafikk på operasjonsstuen](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

 Skriv ut  06.10.2022 ▾

Referansenummer
833643

Vurderingstype
Standard

Dato
06.10.2022

Prosjekttittel
Trafikk på operasjonsstuen

Behandlingsansvarlig institusjon
Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig
Ingrid Tjoflåt

Student
Eivor Andrine Elgesem

Prosjektperiode
17.10.2022 - 01.08.2023

Kategorier personopplysninger
Alminnelige

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

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.08.2023.

[Meldeskjema](#) 

Vedlegg 8 Skriftlig godkjenning fra personvernombudet

Skjema ferdig behandlet

<https://eprotokoll.ihelse.net/form/3552/E3E8B78A606D65F0>

Tilbakemelding

Hei

Vi tilslutter oss vurderingen som er gjort av NSD og prosjektet kan starte opp.

Mvh

Forskningsavdelingen

Vedlegg 9 Spesifisering av studentbidrag

Master i spesialsykepleie, spesifisering av studentbidrag

UNIVERSITETET I STAVANGER

Studentene som skriver sammen, forplikter seg til å bidra likt. Den enkeltes bidrag skal spesifiseres, og signeres av studentene og veileder ved innlevering av masteroppgave.

STUDENT 1

Navn: Tordis Marie Hjelleset

Spesialisering i: Operasjonssykepleie

Bidrag: 50%

Vi har bidratt like mye gjennom hele prosessen og utformet masteroppgaven sammen. Arbeidsansvaret er fordelt likt og det er innhentet ulikt kunnskapsgrunnlag hver for oss, for deretter å utforme masteroppgaven sammen.

STUDENT 2

Navn: Eivor Andrine Elgesem

Spesialisering i: Operasjonssykepleie

Bidrag: 50%

Signatur:

Student 1

Tordis M. Hjelleset

Student 2

Eivor A. Elgesem

Veileder:

Ingrid Tjøflåt

