

# Operasjonssykepleiers opplevelser og erfaringer med tilbakemelding på leiringsskader

MAIKEN WOLD & SIGNE KRISTINE TOBIASSEN

Antall ord: 16 461

## VEILEDER

Linda Iren Mihaila Hansen

## Universitetet i Agder, 2022

Fakultet for Helse- og idrettsvitenskap  
Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Master

## Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært lærerik, spennende og tidkrevende. Vi har gjennom arbeidet fått utfordret oss både faglig og personlig.

Vi ønsker å takke vår veileder Linda Iren Mihaila Hansen, førstelektor ved Institutt for helse- og sykepleievitenskap ved Fakultetet for helse- og idrettsvitenskap ved Universitetet i Agder, som har støttet oss underveis i prosessen og gitt oss gode råd.

Vi vil også rekke en stor takk til informantene som tok seg tid til å delta i studien vår, og for bidragene deres til gode, faglige refleksjoner.

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Som operasjonssykepleier arbeider man i et kirurgisk team, men har også et stort og selvstendig ansvar overfor pasienten. Leiring av pasienten på operasjonsbordet og forebygging av leiringsskader er en viktig del av operasjonssykepleiers oppgaver før, under og etter operasjon. For å kunne forebygge fremtidige leiringsskader og forbedre faget er operasjonssykepleier avhengig av å få tilbakemelding på oppståtte leiringsskader.

**Formål og problemstilling:** Formålet med denne masteroppgaven er å kartlegge om operasjonssykepleier opplever å få tilbakemelding etter leiringsskader og hvilke tanker de har rundt det å få tilbakemelding. Vi ønsker i tillegg å kartlegge om operasjonssykepleier opplever den tilbakemeldingen de får som tilstrekkelig.

**Problemstilling:** *«Hvordan opplever operasjonssykepleier å få tilbakemelding på leiringsskader?»*

**Metode:** Vi har brukt kvalitativ forskningsmetode og gjennomført individuelle semistrukturerte intervjuer av tolv informanter. Vi benyttet Malteruds systematiske tekstkondensering for å analysere dataene.

**Resultater:** Analysen resulterte i fire hovedtemaer og tolv subtemaer.

Operasjonssykepleierne opplevde å få lite tilbakemelding og ytret ønske om mer tilbakemelding på leiringsskader. Inntrykket var at leiringsskader var underrapportert. Pasientens korte liggetid og kunnskapsnivå, samt kunnskapsnivået til annet helsepersonell ble sett på som en utfordring i forbindelse med rapportering av leiringsskader.

**Konklusjon:** Det kom tydelig frem at operasjonssykepleier opplevde å få lite tilbakemelding og at de ønsket mer tilbakemelding for å kunne bedre pasientsikkerheten. Vi håper at funnene i denne studien kan bidra til økt fokus på avdekking og rapportering av leiringsskader.

**Nøkkelord:** Operasjonssykepleie, leiringsskade, tilbakemelding, uønskede hendelser og dokumentasjon.

## Summary

**Abstract:** As an operating theatre nurse (OTN), you work in a surgical team, but also have an independent responsibility towards the patient. Positioning the patient for surgery and preventing positioning injuries are important parts of the OTN's responsibility before, during and after surgery. To be able to prevent future positioning injuries and improve their profession, the OTN's depend on receiving feedback on positioning injuries.

**Purpose and research question:** The purpose of this master project is to investigate the OTN's experiences on feedback on positioning injuries. We also want to examine whether the OTN's perceive this feedback as sufficient.

**Research question:** *«How does the OTN experience receiving feedback on positioning injuries?»*

**Method:** We have used a qualitative research method and conducted twelve individual semi-structured interviews. We used Malteruds systematic text condensation to analyze the data.

**Results:** The analysis resulted in four main themes and twelve sub-themes. The OTN's experienced little feedback and wanted more feedback on positioning injuries. They were of the impression that positioning injuries were underreported. The patient's short hospital stays and level of knowledge, as well as the level of knowledge among other health professionals were seen as challenges when it came to getting feedback on positioning injuries.

**Conclusion:** It was apparent that the OTN's experienced little feedback and that they wanted more feedback in order to improve patient safety. We hope that the findings in this study can contribute to an increased focus on detecting and reporting positioning injuries.

**Keywords:** Operating theatre nurse, positioning injury, feedback, adverse events and documentation.

1.0	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Formål og problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning.....	2
1.4	Oppgavens oppbygning.....	2
2.0	Teoretisk rammeverk.....	3
2.1	Kunnskapssøk.....	3
2.2	Lovverk og etikk.....	4
2.2.1	Helsepersonelloven.....	4
2.2.2	Meldeplikt.....	5
2.2.3	Dokumentasjonsplikt.....	6
2.2.4	Operasjonssykepleiers ansvars- og funksjon.....	7
2.3	Uønskede hendelser og dokumentasjon.....	9
2.4	Leiring.....	10
2.4.1	Leiringstyper.....	10
2.4.2	Leiringsskader.....	12
2.4.3	Risikofaktorer for leiringsskade.....	14
2.4.4	Risikovurdering.....	14
2.4.5	Forebyggende tiltak.....	15
2.5	Kvalitet og pasientsikkerhet.....	16
2.5.1	Kvalitetsforbedring.....	17
2.5.2	Pasientsikkerhetskultur.....	17
2.5.3	Teamsamarbeid.....	18
3.0	Metode.....	20
3.1	Kvalitativ metode og design.....	20
3.2	Kvalitative semistrukturerte intervju.....	20
3.2.1	Forskerrollen.....	21
3.2.2	Kryptering og anonymisering.....	22
3.2.3	Utvalg og rekruttering.....	22
3.2.4	Gjennomføring av intervjuene.....	23
3.2.5	Datahåndtering.....	24
3.3	Analyse.....	24
3.3.1	Helhetsinntrykk.....	24
3.3.2	Meningsbærende enheter.....	25

3.3.3 Kondensering.....	25
3.3.4 Syntese.....	26
3.4 Etske aspekter.....	26
3.4.1 Informert samtykke .....	26
3.4.2 Søknad og godkjenninger.....	26
3.5 Metodiske overveielser.....	27
3.5.1 Validitet .....	27
4.0 Funn.....	30
4.1. Tilbakemelding.....	30
4.1.1 Ønske om tilbakemelding.....	30
4.1.2 Lite tilbakemelding.....	31
4.1.3 Kilder til tilbakemelding .....	32
4.2 Tiltak .....	32
4.2.1 Endring som følge av tilbakemelding .....	32
4.2.2 Behandling av tilbakemelding.....	33
4.3 Kunnskap og samarbeid .....	34
4.3.1 Kunnskap ved andre avdelinger .....	34
4.3.2 Operasjonssykepleiers kunnskap.....	34
4.3.3 Pasienters kunnskap .....	35
4.4 Dokumentasjon.....	36
4.4.1 Avvik.....	36
4.4.2 Journalføring .....	36
4.4.3 Muntlig eller tilfeldig tilbakemelding .....	37
4.4.4 Pasientsikkerhetskultur.....	37
5.0 Diskusjon.....	39
5.1 Tilbakemelding og tiltak .....	39
5.2 Kunnskap og samarbeid .....	42
5.3 Dokumentasjon.....	46
5.4 Pasientsikkerhetskultur.....	47
6.0 Konklusjon .....	50
6.1 Kliniske implikasjoner .....	50
Referanser.....	52
Vedlegg 1. Søkehistorikk .....	61
Vedlegg 2. Oversikt over noen artikler inkludert i oppgaven .....	64
Vedlegg 3. Intervjuguide .....	66

Vedlegg 4. Samtykkeerklæring og informasjonsskriv .....	70
Vedlegg 5. Godkjenning NSD.....	73
Vedlegg 6. Godkjenning FEK .....	75
Vedlegg 7. Godkjenning sykehusene .....	76
Vedlegg 8. Arbeidsfordeling .....	79

## 1.0 Innledning

I Norge er operasjonssykepleiere spesialsykepleiere med videreutdanning eller masterkompetanse. Som operasjonssykepleier arbeider man i et kirurgisk team, men har også et stort og selvstendig ansvar overfor pasienten. Leiring av pasienten på operasjonsbordet og forebygging av leiringsskader er en viktig del av operasjonssykepleiers oppgaver før, under og etter operasjon (Eide & Dávøy, 2018).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Trykk eller leiringsskader som oppstår i forbindelse med operative inngrep kan få alvorlige konsekvenser for pasientens liv. Skader som oppstår som et resultat av feil leiring på operasjonsbordet kan føre til vedvarende smerte eller i verste fall føre til tap av funksjon for pasienten (Hansen & Brekken, 2018). Dette er ikke kun et problem for den enkelte pasient, men vil også ha innvirkning for pårørende, samfunnet og helsetjenesten som helhet. Fra 2014-2017 behandlet Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) totalt 85 saker som omhandlet leiringsskader. Fra de 62 erstatningssøkerne som fikk medhold i kravet, ble det utbetalt til sammen 26 millioner i erstatning (Norsk pasientskadeerstatning, 2019).

Operasjonssykepleier er pålagt å utøve sine arbeidsoppgaver i henhold til faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999). Videre skal operasjonssykepleier, basert på kunnskapsbasert praksis, ivareta pasientsikkerheten og kvaliteten på sykepleien ved å gi pasienten individuell og profesjonell helsehjelp. Det står nedfelt i operasjonssykepleiers ansvars- og funksjonsbeskrivelse at operasjonssykepleier skal forebygge strekk-, trykk- og nerveskader (NSFLOS, 2015). For å kunne ivareta pasientsikkerheten og forebygge leiringsskader er operasjonssykepleier avhengig av å få tilbakemelding etter oppståtte leiringsskader.

Bakgrunn for valg av tema kom under en av våre praksisperioder, hvor vi fikk erfare hvor kompleks det kan være å leire operasjonspasienten korrekt og hvor lite som skal til før en leiringsskade kan oppstå. En av våre felles veiledere på operasjonsavdelingen påpekte mangelen på tilbakemelding etter leiringsskader og ga uttrykk for behovet for et bedre system rundt dette.



## 1.2 Formål og problemstilling

Formålet med denne masteroppgaven er å kartlegge om operasjonssykepleier opplever å få tilbakemelding etter leiringsskader og hvilke tanker de har rundt det å få tilbakemelding. Vi ønsker i tillegg å kartlegge om operasjonssykepleier opplever den tilbakemeldingen de får som tilstrekkelig.

På bakgrunn av valg av tema og formål blir problemstillingen som følge:

*«Hvordan opplever operasjonssykepleier å få tilbakemelding på leiringsskader?»*

## 1.3 Avgrensning

Operasjonssykepleier har hovedansvaret for leiring av operasjonspasienten og forebygging av leiringsskader. Videre i pasientsløyfen har alt helsepersonell som kommer i kontakt med pasienten plikt til å melde ifra ved oppstått eller mistanke om leiringsskade (Helsepersonelloven, 1999). I denne masteroppgaven har vi valgt å intervju operasjonssykepleier og ledere om deres erfaringer. Årsaken til at vi har valgt å ta med ledere ved operasjonsavdeling er at disse har en spesiell funksjon i forbindelse med håndtering av avvik, og en kan dermed belyse flere perspektiver av samme sak.

## 1.4 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 presenteres studiens teoretiske rammeverk hvor vi redegjør for lovverk i forhold til uønskede hendelser, leiringsskader og forebygging av disse, samt forskning rundt kunnskap og pasientsikkerhet. I kapittel 3 presenteres oppgavens metode, datainnsamling og analyse av data. Under dette kapittelet vil vi også gjøre rede for studiens troverdighet. Funnene fra datainnsamlingen blir presentert i kapittel 4. I kapittel 5 drøftes funnene fra datainnsamlingen opp mot det teoretiske rammeverket. Konklusjon og kliniske implikasjoner blir presentert i kapittel 6.

## 2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil vi redegjøre for teori og forskning som omhandler temaer rundt oppgavens problemstilling. Vi vil gjøre rede for hvordan vi har gått frem for å finne kunnskapen som teorien bygger på, samt komme nærmere inn på lovverk, etikk, uønskede hendelser og dokumentasjon. Deretter vil vi gjøre rede for leiring i sin helhet, med leiringstyper, leiringsskader, risikofaktorer og risikovurdering. Dette for å synliggjøre kompleksiteten ved leiring og hvor mye kunnskap operasjonssykepleieren må inneha for å kunne leire pasienten på en trygg måte. Til slutt har vi valgt å presentere teori rundt kunnskap og pasientsikkerhet.

### 2.1 Kunnskapssøk

For å kunne belyse problemstillingen vår ønsket vi å finne forskning rundt rapporterte leiringsskader i forbindelse med kirurgi og undersøke om det finnes systemer for tilbakemelding til operasjonssykepleier ved uønskede leiringsskader. Videre ønsket vi å finne forskning om faglig forsvarlighet i tjenesten og kvalitetssikring av det perioperative forløpet.

Vi gjorde først et generelt og usystematisk søk for å undersøke hvilken kunnskap som fantes rundt temaet ved hjelp av pensumbøker og internett. Vi fant ved hjelp av dette to tidligere masteroppgaver hvor den ene hadde undersøkt meldesystemer for leiringsskader (Jensen & Kristiansen, 2017) og den andre hadde undersøkt hvordan sjekklisten trygg kirurgi påvirker risikovurdering for peroperativ leiringsendring (Knudsen et al., 2020). Via disse oppgavene gjorde vi snøballsøk på kildene deres og fant nyttige referanser til lovtekster og forskrifter som omhandlet meldeordninger for helsepersonell, og forskning om leiring og leiringsskader. Den ene oppgaven ble skrevet i 2017 og noen av forskriftene og lovene har dermed blitt endret. Vi måtte derfor finne frem til den nyeste oppdateringen..

Vi benyttet databasene CINAHL og MEDLINE i søket etter relevant forskningslitteratur. Dette er sykepleiefaglige og medisinske databaser. Søkene ble avgrenset til litteratur fra de siste ti årene, samt at all litteratur var fagfellevurdert og på engelsk. Vi gjennomførte en kvalitetsvurdering av artiklene ved bruk av Scimago Journal & Country Rank (SJR) og register over vitenskapelige publiseringskanaler.

Søkene etter litteratur om tilbakemelding til operasjonssykepleier på leiringsskader, ga nitten

treff. Totalt tre forskningsartikler ble inkludert i oppgaven. Ingen av disse sa noe om tilbakemelding til operasjonssykepleier, men ble likevel ansett som relevante for studien. Dette søket ga lite grunnlag for datamateriale til oppgavens problemstilling, og forskning om tilbakemelding til operasjonssykepleier fremstår som et kunnskapshull per dags dato (Folkehelseinstituttet, 2019).

Søkene etter litteratur rundt pasientsikkerhet på operasjonsavdelingen ga tre hundre treff, men da ordet skade ble lagt til i søkekriteriet fikk vi kun syv treff. Det var en artikkel som var relevant i dette søket, men denne var allerede inkludert fra et tidligere søk. Det virket til å være lite forskning rundt meldeordninger til operasjonssykepleier ved uønskede leiringskader.

Vi gjennomførte tre ulike søk etter forskning vedrørende leiringskader i forbindelse med kirurgi. I det første søket undersøkte vi sammenhengen mellom perioperative leiringskader og operasjonssykepleieren. Dette søket ga seks treff, hvor to av disse ble tatt med i oppgaven. Det andre søket undersøkte dokumentering og rapportering av leiringskader i forbindelse med operasjon. Dette søket ga åtte treff, hvor tre artikler ble tatt med i oppgaven. Det siste søket undersøkte sammenhengen mellom operasjonspasienten, leiringskader og risikofaktorer. Søket ga førtitre treff, hvor fire artikler ble tatt med i oppgaven.

## 2.2 Lovverk og etikk

Helsepersonell er underlagt lovverk i forbindelse med uønskede hendelser, og vi vil i dette kapittelet redegjøre for relevant lovverk. Videre vil vi komme inn på operasjonssykepleiers ansvar og funksjon, samt se på hvilke melde- og dokumentasjonsplikter operasjonssykepleier må forholde seg til.

### 2.2.1 Helsepersonelloven

Alt helsepersonell, uansett profesjonstilhørighet, er underlagt helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999). Formålet med denne loven er å øke pasientsikkerheten, bidra til økt kvalitet i, og tillit til helse og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2018). § 4 i Helsepersonelloven stiller krav til at arbeidet som utføres skal være faglig forsvarlig og at helsepersonell skal gi omsorgsfull hjelp. Plikten til forsvarlig yrkesutøvelse for den enkelte helsepersonell må ses i sammenheng med spesialisthelsetjenesten og helse- og

omsorgstjenestens plikt til forsvarlig virksomhet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Helsepersonelloven stiller også krav til organisering og virksomhet, jf. § 16 (Helsepersonelloven, 1999). Det følger av bestemmelsen at helseforetakene plikter å sikre forsvarlige helsetjenester. Videre pålegges ledelsen og virksomheten å påse at den enkelte ansatte utfører sine arbeidsoppgaver på en forsvarlig måte. Dette innebærer at virksomheten skal legge til rette og sørge for at personalet har nødvendige kvalifikasjoner, tydelige instruksjoner, rutiner og prosedyrer for arbeidsoppgavene som skal utføres. Videre skal de legge til rette for at oppgavene kan utføres i tråd med gjeldende regelverk og utøve faglig forsvarlighet. Hva som anses som faglig forsvarlig må ses ut ifra helsepersonellens kvalifikasjoner, herunder utdanning og erfaring. Hvilke forventninger man kan ha til kvalifikasjoner hos ulike grupper kan videre ses i fag- og yrkesorganisasjonens normer, samt yrkesetiske retningslinjer (Helsedirektoratet, 2018; NSFLOS, 2015).

### 2.2.2 Meldeplikt

Frem til 2019 var institusjoner i spesialisthelsetjenesten underlagt § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Etter denne bestemmelsen pliktet institusjonene melde ifra til Helsedirektoratet ved betydelig personskade på pasient som et resultat av ytelser fra helsetjenesten. Under denne ordning har institusjoner innen spesialisthelsetjenesten hatt mulighet til å sende anonyme meldinger om situasjoner som har, eller kunne ha, ført til omfattende skade på pasient. Helsedirektoratet mottok årlig rundt 10 000 slike meldinger (Helsedirektoratet, 2019a). Kommunehelsetjenesten hadde frem til 2019 ingen lignende meldesystemer. I teorien kunne dette medført at leiringsskader som ble oppdaget etter at pasienten var utskrevet fra spesialisthelsetjenesten, ikke ble meldt videre.

Meldeplikten etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesten ble avvirket i 2019 (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999), men fra 1 juli 2019 ble alle virksomheter innen helse- og omsorgstjenester pliktige til å varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn, herunder kommunehelsetjenesten, jf. helsetilsynsloven §6, spesialisthelsetjenesteloven §3-3a og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 a (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsepersonelloven, 1999; Helsetilsynsloven, 2017; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). I tillegg til helsepersonellens meldeplikt har også pasienter og pårørende rett til å varsle om

alvorlige hendelser (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). En alvorlig hendelse defineres i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a som dødsfall eller betydelig skade på en pasient hvor utfallet er uventet utover påregnelig risiko (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Begrepet «påregnelig risiko» må ses i sammenheng med hvilke forventninger man kan stille til helsehjelpen under omstendighetene hvor den aktuelle hendelsen har funnet sted (Helsetilsynet, 2021).

Hensikten med meldeordningen er å kunne oppdage uforsvarlige forhold raskere og dermed bedre kunne ivareta pasientsikkerheten. Ved hendelser som mistenkes at kunne resultere i dødsfall eller svært alvorlig skade, utløses ikke meldeplikten. Meldeplikten er her tillagt virksomheten og avhenger derfor av at den enkelte helsepersonell melder ifra til sin leder ved alvorlige hendelser (Helsedirektoratet, 2019a). Ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten plikter leder å ha oversikt over avvik og uønskede hendelser som meldes inn, jf. § 6g. De uønskede hendelsene skal deretter gjennomgås for å forhindre liknende hendelser i fremtiden. Nødvendige prosedyrer, instruksjoner og rutiner skal utvikles eller iverksettes av ledelsen for å hindre overtredelse med lovgivningen, og sørge for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i tjenesten (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016). Dette inngår i helsevirksomhetenes plikt til å systematisk arbeide for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

### 2.2.3 Dokumentasjonsplikt

Som helsepersonell er man underlagt Helsepersonelloven, herunder journalforskriften (Pasientjournalforskriften, 2019). Denne forskriften stadfester helsepersonellens plikt til å opprette og dokumentere i pasientens journal. Det følger av § 4 i journalforskriften at pasientjournalen skal inneholde opplysninger som er nødvendig og relevant for å gi forsvarlig behandling til den aktuelle pasient. Journalen skal også inneholde informasjon som gjør det mulig å oppfylle helsepersonells meldeplikt og ved behov gi tilsynsmyndigheter innsyn i helsehjelpen som er gitt (Helsedirektoratet, 2018).

Under operasjon er det operasjonssykepleieres oppgave å dokumentere hvilke tiltak som iverksettes for å ivareta pasientsikkerheten i forbindelse med leiring. Dokumentasjonen skal være entydig og enkel å orientere seg i. Alle tiltak som utføres på operasjonsstuen før, under

og etter operasjonen skal dokumenteres i pasientens journal. Dette for å ivareta pasientens rettigheter, men også oppfylle kravene til dokumentasjon av helsehjelpen som er gitt (Christensen, 2018). Dette er også nedfelt i operasjonssykepleieres ansvar- og funksjonsbeskrivelse, hvor det påpekes at dokumentasjonen sikrer kontinuitet i behandlingen til pasienten (NSFLOS, 2015).

#### 2.2.4 Operasjonssykepleiers ansvars- og funksjon

I Norge må en ha offentlig godkjenning som sykepleier, og mastergrad eller videreutdanning med fordypning i operasjonssykepleie for å kunne arbeide som operasjonssykepleier. Utdannelsen krever minimum to års relevant yrkespraksis etter fullført bachelorgrad i sykepleie (Forskrift til rammeplan for operasjonssykepleie, 2005). Denne spesialutdannelsen sikrer at operasjonssykepleiere har bred kunnskap om kroppens funksjoner og oppbygging, samt pasientens sykdomsprosesser. Med disse kunnskapene er operasjonssykepleiere med på å forebygge pasientskader og sørge for at behandlingen som blir gitt er faglig forsvarlig. Behandlingen som blir gitt skal overensstemme med NSFLOS ansvars- og funksjonsbeskrivelse, Lov om Pasientrettigheter, Lov om spesialisthelsetjenesten og Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999; NSFLOS, 2015; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Ved en operasjon er det operasjonssykepleierens ansvar å tilse at pasientens ikke utsettes for unødvendig belastning og skade i forbindelse med leiring. Etter §4 i helsepersonelloven er operasjonssykepleiere lovpålagt å utføre sine arbeidsoppgaver i henhold til faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999). Ifølge NSF's landsgruppe av operasjonssykepleiere (NSFLOS, 2015) innebærer operasjonssykepleierens ansvar og funksjon blant annet terapeutisk ansvar, dokumentasjon, kvalitet og pasientsikkerhet. Å skulle forhindre leiringsskader inngår også i denne ansvars- og funksjonsbeskrivelsen, og lyder som følger:

«Sikre pasienten ved å forebygge ytterligere skade og lidelse enn det behandlingen/undersøkelsen utgjør i seg selv, for eksempel i forhold til:

- Forsvarlig leiring for å unngå trykk-, strekk-, og nerveskader» (NSFLOS, 2015).

Operasjonssykepleiers ikke-tekniske ferdigheter er også en bidragsyter til pasientsikkerheten. Det er ferdigheter som utfyller arbeiderenes tekniske ferdigheter, herunder de kognitive og sosiale ferdighetene (Flin et al., 2008). Disse ferdighetene har vist seg å være til stor hjelp når det kommer til å bedre samarbeidet til operasjonsteamet og øke pasientsikkerheten, ved å forebygge uønskede hendelser som påfører pasienter unødvendige skader og lidelser (Rasmussen et al., 2015).

De ikke-tekniske ferdighetene deles inn i situasjonsbevissthet, beslutningstaking, kommunikasjon, teamarbeid, lederskap, håndtering av stress og håndtering av tretthet (Flin et al., 2008). Med utgangspunkt i artikkelen «*Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system*» har Universitetet i Agder utarbeidet prosjektet «*Nye vurderingsformer i klinisk praksis, ABIO*» (Fletcher et al., 2003). Prosjektet er utarbeidet for masterstudenter i spesialsykepleie ved Universitetet i Agder.

Ved situasjonsbevissthet skal operasjonssykepleieren innhente informasjon, identifisere og forstå informasjonen, samt være i forkant dersom noe uforutsett inntreffer. For å forebygge leiringsskader er det nødvendig å innhente informasjon, slik at man blant annet vet hvilket leie pasienten skal ligge i og om pasienten har noen fysiologiske utfordringer man må ta hensyn til. Beslutningstaking omhandler å identifisere og velge handlingsalternativer, vurdere risikofaktorer, samt revurdere handlingsalternativene. Operasjonssykepleierne må her foreta en vurdering og drøfte med teamet om hvordan leiringen skal utføres mest mulig hensiktsmessig for pasienten og operasjonen. Under oppgaveløsning skal operasjonssykepleier planlegge og forbedre, anvende ressurser, samt overholde standarder og kvalitet. Operasjonssykepleier må her vurdere om leiet bør endres med tanke på operasjonstid, tilgjengelige ressurser og om det er behov for assistanse for at leiringen skal gjennomføres på en sikker og god måte. Ved teamarbeid skal man utveksle informasjon, vurdere roller og kompetanse, koordinere aktiviteter, vise autoritet og gjennomslagskraft, samt støtte andre teammedlemmer. Operasjonssykepleieren skal ha god kjennskap til teamet med tanke på hvilke roller annet helsepersonell har, og det er nødvendig med tydelig kommunikasjon for å sikre at opplysningene blir forstått av de andre i teamet (Universitetet i Agder, 2021).

### 2.3 Uønskede hendelser og dokumentasjon

Når pasienter er på sykehus for å gjennomføre en operasjon, kan man være uheldig å bli påført skade, altså at det forekommer en uønsket hendelse. En uønsket hendelse er definert av Verdens Helseorganisasjon (WHO) som en skade relatert til en medisinsk hendelse og som ikke er relatert til sykdom (World Health Organization, 2005).

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) la i 2019 frem rapporten «Undersøkelse av samsvar mellom NPE – saker og saker i sykehusets meldesystemer». Rapporten inneholdt en undersøkelse gjort mellom 2014-2017, og viste at det ikke var samsvar mellom registrering av avviksmeldinger mellom NPE og sykehusene som deltok i undersøkelsen. Av alle sakene som ble meldt til NPE var det i gjennomsnitt kun 33% av sakene som var meldt i avvikssystemet fra sykehusene (Norsk pasientskadeerstatning, 2019).

Når uønskede hendelser oppstår skal dette dokumenteres i henhold til ansvars og funksjonsbeskrivelsen til operasjonssykepleier, samt lovverket (Helsepersonelloven, 1999; NSFLOS, 2015; Pasientjournalforskriften, 2019). Hensikten med avvikhåndtering og rapportering av uønskede hendelser er ikke å fokusere på skyld og straff, men å forbedre pasientsikkerheten. Når uønskede hendelser eller nesten-hendelser oppstår er det viktig å lære av disse og dermed kunne forebygge at lignende hendelser oppstår på et senere tidspunkt (Stubberud, 2018; Aase & Wiig, 2018). Man styrker pasientsikkerheten ved å ta læring av feil som blir gjort i helsevesenet (World Health Organization, 2005). Når en skal lære av uønskede hendelser og nesten-hendelser som har oppstått, inngår man i en læringsprosess bestående av tre trinn. Informasjon rundt hendelsen samles inn, deretter undersøkes underliggende årsaksforhold og til slutt brukes denne informasjonen til forbedringer (Stubberud, 2018). Ifølge lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjeneste § 5 har all virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester en plikt å opprette et internkontrollsystem (Helsetilsynsloven, 2017). Et internkontrollsystem er viktig for å dokumentere hva som blir gjort, og påse at kvalitet og pasientsikkerhet er tilstrekkelig innenfor helsetjenesten (Stubberud, 2018).

Når en skal dokumentere gjør man dette via elektronisk pasientjournal. Ved å dokumentere via dette systemet sikrer man en større grad av kontinuitet, og ved bruk av standardiserte begreper vil man sikre at kommunikasjonen er presis og forståelig (Christensen, 2018).



Når man som operasjonssykepleier skal dokumentere i pasientens journal skal man dokumentere hva som er relevant for pasientbehandlingen og de fagspesifikke selvstendige arbeidsoppgaver (Christensen, 2018). En av operasjonssykepleierens selvstendige arbeidsoppgaver er å leire pasienten, og vil dermed inngå som dokumentasjon i pasientjournalen.

## 2.4 Leiring

Før et kirurgisk inngrep er leiring av pasienten et avgjørende element for å sikre en trygg og vellykket operasjon (Woodfin et al., 2018). Med leiring menes hvordan pasienten legges til rette på operasjonsbordet (Hansen & Brekken, 2018). Målet med leiringen er å gi optimal tilgang og eksponering av operasjonsområdet innenfor kroppens anatomiske og fysiologiske grenser, sikre sirkulasjon og respirasjon, beskytte pasientens nerver, muskler og hud, samt å sikre at anestesi har god tilgang til behandling og overvåkning (Burlingame, 2017; Fawcett, 2019; Hansen & Brekken, 2018). Leiringen skal gjennomføres på en god måte og operasjonssykepleier står med dette ansvaret. For å sikre at leiring utføres på en forsvarlig måte skal operasjonssykepleier ha god kunnskap innenfor anatomi og fysiologi, prosedyrer for kirurgi, operasjonstid, samt eventuelle risikofaktorer pasienten måtte ha. Ved feilaktig leiring kan pasienten påføres leiringsskader og dette kan ha store konsekvenser for videre forløp eller behandling (Fawcett, 2019).

### 2.4.1 Leiringstyper

Det finnes mange forskjellige typer leiring og leie avhenger av hva slags kirurgi pasienten skal gjennomføre. De kirurgiske standardleiene er ryngleie, trendelenburgs leie, leie på strekkbord, litotomileie, strandstolleie, mageleie, kne-albue-leie og sideleie (Hansen & Brekken, 2018).

**Ryngleie** vil si et leie der pasienten ligger flatt på ryggen, det skal legges en pute under nedre del av lårene og under leggene. Armene blir lagt langs kroppen eller på armbord. Dette leiet blir benyttet når pasienten skal gjennomføre kirurgiske inngrep i abdomen, thorax, hode, hals og alle ekstremiteter (Fawcett, 2019; Hansen & Brekken, 2018).

Når pasienten ligger i **trendelenburgs leie** er operasjonsbordet stilt inn slik at pasienten ligger med hodet lavere enn beina og beina kan bli lagt i beinholdere om bordet skal vippes mye.

Dette leiet blir ofte benyttet ved kirurgi i nedre del av abdomen og bekkenet. Ved gynekologisk laparoskopi eller urologiske prosedyrer et trendelenburgs leie med beinholdere ofte brukt (Fawcett, 2019; Hansen & Brekken, 2018).

Ved brudd i øvre femurende eller ved andre femurfrakturer legges pasienten i **leie på strekkbord**. Her blir foten satt i en polstret sko, samt at det er en polstret pinne mellom beina til pasienten, slik at pasienten ikke sklir av operasjonsbordet ved strekk (Hansen & Brekken, 2018).

**Litotomileie** er et leie der pasienten ligger på ryggen, med beina i beinholdere. Det finnes fire nivåer av litotomileie; lav, standard, høy og ekstrem, der nivået sier noe om hvor høyt beina blir løftet i beinholderne. Denne formen for leie benyttes ved gynekologiske, rektale og urologiske operasjoner (Hansen & Brekken, 2018).

Ved **strandstolleie** blir øvre del av operasjonsbordet hevet 45 grader. Beina skal ligge lavere enn overkroppen og man skal ha en bøy i knærne. Selve bordet skal deretter vippes bakover for å unngå at pasienten sklir nedover bordet. Dette leiet blir benyttet ved operasjoner på hode, skuldre, nese og ved rekonstruksjoner av brystet (Hansen & Brekken, 2018).

Når pasienter skal ligge i **mageleie** ligger pasienten først i ryngleie og blir deretter vendt etter anestesi er innledet og utstyret sikret. Pasienten legges da på magen med en uthulet spesialpute for diafragma og mage, for å lette respirasjonen, slik at diafragmas bevegelse blir lettet. Armene legges forover på armbord med bøy i albueddet og håndflatene ned. Dette leiet blir benyttet ved operasjoner på bakside bein, sete, området rundt rektum, rygg, nakke og bakhodet (Hansen & Brekken, 2018).

Ved **kne-albue-leie** blir pasienten lagt på magen, med en fleksjon av både hofte og knær på ca. 90 grader. Armene skal være bøyd i albuen og ligge fremover på armbord. Man skal ved dette leiet forsøke å la abdomen henge fri, da dette blant annet letter respirasjonen. Dette leie blir benyttet når pasienten skal til rektal- eller ryggoperasjoner (Fawcett, 2019; Hansen & Brekken, 2018).

Pasienter som skal operere i thorax, nyre og øvre del av ureter, hofte og femur, ligger ofte i **sideleie** under operasjon. Ved sideleie ligger en med den nonoperative siden ned og operative

siden opp. Pasientens hode blir støttet av en pute, øvre arm blir lagt på et hevet armbord, mens den nedre armen blir lagt på et armbord. Det nedre beinet ligger både med en knekk i hofte og kneledd, det skal ligge en pute mellom knærne (eventuelt «rådhuspute») og det øvre beinet skal enten ligge med en liten knekk eller rett (Fawcett, 2019; Hansen & Brekken, 2018).

Når pasienten ligger i **sideleie med nyreknekk**, blir operasjonsbordet stilt inn slik at både pasientens hode og bein senkes, og det blir en knekk. Denne knekken skal være der nyren er lokalisert. Bein og armer legges på samme måte som ved sideleie (Fawcett, 2019; Hansen & Brekken, 2018).

#### 2.4.2 Leiringsskader

Leiringsskade hos operasjonspasienten er skade som kan oppstå ved et kirurgisk inngrep. Dette er skader på hud eller underliggende vev og disse lokaliserte skadene oppstår gjerne over beinfremspring eller ved at instrumenter og/eller medisinsk utstyr har påført huden trykk (Fawcett, 2019; Spruce, 2017). Det finnes flere forskjellige former for leiringsskade og leiringsskadene som blir kartlagt her er trykksår, nerveskader og kompartmentsyndrom. Det vil i tillegg bli lagt frem en kort oversikt over sårbare områder som kan være særlig utsatt etter et kirurgisk inngrep.

**Trykksår** er skade på huden som kan oppstå når huden har fått et kontinuerlig trykk over tid. Dette trykket fører til at blodforsyningen til det gitte området er hindret, som fører til iskemi i vevet. Trykksårene dannes gjerne over beinfremspring og er trykket konsentrert til et lite område vil belastningen bli større og dette øker risikoen for trykksår - man bør da fordele trykket på et større område (Hansen & Brekken, 2018). Operasjonstiden og trykk ser man har en sammenheng når det gjelder å danne trykksår. Ved trykk på 2-3 timer er det lite sannsynlig at det vil oppstå trykksår, men det kan oppstå tidligere dersom forholdene under kirurgien ikke er tilstrekkelige (Fawcett, 2019; Hansen & Brekken, 2018). Ifølge Bulfone sin litteraturstudie er det svært varierende forekomst av trykksår, det varierte fra 1,3% - 54,8% (Bulfone et al., 2018).

**Nerveskade** er skade som kan forekomme ved et kirurgisk inngrep. Det er de lange nervene eller nervene som ligger overfladiske som er de mest utsatte for skade. Nerveskade som kan oppstå, særlig i ekstremitetene, kan være forårsaket av vridning, strekk eller trykk,

kompresjon og iskemi, eller en kombinasjon av disse (Hansen & Brekken, 2018). Det kan i tillegg være vanskelig å finne en presis årsak til hvorfor nerveskaden oppstår (Fawcett, 2019). Resultatet etter en skade på en nerve kan være at de sensoriske funksjonene eller de motoriske funksjonene blir svekket, og dette kan føre til nedsatt funksjon, nummenhet eller tap av følelse i den skadde kroppsdelene (Fawcett, 2019; Hansen & Brekken, 2018). Konsekvensene er avhengig av hvor stor nerveskaden er. Ved små nerveskader kan funksjon komme tilbake etter bare noen få dager, men ved store skader kan funksjonen utebli lang tid. I ytterste konsekvens kan pasienten miste funksjonene fullstendig, som følge av nerveskaden (Hansen & Brekken, 2018). Det viser seg å være svært varierende forekomst av nevneskader og studien til Bouyer-Ferullo viste at forekomsten kunne variere fra 0,02% til 21% (Bouyer-Ferullo, 2013).

**Kompartmentsyndrom** er en tilstand som kan oppstå når trykket i muskellosjen blir økt. Muskellosjen er muskler som er avgrenset inne i bindevevshinne som kalles fascien. Fascien har lite mulighet til å utvide seg, og dersom det oppstår hevelse i muskellosjen vil denne hevelsen føre til økt trykk og klem på kar og nerver. Dersom hevelsen vedvarer kan dette føre til redusert eller opphevet sirkulasjon, som kan skade muskulatur, nerver og kar. Er sirkulasjonen opphevet kan dette føre til iskemi og hypoksisk ødem, som igjen kan ødelegge muskelcellene, samt at det kan dannes biprodukter som kan skade nyrene (Fawcett, 2019; Hansen & Brekken, 2018). Ved oppstått kompartmentsyndrom er man nødt til å spalte muskellosjen. En skjærer ned til fascien og spalter den, slik at ødematøst vev får mer plass, også kalt fasciotomi. Dette gjør man for å redusere trykket og sikre blodsirkulasjon i det aktuelle området (Hansen & Brekken, 2018).

Ifølge litteraturen er litotomileie en hyppigere årsak til kompartmentsyndrom, enn man antok tidligere (Hansen & Brekken, 2018). I en studie gjennomført i 2014 kom man frem til at mellom 0,067% og 0,28% av pasienter som hadde hatt et gynekologisk inngrep, der man lå i litotomileie, ble påført kompartmentsyndrom (Bauer et al., 2014). Ved langvarige operasjoner, som ved cystektomi, er man mest utsatt for kompartmentsyndrom (Hansen & Brekken, 2018).

Øyne, bryst, genitale og fingre er sårbare områder som kan få følger etter et kirurgisk inngrep (Hansen & Brekken, 2018).

### 2.4.3 Risikofaktorer for leiringsskade

Det finnes flere risikofaktorer som kan påvirke om en kirurgisk pasient står i fare for å få leiringsskader. Det er viktig at operasjonssykepleieren har kunnskap om disse risikofaktorene for å best kunne skjerme pasienten for unødig skade. Man kan dele risikofaktorene for trykksår inn tre hovedkategorier; indre og ytre faktorer, samt faktorer som er spesifikke for operasjonspasienten.

De indre faktorene innebærer alder, tilleggs sykdommer, ernæringsstatus, mobilitet og kroppstemperatur. De ytre faktorene innebærer varme, skyveeffekt, samt friksjon og fuktighet. I tillegg er strekk, vridning, avklemming og iskemi risikofaktorer for nerveskade. Operasjonens varighet, anestesi middelets virkning, underlag, samt leiringsutstyr og bruk av sårhaker eller annet leiringsutstyr er faktorer som er spesifikke for operasjonspasienten (Hansen & Brekken, 2018; Kimsey, 2019; Spruce, 2017). Høy eller lav KMI, artritt, nevropati, diabetes, alder over 60 år, høyt blodtrykk, nedsatt blodsirkulasjon, infeksjoner, hypotermi, selve inngrepet, operasjonstid og samme posisjon over lang tid være andre risikofaktorer som spiller inn på om pasienten står i fare for å få nerveskade.

Kompartmentsyndrom ved leiring kan oppstå om reimer er for stramme, om man eleverer ekstremiteter til pasienter med lavt blodtrykk, selve vekten av bein som ligger i beinholder, trykk som følge av at operasjonspersonell lener seg på pasienten, ekstrem fleksjon i hofta eller knær, langvarig leie i beinholdere, hypovolemi på grunn av blodtap, perifer vaskulær sykdom, intraoperativ hypotensjon og høy KMI (Fawcett, 2019; Hansen & Brekken, 2018).

### 2.4.4 Risikovurdering

For å kunne forebygge leiringsskader er det viktig å foreta en risikovurdering av pasienten. Denne risikovurderingen bør foretas før pasienten blir lagt på operasjonsbordet. Denne vurderingen skal baseres på en pasientsamtale samt en gjennomgang av fysiske undersøkelser og relevante journaler. Operasjonssykepleier må ta hensyn til alder, høyde og vekt, risikofaktorer, ernæringsstatus, komorbide tilstander og fysiske begrensninger. Det er også viktig å kartlegge om pasienter har noen andre plager i forhold til det å bli plassert på operasjonsbordet. Pasienter som er sårbare i forhold til leiringsskader er geriatiske pasienter, pediatiske pasienter og pasienter som har respiratorisk og sirkulatoriske tilstander. Videre er pasienter med nedsatt mobilitet, ødemer, infeksjoner, kreft eller osteoporose utsatt, og operasjonssykepleier må derfor ta ekstra hensyn til hvordan pasienten leires (Fawcett, 2019).

Å gjøre en risikovurdering er helt essensielt for at man skal kunne gi den beste sikkerheten til pasienten, og et kartleggingsverktøy er hensiktsmessig for å forhindre leiringskader (Kimsey, 2019). Det finnes flere verktøy for vurdering av leiringskader, The Scott Triggers Tool er et av disse. The Scott Triggers Tool er et risikovurderings verktøy som kartlegger om pasienten er i risiko for å utvikle trykkskader perioperativt. Pasientens alder, albumin nivå i blodet eller kroppsmasse indeks (KMI), American Society of Anesthesiologist (ASA) klassifisering og operasjonstid er faktorer som tas i betraktning for å vurdere om pasienten er mer utsatt for trykkskader (Spruce, 2017).

#### 2.4.5 Forebyggende tiltak

Forebygging av leiringskader er svært viktig for pasientsikkerheten, alle pasienter står i fare for å pådra seg leiringskader både under og etter et kirurgisk inngrep (Burlingame, 2017).

Operasjonssykepleier er nødt til å ha kunnskap om hvilke tiltak som skal iverksettes om man skal kunne forebygge leiringskader (Fawcett, 2019; Hansen & Brekken, 2018). Generell forebygging av leiringskader vil være å forhindre strekk, kompresjon og avklemming, samt å forhindre at små områder får et stort trykk. For å fordele trykket over et større området må man polstre trykkpunkter, og det er samtidig viktig at hodet, nakken og ryggsoylen ligger i en rett linje slik at det ikke blir strekk (Fawcett, 2019).

Når man skal forebygge leiringskader er det flere faktorer som spiller inn og man må gjøre en total vurdering av huden, før og underveis i operasjonen. Ved beinfremspring er det spesielt nødvendig å være oppmerksom. Det er viktig å være klar over at pasienter som er utsatt for trykksår ikke skal bli massert, da dette kan føre til betennelsesreaksjoner og vevsødeleggelser (Hansen & Brekken, 2018; NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014). Det er også vist at det å massere underekstremitetene hver 2. time under langvarige operasjoner vil være forebyggende for leiringskader (Bauer et al., 2014; Fawcett, 2019; Gill et al., 2019; Hansen & Brekken, 2018). Fuktighet på huden til pasienten fører til økt risiko for trykksår, det er derfor viktig å forebygge dette blant annet ved bruk av barriere eller forsterkende barrierer ved forberedelser til operasjon eller under selve operasjonen. Varme direkte på huden vil føre til økt stoffskifte og svette, og reduserer samtidig hudens toleranse for trykk. Pasienter som er dehydrert bør få væske. Stillingsendringer er også nødvendig ved enkelte operasjoner for å

forebygge trykksår (Hansen & Brekken, 2018; NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014).

Andre forebyggende tiltak vil være å bruke trykkfordelende underlag, både madrass på operasjonsbordet, men også ekstra puter. Det er viktig å løfte hælene opp fra operasjonsbordet og man bruker da hælavlastere. Kneet skal ligge med en liten bøy for å forhindre kompresjon og dyp venetrombose. Riktig medisinsk utstyr må anvendes, og dimensjonen og passformen må stemme for å kunne forebygge trykksår (Hansen & Brekken, 2018; NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014). Det er samtidig viktig å forebygge hypotermi, da dette fører til økt fare for dannelse av trykksår (Eide, 2018).

Leiringsskader kan også forebygges ved å påse at man bruker skulderstøtte på en forsvarlig måte, at armbord og operasjonsbord ligger i samme høyde, arm må ikke strekkes eller legges mer enn 90 grader ut fra kroppen og håndflatene må ligger oppover. Når pasienten ligger i beinholdere over lang tid er det viktig at disse er polstret godt, gjerne ved bruk av «støvler» og det er viktig at hofteladdet ikke bøyes mer enn 90 grader (Fawcett, 2019; Hansen & Brekken, 2018).

Effekten ved å forebygge leiringsskader kan være nedgang i sykелighet og dødelighet, redusere pasientens sykehusopphold, forbedre pasienttilfredshet og redusere sykehuskostnaden (Spruce, 2017).

## 2.5 Kvalitet og pasientsikkerhet

Begrepet pasientsikkert handler om å beskytte pasienter mot å bli utsatt for risiko for eller påført skade når de mottar helsetjenester (I trygge hender 24/7, 2021a; World Health Organization, 2009). Pasientens sikkerhet ble tidligere ivaretatt gjennom de ulike profesjonenes etiske retningslinjer, herunder «ikke skade prinsippet». I dag er derimot pasientsikkerheten nedfelt i loven og det er ledernes ansvar å sørge for at dette overholdes (Helsepersonelloven, 1999). Global Trigger Tool-metoden (GTT) har siden 2010 vært brukt for å kartlegge omfanget av pasientskader ved somatiske sykehus i Norge. Denne metoden innebærer en strukturert granskning av tilfeldig utvalgte journaler som trekkes to ganger i måneden. Deretter brukes en liste med ord og kategorier for å sile ut pasientopphold med høyere sannsynlighet for pasientskade (I trygge hender 24/7, 2021b). I en rapport fra helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2021a) om pasientskader fra 2020 målt med GTT-

metoden kom det frem at skader knyttet til kirurgi forekom hyppig, i totalt 4,8 % av sykehusoppholdene. På bakgrunn av denne rapporten ble det fastslått at det var grunn til å be helseforetakene ha økt fokus på disse skadene, og vurdere videre tiltak og forbedringspotensialer. Etter at Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft i 2017 utarbeidet Helsedirektoratet en nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring som strekker seg fra 2019 til 2023. Denne handlingsplanen har som mål å redusere antall pasientskader ved å bedre pasientsikkerhetskulturen og skape strukturer for kvalitetsforbedring i helsesektoren (Helsedirektoratet, 2019b).

### 2.5.1 Kvalitetsforbedring

For å kunne forbedre praksis på en systematisk måte er det utviklet flere ulike modeller. Demings sirkel er en modell som tidligere var mye brukt, og den ble videreutviklet av Kunnskapssenteret i perioden 2013-2015. Modellen for kvalitetsforbedring består av fem trinn: Forberede, planlegge, utføre, evaluere og følge opp (Stubberud, 2018). I første trinn, forberede, må helsepersonell anerkjenne behovet for forbedring. Forbedringsarbeidet må organiseres og forankres, samt at kunnskapsgrunnlaget må klargjøres. I andre trinn, planlegge, blir dagens praksis og behov kartlagt. En setter mål, måleverktøy blir valgt og forbedringstiltak blir utviklet. I tredje trinn, utføre, prøver man ut og tilrettelegger ny praksis. I fjerde trinn, evaluere, blir resultatene man har fått målt og reflektert over. Her vurderer man om forbedringen er tilstrekkelig og man gjør eventuelle endringer. I femte trinn, følge opp, blir ny praksis innført, en sikrer videreføring og deler erfaringene (Stubberud, 2018).

### 2.5.2 Pasientsikkerhetskultur

Fenomenet pasientsikkerhetskultur skiller seg fra pasientsikkerhet ved at det representerer en viktig del av organisasjonskulturen og refererer til de felles verdiene rundt å gi pasienter en trygg behandling. Dette innebærer tydelige og trygge ledere, et godt teamsamarbeid, åpen kommunikasjon, kontinuerlig opplæring av ansatte og pasientsentrert behandling (Stoyanova et al., 2021). I melding til Stortinget, God kvalitet – trygge tjenester, kommer det frem at pasienter skal kunne stole på at det er god kultur for å melde uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten og at det finnes gode systemer for å forebygge og ta lærdom av slike hendelser (Meld. St. 10 (2012–2013), 2012).



I en studie fra Hellas som tok for seg utvikling av pasientsikkerhetskultur kom det frem at flere uønskede hendelser innen helsesektoren ikke ble rapportert fordi de ansatte fryktet sanksjoner og ydmykelse. I tillegg var det flere som opplevde at rapporterte hendelser ikke førte til endring (Stavrianopoulos, 2012). Det samme viste en studie om pasientsikkerhet på operasjonsstuen fra Island. Der oppga erfarne operasjonssykepleiere at de var usikre på om rapportering av uønskede hendelser var med på å øke pasientsikkerheten. Videre manglet de et adekvat system for hvor eller til hvem de skulle melde slike hendelser til (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018). Dette ses igjen i studiene til Stavrianopoulos og Dicuccio et al., hvor det kom frem at viktigheten av pasientsikkerhetskultur avtok etter hvert som ansienniteten hos de ansatte økte. Jo mer erfarne de ansatte ble, jo mindre sammenheng så de mellom pasientsikkerhetskultur og forebygging av uønskede hendelser (DiCuccio et al., 2020; Stavrianopoulos, 2012). Dette til tross for at å skape en pasientsikkerhetskultur i kirurgiske enheter, ved å forbedre kommunikasjon og rapportere flere uønskede hendelser, har vært høyt prioritert (Stavrianopoulos, 2012; World Health Organization, 2009). En nyere studie om hvordan arbeidsmiljøet i helsetjenesten påvirker pasientsikkerheten stadfester at sykehusledelsen har et ansvar for å skape en tillitsfull ramme, som gjør det mulig for de ansatte å si ifra når de opplever pleien som utrygg. Det fremkommer samtidig at det bør tilrettelegges for at den ansatte føler seg aktivt involvert i virksomhetens arbeid for å bedre pasientsikkerheten (Brubakk et al., 2021).

For å kunne ta lærdom av uønskede hendelser forutsetter det at det er en kultur i virksomheten som bærer preg av åpenhet, hvor uønskede hendelser blir sett på som en kilde til kunnskap og forbedring. Det handler om å lære av hverandre og spre god praksis (Helsedirektoratet, 2019b). Ved anesthesiavdelingen ved St. Olavs hospital har de fulgt disse rådene og bygget opp en pasientsikkerhetskultur kalt «Lærerike hender». Ulike problemer de møter på, uansett årsak eller alvorlighetsgrad, dokumenteres og tas deretter opp som lærerike hendelser i plenum. Dette konseptet fremheves som noe andre spesialiteter og avdelinger vil kunne dra nytte av for å øke pasientsikkerhetskulturen (Drewes et al., 2021).

### 2.5.3 Teamsamarbeid

Et effektivt og tverrfaglig teamsamarbeid har vist seg å være en viktig bidragsgiver til god pasientsikkerhetskultur (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018). Innad i operasjonsteamet er god kommunikasjon og samarbeid viktig for pasientsikkerheten og for å oppnå gode resultater

(Haugen & Dávøy, 2018).

Stor arbeidsmengde, et stort antall medlemmer i det kirurgiske teamet, høyt arbeidspress og hierarki på operasjonsstuen blir sett på som risikofaktorer for uønskede hendelser. I 2008 lanserte WHO en sjekklister som har som formål å redusere uønskede hendelser i forbindelse med kirurgi, ved å forbedre teamsamarbeidet og kommunikasjonen i operasjonsteamet (World Health Organization, 2009). Denne har senere blitt modifisert til å passe inn i det norske sykehussystemet og skal gjennomføres tre ganger; pre-, per- og postoperativt. En norsk studie gjennomført før og etter innføringen av kirurgisk sjekklister viste en bedring i teamsamarbeidet og en reduksjon i kirurgiske komplikasjoner (Haugen et al., 2015).

Et vellykket teamsamarbeid avhenger også av å ha et felles mål og en gjensidig respekt for arbeidsoppgavene til de ulike medlemmene av teamet. I studien til Ingvarsdottir og Halldorsdottir oppga operasjonssykepleierne at det å snakke på vegne av pasienten og tørre å ha en stemme i teamet, ble sett på som et viktig bidrag til å øke pasientsikkerheten og førte til et mer effektivt teamarbeid. Det ble også trukket frem at enkelte i teamet kunne ha en negativ effekt på teamsamarbeidet, og at de opplevde at denne formen for oppførsel ofte ble tolerert (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018).

Et godt teamsamarbeidet innebærer god og åpen kommunikasjon, og er viktig for å sikre at relevante opplysninger og observasjoner om pasienten før, under og etter operasjon blir videreført (Haugen & Dávøy, 2018). Pasientoverføringer mellom tjenestenivåer og innad i virksomheter kan være utfordrende for pasientsikkerheten. Ved manglende eller sviktene informasjon og ukjent oppfølgingsansvar kan dette være et sårbart punkt i pasientløyfen (Helsedirektoratet, 2019b). ISBAR/SBAR er et kommunikasjonsverktøy som kan brukes i forbindelse med overføring av pasient. Dette verktøyet er utviklet for å kunne bedre dokumentasjonen og kommunikasjonen mellom de ulike delene av helsetjenesten, og dermed øke pasientsikkerheten (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018; Oksavik, 2018). På grunn av hygiene er operasjonsavdelingen et atskilt miljø fra andre deler av sykehuset. De forskjellige faggruppene som er til stede under pasientoverføringene har ulike utdanning og dermed også ulike roller og ansvar overfor pasienten. Dette kan bidra til økt pasientsikkerhet, men kan også være en risikofaktor ved at de involverte har ulike forventninger og gjør ulike vurderinger i forbindelse med overføringen. Teamsamarbeidet kan dermed påvirkes av ulikhetene på tvers av spesialitetene (Reine, 2018).

## 3.0 Metode

I dette kapittelet vil vi gjøre rede for metoden og forskningsdesignet vi har tatt i bruk for å belyse vår problemstilling og svare på oppgaven. Vi vil herunder også gjøre rede for utvalg, kontekst, datainnsamling, dataanalyse, etiske aspekter og studiens validitet.

### 3.1 Kvalitativ metode og design

Bakgrunnen for valg av metode baseres på hvordan vi tenkte vi kunne få best mulig svar på problemstillingen vår. Søk etter tidligere forskning på dette feltet ga ikke noen funn som kunne knyttes direkte opp mot problemstillingen. I følge Malterud kan en kvalitativ metode være hensiktsmessig der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt og man ønsker å sette nye spørsmål på dagsordenen. Kvalitativ metode kan også legge grunnlag for ny forståelse i de tilfeller hvor man er usikker på hvordan problemstillingen kan formes mest mulig presist eller terminologien er dårlig utviklet (Malterud, 2017).

Ifølge Malterud kan en kvalitativ forskningsmetode være hensiktsmessig når man er interessert i hvilke erfaringer, tanker, motiver og/eller holdninger mennesker har. I tillegg gir den kvalitative forskningsmetoden mulighet til å få et bedre innblikk i meningen og forståelsen av det man gjør. Denne metoden ble benyttet i oppgaven, ettersom leders og operasjonssykepleierens erfaringer, oppfatninger og tanker rundt tilbakemelding ved leiringsskader var av interesse for å kunne svare på problemstillingen (Malterud, 2017).

### 3.2 Kvalitative semistrukturerte intervju

På bakgrunn av problemstillingen valgte vi å gjennomføre semistrukturerte intervjuer. Et slikt intervju består av en intervjuguide som utformes på forhånd, men hvor denne guiden ikke følges slavisk. Et godt kvalitativt intervju gir ifølge Malterud (2017) rom for flertydighet. Vi utarbeidet en intervjuguide som baserte seg på kunnskap vi hadde tilegnet oss gjennom kunnskapssøk og teori. Ved å lage intervjuguiden med åpne spørsmål åpnet vi opp for nye spørsmålsformuleringer rundt problemstillingen som dukket opp under intervjuene. Dermed fikk vi også tilgang til ny kunnskap vi ikke visste vi var ute etter i starten av prosjektet, som kunne brukes videre i intervjuene (Malterud, 2017). Vi gjorde en foreløpig analyse etter de første to intervjuene ettersom vi oppdaget at det kom frem tema og svar på spørsmål vi ikke hadde tenkt på at var relevant å stille. Dette ga oss mulighet til å kunne korrigere intervjuguiden og spisse den ytterligere til de neste intervjuene (Malterud, 2017).

Vi utformet to ulike intervjuguider; en til leder ved operasjonsavdelingen og en til operasjonssykepleier. Årsaken til at vi valgte å lage to forskjellige intervjuguider var at vi tenkte avdelingsleder ville ha et annet fokus og annen kunnskap rundt tilbakemelding enn operasjonssykepleier som arbeider i avdelingen. Til leder ved operasjonsavdelingen utformet vi spørsmål rundt tilbakemelding og håndteringen av tilbakemeldinger ved leiringsskader. Videre spurte vi også om systemet deres for kvalitetssikring i forhold til leiring og prosedyrer. Ettersom vi var ute etter opplevelser og erfaringer rundt tilbakemelding ved leiringsskader ble både ledere og operasjonssykepleiere spurt hvordan de opplevde tilbakemeldingen slik den er i dag og om de hadde noen tanker rundt hvordan de skulle ønske det var. Ettersom tilbakemelding ved leiringsskader er et felt hvor det finnes lite eller ingen forskning fra før var vi usikre på hva som ville komme frem under intervjuene. Vi valgte derfor å lage ulike underkategorier til hvert hovedspørsmål med oppfølgingsspørsmål avhengig av om informanten svarte avkrefte eller bekrefte på problemstillingen, se vedlegg tre.

Som anbefalt av Malterud hadde vi i forkant av intervjuene prøveintervju med medstudenter hvor vi fikk testet ut intervjuguiden vår (Malterud, 2017). Dette var veldig nyttig og vi fikk raskt erfare at vi måtte endre formuleringen på noen av spørsmålene for å få mer utdypende svar. Ved å utføre et prøveintervju fikk vi muligheten til å prøve ut opptaksutstyret og se at alt var i orden. I tillegg fikk vi tilbakemelding på hvordan det opplevdes å bli stilt de ulike spørsmålene, noe som var nyttig når vi skulle revidere intervjuguiden. Prøveintervjuet gjorde at vi følte oss mer forberedt når vi skulle starte datainnsamlingen.

### 3.2.1 Forskerrollen

Vår kunnskap rundt leiring og leiringsskader baserer seg på undervisning gitt under studiet, litteratursøk og erfaringer gjort i praksis. Vi gjorde flere litteratursøk i forkant av intervjuene for å kunne forberede oss best mulig. På den måten ble det enklere å lytte aktivt under intervjuene og dermed få best mulig svar på problemstillingen vår.

Under arbeidet med denne oppgaven har vi forsøkt å ha et åpent sinn og dermed gi plass for ettertanke og konklusjoner vi ikke så komme i starten av prosjektet. Refleksivitet er en forutsetning for god forskning og vil si at man som forsker er bevisst sine holdninger, fordommer, verdier og rolle i forbindelse med et forskningsprosjekt (Kvale et al., 2015;

Malterud, 2017; Polit & Beck, 2018). Under intervjusituasjonen var det viktig for oss å opplyse informantene om at vi var ute etter deres erfaringer og ikke etter hva de mener de gjør rett eller galt. Under utarbeidelsen av intervjuguiden var vi også forsiktige med ordleggingen vår ettersom det kunne synliggjøre vår forutbestemte oppfatning rundt temaet og dermed hindre oss i å få svar som ville utfordre vår forforståelse (Malterud, 2017).

I dette forskningsprosjektet har vi forsket på egen yrkesgruppe og prosjektet er drevet av et ønske om å belyse et tema som kan endre praksis og forbedre pasientsikkerheten på sikt. Vi har som nevnt tidligere ikke vært ute etter å stille noen i dårlig lys, men å få fokus på et mulig mangelfullt område. Vi har brukt vårt beste skjønn og vært bevisst vår rolle som forskere og fremtidige operasjonssykepleiere (De Nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010; Malterud, 2017).

### 3.2.2 Kryptering og anonymisering

For å sikre konfidensialitet av intervjudeltakerne sikret vi lyddataene mot innsyn ved å kryptere datafilene som inneholder personsensitive opplysninger. Vi ga deltakerne i studien koder når lyd ble omformet til tekst for å overholde personvernet. Videre ble kodene knyttet til en navneliste som ble lagret adskilt fra øvrige data, innelåst i et låsbart skap. Kun forfatterne av denne oppgaven har hatt tilgang til navnelisten. Datamaterialet fra intervjuene har blitt lagret på ekstern, passord-beskyttet enhet, og kun forfatterne av oppgaven har hatt tilgang til dette. Lydfilene ble slettet direkte etter at materialet var transkribert. Ved masterprosjektets slutt vil navnelistene bli slettet (Malterud, 2017).

Informantene i oppgaven har blitt anonymisert og personvernet deres er ivaretatt. Informasjon om kjønn, alder, arbeidssted eller demografiske forhold er unnlatt i oppgaven. I forkant av intervjuene fikk informantene beskjed om at deres taushetsplikt overfor pasienter og deres familie måtte opprettholdes under intervjuet, og vi ba dem om å være forsiktige med bruk av eksempler (Malterud, 2017).

### 3.2.3 Utvalg og rekruttering

Utvalget av intervjuobjekter bør settes sammen slik at det inneholder et variert og rikt materiale om det man søker etter i problemstillingen. Et skjevt eller lite representativt utvalg vil kunne begrense tilgangen til det feltet man er ute etter (Malterud, 2017). Vi har tatt i bruk

et strategisk utvalg ettersom vi mener det vil kunne belyse vår problemstilling best mulig. Et strategisk utvalg innebærer at forskeren velger ut hvilke personer som skal bli intervjuet, og utvalget baserer seg på at de utvalgte skal kunne ha god informasjonsstyrke slik at informasjonen som blir samlet inn er relevant og av god kvalitet for å besvare problemstillingen (Malterud, 2017).

På bakgrunn av oppgavens problemstilling og kunnskapssøk ønsket vi informanter i form av avdelingsledere for operasjonsavdeling og operasjonssykepleiere, med minimums 5 års erfaring. For å få større bredde på utvalget ønsket vi å rekruttere informanter fra flere sykehus rundt om i landet. Vi fikk rekruttert informanter flere sykehus, herunder universitetssykehus og lokalsykehus.

Søknad til personvernombudet ved de aktuelle sykehusene ble sendt da godkjenning fra FEK forelå. Deretter ble kompetansenheten/forskningsavdelingen ved de aktuelle sykehusene kontakt og bedt om å videreformidle forespørsel til de aktuelle seksjonene. Informasjonsskriv og samtykkeskjema ble vedlagt. Vi endte opp med å intervju 8 operasjonssykepleiere og 4 avdelingsledere om deres opplevelse av tilbakemelding ved oppståtte leiringskader.

### 3.2.4 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført via Skype. Tanken bak å gjennomføre intervjuene digitalt var at operasjonssykepleiere og ledere skulle få gjennomføre intervjuene på deres premisser. Som vi har erfart gjennom praksis kan det oppstå uforutsette hendelser som kan gjøre det vanskelig å gjennomføre intervjuet til avtalt tid. Ved å ha intervjuene digitalt ga man informantene anledning til å utsette intervjuet ved uforutsette hendelser. I tillegg til dette var smittevern også en viktig faktor. Ettersom vi ønsket å intervju informanter fra ulike deler av landet under en pandemi var en digital løsning gunstig.

Begge var til stede under intervjuene, bortsett fra ved to intervjuer. Den ene hadde ansvar for å lede intervjuet og stille spørsmål, mens den andre var observatør og tok notater underveis. Observatøren fikk mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål ved slutten av intervjuet. I forkant av intervjuet presenterte vi oss selv og formålet med studien. I tillegg ble det informert om konfidensialitet og informantens taushetsplikt overfor pasienter og pårørende. Før opptaket startet fikk informantene mulighet til å stille oppklarende spørsmål.

Etter hvert som vi fikk ny kunnskap underveis i datainnsamlingsfasen ble intervjuguiden endret noe. Det ble lagt til et spørsmål som omhandlet operasjonssykepleiers opplevelse av utbytte av tilbakemeldingen de mottar (Malterud, 2017).

### 3.2.5 Datahåndtering

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd. For å kunne analysere datamaterialet måtte vi transkribere intervjuene. Transkriberingen ble gjort fortløpende under datainnsamlingen og utført av forfatterne av denne oppgaven. Ved å omdanne muntlig tale til tekst fikk vi muligheten til å bli enda bedre kjent med datamaterialet og oppdaget ideer og tema vi kunne bruke videre i oppgaven.

## 3.3 Analyse

Ettersom denne studien går ut på å få frem informantenes erfaringer, herunder forskjeller, likhetstrekk og variasjoner, med tilbakemelding etter leiringsskade, har vi valgt å ta i bruk en tverrgående analyse. En deskriptiv tverrgående analyse er et nyttig verktøy for å kunne utvikle nye begreper og beskrivelser (Malterud, 2017). Under analyseprosessen har vi stoppet opp flere ganger og sett etter mønstre som belyser problemstillingen vår best mulig. Ved hjelp av systematisk tekstkondensering har vi kunnet utføre dette på en systematisk måte. Metoden og analysen deles inn i fire trinn: 1) å danne seg et helhetsinntrykk, 2) å finne meningsbærende enheter, 3) å sammenfatte innholdet i de meningsbærende enhetene, og 4) å sammenfatte betydningen av de ulike gruppene og kodene (Malterud, 2017).

### 3.3.1 Helhetsinntrykk

Før vi startet analyseprosessen leste vi gjennom alle transkripsjonene for å danne oss et helhetsinntrykk. Vi forsøkte å legge teorigrunnlaget vårt og forforståelsen til side, for å kunne oppdage nye ideer og inntrykk. Transkripsjonene ble gjennomgått med et fugleperspektiv, hvor vi unngikk å systematisere dataene. Gjennom denne prosessen ble vi kjent med materialet på nytt. Da vi hadde lest gjennom alt materialet kunne vi oppsummere inntrykket vi satt igjen med og se om det var noen foreløpige tema som skilte seg ut. Det var 5 foreløpige tema som skilte seg ut. Disse var dokumentasjon, kunnskap og samarbeid, rutiner og holdninger og tilbakemelding. De ulike temaene er ikke kategorier eller resultater, men et umiddelbart og databasert steg i organiseringen av vårt materiale (Malterud, 2017).

### 3.3.2 Meningsbærende enheter

I det andre analysetrinnet organiserte vi materialet og fikk dermed frem det vi ønsket å studere nærmere. Vi gjennomførte analysen sammen ettersom vi mente dette ville være en fordel med tanke på å få øye på flere detaljer i datamaterialet. Temaene som kom frem under det første trinnet dannet et grunnlag for kodegrupper i denne fasen.

Under denne prosessen sorterte vi materialet som fremstod relevant for å svare på vår problemstilling og filtrerte ut det som fremstod som mindre relevant. For å kunne gjøre dette måtte teksten grundig og systematisk gjennomgås. Vi gikk gjennom materialet linje for linje og sorterte ut det vi mente var meningsbærende enheter. De meningsbærende enhetene ble merket og systematisert underveis. Dette gjorde vi ved å kode dem ut ifra temaene vi kom frem til i første fase. Kodene ble justert videre til kodegrupper underveis, ettersom nye ideer og innspill kom frem (Malterud, 2017). Dette involverte en systematisk dekontekstualisering, hvor deler av teksten ble tatt ut fra sin originale sammenheng for senere å bli sett i sammenheng med lignende tekstelementer og vår teoretiske referanseramme. Under dette arbeidet opplevde vi at noen av de meningsbærende enhetene ble kodet under flere kodegrupper. Vi måtte derfor gå tilbake og vurdere på nytt om noen av kodene representerte ulike sider av samme sak og dermed kunne slås sammen. De meningsbærende enhetene måtte gjennomgås på nytt og omorganiseres for å samles i riktig kodegruppe. (Malterud, 2017). Vi kom frem til fem koder; Dokumentasjon, tiltak, tilbakemelding, rutiner og holdninger, og kunnskap og samarbeid. Vi brukte tekstanalyseringsprogrammet NVivo 12 Pro som et hjelpemiddel i organiseringen av datamaterialet.

### 3.3.3 Kondensering

I denne delen hentet vi systematisk ut mening fra de sorterte meningsbærende enhetene ved å kondensere innholdet i dem. Vi hadde fem kodegrupper hvor de meningsbærende enhetene var sortert. En av kodene inneholdt betydelig færre meningsbærende enheter og vi gikk derfor gjennom kodegruppene for å se om noen av dem kunne slås sammen. Før kondenseringen startet satt vi igjen med fire kodegrupper hvor de meningsbærende enhetene videre ble sortert i to til tre subgrupper.

Ut ifra subgruppene dannet vi et kondensat, det vil si et kunstig sitat utformet fra de meningsbærende enhetene. Under utformingen av kondensatene ble de meningsbærende



enhetene i de ulike subgruppene grundig gjennomgått og vurdert. Til slutt valgte vi et gullsitat som bar med seg hovedbudskapet fra det abstraherte innholdet. Kondensatene ble brukt som utgangspunkt i fjerde og siste trinn i analysefasen (Malterud, 2017).

#### 3.3.4 Syntese

I denne siste delen av analysen skulle vi sette alle bitene sammen og danne en analytisk tekst ut ifra kondensatene for hver subgruppe og kodegruppe. Den analytiske teksten fremstilte hovedfunnene i de ulike subgruppene. Den ble supplert med et treffende gullsitat som utdypet det teksten handlet om. Ved to av funnene som presenteres valgte vi å unnlate å skrive hvilke kandidater sitatene stammer fra. Årsaken til dette var at disse funnene hovedsakelig kom fra ledere og det ville dermed synliggjort hvilke kandidater dette var. Til slutt dannet vi nye overskrifter til de ulike temaene og subtemaene som sammenfattet det de handlet om (Malterud, 2017).

### 3.4 Etiske aspekter

I en kvalitativ studie med individuelle intervjuer må det foreligge en gjensidig tillit og respekt mellom forsker og deltaker for å kunne skape en god dialog. Dette forutsetter at deltakeren har fått god nok informasjon om prosjektet til å kunne foreta et informert samtykke (Malterud, 2017).

#### 3.4.1 Informert samtykke

Informantene fikk tilsendt et informasjonsskriv om forskningsprosjektet i forkant av intervjuene. I informasjonsskrivet ble formålet med studien kort beskrevet og informantene fikk informasjon om hva deltakelsen deres ville innebære, herunder metode for datainnsamling, ivaretagelse av informantenes personvern og at de kunne velge å trekke seg fra studien uten konsekvenser. Informantene kunne på bakgrunn av denne informasjonen ta stilling til om de ønsket å dele av sin kunnskap og være en del av studien. Informasjonen ble formidlet skriftlig og muntlig i forkant av intervjuene. Samtlige deltakere skrev under på et samtykkeskjema (Malterud, 2017).

#### 3.4.2 Søknad og godkjenninger

Før selve datainnsamlingen kunne starte måtte vi søke godkjenning av forskningsprosjektet vårt hos Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Etter at vi hadde fått godkjenning

fra NSD sendte vi søknad til Fakultets etiske komité (FEK). Da begge søknadene var godkjent kunne vi søke til personvernombudet ved de aktuelle sykehusene.

### 3.5 Metodiske overveielser

Vårt valg av metode har hatt både styrker og svakheter i forhold til å besvare vår problemstilling. Lincoln og Guba har utarbeidet fire kvalitetskriterier som blir sett på som en gullstandard for kvalitative studier. Disse består av troverdighet, pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet (Astrup Nielsen et al., 2021; Polit & Beck, 2018). Ettersom vi har valgt Malteruds systematiske tektkondensering i analysearbeidet, har vi også valgt å bruke Malteruds begrep i redegjørelsen for studiens validitet (Malterud, 2017). Disse er analoge til Lincoln og Gubas fire kvalitetskriterier (Astrup Nielsen et al., 2021).

#### 3.5.1 Validitet

Å validere vil si å undersøke studiens gyldighet. For at studien skal kunne anses som gyldig må metoden vi har brukt gi en logisk vei til kunnskap for å svare på problemstillingen. Da vi gjorde kunnskapssøk til masteroppgaven viste det seg at det ikke fantes forskning om tilbakemelding til operasjonssykepleier på leiringsskader. Dette er med på å styrke gyldigheten til studien ettersom vi kan bidra til ny kunnskap. Etisk sett tar vi ikke opp informantenes tid unødvendig da intervjuene gir ny kunnskap (Malterud, 2017).

Med denne studien ønsker vi å undersøke hvilke opplevelse og erfaringer operasjonssykepleiere har med tilbakemelding på leiringsskader. På bakgrunn av dette har vi valgt å bruke kvalitativ forskningsmetode. Dette er en metode som ifølge Malterud er godt egnet når kunnskapsgrunnlaget er tynt (Malterud, 2017). Vi gjennomførte semistrukturerte intervjuer ettersom vi mente det ville være det beste verktøyet for å kunne svare på vår problemstilling. Vi gjennomførte et prøveintervju før datainnsamlingen startet. Etter prøveintervjuet reviderte vi noen av spørsmålsformuleringene. Metoden var nyttig ettersom vi i forkant av studien hadde utarbeidet en rekke spørsmål, men underveis i intervjuprosessen dukket det opp nye spørsmål som vi kunne bruke i videre intervju (Malterud, 2017). Ulempen med dette var at noen av spørsmålene dukket opp senere i intervjuprosessen og at vi dermed ikke fikk spurt alle informantene om det samme. Likevel opplever vi at vi har spurt alle informantene om hovedtemaene.

I denne studien har vi benyttet et strategisk utvalg. Informantene vi rekrutterte var operasjonssykepleiere med minimum 5 års erfaring og ledere ved operasjonsavdelinger. Bakgrunnen for at vi valgte minimum 5 års erfaring var at vi mente det var større sannsynlighet for at operasjonssykepleier eller leder hadde mottatt tilbakemelding etter leiringsskader. Vi ønsket å inkludere ledere ettersom de har et ansvar for behandlingen av uønskede hendelser (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016). Bias er tilnærmet umulig å eliminere, men vi har forsøkt å være objektive. Likevel kan vår forforståelse ha påvirket utvalget vårt. Ut over dette har vi forsøkt å legge vår forforståelse til side og stille åpne spørsmål under intervjuene. Vår uerfarenhet som forskere kan likevel ha påvirket hva vi la merke til og relevansen av spørsmålene som ble stilt (Malterud, 2017). Før intervjuene fikk informantene tilsendt informasjonsskriv de skulle lese og signere, de fikk på denne måten informasjon om hva formålet med studien var. Dette ble i tillegg gjentatt før hvert intervju og informantene fikk mulighet til å stille spørsmål.

Som nevnt tidligere ble intervjuene gjennomført digitalt. Vi anså dette som en fordel ettersom det gjorde det enklere for informantene å melde avbud på kort varsel og at vi ikke tok opp tiden deres. En ulempe var at det under noen intervju oppsto tekniske problemer som kan ha påvirket informanten og kvaliteten på intervjuet. I tillegg var det intervjuer der vi ikke kunne se informanten og under disse intervjuene kan vi ikke si med sikkerhet at informanten var alene i rommet. Dette kan ha påvirket informasjonen informanten ga oss under intervjuene. En annen ulempe var at vi ikke var konsekvente med å gjengi hovedfunnene til alle informantene etter at intervjuene var ferdig. Ved disse intervjuene fikk ikke informantene mulighet til å bekrefte eller avkrefte vår forståelse av informasjonen som ble gitt. Informantene fikk heller ikke tilsendt transkripsjonene i etterkant.

Vi har brukt Malteruds systematiske tekstkondensering for å analysere dataene. Denne metoden har vært til stor hjelp for oss som nybegynnere og gitt oss en innføring i hvordan analyseprosessen gjennomføres. Vi har fulgt analyseprosessen systematisk og dette har bidratt til å synliggjøre vårt arbeid. Analysearbeidet ble utført sammen. Studiens validitet ble under analyseprosessen styrket ved at vi var refleksive og hadde et kritisk blikk til funnene (Malterud, 2017).

Ekstern validitet viser til studiens overførbarhet til andre kontekster enn der dataene er samlet inn (Astrup Nielsen et al., 2021; Malterud, 2017; Polit & Beck, 2018). Vi har gjennomført datainnsamling ved fire ulike sykehus, innen en helseregion i Norge. Det vanskelig å si om dataene er overførbare til andre sykehus i Norge. Vi så noe variasjon mellom de ulike sykehusene hvor vi gjennomførte intervjuer, og det kan derfor tenkes at det finnes tilsvarende variasjon ved andre sykehus. Likevel så vi tydelige fellestrekk rundt opplevelsen av å få lite tilbakemelding. Det ville vært interessant å undersøke dette i en større skala.

## 4.0 Funn

Nedenfor vises en oversikt over funnene som ble gjort etter at analysen var gjennomført. Det ble trukket frem fire hovedtemaer og ut ifra disse til sammen tolv subtemaer.

**Tabell 5. Funnene sammenfattet i fire hovedtemaer og tolv subtemaer.**

Hovedtema	Subtema
Tilbakemelding	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ønske om tilbakemelding</li><li>• Lite tilbakemelding</li><li>• Kilder til tilbakemelding</li></ul>
Tiltak	<ul style="list-style-type: none"><li>• Endring som følge av tilbakemelding</li><li>• Behandling av tilbakemelding</li></ul>
Kunnskap og samarbeid	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kunnskap ved andre avdelinger</li><li>• Operasjonssykepleiers kunnskap</li><li>• Pasientens kunnskap</li></ul>
Dokumentasjon	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avvik</li><li>• Journalføring</li><li>• Muntlig eller tilfeldig tilbakemelding</li><li>• Pasientsikkerhetskultur</li></ul>

### 4.1. Tilbakemelding

Herunder vil subtemaene ønske om tilbakemelding, lite tilbakemelding og kilder til tilbakemelding bli presentert.

#### 4.1.1 Ønske om tilbakemelding

Majoriteten av operasjonssykepleierne og lederne ved operasjonsavdelingene uttrykket et ønske om flere tilbakemeldinger på leiringsskader. Mer ekstreme leier som trendelenburgsleie, benholdere og langvarige operasjoner ble dratt frem som eksempler hvor noen hadde følt seg usikre på leiringen i etterkant og kunne ønsket tilbakemelding. Flere poengterte hvor stor del av arbeidshverdagen deres leiring er og at de ønsket tilbakemelding for å kunne utvikle seg og forbedre faget.

*«Hvis man ikke får vite noe så vil man jo aldri kunne videreutvikle seg».* (Kandidat 10)

Mange ønsket også tilbakemelding som en bekreftelse på at man gjør en god jobb og at leiringsutstyret fungerer som det skal. Flere mente at mer tilbakemelding ville bidra til økt trygghet og kontroll for både ansatte og pasienter.

*«Jeg håper virkelig at de får høre om de alvorlige tingene og at vi ikke påfører folk så veldig alvorlige leiringsskader. Men jeg vet at i pasientskadeerstatningssystemet så florer ekstremt mange leiringsskader».* (Kandidat 11)

På spørsmål om hvordan de kunne ønske å få tilbakemelding svarte mange at de ønsket en konkret tilbakemelding og at de kunne ønske det hadde vært et system som fanget opp leiringsskader.

#### 4.1.2 Lite tilbakemelding

Majoriteten av informantene hadde den samme oppfatningen, de fikk lite tilbakemelding etter leiringsskade. I tillegg var det noen som kunne fortelle at de aldri hadde fått tilbakemelding på leiringsskader, dette gjaldt både leder og operasjonssykepleier. Det kom frem at informanter selv hadde tatt kontakt med avdelingene for å oppsøke informasjon om pasienten i ettertid av operasjonen.

Flere av informantene hadde tanker rundt hvorfor de fikk lite tilbakemelding. Informantene nevnte at dette muligens kunne være fordi de var så gode til å leire, men samtidig var flesteparten av disse informantene også bekymret for at det kunne være en underrapportering som førte til den lille tilbakemelding.

*«...da kan en gå i den fellen og tro at alt det vi gjør er riktig, siden vi ikke hører noe.»*  
(Kandidat 6)

Noen av informantene var i tillegg trygge på at de ville få beskjed dersom det hadde oppstått en alvorlig leiringsskade postoperativt.

*«...men jeg ville jo tro at vi hadde hørt det hvis det var noe veldig galt.»* (Kandidat 4)

*«...vi driver med risikosport her. Mørketall kan skje.» (Kandidat 11)*

#### 4.1.3 Kilder til tilbakemelding

Tilbakemelding via avvikssystemet virket å være den hyppigste måten informantene ble opplyst om leiringsskader. Postoperativ og intensiv var sykehuspostene som oftest ble nevnt i forbindelse med skriftlige avvik. Til tross for dette ga flere uttrykk for at det var sjeldent de fikk tilbakemelding på leiringsskader via avvikssystemet. Tilfeldige, muntlige tilbakemeldinger fra kirurg eller sengepost forekom også.

*«...hvis jeg har hørt noe, om leiringsskader, så har det vært via via. Men ingen direkte tilbakemelding.» (Kandidat 6)*

En fjerdedel av informantene oppga også at de aktivt oppsøkte tilbakemelding ved å kontakte sengepost, postoperativ eller intensiv etter at pasienten var overlevert. Personalmøter, ledermøter, kurs og fagdager ble også nevnt av flere som kilder til informasjon om leiringsskader.

*«Jeg deltar ikke fast på fagråd selv, men fagsykepleierne det og da kan det være det tas opp avvik på tvers av ulike seksjoner.» (Kandidat 1)*

Av lederne ved operasjonsavdelingene som stilte til intervju var det kun en som hadde opplevd å få tilbakemelding fra Norsk Pasientskadeerstatning. Ingen av dem hadde opplevd å få tilbakemelding fra fastlege.

## 4.2 Tiltak

Herunder vil subtemaene endring som følge av tilbakemelding og behandling av tilbakemelding bli presentert.

### 4.2.1 Endring som følge av tilbakemelding

Flere av informantene hadde opplevd at tilbakemelding på leiringsskader hadde ført til endring i praksis. En informant fortalte om en hendelse hvor en pasient hadde ligget i benholderleie over lengre tid og fått skade som følge av leiringen. Denne tilbakemeldingen hadde ført til at de nå var mer bevisst på at pasientene ikke blir liggende i benholdere lenger

enn nødvendig. Det var flere som nevnte liknende hendelser hvor det i etterkant hadde ført til at de var mer bevisst på å bevege bena og regulere trykkpunktene underveis i operasjonen.

*«...vi vil jo gjøre ting så bra som mulig, jeg tenker det er ingen som med hensikt vil forårsake at pasienten får andre skader. De er jo her for å få hjelp, ikke bli påført skade.» (Kandidat 5)*

Andre fortalte at tilbakemelding på leiringsskader hadde ført til at de ble mer oppmerksom på viktigheten av å dokumentere det som blir gjort underveis i operasjonen. Revidering av prosedyrer, endring av leiringsutstyr og innføring av «time out» under operasjonen var også tiltak som hadde blitt innført etter tilbakemelding om leiringsskader. Noen nevnte også at tilbakemelding på leiringsskader ble tatt som læringsstoff og kunne bli brukt i simuleringsøvelser i forbindelse med leiring.

*«Da kan vi eventuelt i etterkant av den seansen gå inn i prosedyrene og endre på leiringen sånn at vi kan sette inn tiltak for å unngå at dette her skjer igjen.» (Kandidat 3).*

#### 4.2.2 Behandling av tilbakemelding

Det viste seg at flere av informantene, både leder og operasjonssykepleier, ville gå tilbake i pasientens journal for å kartlegge hva som var dokumentert under operasjonen ved tilbakemelding etter leiringsskade. Samtlige av lederne påpekte at de ville tatt en prat med personalet som var på stuen, og sett på om prosedyren var blitt fulgt. Majoriteten av lederne trakk da inn fagsykepleier som en del av denne prosessen og fagsykepleier ville i disse tilfellene være med å undersøke om prosedyren er tilstrekkelig.

Halvparten av lederne utdypet i tillegg at de ville gjennomgått personalet og personalsammensetningen, type leie, operasjonstid, risikovurdering av pasienten og om det var utført tilstrekkelig forebyggende tiltak i forhold til dette. Noen av lederne bemerket også at de ville tatt opp hendelser på personalmøter, mens en nevnte at dette i tillegg kunne tas videre, for å kunne videreformidle viktig informasjon. En leder nevnte i tillegg hva som ville skje om de ikke fant noen direkte årsak til leiringsskaden på operasjon.

*«...da sender man gjerne avviket videre til den avdelingen pasienten kommer fra eller har vært...»*



### 4.3 Kunnskap og samarbeid

Herunder vil subtemaene kunnskap ved andre avdelinger, operasjonssykepleiers kunnskap og pasienters kunnskap bli presentert.

#### 4.3.1 Kunnskap ved andre avdelinger

Det kom frem under intervjuene at flere av informantene hadde et inntrykk av at kunnskapsnivået på leiring og leiringsskader ved andre avdelinger, i varierende grad, er redusert.

*«...i forhold til hva post operativ og sengepost tenker, at det kanskje er noe som ikke har noe med operasjonen eller leiet å gjøre....» (Kandidat 13).*

Det kom også frem at noen informanter hadde et inntrykk av at andre avdelinger ikke visste hva som foregikk på operasjonsstuen, med tanke på leiring og forebyggende tiltak. En av informantene nevnte også at det krevdes kunnskap for å oppdage leiringsskader postoperativt.

*«...å oppdage leiringsskader er en kunst. Det krever et klinisk blikk og erfaring.» (Kandidat 11).*

Noen av informantene fortalte i tillegg om undervisning og hospitering fra post operativ og sengepost i forhold til leiringsskader. Det kom også frem, fra en av informantene, at sengepost ikke hadde virket interessert i å motta undervisning i forhold til leiringsskader, mens en annen informant kunne fortelle om et godt samarbeid.

*«...for det er klart av når de ikke vet hva de skal observere, så er det ikke så lett å observere heller.» (Kandidat 9).*

En informant kunne fortelle at kunnskapsnivået var forskjellig fra postoperativ og sengepost, der postoperativ virket å ha mer kunnskap om leiringsskader.

#### 4.3.2 Operasjonssykepleiers kunnskap

Majoriteten av informantene oppga at de hadde stort fokus på leiring og leiringsskader. Flere presiserte at de opplevde leiring som et av hovedansvarsområdene deres som

operasjonssykepleiere og at de følte seg sikre på at de leiret på en trygg måte. Likevel dro flere også frem at de syntes det var viktig å ha undervisning og fokus på leiring, uavhengig av tilbakemelding. Jevnlige undervisning om leiring, både via kompetanseportal og fysisk undervisning på operasjonsstuen hvor operasjonssykepleierne selv fikk prøve de ulike leirene ble dratt frem som positivt.

*«... for man kan på en måte ha sett hvordan det skal gjøres og lest om hvordan det skal gjøres, men når du prøver det selv så føles det helt annerledes.»* (Kandidat 10)

Noen nevnte også fagdager hvor man går gjennom prosedyrer og leiringer man ikke gjør så ofte, i tillegg til permer på operasjonsstuen med bilder og forklaringer på ulike leiringer som et bra tiltak for å opprettholde kunnskapen. En informant dro frem viktigheten av kompetansesammensetningen på operasjonsstuen for å sikre best mulig kunnskap, mens en annen også poengterte betydningen av å ha fokus på at nyansatte skal bli trygge på leiring.

*«Hvis du har to ukjente vikarer på samme stue, så blir det ofte litt sånn likhetstegn mellom at det har skjedd fordi ...»* (Kandidat 1)

#### 4.3.3 Pasienters kunnskap

Flere av informantene ga uttrykk for at de mistenker at kunnskapsnivået til pasienten ikke er tilstrekkelig og at de undervurderer hva som skjer under den perioperative og postoperative fasen.

*«...jeg tror heller ikke pasienten er klar over hva de gjennomgår og tenker på operasjon og kirurgi som en altomfattende kurativ behandling.»* (Kandidat 11).

Et tema som også ble tatt opp av noen informanter var hvor lenge pasienten lå på sykehuset. De påpekte at det var vanskelig å oppdage leiringsskader av helsepersonell, men også at pasientene ville være hjemme når de fikk disse plagene. Det var da usikkert i hvilken grad pasienten kunne relatere plagene sine til operasjonen de var gått gjennom.

*«...det er mange som ikke skjønner det og tror det skal være sånn.»* (Kandidat 6).

Flere informanter nevnte også informasjon i varierende grad. En informant nevnte at det hadde vært nyttig med informasjon til pasienten, men satte også spørsmålstegn ved om det var gunstig, da det kanskje kunne være litt skremmende. Noen var også usikre på hvor mye informasjon pasienten fikk preoperativt og en informant relaterte liggetid til informasjonen, da det var mye informasjon på kort tid som førte til at mye glapp.

#### 4.4 Dokumentasjon

Herunder vil subtemaene avvik, dokumentasjon, muntlig eller tilfeldig tilbakemelding og pasientsikkerhetskultur bli presentert.

##### 4.4.1 Avvik

Samtlige ledere som ble intervjuet ga uttrykk for at de oppfordret til å skrive pasientavvik ved uønskede hendelser, herunder leiringsskader. En av dem påpekte at det var enklere å undersøke avviket videre dersom det var ført inn i avvikssystemet, mens andre understreket viktigheten av å skrive avvik for å kunne sette i gang riktig tiltak. Majoriteten opplevde å motta pasientavvik, men relativt få av disse avvikene skyldtes leiringsskader.

*«Det er jo ikke veldig mange av sånne, så jeg kan jo ikke si at det er stor forekomst av dem.»*

Totalt sett opplevde de at sykehuspersonalet var flinke til å skrive avviksmeldinger, men at det var varierende hvor godt avvikene var utfylt. En av informantene opplevde at avvikene var godt utfylte med observasjoner gjort hos pasienten, mens en annen gjerne skulle ønske at avvikene var bedre utfylt. Denne informanten påpekte også at det er mange punkter man skal gjennom ved utfyllingen av en avviksmelding og at dette kunne oppleves omfattende og tungvint.

*«De fleste av avvikene som kommer til meg i forhold til leiringsskade kommer fra mine ansatte som selv har skrevet de.»*

##### 4.4.2 Journalføring

Samtlige av informantene kunne fortelle at de dokumenterte i pasientens journal, dersom det var noen hendelser eller symptomer som kunne føre til leiringsskade. Det kom frem at det kunne dokumenteres i elektronisk journal eller i veiledende behandlingsplan.

Flere nevnte at når de dokumenterte observasjonene som hadde med leiringsskader å gjøre, så skulle dette følges opp videre.

*«...så skal jo det egentlig følges opp, fordi dokumentasjonen følger pasienten.»* (Kandidat 7).

#### 4.4.3 Muntlig eller tilfeldig tilbakemelding

Flere av informantene nevnte at de ga muntlig rapport til postoperativ ved overføring av pasient dersom det var mistanke om at pasienten hadde vært utsatt for trykk eller andre leiringsskader. En av informantene oppga en hendelse hvor en pasient hadde ligget med bena i kryss under operasjonen og fått merker etter dette, hvor det ble gitt muntlig beskjed til postoperativ. En annen nevnte at de også kunne gi beskjed til kirurgen dersom de mente det var noe som burde følges opp videre.

*«... hvis jeg har hatt en pasient som har lagt i et litt sært leie, så kan jeg kommentere det.»*  
(Kandidat 2)

To informanter kommenterte at de kunne oppleve å få muntlige, tilfeldige tilbakemeldinger fra kirurg og at disse tilbakemeldingene sjeldent ble dokumentert på grunn av manglende opplysninger. En annen nevnte at de fikk muntlige tilbakemeldinger fra sengepost på mulige leiringsskader via telefon. Dette til tross for at de hadde gitt beskjed om at de ønsket at avviket ble meldt skriftlig. Informanten opplevde at flere følte det lett kunne tas som kritikk dersom de meldte avvik, og at sengepost derfor følte det var bedre å ringe.

#### 4.4.4 Pasientsikkerhetskultur

Det var veldig varierende erfaringer rundt det å skrive avvik. Noen informanter nevnte at det var høy terskel for å skrive avvik, mens en informant ga uttrykk for viktigheten ved å ha lav terskel for å skrive avvik. Det ble også nevnt at om det ikke var alvorlig ville man ikke sende avviksmelding. En informant nevnte i tillegg at milde og lette skader kanskje ikke ble rapportert.

Forskjellige informanter hadde i tillegg litt varierende oppfatning av det å skrive avvik, der den ene poengterte at avvik ikke var et personangrep, mens en annen nevnte at dette kunne bli sett på som kritikk. En informant nevnte også at de ikke var redde for at det skulle skje noe

negativt om de skrev avvik, men at mange opplevde å ikke ha tid til det. To andre informanter hadde samme oppfatning. Mens en av informantene mente man alltid hadde mulighet, da man kunne gjøre det i ettertid.

*«...folk har ikke tid til det heller, å skrive avviksmelding.»* (Kandidat 4).

En informant nevnte at det kunne være skummelt å skrive avvik, og hadde noen tanker om at å endre navn, for å ufarliggjøre det, kunne hatt positiv effekt på antall meldinger.

Noen ga uttrykk for at det å skrive avvik var viktig.

*«...jeg tenker at det, det med å skrive avvik må bli litt mer forankret på de ulike avdelingene, eller at ledelsen må gå ut å informere om at det er viktig å gjøre det, for å bli bedre for det handler om pasientsikkerhet, det handler om å gjøre det beste for pasienten.»* (Kandidat 9)

En informant nevnte også at det var økt tendens på avviksmelding når det var mange nyansatte på avdeling, men det var uklart om dette var fordi det var mer fokus på det, eller om det var fordi det skjedde flere avvik.

## 5.0 Diskusjon

Hensikten med masterprosjektet var å undersøke operasjonssykepleieres opplevelse og erfaring med tilbakemelding etter leiringsskader. Prosjektets hovedfunn var at operasjonssykepleierne opplevde å få lite tilbakemelding og at de ønsket mer tilbakemelding på leiringsskader. I tillegg kom det frem at det var sammenheng mellom det å skrive avvik og få tilbakemelding.

I diskusjonskapittelet vil vi drøfte funnene i prosjektet opp mot tidligere forskning og teori. Vi vil diskutere tilbakemeldingen operasjonssykepleierne får og tiltakene denne tilbakemeldingen fører til. Deretter vil vi diskutere hvordan operasjonssykepleiere erfarer at kunnskapen rundt leiring og leiringsskader er. Vi vil også se på hvordan dette dokumenteres og diskutere rutiner og holdninger i forbindelse med å skrive avvik. Våre egne betraktninger og refleksjoner vil herunder bli presentert.

### 5.1 Tilbakemelding og tiltak

Flere studier synliggjør at det å forebygge leiringsskader gir en positiv effekt i antall skader og dødelighet i forbindelse med kirurgiske inngrep, samt en reduksjon i sykehuskostnadene (Bouyer-Ferullo et al., 2021; Kimsey, 2019; Spruce, 2017). For å kunne forbedre faget og forebygge leiringsskader er man avhengig av å få tilbakemelding når leiringen ikke er tilstrekkelig eller det oppstår skader. Majoriteten av informantene oppga at de opplevde å få lite tilbakemelding etter leiringsskader. Det var også noen som aldri hadde opplevd å få tilbakemelding. Dette gjaldt både ledere og operasjonssykepleiere. Ifølge helsepersonelloven plikter helsepersonell å melde ifra dersom pasienter står i fare for skade. Denne plikten gjelder også dersom det er sannsynlig eller man har mistanke om at pasientens helsetilstand kan forverres, jf. §17 i helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999). Fra 2019 ble alle virksomheter innen helse- og omsorgstjenester pålagt etter helsetilsynsloven, spesialisttjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven til å varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsepersonelloven, 1999; Helsetilsynsloven, 2017; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Før dette var det kun spesialisthelsetjenesten som var underlagt denne plikten. Både primær- og spesialisthelsetjenesten plikter dermed å melde. Likevel opplevde få informanter å få tilbakemelding.

Videre pålegger helsetilsynsloven alle virksomheter innen helse- og omsorgssektoren å ha et internkontrollsystem for virksomheten, og sørge for at regelverk knyttet til virksomhet og tjenester etterleves, jf. helsetilsynsloven § 5 (Helsetilsynsloven, 2017). Til tross for lite tilbakemelding kom det frem under intervjuene at informantene opplevde å få mest tilbakemelding via sykehusenes interne avvikssystem. Flere av informantene opplyste om at tilfeldige, muntlige tilbakemeldinger også forekom. Ulempen med disse tilbakemeldingene var at de ofte var uformelle og ikke ble dokumentert. Målet med å dokumentere uønskede hendelser er å ta læring av feil som blir gjort, slik at man kan unngå dem ved en senere anledning (Stubberud, 2018; World Health Organization, 2005; Aase & Wiig, 2018). Ved at muntlige, tilfeldige tilbakemeldinger ikke blir dokumentert kan det tenkes at man går glipp av mulige læringssituasjoner.

Flere informanter oppga at de kunne være usikre på leiringen i etterkant av operasjonen og dermed oppsøkte informasjon om hvordan det hadde gått med pasienten. Leirer som trendelenburgsleie, litotomileie og langvarige operasjoner ble spesielt nevnt. Til tross for at man som helsepersonell er underlagt Helsepersonelloven §21a, som fastslår et klart forbud mot å tilegne seg kunnskap om pasienter man ikke lenger har behandlingsansvar for, oppga flere informanter at de aktivt oppsøkte informasjon om pasienten ved å kontakte sengepost, postoperativ eller intensiv. Det fremstod som at mangel på tilbakemelding førte til at operasjonssykepleierne hadde et behov for å undersøke hvordan det hadde gått med pasienten. Flere poengterte at de kjente på et personlig ansvar og at de ønsket kun det beste for pasienten. Selv om primærhelsetjenesten etter 2019 ble pliktige til å varsle om alvorlige hendelser mottok ikke lederne ved operasjonsavdelingene tilbakemeldinger fra fastlegene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Kun en leder opplyste om å ha mottatt tilbakemelding fra Norsk Pasientskadeerstatning.

Flere av informantene hadde tanker om hvorfor de fikk så lite tilbakemelding. Noen nevnte at dette muligens kunne være fordi de hadde mye kunnskap om leiring. Som operasjonssykepleier har man gjennom utdannelsen og erfaring tilegnet seg avansert kunnskap innenfor anatomi og fysiologi, og hovedansvaret på leiring faller på operasjonssykepleieren (Fawcett, 2019). Flere informanter poengterte også at leiring var en stor del av arbeidshverdagen deres. Leiring av operasjonspasienten er et stort ansvar og feilaktig leiring kan påføre pasienten skader som har konsekvenser for pasientens videre forløp (Bouyer-Ferullo et al., 2021; Bouyer-Ferullo, 2013; Burlingame, 2017; Fawcett, 2019;

Khong et al., 2020; Spruce, 2017).

Til tross for at samtlige informanter følte de hadde god kunnskap om leiring, var det noen av disse som ga uttrykk for bekymring for at manglende tilbakemelding kunne skyldes en underrapportering. I en rapporten fra Helsedirektoratet kom det frem at 4,8% av operasjonspasientene fikk påført skade (Helsedirektoratet, 2021a). Informantenes mistanke bekreftes i rapporten «Undersøkelse av samsvar mellom NPE – saker og saker i sykehusets meldesystemer», hvor det kom frem at avviksmeldinger fra sykehus og pasientskader til NPE ikke samsvarte. Gjennomsnittlig var kun en tredjedel av sakene som kom inn til NPE registrert som avvik på sykehusene (Norsk pasientskadeerstatning, 2019). Det kom frem under noen intervjuer at informantene var trygge på at man ville få tilbakemelding dersom leiringsskaden var alvorlig nok. Dette er skremmende sett i sammenheng med opplysningene i rapporten fra NPE, da det er tydelig at mange alvorlige hendelser ikke blir dokumentert. Videre vil dette påvirke helseforetakenes mulighet til å ta læring av uheldige hendelser (Norsk pasientskadeerstatning, 2019).

Majoriteten av informantene ga uttrykk for at de ønsket flere tilbakemeldinger på leiringsskader. Noen ønsket også tilbakemelding på at leiringen var utført riktig og at leiringsutstyret fungerte som det skulle. Formålet med å få tilbakemelding på uønskede hendelser er å ta læring av disse situasjonene. Dette gjelder både uønskede hendelser, men også nesten-hendelser, hvor disse kan brukes som læringsmaterieell for å forebygge alvorlig pasientskade (Aase & Wiig, 2018). «Lærerike hender» fra St. Olavs hospital bygget på samme konsept, hvor lærerike hendelser ble tatt opp i plenum (Drewes et al., 2021). Noen av informantene fortalte at tilbakemelding på leiringsskader hadde blitt brukt som læringsstoff. Flere mente derfor at mer til tilbakemelding ville føre til økt pasientsikkerhet og kontroll. I tillegg uttrykket noen informanter at de ønsket en mer konkret tilbakemelding enn den de fikk i dag.

I NOU 2015: 11 om forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene ble det presentert en tretrinnsmodell for å ta læring av uønskede hendelser. Den bestod av å innhente informasjon rundt hva som skjedde, hvem som var involvert og om det har vært utløsende faktorer forut for hendelsen. Videre analyseres hendelsen og til slutt bruke informasjonen til å forbedre praksis (NOU 2015: 11, 2015). Dette samsvarer med hva lederne ga uttrykk for under intervjuene da de ved mottatt tilbakemelding gikk tilbake i



pasientens journal for å kartlegge hva som hadde skjedd under operasjonen, snakket med personalet som var på operasjonsstuen, samt sjekket om prosedyren var fulgt. Leders plikt til å ha oversikt over avvik og uønskede hendelser er presisert ytterligere i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, hvor det heter at leder skal sørge for kvalitetsforbedring (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016).

Majoriteten av lederne som ble intervjuet fortalte at fagsykepleier ble trukket inn i denne prosessen, hvor fagsykepleier var med på å kontrollere og utvikle prosedyrer (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Ved gjennomgang av avvik ville halvparten av lederne blant annet gå gjennom personalsammensetningen. Dette som en kvalitetssikring hvor de sørget for at det var tilstrekkelig kunnskap blant sammensetningen av operasjonssykepleierne. Dette er nedfelt i helsepersonelloven hvor ledelsen plikter å sørge for at personalet har nødvendig kunnskap og kvalifikasjoner for å utøve forsvarlig helsehjelp (Helsedirektoratet, 2018; Helsepersonelloven, 1999; Stubberud, 2018). Ledere kunne også fortelle at ved uønskede hendelser som var viktige å videreformidle, kunne dette bli tatt opp på personalmøter eller tvers av seksjoner. På denne måten viser lederne at de overholder sin plikt ved å videreføre læring fra uønskede hendelser. Dette står i stil med hva som kom frem etter intervju med flere informanter. Informantene kunne opplyse om at det var skjedd endringer på avdelingen etter man hadde fått tilbakemelding på leiringsskader. Flere var blitt mer bevisst på å regulere trykkpunkter underveis i operasjon og hadde fått økt bevissthet rundt utsatte leiringer.

## 5.2 Kunnskap og samarbeid

Tverrprofesjonelt samarbeid blir trukket frem som et viktig element i forbindelse med å øke pasientsikkerheten. Et teamsamarbeid som er velfungerende kan føre til økt effektivitet og bedre behandling for pasienten, mens et manglende teamsamarbeid i verste fall kan føre til uønskede hendelser og pasientskader (Stubberud, 2018). Innen helse og omsorgssektoren er det flere ulike faggrupper som skal samarbeide for å sørge for at pasienten får en god og sikker behandling. For å sørge for et godt samarbeid er man avhengig av en gjensidig forståelse og respekt for hverandres roller og oppgaver overfor pasienten (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018).

Som nevnt tidligere opplevde flere informanter at leiring var en viktig del av deres ansvarsområde. Dette er nedfelt i NSF's ansvars- og funksjonsbeskrivelse for operasjonssykepleiere. Der står det skrevet at operasjonssykepleier skal forebygge ytterligere skade på pasienten ved å sørge for forsvarlig leiring for å unngå strekk-, trykk- og nerveskader (Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning, 2021; NSFLOS, 2015). Operasjonssykepleiers tekniske og ikke-tekniske ferdigheter er med på å styrke pasientsikkerheten i forbindelse med kirurgi (Flin et al., 2008; Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018; Rasmussen et al., 2015). Operasjonssykepleier benytter denne kunnskapen til å vurdere pasientens fare for å kunne utvikle leiringsskade under kirurgi. Dette krever avansert kunnskap innen de ulike leiringstypene, hvilke leiringsskader pasienten kan utsettes for, risikofaktorer for leiringsskader. Operasjonssykepleier må ha kunnskap til å kunne utføre en risikovurdering av pasienten og ha kunnskap om forebyggende tiltak (Fawcett, 2019).

I en studie fra Singapore kom det frem at flere operasjonssykepleiere følte de manglet kunnskap om forebygging av leiringsskader (Khong et al., 2020). Dette samsvarer ikke med funnene som er gjort under intervjuene og derfor er det usikkert om dette er overførbart til det norske systemet, herunder utdanningen som kreves for operasjonssykepleier. Under intervjuene ble det nevnt at tilstrekkelig undervisning og variert erfaring blant operasjonssykepleierne var viktig for å kunne utøve forsvarlig helsehjelp. Selv om informantene følte seg trygge på leiring og forebygging av leiringsskader, ønsket de å ha fokus på leiringen, samt å ha undervisning, for å opprettholde kunnskapen.

For å sørge for god pasientsikkerhet er det viktig at operasjonssykepleieren har tilstrekkelig kompetanse på arbeidsoppgavene som skal gjennomføres (Stubberud, 2018). En informant mente opplæring av nyansatte var essensielt i forbindelse med leiring.

Kompetansesammensetningen på operasjonsstuen ble av en annen poengtert som et viktig element. Som erfaren operasjonssykepleier innehar man også en erfarings basert kunnskap. Dette bygger på erfaringer, refleksjoner og et klinisk blikk (Hjelen, 2018). I gitte situasjoner forventes det derfor mer av en erfaren operasjonssykepleier, enn en nyutdannet (Dåvøy, 2018).

Leiringsskader kan oppstå fra timer til dager postoperativt (Bouyer-Ferullo et al., 2021; Spruce, 2017). Det er derfor viktig at helsepersonell i det postoperative forløpet har kunnskap

for å kunne fange opp og vurdere eventuelle leiringsskader. Flere av informantene hadde en oppfatning av at det var varierende kunnskapsnivå på leiring og leiringsskader ved andre avdelinger. En informant påpekte at kunnskapsnivået om leiringsskader på postoperativ fremsto bedre enn på sengepost. Flere nevnte også at de hadde mottatt flest avviksmeldinger på leiringsskader fra postoperativ og intensiv. Ifølge intensivsykepleiernes ansvar og funksjonsbeskrivelse skal intensivsykepleiere ha kunnskap for å kunne observere og vurdere pasientens risiko for helsesvikt. Videre står det at intensivsykepleieren skal samarbeide med øvrige ledd i pasientsløyfen for å sikre pasientsikkerheten (NSFLIS, 2017). Det kommer ikke tydelig frem hvor avansert kunnskap om leiring det er forventet at intensivsykepleierne skal ha. Som nevnt tidligere har operasjonssykepleier gjennom sin utdanning opparbeidet seg avansert kunnskap om leiring og forebyggende tiltak (NSFLOS, 2015). Man kan derfor stille seg spørsmål ved om man kan stille samme krav til at sykepleiere på sengepost, som ikke har denne spisskompetansen, skal kunne oppdage og observere utviklingen av leiringsskader. En studie fra Australia testet ut en ny form for dokumentasjon hvor de tok i bruk bilder av leiringene med forklaring på hvor trykkskader kunne oppstå. Dette viste seg å være et godt verktøy som gjorde det enklere å forstå sammenhengene mellom postoperative smerter og mulige leiringsskader (Bouyer-Ferullo et al., 2021). Vi har ikke klart å finne noen tilsvarende verktøy som blir brukt i Norge for å belyse trykkpunktene for helsepersonell postoperativt. Det finnes flere verktøy for preoperativ risikovurdering av pasienter som står i risiko for å utvikle leiringsskader. Eksempler på et slikt verktøy er Scott triggers tool (Spruce, 2017).

I henhold til operasjonssykepleieres ansvar og funksjonsbeskrivelse har operasjonssykepleiere et pedagogisk ansvar til å veilede og undervise medarbeidere for å sikre faglig forsvarlighet. Med dette forstår vi at operasjonssykepleiere spiller en viktig rolle i å øke kunnskapen hos postoperativt helsepersonell. Videre skal operasjonssykepleier bidra til et godt tverrfaglig samarbeid (NSFLOS, 2015). Til tross for at dette står beskrevet i ansvars og funksjonsbeskrivelsen til operasjonssykepleiere, kom det frem at det var varierende hvor godt samarbeidet var mellom operasjonsavdelingen og øvrige avdelinger. Noen informanter fortalte at de hadde et godt samarbeid, med undervisning om leiringsskader og hospitering fra postoperativ og sengepost. Andre opplevde at det var lite interesse for å motta undervisning fra operasjonsavdeling.

Operasjonsavdelingen er adskilt fra andre deler av helsetjenesten. Dette kan være utfordrende i forbindelse med pasientoverføringer ettersom de ulike fagfeltene kan ha ulikt fokus,

vurdering og forventninger i forbindelse med overtakelse av pasienten. Et godt teamsamarbeid krever derfor en åpen kommunikasjon og en gjensidig respekt (Reine, 2018). Webster et al. poengterte i sin studie, viktigheten av undervisning om trykkskader og utviklingen av disse (Webster et al., 2015). Ved at operasjonssykepleier har undervisning om leiring og leiringsskader til andre avdelinger øker de forståelsen for hverandres arbeidsoppgaver og dermed pasientsikkerheten.

Som nevnt tidligere kan det ta opptil flere døgn før en eventuell leiringsskade oppstår (Bouyer-Ferullo et al., 2021; Khong et al., 2020; Kimsey, 2019; Monfre et al., 2022; Spruce, 2017). Det har over de siste årene vært en nedgang i antall liggedøgn for kirurgiske pasienter. I gjennomsnitt var en kirurgisk pasient innlagt i fem døgn i 2020. Dagkirurgiske pasienter var ikke tatt med i denne statistikken (Helsedirektoratet, 2021b). I 2019 var 70,6 prosent av all elektiv kirurgi, dagkirurgisk (Helsedirektoratet, 2021c). Flere av informantene uttrykte bekymring i forbindelse med at pasientene lå kort tid på sykehus. Spesielt bekymret de seg om pasientene ville få plager som skyltes leiring når de kom hjem og at pasienten ikke vil ha nok kunnskap til å kunne relatere plagene til operasjonen. Flere av informantene hadde inntrykk av at pasienter som fikk slike plager var av den oppfatning at dette var vanlig.

Spruce anbefalte i sin studie at risikoutsatte pasienter fikk informasjon om faren for utviklingen av trykksår, hva de skulle se etter og hva de skulle gi tilbakemelding om postoperativt (Spruce, 2017). I studien til Bauer et al. kom det frem at 61 % av avdelingene tatt med i studien ikke ga informasjon om risiko for kompartmentsyndrom i forbindelse med operasjon (Bauer et al., 2014). Ifølge pasient og brukerrettighetsloven har pasienter krav på informasjon som gir dem nødvendig innsikt i behandlingen og mulige risikoer denne behandlingen kan føre til, jf. § 3-2 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Informantene var usikre på om pasientene fikk informasjon om risikoen for leiringsskader og hvilke observasjoner de skulle gjøre. En informant nevnte spesielt kort liggetid på sykehus som risikofaktor for at informasjon til pasienten glipper. En studie fra Norge viste at opp mot 40-80% av informasjonen pasienten fikk på sykehuset enten ble misforstått eller glemt (Lie et al., 2021). Det kan derfor tenkes at flere pasienter ikke får med seg all informasjonen som blir gitt til dem, og at leiringsskader som blir synlig etter pasienten har kommet hjem dermed ikke blir meldt. Ettersom det er en nedgang i antall liggedøgn på sykehus og en økning i dagkirurgi, vil mye av ansvaret på å observere og gi tilbakemelding på eventuelle leiringsskader falle på

pasienten. En informant hadde et forslag om at pasienten med fordel kunne fått et skjema de skulle fylle ut for lettere å kunne fange opp leiringsskader.

### 5.3 Dokumentasjon

Som nevnt tidligere plikter helseforetakene til å ha et internt kontrollsystem for å kunne fange uønskede hendelser (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016). Lederne som ble intervjuet oppga at de oppfordret ansatte til å skrive avvik. De opplevde at dokumenterte avvik gjorde det enklere å gå tilbake i journalen for å undersøke årsaksforhold og iverksette forebyggende tiltak. På denne måten kan man ta læring av de uønskede hendelsene og sikre kvalitet i helsetjenesten (Stubberud, 2018; World Health Organization, 2005). Helsepersonells kultur for å skrive avvik ble også trukket frem. De opplevde at de var flinke til å skrive avvik, men at de mottok få avvik på leiringsskader. En informant nevnte at avviksrapportering kunne oppleves tungvint å fylle ut, samt at flere sa det var tidkrevende. Ifølge en studie gjennomført av Ravndal i 2012, ble det nevnt at en tidkrevende rapporteringsprosedyre kombinert med travle vakter kunne føre til underrapportering av avvik (Aase & Wiig, 2018). En annen studie viste at selv om helsepersonellet var klar over at det fantes et avvikssystem, manglet en fjerdedel av disse kunnskap om hvordan avvikssystemet fungerte eller hvordan de skulle fylle ut en avviksmelding (Evans et al., 2006). Til tross for at flere av informantene opplevde rapportering av avvik som tidkrevende og tungvint, var det en informant som påpekte at man alltid hadde tid til å skrive avvik i etterkant.

Informantene opplyste om at de kun dokumenterte i pasientens journal ved hendelser som kunne føre til leiringsskade. Et eksempel på dette kunne være at pasienten var blitt rød på hælen under operasjonen. Det ble ikke skrevet avvik, men gitt muntlig rapport ved mistanke om leiringsskade. Kirurgiske inngrep er ofte komplekse og det er mye informasjon som skal overleveres ved rapport (Aase & Wiig, 2018). ISBAR er et kommunikasjonsverktøy som er utviklet for å sikre en tryggere pasientoverføring, hvor relevant informasjon blir overlevert (Oksavik, 2018). Til tross for bruk av ISBAR er faren med muntlig rapport om mulige leiringsskader at mottaker kan misforstå informasjonen og at viktig informasjon dermed ikke blir fanget opp (Brun-Pedersen & André, 2018; Aase & Wiig, 2018).

Som helsepersonell er man lovpålagt å dokumentere i pasientens journal, jf. § 39 (Helsepersonelloven, 1999). Operasjonssykepleier plikter til å dokumentere hvilket leie pasienten ligger i under operasjon og hvilke tiltak som er iverksatt for å forebygge leiringsskade (Eide & Dåvøy, 2018; NSFLOS, 2015). Noen informanter mente at når observasjoner om mulige leiringsskader ble dokumentert i pasientens journal, skulle dette følges opp videre. Ulempen med at det kun dokumenteres i pasientens journal og ikke i sykehusets avvikssystem er at det ikke opprettes en sak og det avhenger dermed av at helsepersonell i neste ledd følger dette opp videre. Som nevnt tidligere har de ulike fagområdene ulik kompetanse i forbindelse med å oppdage leiringsskade og det kan dermed tenkes at slike hendelser fort blir oversett videre i pasientsløyfen.

Det ble fra University of Wisconsin Hospital and Clinics nylig utarbeidet et dokumentasjonsverktøy for å forebygge leiringsskader. Dette som et resultat av flere undersøkelser blant personalet, hvor det kom frem at flere deler av helsetjenesten hadde redusert tilgang til dokumentasjon rundt leiring. Ansatte i studien ga tilbakemelding på at de oftere undersøkte trykkutsatte områder når forebyggende tiltak ble presentert i dokumentasjonen. Dette innebar også dokumentasjon av leiringen (Monfre et al., 2022). Ved å synliggjøre dokumentasjonen til operasjonssykepleier rundt leiring, vil helsepersonell ved andre avdelinger enklere kunne oppdage og følge opp mulige leiringsskader.

#### 5.4 Pasientsikkerhetskultur

Helseforetakenes pasientsikkerhetskultur omhandler måten de arbeider på for å sikre en sikker pasientbehandling. Det innebærer at de ansatte har god kultur for å melde ifra om uønskede hendelser og at foretakene har gode ordninger for å ta læring av disse feilene (Meld. St. 10 (2012–2013), 2012; Stoyanova et al., 2021). Som operasjonssykepleier har man en viktig stemme i teamet. Å bruke denne stemmen riktig og tørre å være pasientens advokat kan være utslagsgivende for pasientsikkerheten (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018).

Noen informanter mente det var høy terskel for å skrive avvik ved uønskede hendelser. Dette gjaldt både ved å skrive avvik på seg selv, samt avvik på kollegaer. I en studie kom det frem at det var flere ulike årsaker til at uønskede hendelser var underrapportert. Frykt for ydmykelse kunne være en av årsakene, i tillegg opplevde mange at det å skrive avvik sjeldent

førte til endring (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018) . En informant påpekte viktigheten ved å skrive avvik ved uønskede hendelser og at terskelen for dette burde være lav.

Det kommer frem fra flere studier at helsepersonell frykter sanksjoner i forbindelse med å melde avvik. Både fra kollegaer og ledere (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018; Stoyanova et al., 2021). Det var varierende oppfatning rundt kulturen for å skrive avvik. Informantene mente de ikke var redde for negative konsekvenser ved å skrive avvik, men likevel var det en som poengterte at det å skrive avvik kunne tas som kritikk. En annen kommenterte at dette også kunne være noe av grunnen til at sengepost ofte ringte ved uønskede hendelser, i stedet for å skrive avvik.

Noen informanter nevnte at det å kalle det «avvik» var et negativt ladet ord og at det kanskje kunne vært bedre å kalle det «forbedring» i stedet. Dette har anestesivdelingen ved St. Olavs hospital tenkt på når de utarbeidet sitt konsept med å ta læring av uønskede hendelser. De har valgt å bevisst bruke uttrykket «problem» fremfor komplikasjon. Dette for å unngå fokus på at hendelsene er noens skyld eller at det er begått feil (Drewes et al., 2021). I en annen studie blir dette videre trukket frem ved at man ønsker å fremme kulturer i sykehus som ser etter systemfeil snarere enn feil på individnivå (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018).

Under intervjuene så man en sammenheng mellom kultur for å skrive avvik og mottatt tilbakemelding. De informantene som ga uttrykk for at de hadde god kultur for å skrive avvik var også de som opplevde å få mest tilbakemelding. I motsetning til informantene som ikke hadde like god kultur for å skrive avvik, hvor de oppga å få lite tilbakemelding. Det kom frem under intervjuene at det skulle være tydelige tegn på leiringsskade før operasjonssykepleierne ville skrive avvik. Rødhet på ekstremiteter eller mistanke om leiringsskade ble det ikke skrevet avvik på, men kunne føres inn i pasientens journal. Hva operasjonssykepleier anså som alvorlige eller mildere leiringsskader var individuelt og det var derfor tilfeldig hvilke skader som ble journalført og hvilke skader som ble skrevet avvik på. Dette kom også frem under en studie der det viste seg at definisjonen på uønskede hendelser var uklar blant operasjonssykepleierne. Denne usikkerheten førte til underrapportering og underestimering av helseskader generelt (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018). Det samme kom frem i et av intervjuene hvor en informant uttrykte bekymring for at lettere skader ikke ble rapportert, noe som vil være uheldig for pasientsikkerheten. Dette ble også rapportert i studien fra Island hvor det kom frem at uønskede hendelser ofte ikke ble dokumentert fordi formålet med dokumentasjonen ikke var klar. Det ble opp til den enkelte operasjonssykepleier om man

skulle skrive avvik da det ikke var noen retningslinjer på dette (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018).

En leder oppga at det ble meldt flere avvik når de var flere nyutdannede operasjonssykepleiere på avdelingen. Lederen stilte seg spørsmål ved om dette kunne skyldes at det faktisk oppstod flere avvik eller om de nyutdannede operasjonssykepleierne hadde mer fokus på å skrive avvik. Ifølge studiene til Stavrianopoulos og Dicuccio et al. kom det frem at jo mer erfaring operasjonssykepleierne hadde, desto mindre fokus på pasientsikkerhetskultur hadde de (DiCuccio et al., 2020; Stavrianopoulos, 2012). Studien til Stavrianopoulos viste at operasjonssykepleierne manglet tro på at sykehusets sikkerhetssystem hadde en effekt på pasientsikkerheten (Stavrianopoulos, 2012). En annen studie viste at operasjonssykepleierne opplevde at det å melde ifra om uønskede hendelser var et lite effektivt verktøy for å bedre pasientsikkerheten (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2018).



## 6.0 Konklusjon

Studiens formål var å finne ut hvordan operasjonssykepleier opplever å få tilbakemelding på leiringsskader.

Studien vår viste at majoriteten av operasjonssykepleierne opplevde å få lite tilbakemelding og ytret et ønske om mer tilbakemelding. Samtlige operasjonssykepleiere hadde en positiv innstilling til det å få tilbakemelding på leiringsskader. Flere nevnte at det å få tilbakemelding ville øke pasientsikkerheten ved at operasjonssykepleierne fikk mulighet til å forbedre praksis.

Det kom frem under intervjuene at det var individuelt om potensielle leiringsskader ble meldt i avvikssystemet. Vi så en sammenheng ved at de som oppga å skrive avvik, også var de operasjonssykepleierne som ga uttrykk for å få mest tilbakemelding. Likevel opplevde også disse å få lite tilbakemelding på leiringsskader. Operasjonssykepleierne hadde et generelt inntrykk av at leiringsskader var underrapportert. Det fremstår derfor som at de interne avvikssystemene som finnes per i dag ikke er tilstrekkelige for å fange opp leiringsskader.

Pasientens korte liggetid på sykehus og kunnskapsnivået ved andre avdelinger ble nevnt som faktorer som kunne påvirke rapporteringen av leiringsskader. Vi erfarte at operasjonssykepleierne hadde en opplevelse av at det var varierende kunnskapsnivå rundt leiringsskader postoperativt på andre avdelinger. Flere ytret også bekymring for at pasientens kunnskap til å oppdage eventuelle leiringsskader som oppstod etter hjemkomst ikke var tilstrekkelig, og at de dermed ikke rapporterte inn disse skadene.

### 6.1 Kliniske implikasjoner

I dette avsnittet presenteres forslag til utvikling av tilbakemelding til operasjonssykepleier ved leiringsskader, samt forslag til fremtidige studier om emnet.

Vi håper at funnene i vår studie kan bidra til økt fokus på avdekking og rapportering av leiringsskader. Dette gjelder både for operasjonsteamet og videre i pasientsløyfen. Ved å øke fokus på leiringsskader kan det føre til økt rapportering og tilbakemelding til operasjonssykepleier, som videre vil kunne føre til endring i klinisk praksis og bedret pasientsikkerhet.

Denne studien undersøkte utelukkende operasjonssykepleiers og leders erfaringer. Vi har ikke undersøkt hvordan kunnskap annet helsepersonell har på leiringsskader, eller hvilken informasjon pasientene mottar før eller etter operasjon i forbindelse med leiring. Vi mener derfor at det vil være relevant å forske videre på om økt kunnskap til annet helsepersonell og pasienter, vil ha effekt på rapportering av leiringsskader.

## Referanser

Astrup Nielsen, D., Hjørnholm, T. Q., Stray Jørgensen, P., Nygaard Hansen, T. K., Landaas, W. & Astrup Nielsen, D. (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag* (1. utgave. utg.). Fagbokforlaget.

Bauer, E. C. A., Koch, N., Erichsen, C. J., Juettner, T., Rein, D., Janni, W., Bender, H. G. & Fleisch, M. C. (2014). Survey of compartment syndrome of the lower extremity after gynecological operations. *Langenbecks Arch Surg*, 399(3), 343-348.

<https://doi.org/10.1007/s00423-014-1172-z>

Bouyer-Ferullo, S., O'Connor, C., Kinnealey, E., Wrigley, P. & Osgood, P. M. (2021). Adding a Visual Communication Tool to the Electronic Health Record to Prevent Pressure Injuries. *AORN J*, 113(3), 253-262. <https://doi.org/10.1002/aorn.13323>

Bouyer-Ferullo, S. M. H. A. R. N. C. (2013). Preventing Perioperative Peripheral Nerve Injuries. *AORN J*, 97(1), 110-124.e119. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.10.013>

Brubakk, K., Svendsen, M. V., Deilkås, E. T., Hofoss, D., Barach, P. & Tjomsland, O. (2021). Hospital work environments affect the patient safety climate: A longitudinal follow-up using a logistic regression analysis model. *PLoS One*, 16(10), e0258471-e0258471.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258471>

Brun-Pedersen, K. & André, B. (2018). Pasientoverlevering kan bli tryggere og sikrere. *Tidsskriftet sykepleien*.

Bulfone, G., Bressan, V., Morandini, A. & Stevanin, S. (2018). Perioperative Pressure Injuries: A Systematic Literature Review. *Adv Skin Wound Care*, 31(12), 556-564.

<https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000544613.10878.ed>

Burlingame, B. L. (2017). Guideline Implementation: Positioning the Patient. *AORN J*, 106(3), 227-237. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.07.010>

Christensen, B. R. (2018). Dokumentsjon av operasjonssykepleie. I G. A. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg. utg., s. 62-80). Gyldendal akademisk.

De Nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag.

DiCuccio, M. H., Colbert, A. M., Triolo, P. K., Schreiber, J. B. & Dean, B. (2020). Cracking the Code for Quality: The Interrelationships of Culture, Nurse Demographics, Advocacy, and Patient Outcomes. *J Nurs Adm*, 50(3), 152-158.

<https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000859>

Drewes, C., Fasting, S. & Gisvold, S. E. (2021). Kultur for bedre pasientsikkerhet. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0494>

Dåvøy, G. (2018). Operasjonssykeleierens pedagogiske funksjon. I G. A. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg. utg., s. 34-44). Gyldendal akademisk.

Eide, P. H. (2018). Forebygging av hypotermi. I G. A. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg. utg., s. 307-319). Gyldendal akademisk.

Eide, P. H. & Dåvøy, G. (2018). Funksjons- og ansvarsområdet. I G. A. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg. utg., s. 28-80). Gyldendal akademisk.

Evans, S. M., Berry, J. G., Smith, B. J., Esterman, A., Selim, P., O'Shaughnessy, J. & DeWit, M. (2006). Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care*, 15(1), 39-43. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.012559>

Fawcett, D. L. (2019). Positioning the patient for surgery. I J. C. Rothrock & D. R. McEwen (Red.), *Alexander's care of the patient in surgery* (16th ed. utg., s. 142-175). Elsevier.

Fletcher, G., Flin, R., McGeorge, P., Glavin, R., Maran, N. & Patey, R. (2003). Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system. *Br. J. Anaesth*, 90(5), 580-588. <https://doi.org/10.1093/bja/aeg112>

Flin, R. H., Crichton, M. & O'Connor, P. (2008). *Safety at the sharp end : a guide to non-technical skills*. CRC Press.

Folkehelseinstituttet. (2019, 17.10.2019). *Kunnskapshull*. Folkehelseinstituttet. Hentet 15.11.2021 fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/kunnskapshull/>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>

Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning. (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning* (FOR-2021-10-26-3095). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2021-10-26-3095>

Forskrift til rammeplan for operasjonssykepleie. (2005). *Forskrift til rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie* (FOR-2005-12-01-1385). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2005-12-01-1385>

Gill, M., Fligelstone, L., Keating, J., Jayne, D. G., Renton, S., Shearman, C. P. & Carlson, G. L. (2019). Avoiding, diagnosing and treating well leg compartment syndrome after pelvic surgery. *Br J Surg*, 106(9), 1156-1166. <https://doi.org/10.1002/bjs.11177>

Hansen, I. & Brekken, R. S. (2018). Leiring av pasienten på operasjonsbordet. I G. A. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg. utg., s. 320-353). Gyldendal akademisk.

Haugen, A. S. & Dåvøy, G. (2018). Pasientsikkerhet og trygg kirurgi. I G. A. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg. utg., s. 180-198). Gyldendal akademisk.

Haugen, A. S., Søfteland, E., Almeland, S. K., Sevdalis, N., Vonen, B., Eide, G. E., Nortvedt, M. W. & Harthug, S. (2015). Effect of the World Health Organization Checklist on Patient

Outcomes: A Stepped Wedge Cluster Randomized Controlled Trial. *Ann Surg*, 261(5), 821-828. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000716>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet. (2018). *Helsepersonelloven med kommentarer* [Rundskriv].

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer>

Helsedirektoratet. (2019a, 14.05.2019). *Meldeordningen etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven avvikles*. Helsedirektoratet. Hentet 12.11.2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/meldeordningen-etter-3-3-i-spesialisthelsetjenesteloven-avvikles>

Helsedirektoratet. (2019b). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Helsedirektoratet. Hentet 03.02.2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/> /attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf

Helsedirektoratet. (2021a). *Pasientskader i Norge 2020 - Målt med Global Trigger Tool*.

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge-2020-malt-med-global-trigger-tool/Pasientskader%20i%20Norge%202020%20-%20m%20med%20Global%20Trigger%20Tool.pdf/> /attachment/inline/776effa4-08ec-4d17-89d1-495214e9762f:f36bcf550e31c0a87501e952ee5d805a7e5bb1f9/Pasientskader%20i%20Norge%202020%20-%20m%20med%20Global%20Trigger%20Tool.pdf

Helsedirektoratet. (2021b). *Samdata spesialisthelsetjenesten. Sterk nedgang i antall oppholdsøgn i 2020*. Helsedirektoratet. Hentet 23.02.2022 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/samdata->

[somatikk/SOM%20Hfbo%20-%20Liggetid.pdf/attachment/inline/976c3dbe-1f98-41e2-a4a8-40451ba439f8:ddb5917535401684ce80a3f3cef0bbfdd3bc1e3f/SOM%20Hfbo%20-%20Liggetid.pdf](https://www.helsepersonell.no/medisinske-fag/somatikk/SOM%20Hfbo%20-%20Liggetid.pdf/attachment/inline/976c3dbe-1f98-41e2-a4a8-40451ba439f8:ddb5917535401684ce80a3f3cef0bbfdd3bc1e3f/SOM%20Hfbo%20-%20Liggetid.pdf)

Helsedirektoratet. (2021c, 09.02.2021). *Økning i bruk av dagkirurgi*. Helsedirektoratet. Hentet 20.03.2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/okning-i-bruk-av-dagkirurgi>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Helsetilsynet. (2021, 21.06.2021). *Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester (spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste og andre som yter helsetjenester)*. Helsetilsynet. Hentet 12.11.2021 fra <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/varsel-om-alvorlige-hendelser/virksomheter-som-yter--helse--og-omsorgstjenester-spesialisthelsetjenesten-kommunal-helse--og-omsorgstjeneste-og-andre-som-yter-helsetjenester/#toc-header-3>

Helsetilsynsloven. (2017). *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten* (LOV-2017-12-15-107). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2017-12-15-107>

Hjelen, W. (2018). Fagutvikling og forskning i operasjonssykepleien. I G. A. M. Dāvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg. utg., s. 45-61). Gyldendal akademisk. I trygge hender 24/7. (2021a, 24.03.2022). *Om pasientsikkerhet*. Helsedirektoratet. <https://www.itryggehender24-7.no/om-pasientsikkerhet>

I trygge hender 24/7. (2021b, 23.03.2022). *Slik måler vi omfanget av pasientskader ved somatiske sykehus i Norge*. Helsedirektoratet. Hentet 20.01.2022 fra <https://www.itryggehender24-7.no/malinger/global-trigger-tool-gtt/slik-maler-vi-omfanget-av-pasientskader-ved-somatiske-sykehus-i-norge>

Ingvarsdottir, E. & Halldorsdottir, S. (2018). Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scand J Caring Sci*, 32(2), 951-960. <https://doi.org/10.1111/scs.12532>

Jensen, E. & Kristiansen, T. (2017). *Norske systemer for melding av leiringssskade - et viktig arbeidsredskap i perioperativ sykepleie* [Master - Nord universitetet].

<https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/bitstream/handle/11250/2459170/JensenogKristiansen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Khong, B. P. C., Goh, B. C., Phang, L. Y. & David, T. (2020). Operating room nurses' self-reported knowledge and attitude on perioperative pressure injury. *Int Wound J*, 17(2), 455-465. <https://doi.org/10.1111/iwj.13295>

Kimsey, D. B. (2019). A Change in Focus: Shifting From Treatment to Prevention of Perioperative Pressure Injuries. *AORN J*, 110(4), 379-393. <https://doi.org/10.1002/aorn.12806>

Knudsen, J. S., Tangen, M. & Tversland, S. V. (2020). *Forebygging av leiringssskader og bruk av sjekklister for trygg kirurgi : Operasjonssykepleieres erfaringer med forebygging av leiringssskader og hvordan sjekklister for trygg kirurgi påvirker risikovurdering og peroperativ leiringsendring* [Master - Universitetet i Agder, Universitetet i Agder].

<https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/handle/11250/2682173>

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.

Lie, H. C., Juvet, L. K., Street, R. L., Gulbrandsen, P., Mellblom, A. V., Brembo, E. A., Eide, H., Heyn, L., Saltveit, K. H., Strømme, H., Sundling, V., Turk, E. & Menichetti, J. (2021). Effects of Physicians' Information Giving on Patient Outcomes: a Systematic Review. *J Gen Intern Med*, 37(3), 651-663. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07044-5>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.

Meld. St. 10 (2012–2013). (2012). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>



Monfre, J., Batchelor, F. & Skar, A. (2022). Improving Skin Assessment Documentation in the Electronic Health Record to Prevent Perioperative Pressure Injuries. *AORN J*, 115(1), 53-63. <https://doi.org/10.1002/aorn.13573>

Norsk pasientskadeerstatning. (2019, 24 januar 2020). *Undersøkelse av samsvar mellom NPE-saker og saker i sykehusenets meldesystemer*. Norsk pasientskadeerstatning. Hentet 10.11.2021 fra <https://www.npe.no/globalassets/dokumenter-pdf-og-presentasjoner/rapporter/2019-npe-saker-vs-meldesystem/2019-undersokelse-npe-saker-og-meldesystemer.pdf>

NOU 2015: 11. (2015). *Med åpne kort - Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. D. s.-o. serviceorganisasjon. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/daaed86b64c04f79a2790e87d8bb4576/no/pdfs/nou201520150011000dddpdfs.pdf>

NPUAP/EPUAP/PPPIA. (2014, 2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>

NSFLIS. (2017). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*. Norsk sykepleierforbund. Hentet 20.03.2022 fra <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/czwgg4sqZCCRzfiNDM56nSWsxIgGCkwVuoUe0fcXZ6NYPysIQb.pdf>

NSFLOS. (2015, 2015). *Operasjonssykepleierens ansvar - og funksjonsbeskrivelse*. NSFs landsgruppe av operasjonssykepleiere. Hentet 01.11.2021 fra <https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>

Oksavik, W. S. (2018). Samarbeid i team. I G. A. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg. utg., s. 203-217). Gyldendal akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Pasientjournalforskriften. (2019). *Forskrift om pasientjournal* (FOR-2019-03-01-168).

Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-01-168>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Wolters Kluwer.

Rasmussen, G., Wangen, M. G. & Torjuul, K. (2015). Ikke-tekniske ferdigheter i utøvelsen av operasjonssykepleie. *Non-technical skills in operating room nursing practice*, (4), 397-410.

Reine, E. (2018). Pasientoverføring etter kirurgi. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (3. utg. utg., s. 159-170). Universitetsforlaget.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61).

Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

Spruce, L. (2017). Back to Basics: Preventing Perioperative Pressure Injuries. *AORN J*, 105(1), 92-99. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.10.018>

Stavrianopoulos, T. (2012). The development of patient safety culture. *Health Science Journal*, 6(2), 201-211.

Stoyanova, R., Dimova, R., Torniyova, B., Mavrov, M. & Elkova, H. (2021). Perception of patient safety culture among hospital staff. *Zdr Varst*, 60(2), 97-104.

<https://doi.org/10.2478/sjph-2021-0015>

Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet : sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal.

Universitetet i Agder. (2021). *Nye vurderingsformer i klinisk praksis* [Brosjyre].

Webster, J., Lister, C., Corry, J., Holland, M., Coleman, K. & Marquart, L. (2015). Incidence and risk factors for surgically acquired pressure ulcers: A prospective cohort study investigators. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 42(2), 138-144.

<https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000092>

Woodfin, K., Johnson, C., Parker, R., Mikach, C., Johnson, M. & McMullan, S. (2018). Use of a Novel Memory Aid to Educate Perioperative Team Members on Proper Patient Positioning Technique. *AORN J*, 107(3), 325-332. <https://doi.org/10.1002/aorn.12075>

World Health Organization. (2005). *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems* (WHO/EIP/SPO/QPS/05.3). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization. (2009). *WHO guidelines for safe surgery 2009 : safe surgery saves lives*. World Health Organization. Hentet 20.01.2021 fra [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_eng.pdf;jsessionid=1CC31CAF8654DBC5430C698566DC8E27?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf;jsessionid=1CC31CAF8654DBC5430C698566DC8E27?sequence=1)

Aase, K. & Wiig, S. (2018). Læring og uønskede hendelser. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (3. utg. utg., s. 101-115). Universitetsforlaget.

## Vedlegg 1. Søkehistorikk

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S19	(Experien* OR Opinio* OR Feedback*) AND (S17 AND S18)	Limiters - Peer Reviewed; English Language Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	19
S18	Experien* OR Opinio* OR Feedback*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	2,313,895
S17	S15 AND S16	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	101
S16	Pressure N1 (injur* OR ulcer* OR sore*)	Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 20120101-20211231; English Language Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	6,418
S15	(scrub* OR theatr* OR operating or surg* or intra-operativ* or intraoperative*) N5 nurs*	Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 20120101-20211231; English Language Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	4,547
S14	(Injur*) AND (S10 AND S11 AND S12 AND S13)	Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 20120101-20211231; English Language Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	7
S13	Injur*	Limiters - Peer	Interface - EBSCOhost	296,752

		Reviewed; English Language Search modes - Boolean/Phrase	Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	
S12	(Intraoperativ* OR Intra- operativ* OR Operating room* OR OR*)	Limiters - Peer Reviewed; English Language Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	1,048,382
S11	(Professional accountabil* OR patient safe*)	Limiters - Peer Reviewed; English Language Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	85,008
S10	(scrub* OR theatr* OR operating or surg* or intra-operativ* or intraoperative*) N5 nurs*	Limiters - Peer Reviewed; English Language Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	10,636
S9	S1 AND S2 AND S3	Limiters - Peer Reviewed; English Language Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	8
S8	S1 AND S2 AND S5 AND S6	Limiters - Peer Reviewed; English Language Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	6
S7	S1 AND S2 AND S4 AND S5	Limiters - Peer Reviewed; English Language Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	43
S6	scrub* nurs* OR operativ* nurs* OR surg* nurs* OR theatr* nurs*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	32,005
S5	patient*	Limiters - Peer Reviewed; English Language	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced	2,003,616

		Search modes - Boolean/Phrase	Search Database - CINAHL;MEDLINE	
S4	risk* factors*	Limiters - Peer Reviewed; English Language Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	444,905
S3	nurs* report* OR feedback* OR nurs* assessment* OR nurs* respons*	Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 20130101- 20221231; English Language Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	43,450
S2	position* injury* OR nerve* injury* OR compartment syndrom* OR pressure* injury*	Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 20130101- 20221231; English Language Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	6,996
S1	periofer* OR peroper*	Limiters - Peer Reviewed; Published Date: 20130101- 20221231; English Language Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL;MEDLINE	23,347

## Vedlegg 2. Oversikt over noen artikler inkludert i oppgaven

Nedenfor er noen eksempler på en skjematisk fremstilling av hvordan vi har kvalitetsvurdert artiklene før de ble inkludert i oppgaven.

Author, year of publication, journal, country	Title	Purpose of the study	Method	Population	Findings/Results Conclusion?	Quality ranking	Recommended further research
Bauer et. al. 2014 Langenbeck's Archiv für Chirurgie Germany	«Survey of compartment syndrome of the lower extremity after gynecological operations»	The study was aimed to investigate incidence, circumstances and consequences of acute compartment syndrome. By collecting data from department of Obstetrics and Gynecology in Germany.	Retrospective observational study.  24-item questionnaire to 168 gynecological departments.	Total 59 questionnaires (35%) were returned for analysis.	Based on the collected data, the incidence of postoperative compartment syndrome (CS) ranging between 0,067% and 0.28%. All reported cases of postoperative CS occurred after surgeries lithotomy (LT) position, 57,1% of cases occurred after laparoscopic procedures and 76,2% after procedures longer than 4 h.	Q1	Despite the long tradition of performing gynecological surgery in LT position, its use requires a proper indication and should be limited to procedures that cannot be performed in supine position such as procedures requiring vaginal access. We see a clear need for guidelines and recommendations by an expert committee.
Bouyer-Ferullo, S. 2013 AORN Journal United States	«Preventing Perioperative Peripheral Nerve Injuries»	To provide perioperative nurses with the required knowledge to implement strategies to help prevent peripheral nerve injuries (PNI) in perioperative patients.	Literature review.		The use of a preoperative assessment tool to identify at-risk patients, collaboration between physical an operating room staff members regarding patients positioning, and neurophysiological monitoring can help prevent peripheral nerve injuries.	Q1	Nurses should collaborate with other surgical team members to establish a protocol for identifying patients at risk for PNI and determine a standard for their care and reporting the injuries.
Bulfone et. al. 2018 Advances in Skin & Wound Care United States	«Perioperative Pressure Injuries: A Systematic Literature Review»	Investigate risk factors, incidence and preventive strategies for perioperative pressure injury.	Systematic literature review.	11 articles met the inclusion criteria.	The risk assessment and pressure injury (PI) classification instruments used differed in every study. Incidence of PI varied throughout the studies and was reduced by warming therapy and by a skin care intervention program.		Further studies are necessary to develop a standard risk assessment instrument and preventive strategies and to clarify some contradictions evident in the literature.
DiCuccio, M. H. et. al. 2020 The Journal of nursing administration United States	«Cracking the code for quality: The interrelationship of culture, nurse demographics, advocacy and patient outcomes»	The aim of this study was to describe the complex relationships among patient safety culture, nurse demographics, advocacy, and patient outcomes.	Correlational cross-sectional design with secondary data analysis.	A convenience sample of 1045 nurses from 40 medical/surgical units was analyzed.	Significant findings included a positive correlation between patient safety culture and advocacy and a negative correlation between safety culture, advocacy, and years of experience as a nurse. Newer nurses were more positive about safety culture and advocacy, whereas experienced nurses were overall less positive.	Q1/Q2	Additional research is needed to better understand the complex relationship between the safety culture, advocacy, and the patient outcomes achieved.
Ingyarsdottir, E. & Halldorsdottir, S. 2018 Scandinavian Journal of Caring Sciences	«Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses»	The aim of this study was to identify, from the perspective of experienced operating theatre nurses (OTNs), how patient safety in the operating theater (OT) can be enhanced.	Phenomenological study  Individual interviews	14 individual interviews were conducted with a purposive sample of 11 participants: ten women and one man. Work experience as an OTN spanned 10-40 years. Mean	The research findings indicate that training in cognitive and social skills of OTNs can be strengthened in order to enhance the safety of OT patients. The study provides insight into working conditions in OTs, and this information could be used as part of an important discussion about safety	Q2	Research findings indicate that deeper analysis could be explored within OTs, which could include the analysis of unexpected incidents, documentation of those and their processing to enhance patient safety in the OT.

United Kingdom				experience was 16 years.	culture and work atmosphere in OTs.		
Gill et. al. 2019 The British Journal of Surgery United States	«Avoiding, diagnostic and treating well leg compartment syndrome after pelvic Surgery»	The purpose of this guideline is to clarify the nature of this condition and summarize the available evidence regarding pathogenesis, to ensure that appropriate arrangements can be made for prevention, early diagnosis and effective treatment.	A systematic <u>analyse</u> of available peer reviewed literature.		These guidelines encompass the risk factors, <u>diagnosis</u> and management of the condition. Key recommendations for the adoption of perioperative strategies to facilitate prevention and effective treatment of well leg compartment syndrome are presented.	Q1	
Khong, B. P. C., Goh, B. C., Phang, L. A. & David, T. 2020 International wound journal United Kingdom	«Operating room nurses' self-reported knowledge and attitude on perioperative pressure injury»	The study examined the knowledge and skills of operating room (OR) nurses.	A cross-sectional, prospective, descriptive study	264 OR nurses. Female (99%), mean age 38,4 +/- 12,9 years.	The prevalence an incidence study examined the local hospital-acquired operating room-related pressure injury's (ORPI) and heightened the system issues surrounding ORPI. The OR nurses have yet to recognize pressure injury's (PI) as an adverse event demanding priority in prevention and management while caring for surgical patients. There is a lack of awareness of ORPI as an adverse event. Although the attitudes of the local OR nurses may be acceptable, their knowledge of PI	Q1	There is a need to develop or incorporate a risk screening and assessment with a management (prevention and treatment) tool into the current assessment tool for ORPI risk and continued reassessment.
					prevention and management remained inadequate.		
Monfils, J. et. al. 2022 AORN Journal United States	«Improving skin assessment documentation in the electronic health record to prevent perioperative pressure injuries»	Perioperative leaders at a pediatric trauma hospital initiated an examination of the existing processes for pressure injury prevention.	They assembled a workgroup who applied a proven change management framework to guide their efforts.		The workgroup identified a critical gap in the documentation features in the electronic health record: nurses were unable to communicate skin assessment and pressure injury information easily and consistently across services. The workgroup developed, trialed, and implemented updated documentation fields.	Nivå 1 (register over vitenskabelige publikationer)	The workgroup and perioperative leaders anticipate that these improvements will evolve as the research and technology continues to advance and patients present with greater challenges in the OR.
Webster, J. et. al. 2015 Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing United States	«Incidence and risk factors for surgically acquired pressure ulcers: A prospective cohort study Investigators»	To assess the incidence of hospital-acquired, surgery-related pressure injury (ulcers) and identify risk factors for these injuries.	A <u>prospective cohort study</u> .	534 adult <u>patient</u> booked for any surgical procedure expected to last more than 30 minutes were included.	Risk factors associated with surgery-related pressure injuries were similar to non-surgically related risks and included older age, skin condition, and being admitted from a location other than one's own home. Length of surgery was not associated with pressure ulcer development in this cohort.	Q1	Comprehensive education about pressure ulcers may not be included in nursing programs, so it is important that such education is provided in the workplace. Especially where the incidence of pressure ulcers is low, any future cohort studies will require large sample sizes to confirm predictors of pressure ulcers



## Vedlegg 3. Intervjuguide

### Intervjuguide - Operasjonssykepleier «Tilbakemelding til avdelingsleder og operasjonssykepleiere ved oppståtte leiringsskader»

#### Innledning:

- Ønsker deg velkommen til intervjuet og takker for at du har satt av tid til å delta i studien
- Presenterer oss: Maiken Wold og Signe Kristine Tobiassen, operasjonssykepleierstudenter ved Universitetet i Agder.
- Formålet med denne studien er å kartlegge hvordan operasjonssykepleier får tilbakemelding ved leiringsskader og om de opplever at tilbakemeldingen de får er tilstrekkelig.
- Vi vil informere om taushetsplikt i forhold til deltaker og presiserer at data som kommer frem under dette intervjuet vil bli behandlet konfidensielt, anonymisert og avidentifisert. Det vil bli gjort lydopptak under intervjuet og observatør vil ta notater.
- Vi vil også informere om din taushetsplikt overfor pasienter og at den må opprettholdes under intervjuet. Som deltaker/informant kan du ikke gi oss opplysninger som kan identifisere en enkelt pasient eller pårørende, indirekte eller direkte. Identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates.
- Da vil vi straks starte opptak av intervjuet. Har du noen spørsmål før vi starter?
- Bekrefte mottatt samtykkeskjema og at vi har fått det tilbake med signatur.

1. Kan du beskrive hvordan man får tilbakemelding etter en leiringsskade ved din arbeidsplass?
  - Hvor får dere tilbakemelding fra?
  - Er det noen andre fra institusjonen som får tilbakemelding etter leiringsskade? (eks kirurg)
  - Hvilke tanker gjør du deg rundt at dere ikke får tilbakemelding ved leiringsskader?
  - Hvordan ser du for deg at det vil være hensiktsmessig å få tilbakemelding etter en oppstått leiringsskade?
2. Kan du fortelle litt om hvordan en tilbakemelding blir håndtert etter man har fått melding om en leiringsskade.
  - Hvilke tanker gjør du deg rundt å få tilbakemelding ved oppståtte leiringsskader?
  - Hvordan blir operasjonssykepleier informert?
  - Tar man dette opp i plenum?
  - Hvilke tiltak blir satt i gang etter tilbakemeldingen?
    - Hva synes du er positivt med denne formen for tilbakemelding?
    - Hva synes du er negativt med denne formen for tilbakemelding?
    - Opplever du tilbakemeldingen som tilstrekkelig?

- Hvorfor/hvorfor ikke?

Kan du forteller hvordan du kunne ønske at en tilbakemelding ble håndtert etter melding om leiringsskade

- Hvilke tanker gjør du deg dersom du hadde fått tilbakemelding på oppståtte leiringsskader?
- Hvordan tenker du at operasjonssykepleier burde motta informasjon etter en leiringsskade?
- Hva tenker du om å ta opp oppståtte leiringsskader i plenum, på personalmøte for eksempel?
- Hvilke tiltak tenker du at en slik tilbakemelding kunne ført til?
  - Hva synes du er positivt med tilbakemelding?
  - Hva synes du er negativt med tilbakemelding?

3. Kan du nevne en episode der du fikk tilbakemelding på at det var oppstått en leiringsskade postoperativt.
  - Hvordan fikk du beskjed om dette?
  - Førte denne hendelsen til endring?
4. Har det oppstått situasjoner der du var usikker på leiringen og skulle ønske du hadde fått tilbakemelding postoperativt?
  - Hvordan er kulturen i din avdeling i forhold til å skrive avvik ved slike hendelser?
  - Hvordan kan du få tak i informasjon om dette?
5. Er det noe vi ikke har spurt om, men som du mener er viktig/relevant?

### Intervjuguide - leder

«Tilbakemelding til avdelingsleder og operasjonssykepleiere ved oppståtte leiringsskader»

#### Innledning:

- Ønsker deg velkommen til intervjuet og takker for at du har satt av tid til å delta i studien
- Presenterer oss: Maiken Wold og Signe Kristine Tobiassen, operasjonssykepleierstudenter ved Universitetet i Agder.
- Formålet med denne studien er å kartlegge hvordan operasjonssykepleier får tilbakemelding ved leiringsskader og om de opplever at tilbakemeldingen de får er tilstrekkelig.
- Vi vil informere om taushetsplikt i forhold til deltaker og presiserer at data som kommer frem under dette intervjuet vil bli behandlet konfidensielt, anonymisert og aidentifisert. Det vil bli gjort lydopptak under intervjuet og observatør vil ta notater.
- Vi vil også informere om din taushetsplikt overfor pasienter og at den må opprettholdes under intervjuet. Som deltaker/informant kan du ikke gi oss

opplysninger som kan identifisere en enkelt pasient eller pårørende, indirekte eller direkte. Identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates.

- Da vil vi straks starte opptak av intervjuet. Har du noen spørsmål før vi starter?
- Bekrefte mottatt samtykkeskjema og at vi har fått det tilbake med signatur.

1. Kan du beskrive hvordan man får tilbakemelding etter en leiringsskade ved din arbeidsplass?

- Hvor får dere tilbakemelding fra?
- Er det noen andre fra institusjonen som får tilbakemelding etter leiringsskade? (eks kirurg)
- Hvilke tanker gjør du deg rundt at dere ikke får tilbakemelding ved leiringsskader?
- Hvordan ser du for deg at det vil være hensiktsmessig å få tilbakemelding etter en oppstått leiringsskade?

2. Kan du fortelle litt om hvordan en tilbakemelding blir håndtert etter man har fått melding om en leiringsskade.

- Hvilke tanker gjør du deg rundt å få tilbakemelding ved oppståtte leiringsskader?
- Hvordan blir operasjonssykepleier informert?
- Tar man dette opp i plenum/på personalmøter?
- Hvilke tiltak blir satt i gang etter tilbakemeldingen?
  - Hva synes du er positivt med denne formen for tilbakemelding?
  - Hva synes du er negativt med denne formen for tilbakemelding?
  - Opplever du tilbakemeldingen som tilstrekkelig?
    1. Tror du operasjonssykepleier opplever tilbakemeldingen som tilstrekkelig?
      - a. På hvilken måte?

Kan du forteller hvordan du kunne ønske at en tilbakemelding ble håndtert etter melding om leiringsskade

- Hvilke tanker gjør du deg dersom du hadde fått tilbakemelding på oppståtte leiringsskader?
- Hvordan tenker du at operasjonssykepleier burde motta informasjon etter en leiringsskade?
- Hva tenker du om å ta opp oppståtte leiringsskader i plenum, på personalmøte for eksempel?
- Hvilke tiltak tenker du at en slik tilbakemelding kunne ført til?
  - Hva synes du er positivt med tilbakemelding?
  - Hva synes du er negativt med tilbakemelding?

3. Har det oppstått situasjoner der operasjonssykepleier ønsker å få tilbakemelding på eventuelle leiringsskader, etter et kirurgisk inngrep?
  - Blir det satt i gang noen tiltak for å forsøke å innhente denne informasjonen?
  - Hvilke tiltak blir satt i gang for å innhente denne informasjonen?
  
4. Hvordan er systemet rundt kvalitetssikring i forhold til leiring og leiringsskader hos dere?
  - Hvordan arbeider dere ut ifra kvalitetssirkelen?
  
5. Er det noe vi ikke har spurt om, men som du mener er viktig/relevant?

## Vedlegg 4. Samtykkeerklæring og informasjonsskriv

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

«Tilbakemelding til avdelingsleder og operasjonssykepleiere ved oppståtte leiringsskader»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvordan operasjonssykepleier opplever å få tilbakemelding ved leiringsskader. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med dette masterprosjektet er å kartlegge hvordan operasjonssykepleier får tilbakemelding ved leiringsskader og om de opplever at tilbakemeldingen de får er tilstrekkelig. For å kunne forbedre tjenesten og forebygge uønskede hendelser er man avhengig av å få tilstrekkelig tilbakemelding. Gjennom dette prosjektet kan man utforske muligheter til å forbedre tilbakemelding i klinisk praksis.

Problemstilling: På hvilken måte opplever operasjonssykepleier å få tilbakemelding ved leiringsskader og oppleves den tilbakemeldingen de får som tilstrekkelig?

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Universitetet i Agder ved førstelektor Linda Mihaila Hansen (veileder)  
Universitet i Agder ved Maiken Wold (masterstudent, spesialsykepleie fordypning operasjon)  
Universitetet i Agder ved Signe Kristine Tobiassen (masterstudent, spesialsykepleie fordypning operasjon)

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Utvalget til denne studien består av operasjonssykepleiere med lang yrkeserfaring (over 5 år) og avdelingsledere ved operasjonsavdeling. Du mottar dette informasjonsskrivet fordi du faller innenfor en eller flere av disse gruppene.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Dersom du velger å delta i prosjektet innebærer det at du takker ja til å delta i et intervju. Intervjuet vil bli gjennomført via digital arena, slik som Zoom eller Skype, etter at du har samtykket til å være med i prosjektet. Intervjuet vil ta fra 30 min til 1 time. Intervjuet inneholder spørsmål fra en intervjuguide hvor vi kommer innom ulike tema rundt operasjonssykepleiers oppfatning av tilbakemelding ved leiringsskader. Intervjuet vil bli gjennomført med bruk av lydopptak for at vi bedre skal kunne forstå og analysere dataene. Intervjuet blir gjennomført av masterstudentene Maiken Wold og Signe Kristine Tobiassen.

#### **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. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Kun ansvarlige studenter og veileder for dette prosjektet vil ha tilgang til disse opplysningene.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i slutten av april 2022. Opplysningene arkiveres for bruk til mulig senere forskning.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

### **Dine rettigheter**

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

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

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

- Universitetet i Agder ved Førstelektor Linda Iren Mihaila Hansen (veileder), tlf 98 09 01 72, epost: [linda.hansen@uia.no](mailto:linda.hansen@uia.no).
- Universitetet i Agder ved Maiken Wold (masterstudent), tlf 97 61 53 92, epost: [maikenw@uia.no](mailto:maikenw@uia.no)
- Universitetet i Agder ved Signe Kristine Tobiassen (masterstudent), tlf 98 64 38 63, epost: [signekristinetobiassen@gmail.com](mailto:signekristinetobiassen@gmail.com)
- Vårt personvernombud: Johanne Warberg Lavold, tlf 38 14 13 28, epost: [personvernombud@uia.no](mailto:personvernombud@uia.no)
- Dersom du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:  
NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personvertjenester@nsd.no](mailto:personvertjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Linda Iren Mihaila Olsen  
(Førstelektor/veileder)

Maiken Wold og Signe Kristine Tobiassen  
(Studenter)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Tilbakemelding til operasjonssykepleier ved leiringsskader», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Å delta i intervju
- At anonymiserte data fra intervjuet kan benyttes til eventuell publisering
- At det blir tatt lydopptak under intervjuet
- At anonymiserte data kan brukes videre i senere forskning

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 5. Godkjenning NSD

Referansenummer  
913451

16.09.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 16.09.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET** Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 21.12.2022.

**LOVLIG GRUNNLAG** Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

**TAUSHETSPLIKT** Siden utvalget har taushetsplikt er det svært viktig at intervjuene gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og informanter har sammen ansvar for dette, og bør innledningsvis i intervjuene drøfte hvordan dette skal håndteres. Vi minner om at informantene dine ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkelt pasient eller pårørende, direkte eller indirekte. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksomme på at identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates og at dere er forsiktige ved å bruke eksempler under intervjuene.

**PERSONVERNPRINSIPPER** NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: · lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen · formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål · dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet · lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

**DE REGISTRERTES RETTIGHETER** Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER** NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.



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

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET** NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 6. Godkjenning FEK



Signe Kristine  
Tobiassen

Besøksadresse:  
Universitetsveien 25  
Kristiansand

Ref: [object Object]

Tidspunkt for godkjenning: : 22/11/2021

### **Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - «Tilbakemelding til avdelingsleder og operasjonssykepleiere ved oppståtte leiringsskader»**

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

FEK godkjenner søknaden under forutsetning av at prosjektet gjennomføres som beskrevet i søknaden.

FEK kommenterer det i infoskrivet må det korrigeres kontaktinfo til UiAs fungerende personvernombud som nå er: Johanne Warberg Lavold; epost: [personvernombud@uia.no](mailto:personvernombud@uia.no), telefon 38 14 13 28 (<https://www.uia.no/kk/profil/johannewl>).

Hilsen  
Forskningsetisk komite  
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap  
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER  
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND  
TELEFON 38 14 10 00  
ORG. NR 970 546 200 MVA - [post@uia.no](mailto:post@uia.no) -  
[www.uia.no](http://www.uia.no)

FAKTURAADRESSE:  
UNIVERSITETET I AGDER,  
FAKTURAMOTTAK  
POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO

## Vedlegg 7. Godkjenning sykehusene

[REDACTED]	[REDACTED]
	Postadresse: [REDACTED]
<b>PERSONVERNOMBUDETS UTTAELSE</b>	Sentralbord: 02770
Til: Signe Kristine Tobiassen og Maiken Wold (UIA)	Org.nr: NO [REDACTED]
Fra: Personvernombudet ved [REDACTED]	www. [REDACTED]
Dato: 16.12.2021	
Saksnummer: 21/26336	

### **Personvernombudets uttalelse til innsamling og behandling av personopplysninger for forskning i prosjektet:**

#### **«Tilbakemelding til avdelingsleder og operasjonssykepleiere ved oppståtte leiringsskader»**

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i helse- og personvernlovgivningen.

Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Forskningsansvarlig / databehandlingsansvarlig er Universitetet i Agder.
2. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
3. Studien er godkjent av aktuelle avdelingsledere ved [REDACTED]
4. Prosjektet er forelagt NSD.
5. Studien er frivillig og samtykkebasert.
6. Data lagres avidentifisert. Kryssliste som kobler avidentifiserte data med personopplysninger lagres separat og avlåst.
7. Data slettes eller anonymiseres etter prosjektslutt.
8. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette.

Med hilsen

[REDACTED]  
[REDACTED]  
Personvernombud  
[REDACTED] sykehus HF  
Direktørens stab | Personvern



**SV: 21/11105-1 - Søknad om datainnsamling - Masteroppgave - Tilbakemeldinger til operasjonssykepleier ved leiringskader - Maiken Wold og Signe Kristine Tobiassen**

[Redacted]  
Til: Signe Kristine Tobiassen <signekristinetobiassen@gmail.com>

25. november 2021 kl. 15:15

Hei

Informasjonssikkerhetsansvarlig har godkjent:

Søknaden tilrådes

OBS I søknaden nevnes Zoom el Skype som verktøy. Informer søker om at Zoom bør unngås, kun tilgjengelig for ansatte som har søkt. Teams fungerer også.

Mine noteringer ved gjennomlesning:

Intervjuer med ansatte via nettmøte. Samtaler tas opp og transkriberes. Data behandles aidentifisert og lagres på server ved UiA. Lydfiler oppbevares innelåst. Disse krypteres når de inneholder sensitive opplysninger (ref protokoll s 11). Kodeliste oppbevares separat. Informasjonsskrivet er utfyllende. Nevner bruk av Zoom eller Skype

Da kan dere starte datainnsamling i [Redacted]

Lykke til med datainnsamlingen.

Mvh [Redacted]

**Fra:** [REDACTED]  
**Sendt:** 25. november 2021 08:51  
**Til:** 'Signe Kristine Tobiassen' <signekristinetobiassen@gmail.com>  
**Emne:** SV: 21/11105-1 - Søknad om datainnsamling - Masteroppgave - Tilbakemeldinger til operasjonssykepleier ved leiringskader - Maiken Wold og Signe Kristine Tobiassen

Hei

Enhetsleder i [REDACTED] har godkjent datainnsamling.

Personvernombud skriver:

**16.09.2021 – NSD Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 16.09.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

78

**Se i samme vurdering det som sies under taushetsplikt i prosjektet:**

Siden utvalget har taushetsplikt er det svært viktig at intervjuene gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og informanter har sammen ansvar for dette, og bør innledningsvis i intervjuene drøfte hvordan dette skal håndteres. Vi minner om at informantene dine ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkelt pasient eller pårørende, direkte eller indirekte. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksomme på at identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates og at dere er forsiktige ved å bruke eksempler under intervjuene.

Det står at alt skal anonymiseres uten at det er beskrevet hvordan. Forutsetter at lydopptak og kodelister slettes når alt er godkjent.

Behandlingen kan starte.

Nå venter dere på svar fra enhetsleder på operasjon i [REDACTED] og informasjonssikkerhetsleder.

Mvh [REDACTED]

## Vedlegg 8. Arbeidsfordeling

Vi har begge bidratt på lik linje i arbeidet med denne masteroppgaven.

Vi har fordelt noen deler av oppgaven mellom oss, men har i ettertid gått gjennom teksten sammen og redigert denne til en sammenhengende tekst. Analyse, diskusjon og konklusjon ble skrevet sammen. Vi føler begge derfor et likt eierskap til masteroppgaven.