



Pasientleiring i den perioperative perioden

“Pasientleiring – kunsten ligger under operasjonsdekket!”

En kvalitativ studie om operasjonssykepleiernes erfaringer vedrørende utøvelsen av pasientleiring til voksne operasjonspasienter.

Ann-Cathrin Haugenes

VEILEDERE:

Berit Johannessen (Andre veileder)
Åshild Slettebø (Første veileder)

Universitetet i Agder, 2018
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
Institutt for helse- og sykepleievitenskap
Antall ord: 19939



FORORD

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en lang læreprosess, hvor jeg har blitt beriket med en bedre forståelse av operasjonssykepleiernes erfaring vedrørende utøvelsen av pasientleiring til voksne operasjonspasienter gjennom det kirurgiske inngrepet. Gjennom utførelsen av dette masterprosjektet har jeg også fått en bedre forståelse av hvor omfattende et forskningsprosjekt er. Jeg har også fått en bedre innsikt i hvordan man skal gå frem for å få gjennomført et forskningsprosjekt, samt hvordan en kan strukturere prosjektgjennomførelsen.

Denne masteroppgaven kunne ikke latt seg gjennomføre uten informanter, og i den anledning vil jeg takke mine seks informanter for at dere gav meg deres frivillige samtykke til å delta i studien. Tusen takk! Jeg vil også rette en takk til mine to fremtidige arbeidskollegaer for at jeg fikk lov til å utføre pilotintervjuer av dere. Jeg sett stor pris på deres hjelp. Takk skal dere ha.

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært et ensomt prosjekt. Jeg vil derfor takke min kjære storebror for motivering, gode råd og samtaler, hvor jeg har fått muligheten til å snakke fag.

Jeg vil til slutt takke min familie for at de har klart å holde ut med meg dette året. Takk!

Sammendrag

Prosjektets bakgrunn: Utøvelsen av en sikker og forebyggende leiringsposisjon betraktes som en viktig oppgave for operasjonssykepleiere. Dette på bakgrunn av at leiringsposisjonen kan påføre operasjonspasienten leiringskader. Tidligere forskning baserer seg på leiringsutøvelses forebyggende perspektiv, men det eksisterer lite forskning på operasjonssykepleiernes erfaringer tilknyttet leiring gjennom perioperative perioden.

Hensikt og problemstilling: Hensikten med studien var å utforske og beskrive operasjonssykepleiernes erfaringer tilknyttet utøvelsen av pasientleiring under det kirurgiske inngrepet. Studien utforsker problemstillingen «*Hvordan erfarer operasjonssykepleiere utøvelsen av pasientleiringen til voksne operasjonspasienter gjennom det kirurgiske inngrepet?*»

Metode: Det er valgt en kvalitativ tilnærming, med inspirasjon fra det fenomenologiske-hermeneutiske perspektivet for besvarelsen av problemstillingen, og det er gjennomført semistrukturerte intervjuer av seks operasjonssykepleiere på to sykehus i Helse Sør-Øst. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av analysestrategien systematisk tekstkondensering.

Resultat: Informantene erfarte at informasjon og utstyr gir kvalitet for leiringsutøvelsen, mens praktisk omsorg med kommunikasjon beskytter den voksne operasjonspasienten i leiringsutøvelsen. De erfarte også at tverrfaglig samarbeid og ansvar påvirket leiringsutøvelsens kvalitet. Informantene erfarte også at faglige vurderinger og dokumentasjon gav leiringskvalitet og behandlingskontinuitet, samt at leiringsforebyggelse gjennom inngrepet hadde en verdi. Forebyggelsen av overvektige pasientene ble derimot erfart som en utfordring under inngrepet.

Konklusjon: Operasjonssykepleiere erfarte at utøvelsen av pasientleiringen til de voksne operasjonspasienter gjennom det kirurgiske inngrepet er komplekst. De tilstrebet å utøve en optimal og forebyggende leiringsposisjonering av den voksne operasjonspasienten gjennom det kirurgiske inngrepet.

Nøkkelord: Perioperativ periode, leiring, operasjonssykepleie, erfaring, pasientsikkerhet.

Abstract

Background: The practice of a safe and preventive positioning is considered as an important task for theater nurses. This because patient positioning can cause injuries. Existing research is based on the preventive aspect of patient positioning. There is however little research based on theatre nurse's experiences on patient positioning during the perioperativ period.

Purpose and research question: The purpose was to explore and describe the theater nurse's experiences associated with the practice of patient position during the surgical procedure. The research question was «*How do theater nurses experience the practice of patient positioning for adult surgery patients throughout the surgical procedure?*»

Method: A qualitative method with inspiration form the phenomenological-hermeneutic perspective, was selected to answer the research question. Semi-structured interviews have been conducted with six theater nurses at to Norwegian hospitals in "Helse Sør-Øst" region. The interview data was analyzed using systematic text condensation.

Results: They experienced information and equipment important regarding the positioning quality, while practical care with communication protects the patient. They also experienced that team-collaboration had a value, but the main responsibility was theirs. Professional assessment and documentation gave quality was another experience, as well as preventing during the surgery was of value.

Conclusion: Theater nurses experienced the practice of patient positioning of the adult patient throughout the surgery, as complicated and multifactorial. They use their experiences to provide the patient with a preventive and safe positioning.

Keywords: perioperative period, patient position, experience, theater nurse, patient safety.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Masteroppgavens hensikt	2
1.3 Masteroppgavens problemstilling	2
1.4 Avklaringer og avgrensinger	2
1.5 Masteroppgavens videre oppbygging	3
2.0 TEORETISK FORANKRING	4
2.1 Operasjonssykepleierens funksjon og ansvarsbeskrivelse – Terapeutisk ansvar	4
2.2 Pasientleiring – leiring av operasjonspasienten	5
2.2.1 Leiringens planlegging og leiringsutøvelsens samarbeid	6
2.2.2 Faktorer av betydning for pasientleiringen	6
2.2.3 Kort om leiringskader og leiringsforebygging	7
2.3 Den medmenneskelige omsorgsrelasjonen	8
2.4 Medmenneskelighet gjennom kommunikasjon	9
3.0 TIDLIGERE FORSKNING OG AKTUELL LITTERATUR	10
3.1 Presentasjon av tidligere forskning og aktuell litteratur	10
3.1.1 Leiring og utøvelsens omsorgsside.....	10
3.1.2 Operasjonsteamets leiringssamarbeid.....	11
3.1.3 Leiringskomplikasjoner og medfølgende forebygging	11
4.0 METODE	12
4.1 Kvalitativ metode	12
4.1.1 Inspirasjon fra den fenomenologiske-hermeneutiske tilnærmingen	13
4.2 Forskerens forforståelse	13
4.3 Utvalg	14
4.3.1 Rekruttering.....	15
4.4 Det semistrukturerte intervjuet	16
4.4.1 Intervju forberedelser.....	16
4.4.2 Intervjugjennomføring	17
4.4.3 Transkripsjon av intervjuene	18
4.5 Analyse	19
4.5.1 Trinn en – helhetsinntrykket	19
4.5.2 Trinn to – fra tema til kodesortering av de meningsbærende enheter	19
4.5.3 Trinn tre – abstraherer meningsinnholdet	21
4.5.4 Trinn fire – til beskrivelser og resultat.....	22
4.6 Forskningsetikk	23
4.6.1 Konfidensialitet	24
4.6.2 Informert samtykke.....	24
4.6.3 Konsekvenser ved deltakelse	25
4.6.4 Etske godkjenninger	25
5.0 PRESENTASJON AV FUNN	27
5.1 Karakteristisk beskrivelse av utvalget	27
5.2 Operasjonssykepleiere erfarer at informasjon og utstyr øker leiringskvaliteten	28
5.2.1 Pasientopplysninger har en verdi.....	28
5.2.2 Prosedyren gir veiledende informasjon	28
5.2.3 Leiringsutstyret er viktig.....	29
5.3 Operasjonssykepleiere erfarer at faglig vurdering og dokumentasjon gir leiringskvalitet	31

5.3.1 Faglig vurdering øker leiringskvaliteten.....	31
5.3.2 Dokumentasjon gir behandlingskontinuitet	31
5.4 Operasjonssykepleiere erfarer at forebyggelsen under inngrepet har en verdi.....	32
5.4.1 Reposisjon og observasjon reduserer skadeutvikling	32
5.4.2 Overvekt utfordrer forebyggelsen.....	33
5.5 Operasjonssykepleiere erfarer at praktisk omsorg og kommunikasjon gir beskyttelse	34
5.5.1 Yter praktisk omsorg	34
5.5.2 Kommunikasjon formidler omsorg.....	35
5.6 Operasjonssykepleiere erfarer at tverrfaglig samarbeid og ansvar påvirker leiringskvaliteten.....	35
5.6.1 Tverrfaglig teamarbeid øker sikkerheten	35
5.6.2 Hovedansvaret for leiringen.....	37
6.0 DISKUSJON AV FUNN.....	38
6.1 Operasjonssykepleiere erfarer at praktisk omsorg og kommunikasjon gir beskyttelse i leiringsutøvelsen gjennom det kirurgiske inngrepet.....	38
6.2 Operasjonssykepleiere erfarer at informasjon og utstyr øker leiringskvaliteten i leiringsutøvelsen gjennom det kirurgiske inngrepet.....	43
6.3 Operasjonssykepleiere erfarer at tverrfaglig samarbeid og ansvar påvirker leiringskvaliteten i leiringsutøvelsen gjennom det kirurgiske inngrepet	47
6.4 Operasjonssykepleiere erfarer at forebyggelsen under inngrepet har en verdi i leiringsutøvelsen gjennom det kirurgiske inngrepet.....	49
6.5 Metodediskusjon om påliteligheten til denne studien	53
6.5.1 Validitet	53
6.5.2 Refleksivitet.....	55
6.5.3 Relevans	56
7.0 KONKLUSJON OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	57
7.1 Konklusjon	57
7.2 Forslag til videre forskning	58
7.3 Implikasjonsmulighet til eget praksisfelt	58
LITTERATUR.....	59
VEDLEGG 1 – SØKEHISTORIKK	1
VEDLEGG 2 – SØKETABELLER	1
VEDLEGG 3 – FEK GODKJENNING	1
VEDLEGG 4 – SØKNADSSKJEMA FOR VURDERING AV FEK.....	1
VEDLEGG 5 – FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I MASTERPROGRAM VED UNIVERSITETET I AGDER.....	1
VEDLEGG 6 – SAMTYKKEERKLÆRINGSSKJEMA.....	1
VEDLEGG 7 – INTERVJUGUIDE	1
VEDLEGG 8 – NSD GODKJENNING.....	1
VEDLEGG 9 – NSD: MELDESKJEMA SOM BLE GODKJENT	1
VEDLEGG 10 – GODKJENNING FRA SYKEHUS A	1
VEDLEGG 11 – GODKJENNING FRA SYKEHUS B	1
VEDLEGG 12 – REKRUTTERING.....	1

VEDLEGG 13 – PROSJEKTLOGG	1
VEDLEGG 14 – TABELLER FRA ANALYSEPROSESSEN.....	1

1.0 INNLEDNING

Dette er en masteroppgave tilknyttet studieprogrammet master i spesialsykepleie med spesialisering i operasjonssykepleie ved Universitetet i Agder. «*Pasientleiring – kunsten ligger under operasjonsdekket!*», er slagordet som har fulgt oppgaven både gjennom temavalget og i problemstillingsformuleringen. Kapittelet starter med en presentasjon for valg av tema. Det blir så en beskrivelse av studiens hensikt og problemstilling. Deretter blir det en kort beskrivelse og avklaring av enkelte ord, samt studiens avgrensninger. Avslutningsvis vil kapittelet beskrive masterprosjektets videre oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Dette masterprosjektet baserer seg på temaet pasientleiring i den perioperative perioden. Bakgrunnen for akkurat dette temavalget baserer seg på at den perioperative perioden består av tre essensielle faser som gradvis glir inn i hverandre inne på operasjonsstuen. Den første fasen er den preoperative fasen, og starter når det er besluttet at pasienten skal opereres og avsluttes når operasjonen har startet. Når operasjonen har startet og pasienten befinner seg på operasjonsbordet er man over i den perioperative fasen og denne fasen avsluttes først når pasienten er forflyttet til en postoperativ avdeling. Den postoperative fasen starter riktig nok etter at det kirurgiske inngrepet er avsluttet og i denne fasen overvåkes pasienten nøye, før videre overflytting til sengeposten (Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere (NSFLOS), 2014, s. 10-11). Innenfor disse fasene betegnes sykepleien for den perioperative sykepleie, og den innbefatter sykepleie i alle de nevnte fasene, og operasjonssykepleiere (koordinerende og steril utøver) befinner seg innenfor dette begrepet av sykepleie (Steelman, 2015, s. 1, 12 & 14). Sett i lys av dette foregår operasjonssykepleiernes leiringsutøvelse av operasjonspasienten gjennom alle leddene i den perioperative perioden.

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) (2017) bemerker at leiringskader fremdeles forekommer, men det er ulike årsaker til hvorfor slike skader oppstår. Forlenget/langvarig operasjonstid med manglende tiltak for bevegelse av ekstremiteter, dårlig polstring, eller ugunstig plassering av pasientens ekstremiteter er eksempler som påvirker, og kan være disponerende faktorer for utviklingen av leiringsskader. Det er spesielt operasjonspasientens armer og bein som fremstår mest skadeutsatte (NPE, 2017). Sett i lys av dette påpekes det av Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere (NSFLOS) (2015) at pasientsikkerheten skal sikres

gjennom det kirurgiske inngrepet, også i leiringsutøvelsen. Sett på bakgrunn av dette fikk en som operasjonssykepleierstudent et tidlig innblikk i å utøve en optimal og sikker leiringsutøvelse. Dette for å kunne ivareta operasjonspasienten gjennom det kirurgiske inngrepet. Leiring ble for mange operasjonssykepleiere oppfattet som en viktig arbeidsoppgave inne på operasjonsavdelingen. En fikk som operasjonssykepleierstudent derimot et inntrykk av at det eksisterer forskjellige erfaringer rundt dette leiringsfenomenet blant operasjonssykepleiere i den perioperative perioden. Sett på bakgrunn av dette ble det valgt å basere masterstudien på temaet pasientleiring i den perioperative perioden.

1.2 Masteroppgavens hensikt

Hensikten med denne studien er å utforske og beskrive operasjonssykepleiernes erfaringer når det kommer til utøvelse av pasientleiring under det kirurgiske inngrepet. Dette for å få en dypere forståelse av hva pasientleiring på operasjonsstuen innebærer. På den måten vil operasjonssykepleieren kunne gi god og forebyggende leiringsposisjonering for å ivareta pasientsikkerheten til operasjonspasienten.

1.3 Masteroppgavens problemstilling

Problemstillingen lyder:

«Hvordan erfarer operasjonssykepleiere utøvelsen av pasientleiringen til voksne operasjonspasienter gjennom det kirurgiske inngrepet?»

1.4 Avklaringer og avgrensinger

Denne masterstudien omhandler operasjonssykepleiernes erfaringer vedrørende utøvelsen av generell pasientleiringen. Studien vil for variasjonen sin del veksle mellom å skrive pasientleiring, leiring og leiring av operasjonspasienten.

Det vil være noen avgrensinger i studien. Masterprosjektet vil forholde seg til den generelle leiringsutøvelsen, og leiringsformene vil kun nevnes kort. På grunn av studiens omfang vil faktorer, risikofaktorer og komplikasjoner kun omtales på et generelt nivå for å gi en kort og enkel forklaring. Patofysiologien tilknyttet leiringen vil bli ekskludert. Leiring av barn som operasjonspasienter ekskluderes på bakgrunn av at denne pasientgruppen ikke er ferdig utviklet, og vil gi andre leiringsutfordringer enn hos en voksen operasjonspasient. Masterstudien vil også ekskludere operasjonssykepleiernes egen ergonomi tilknyttet leiringsutøvelsen.

1.5 Masteroppgavens videre oppbygging

Kapittel to vil greie ut om studiens teoretiske forankring, og det gis en generell beskrivelse av operasjonssykepleierens terapeutiske funksjon og pasientleiring. Det vil også bli en kort beskrivelse av omsorg sett fra Kari Martinsens perspektiv, og kommunikasjon ut i fra operasjonssykepleierens omsorgsperspektiv.

Kapittel tre viser kort til studiens søkeprosess. Kapittelet vil så omhandle en presentasjon av relevant forskning og annen relevant litteratur fra søkeprosessen.

Kapittel fire beskriver masterstudiens valgte kvalitative tilnærming. Det greies ut om intervjuform og dens forberedelser og gjennomføring. Kapittelet redegjør også for analyseringen av det empiriske datamaterialet. Kapittelet omtaler også forskningsetikk, hvor det blir en beskrivelse av konfidensialiteten, informert samtykke, konsekvenser for deltakelse og de etiske godkjenninger.

Kapittel fem greier ut om analysens funn i en oversiktlig tekst.

Kapittel seks starter med å diskutere studiens funn opp mot studiens teori fra det teoretiske forankringskapittelet, forskningsartiklene og annet aktuell litteratur fra søkeprosessen. Dette kapittelet vil avsluttes med en kritisk vurdering av metoden i form av en metodediskusjon med fokus på studiens pålitelighet.

Kapittel syv er masterstudiens avsluttende kapittel. Kapittelet starter med konklusjonen på studiens problemstilling. Deretter vil kapittelet avrundes med en beskrivelse av forslag på videre forskning og implikasjonsmulighet til eget praksisfelt.

2.0 TEORETISK FORANKRING

Dette kapittelet starter med en presentasjon av operasjonssykepleierens funksjon og ansvarsbeskrivelse, hvor det terapeutiske ansvaret vektlegges. Kapittelet vil så beskrive hva pasientleiring innebærer. Deretter vil det greies kort ut om omsorg i den medmenneskelige omsorgsrelasjonen relatert til operasjonssykepleie ut i fra perspektivet til Kari Martinsen. Avslutningsvis beskrives kort kommunikasjon med hensyn i operasjonssykepleierens rolle i den perioperative perioden.

2.1 Operasjonssykepleierens funksjon og ansvarsbeskrivelse – Terapeutisk ansvar

NSFLOS (2015) har utarbeidet operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse, hvor det beskrives at operasjonssykepleiere skal utøve sykepleie av en individuell og profesjonell karakter. Beskrivelsen bygges på kunnskapsbasert praksis, hvor kvaliteten og pasientsikkerheten skal være i fokus hos operasjonssykepleieren. Dette innebærer at operasjonssykepleieren skal kunne fremme pasientens helse, forebygge skade og lindre pasientens lidelser (NSFLOS, 2015, s. 1). Operasjonssykepleierens mål er å sette operasjonspasienten i sentrum (Bäckström, 2009, s. 27), og en operasjonspasient defineres som:

«Pasienter som på grunn av sin helsetilstand må gjennomgå kirurgisk undersøkelse og/eller behandling.» (Moesmand & Kjøllesdal, sitert i Hansen, 2009, s. 96).

Operasjonssykepleieren har et terapeutisk ansvar, hvor en i samsvar med de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behovene til pasienten gir helhetlig pleie og omsorgsfull hjelp i tråd med lovverket, reglementet og tradisjon. Dette betyr at den terapeutiske funksjonen til operasjonssykepleieren står i nær relasjon med pasienten, og de direkte konsekvensene som kan påvirke pasienten. Operasjonssykepleieren skal innhente de pasientopplysninger som er rettet og relevante til den planlagte behandlingen, også med tanke på pasientens individuelle behov. En må også kunne kartlegge og vurdere behovene til operasjonspasienten ut i fra problemstillingene, ressurser og risikoer. Dette innebærer at en må ha evne til å iverksette og prioritere pasientnære tiltak for å kunne utøve god sykepleie. Operasjonspasientenes helsetilstand må også observeres gjennom hele det kirurgiske inngrepet, hvor en må vurdere behovet for å iverksette nye målrettede tiltak underveis i inngrepet/arbeidsprosessen. Ovenfor det tverrfaglige samarbeidet rundt operasjonspasienten, skal også operasjonssykepleiere samarbeide tverrfaglig og faglig med andre yrkesgrupper innad i det kirurgiske teamet. Man skal også tilstrebe å forebygge i best mulig grad slik at operasjonspasienten ikke påføres andre

belastninger, skader eller lidelser enn hva inngrepet i seg selv gir. Dette innebærer å utøve en sikker leiringsutøvelse, ha kontroll på instrumenter, medisinsk-teknisk utstyr og forebygging av hypotermi. For å opprettholde sykepleiekontinuiteten må den utøvende sykepleien tilstrekkelig dokumenteres, samtidig som en i situasjoner hvor det er mulig, informere, veilede og undervise pasienten (NSFLOS, 2015, s. 2).

2.2 Pasientleiring – leiring av operasjonspasienten.

«Å leire er hvordan man legger pasienten til rette for en operasjon, ikke bare teknisk, slik at operasjonen kan gjennomføres, men også slik at man forebygger trykk- og nerveskader og reduserer pasientens integritetstap.» (Hansen & Brekken, 2009, s. 208).

Når operasjonspasienten leires på operasjonsbordet, er det flere hensyn å ta. Dette for å opprettholde pasientens vitale organfunksjon, kontinuitet og forbygge skader. Operasjonspasientens kroppsvekt må fordeles, sirkulasjon- og respirasjonssystemet må opprettholdes og de postoperative komplikasjoner reduseres. I tillegg til dette må operasjonssykepleieren i leiringsutøvelsen sikre optimal kirurgisk tilgang, vise hensyn ovenfor pasientens individuelle behov, forhindre trykk/kompresjon på nerver og unngå hindring av anestesipersonellets anesthesiologiske prosedyrer. Ved å vise hensyn til disse faktorene, som for øvrig også omtales som leiringsutøvelsens mål, vil man som operasjonssykepleier forbedre operasjonspasientens ivaretagelse gjennom det kirurgiske inngrepet, samt å oppnå en fysiologisk sikker og optimal leiringsform (Hansen & Brekken, 2009, s. 208-209; Heizenroth, 2015, s. 155). Det kreves også kontinuerlig observasjon av pasienten i samarbeid med anestesipersonellet, gjennom det kirurgiske inngrepet (Frederiksen & Friis, 2010, s. 244). Det anses som grunnleggende å ha leiret pasienten i en riktig leiringsposisjon for oppnåelsen av et sikkert og vellykket kirurgisk inngrep. Det er også av stor fordel at pasienten transporteres sikkert til og fra operasjonsbordet, og holdes varm (Heizenroth, 2015, s. 155 & 168).

Det finnes en rekke ulike leiringsformer som egner seg til ulike kirurgiske inngrep, men ryggleie anses som den vanligste kirurgiske leiringsformen. Mage-, litiotomi-, side- og strandstolleie er eksempler på andre kirurgiske leiringsformer. Operasjonspasienten kan også risikere å bli leiret i trendelenburgs leie, omvendt trendelenburgs leie, strekkbordleie, knealbue-leie, sideleie og sideleie med nyreknekk (Hansen & Brekken, 2009, s. 225-235).

2.2.1 Leiringens planlegging og leiringsutøvelsens samarbeid

Leiringsaktiviteten planlegges med intensjon om å beskytte operasjonspasienten for skader, samtidig som operasjonspasienten mottar fysisk støtte, komfort og operasjonsområdet eksponeres tilstrekkelig. Det er en fordel å innhente pasientopplysninger som kan ha en innvirkning på leiringen, som en må vise hensyn til i leiringsutøvelsen. Dette kan være opplysninger som høy alder, lammelser og diabetes. Overvektige pasienter er spesielt utsatt for leiringsskader, og leiringsutøvelsen til denne pasientgruppen må derfor planlegges godt for å forebygge leiringsskader (Heizenroth, 2015, s. 168 & 184). Operasjonsstuen skal også klargjøres, og denne oppgaven utføres etter avdelingens foreskrevde retningslinjer. Dette innebærer at leiringsutstyret for den angitte leiringsformen klargjøres, og operasjonsbordet velges med hensyn til leiringsposisjonen og inngrepet (Frederiksen & Friis, 2010, s. 235).

På en operasjonsavdeling vil det ofte være såkalte en-dags-team, og teamet er satt sammen med hensyn til den individuelle kompetansen hos de ansatte (Friis & Hjert, 2010, s. 48). Hele det kirurgiske teamet involveres i utøvelsen av en sikker og optimal leiringsposisjon, men det er den koordinerende operasjonssykepleieren som planlegger og koordinerer leiringsutøvelsens samarbeid (Heizenroth, 2015, s. 168). Operasjonspasienten er i teamets fokus og teamet vil ofte bestå av operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere, anestesileger, operatører og kirurgiske assistenter (Frederiksen & Friis, 2010, s. 238). Det er anbefalt å inkludere portører i dette teamet, under forutsetning av klare retningslinjer (Friis & Hjert, 2010, s. 48). Helsepersonelloven (1999), § 5 sier følgende om bruk av medhjelpere:

«Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn.» (Helsepersonelloven, 1999, § 5).

2.2.2 Faktorer av betydning for pasientleiringen

Det er flere faktorer som har en innvirkning på leiringsutøvelsen og de tilhørende komplikasjoners utvikling (Hølmer, 2010, s. 157), de kan inndeles i ytre og indre faktorer. De ytre faktorene innbefatter friksjon, fuktighet, skyveeffekten og varme, mens de indre faktorene relateres til operasjonspasientens individualitet, som for eksempel alder, ernæringsstatus, mobilitet, kroppstemperatur og sykdommer (Hansen & Brekken, 2009, s. 211-212).

Operasjonsvarigheten, madrassen og anestesiformen anses som tre særegne faktorer som kan få en betydning ovenfor operasjonspasienten. Den første faktoren er operasjonsvarigheten, da det er en tydelig relasjon mellom det generelle trykket og trykkets varighet. Operasjonsvarighet over 2-3 timer gir en økt risiko for trykkskader. Operasjonenes anvendte anestesiform er en annen faktor, da regional og/eller generell anestesi kan gjøre operasjonspasienten mer sårbare for trykkskader. Dette kan skyldes en svekkelse av kroppens autonome sirkulasjonssystem, som kan gi kardilatasjon, som igjen kan resultere i et lavere kapillærtrykk og varmetap. Vevssirkulasjonen vil også kunne bli lavere på grunn av det lave blodtrykket. Operasjonsmadrassen er den tredje faktoren av betydning, da madrassen har vist seg å være et viktig tiltak for trykkforebyggelsen. Det viser seg å være en sammenheng mellom leiringsposisjonen, operasjonsbordets underlag og varigheten av leiringen i en og samme stilling (Hansen & Brekken, 2009, s. 213-214).

Overvekt/fedme har det siste tiåret økt, dette er en faktor som må tas hensyn til perioperativt. Denne pasientgruppen har en økt risiko for en rekke komplikasjoner relatert til det kirurgiske inngrepet, som for eksempel trykksår og trykkskader. For å kunne bevare sikkerheten til denne pasientgruppen, kreves det å ha tilgjengelig tilpasset leiringsutstyr, samt operasjonsbord som imøtekommer operasjonspasientens størrelse og omfang (Heizenroth, 2015, s. 166-167).

2.2.3 Kort om leiringskader og leiringsforebyggelse

Det finnes en rekke ulike leiringsutstyr. Leiringsutstyrets intensjon er å forebygge leiringskader, om de anvendes riktig. Geléputer, gelémadrasser, tempur-madrasser, kiler, puter og ruller av forskjellige former er eksempler på utstyr som kan anvendes i leiringsutøvelsen (Heizenroth, 2015, s. 172-174). Remmer benyttes ofte for å sikre pasienten på operasjonsbordet, men disse skal ikke strammes for hardt, dette for å opprettholde sirkulasjonen (Hansen & Brekken, 2009, s. 225). Under operasjonen skal operasjonssykepleieren kunne observere leiringen og påse at de trykkutsatte områdene er polstret, samt justere leiringen eller leiringsutstyret om dette behovet skulle oppstå (Heizenroth, 2015, s. 170).

Ifølge Hansen og Brekken (2009, s. 208) viser flere studier til at leiringskader ofte oppstår grunnet manglende iverksetting av forebyggende tiltak. Norsk pasientskadeerstatning (2017) beskriver at skader under operasjon kan oppstå når kroppen forblir i den samme stillingen over

en lengre periode, fordi det oppstår et trykk mot vev og/eller nerver. Dårlig polstring er en annen årsak til at skader oppstår (NPE, 2017). Leiringskader er en samlebetegnelse på skader operasjonspasienten påføres under leiringsposisjonen på operasjonsbordet. Slike skader er betinget med trykk og/eller strekk av ledd, hud, muskler og nerver. Skader som hudrødme, nedsatt sensibilitet, ødemer i muskulatur og stive ledd vil ofte være av en forbigående karakter. Skadene kan også være av en mer alvorlig karakter, som for eksempel i form av nerveskader, hudnekrose og nekrose i muskulatur (Hølmer, 2010, s. 147).

2.3 Den medmenneskelige omsorgsrelasjonen

Operasjonssykepleiere skal gi omsorgsfull hjelp og helhetlig pleie med utgangspunkt i pasientenes behov (NSFLOS, 2015, s. 2).

«Omsorg er et ord som vi kjenner fra vårt dagligliv. Ord som «bekymre seg for», «vise omtanke for», «ta hensyn til», «ta hånd om», og «hjelp», er alle ord som uttrykker ulike sider ved begrepet omsorg.» (Martinsen, 2003, s. 67).

Omsorg anses som en sosial relasjon, og forbindes med evne til å hjelpe og ta hånd om andre mennesker. Omsorg kan knyttes opp til nestekjærlighet. Det sentrale i omsorgsyrket er å yte omsorg til mennesker som ikke er selvhjulpne. Disse menneskene befinner seg i en situasjon hvor de ikke er i stand til å ta vare på seg selv. Slike omsorgssituasjoner preges alltid av to parter. En som lider, og en som både tar hånd om og bekymrer seg for den lidende parten. Sykepleiers omsorgsutøvelse er i tett relasjon med omsorgsarbeid, og innebærer omsorgsyttelse ovenfor syke og pleietrengende mennesker som ikke er selvhjulpne. Det skal også ytes omsorg i behandlingssituasjoner der intensjonen er å få mennesket ut av pasientrollen ved å endre på kropp eller personlighet. Det kreves riktig nok en rekke forutsetninger i møte den syke eller det pleietrengende mennesket som ferdighet, kunnskap og organisering. Sykepleierens fagkunnskaper trekkes også inn i denne omsorgssituasjonen, og kommer til syne gjennom anvendelsen av utstyret. Sykepleiere vil ved hjelp av kunnskaper i sykepleierlære, kombinert med sykepleierens opparbeidede erfaringer i pleien, yte omsorg gjennom håndteringen av utstyret. Sett i lys av dette vises omsorg i våre handlinger gjennom anvendelsen av utstyret og at redskapene håndteres riktig enten alene eller i samarbeid med andre mennesker (Martinsen, s. 15, 71, 68-69, 75-76, & 81).

Omsorgsarbeidets omsorgsrelasjon baseres også på generalisert gjensidighet, og omhandler evne til å yte pleie og omsorg til et ikke-selvhjulpet menneske, uten forventninger om gjenytelse. Disse grunnleggende egenskapene i omsorgsrelasjonen hadde ifølge Martinsen (2003, s. 75) også blitt nevnt av Heidegger gjennom solidaritet og forståelse. Solidaritet omhandler en bevisstgjøring på at andres liv kan ha innflytelse på oss og en må ha evne til å identifisere seg gjennom tankegangen om at rollene kan være annerledes. Dette vil resultere i evnen til å forstå situasjonen fra det andre menneskets perspektiv i utøvelsen av sitt arbeid (Martinsen, 2003, s. 75-76 & 56).

2.4 Medmenneskelighet gjennom kommunikasjon

Kommunikasjon står sentralt i møte med mennesker, og både verdigrunnlag, kunnskap og livserfaring uttrykkes gjennom kommunikasjonen (Skau, 2011, s. 82-83). Dette innebærer at kommunikasjon foregår i ethvert møte med et menneske, og i sykepleien fremtrer den i sykepleierens møte med den pasienten sykepleieren har omsorg for. Sykepleieren uttrykker omsorg for pasienten gjennom kommunikasjon. Dette både ved å anvende den verbale og/eller nonverbale kommunikasjonsformen. Kommunikasjon preges av en prosess med gjensidighet, og i denne prosessen søker og gir sykepleieren informasjon. Sykepleiere får også muligheten til å utføre sin intensjon om å ivareta menneskets sykepleiebehov gjennom denne kommunikasjonsprosessen. Dette i form av å utveksle erfaringer som kan gi mulighet for justeringer i den pågående sykepleiesituasjonen (Travelbee, 2001, s. 135-137).

Det er for en operasjonssykepleier viktig å opprette kontakt med operasjonspasienten. Dette kan oppnås ved at operasjonssykepleieren viser høflighet, og er aktsom med sin verbale og nonverbale kommunikasjonsform. Språket må være forståelig og en må ikke snakke over, men med pasienten. Dette for å opprettholde operasjonspasientens respekt. Informasjon gjennom den perioperative perioden er også noe operasjonspasienten trenger. Tilknyttet den perioperative fasen bør det informeres om prosedyrene som fremstår fremmede. Operasjonspasienten får da en mulighet til å oppnå kontroll over sin situasjon (Hansen, 2009, s. 109 & 112-113). Tilknyttet det kirurgiske inngrepet bør sykepleieren vise interesse ovenfor pasienten og dens velvære, slik at pasienten kan få opplevelse av å motta pleie og omsorg. I den forbindelse arbeider sykepleieren med å tilfredsstille pasientens informasjons- og fysiske omsorgsbehov, samt ivaretagelsen av pasientens sikkerhet. (Travelbee, 2001, s. 272).

3.0 TIDLIGERE FORSKNING OG AKTUELL LITTERATUR

Dette kapittelet presenterer tidligere forskning og aktuell litteratur. Søkeprosessen foregikk fra august 2017 – april 2018, og det er blitt foretatt søk i databasene *SveMed+*, *PubMed*, *OvidSP MEDLINE*, *CINAHL Plus with Full Text* og *Google Scholar*. Den eneste avgrensingen som ble tatt i denne søkeprosessen var at databasene kun skulle så langt det lot seg gjøre, vise fagfelleverderte artikler. Det ble i tillegg foretatt søk i referanselistene til artiklene og den generelle litteraturen som nevnes nedenfor. Det ble totalt funnet ni vitenskapelige artikler (seks kvalitative studier, to kvantitative studier og en mixed-methods studie). Den eldste vitensbaserte artikkelen er fra 2004. Det ble tilsammen inkludert totalt åtte generelle/fagbaserte artikler, og en masteroppgave. Det henvises til vedlegg 1 for en utfyllende beskrivelse av søkeprosessen, og vedlegg 2 for søketabellene.

3.1 Presentasjon av tidligere forskning og aktuell litteratur

Dette delkapittelet vil gi en kort og tematisert presentasjon av forskning og annen litteratur (teori/fagartikler) fra søkeprosessen. Forskningsartiklene og litteraturen presenteres i de samme tekstavsnittene for å oppnå en bedre sammenheng i presentasjon, men det er tilstrebet å ha et tydelig skille mellom dem i teksten. Dette ved å referere til studien/studier når forskningsartiklene presenteres, mens annen litteratur benevnes som artikler eller fagartikler i teksten.

3.1.1 Leiring og utøvelsens omsorgsside

Leiring blir ansett til å være en viktig del av den perioperative sykepleieomsorgen i artiklene til Walton-Geer, (2009). O'Connell (2006) og Crook (2016) bemerker gjennom sine generelle fagrelaterte artikler at helsepersonell måtte innta rollen som pasientenes advokat ved å ha et årvåkent blikk for å bevare pasientsikkerheten. Det beskrives i Boyle (2005) sin studie at det også handler om kommunikasjon med/for pasienten og pårørende, samt å vise at en bryr seg og sørge for komfort hos pasienten. Bull & FitzGerald (2004) beskriver for øvrig i sin studie at operasjonssykepleiere taler pasientens sak gjennom å være pasientens advokater, men dette er en kompleks oppgave å inneha. To studier (Kolvered, Öhlén & Gustafsson, 2012; Blomberg, Bisholt, Nilsson & Lindwall, 2015) gir beskrivelser på operasjonssykepleierenes erfaringer tilknyttet deres arbeid i den intraoperative og perioperative fase, hvor leiring også omtales. En fellesnevner for begge studiene var at operasjonssykepleierne erfarte å vise omsorg gjennom å ha et våkent blikk på operasjonspasienten, for å forebygge skadeutvikling (Kolvered et al.,

2012; Blomberg et al., 2015). Studien til Bull & FitzGerald (2006) viser til at operasjonssykepleiernes arbeid inne på operasjonsavdeling inneholder en kombinasjon av teknologiske og omsorgsfulle sykepleieoppgaver, hvor de teknologiske oppgavene får hovedfokuset.

3.1.2 Operasjonsteamets leiringssamarbeid

Den generelle fagrelaterte artikkelen til St-Arnaud & Paquin (2008) spesifiserer operasjonssykepleiernes rolle i teamarbeidet tilknyttet leiringen, hvor teammedlemmenes individuelle egenskaper har en innvirkning på samarbeidet. Fosmark (2017, s. 26 og 33) forsket i sin masterstudie på operasjonssykepleiernes erfaringer tilknyttet pasientleiring, hvor et funn knyttets opp til erfaringer rundet det å ha et hovedansvar for leiringen. To studier (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008; Björn & Boström, 2008) viser gjennom sin forskning viktigheten av god planlegging, samt et velfungerende teamsamarbeid, hvor god kommunikasjon, arbeidserfaring og organisering er viktig innad i teamet (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008; Björn & Boström, 2008). Dette kan øke pasientens sikkerhet, på bakgrunn av at en skal hjelpe den hjelpeløse og forsikre dens velvære (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008). Sørensen, Kusk & Grønkjær (2016) fant gjennom sitt arbeid ut at operasjonssykepleiere erfarte at leiringsutfordringer oppstod på grunn av manglende kompetanse blant avdelingens portører, spesielt i leiringsposisjoner som mage- og litotomileie (Sørensen et al., 2016).

3.1.3 Leiringskomplikasjoner og medfølgende forebygging

Det ble funnet tre fagrelaterte artikler som godt belyser potensielle komplikasjoner som kan bli forårsaket av pasientleiring (Millsaps, 2006; O'Connell, 2006; Spruce, 2017). Overvektige og/eller sykkelig overvektige pasienter har høyre risiko for utvikling av leiringsskader, og det kreves vektetnet og tilpasset leiringsutstyr til denne pasientgruppen (Bennicoff, 2010; Fencil, Walsh & Vocke, 2015). Fred, Frod, Wagner & Vanbracle (2012) fant i sin forskningsstudie bevis på at utviklingen av trykksår kan relateres til pasientens kjernetemperatur i den perioperative fasen, men pasientens medfølgende helse- og sykdomstilstander også kan ha en innvirkning. Artiklene til Crooks (2016), Walton-Geer (2009) og Spruce (2017) viser mulige forebyggende tiltak for å redusere leiringsskadene utvikling.

4.0 METODE

Dette kapitlet starter med en presentasjon av den kvalitative metoden. Denne tilnærmingen ble vurdert til å kunne bidra med en god besvarelse på studiens satte problemformulering. Det ble underveis synlig at det er et sparsomt vitenskapelige kunnskapsgrunnlag vedrørende operasjonssykepleiernes erfaringer tilknyttet pasientleiring. Kapitlet vil så beskrive utvalget for studien og datainnsamlingsprosessen. Forfatterens forforståelse vil bli omtalt, deretter vil det følge en redegjørelse av analyseprosessen – systematisk tekstkondensering (STC) av Malterud (2017). Metodekapitlet vil så avsluttes med en beskrivelse av studiens forskningsetikk vedrørende informert samtykke, konfidensialitet og fremgangsmåte for innhenting av etiske godkjenninger.

4.1 Kvalitativ metode

Forskeren av dette masterprosjektet fant på bakgrunn av studiens problemformulering ut at den kvalitative metoden var den mest egnede metoden å basere dette masterprosjektet på. Det ble funnet at den valgte metoden passer godt når problemformuleringens intensjon er å innhente kunnskaper om menneskelige subjektive egenskaper som blant annet erfaring og opplevelser, for å øke ens forforståelsen om hvorfor en handler som en gjør (Malterud, 2017, s. 30-32). En vil da få en gylden mulighet til å frembringe en dypere og rikere forståelse (Polit & Beck, 2014, s. 266).

Den kvalitative metoden er forankret i det fortolkende paradigmet og representerer en felles strategi for utvikling av kunnskap, og den består av forskningsstrategier. Det er forskningsstrategier tilknyttet beskrivelse, analysering av empirisk datamateriale, og ulike fortolkninger relatert til det studerte fenomenets særegne trekk, egenskaper eller kvaliteter som står sentralt. Den har røtter fra de filosofiske retningene fenomenologien og hermeneutikken, samt sosialkonstruksjonismen, men metoden krever ikke noen særdeles stor fordypning i grunnstoffet i de filosofiske og vitenskapelige teoriene (Malterud, 2017, s. 26, 27 & 35). Den bygger enkelt forklart på de fenomenologiske teoriene om menneskelige erfaringer, og de hermeneutiske teoriene om fortolkning (Malterud, 2011, s. 26).

4.1.1 Inspirasjon fra den fenomenologiske-hermeneutiske tilnærmingen

Det er blitt innhentet inspirasjon fra den fenomenologiske-hermeneutiske tilnærmingen. Gjennom den fenomenologiske tilnærmingen søker man etter en forståelse av menneskets bevissthet og subjektive erfaringer. Dette ved å rette oppmerksomheten mot menneskets livsverden. For å oppnå dette må forskeren sette sin forforståelse i parentes (Malterud, 2017, s. 28). For dette kreves det at en har en bevisst tilknytning til sin egen forforståelse og evne til å stenge den ute (parentes) (Thagaard, 2013, s. 40). Sett på bakgrunn av dette har jeg som forsker tilstrebet å aktivt stenge min forforståelse ute, for å ikke la den prege intervjuforløpene. Det ble også tilstrebet å holde den tilsidesatt i analysefasens første trinn. Se kapittel 4.2 for en beskrivelse av forskerens forforståelse. Hermeneutikken er den andre filosofiske retningen forskeren og metoden har hentet inspirasjon ifra. Her står tolkning av menneskelige uttrykk sentralt for forståelsen, og fortolkningsprosessen skjer kontinuerlig gjennom den hermeneutiske sirkel (Malterud, 2017, s. 28-29). Dette var også sentralt i dette masterprosjektet i form av at min forforståelse (se kapittel 4.2) vil anvendes i fortolkningen av studiens data gjennom analyseringens siste analysefaser (se kapittel 4.5). Kontekst og selvrefleksjon betraktes også som sentrale elementer innenfor hermeneutikken, mens i sosialkonstruksjonismen påpekes det at fenomenene har ulike sider (Malterud, 2017, s. 28-29).

Sett i lys av dette har studiens forsker innhentet inspirasjon fra den fenomenologiske tilnærmingen ved å søke etter en forståelse av operasjonssykepleiernes subjektive erfaringer vedrørende leiringsutøvelsen. Det ble også tilstrebet en fenomenologisk holdning i starten av analyseringen ved hjelp av STC. Dette for å sette erfaringsbakgrunnen til side (parentes). En går også ifølge Malterud (2017, s. 116) gradvis over i sosialkonstruksjonismen i rekonstruksjon av materialet, ved å søke etter operasjonssykepleiernes erfaringer vedrørende utøvelsen av pasientleiringen. Analysen preges også av en tolkning for å for eksempel utelukke irrelevante meningsenheter. Tolkningsprosessen ble også anvendt i resultatkategoriens navngivningsfase. På bakgrunn av denne teksten vil en kunne si at studien har hentet litt inspirasjon fra den fenomenologiske-hermeneutiske tilnærmingen.

4.2 Forskerens forforståelse

Forskerens forforståelse vil kunne bidra til økt interesse og nysgjerrighet vedrørende ulike temaer. Denne interessen vil kunne gi grunnlag for forskningsprosjektet. Riktig nok kan forskerens forforståelse også tilføye et prosjekt svakheter. Dette gjennom manglende evne til å

ta lærdom fra datamaterialer, men også når en går inn i et prosjekt med et begrenset perspektiv (Malterud, 2011, s. 40). Som forfatter av denne studien er jeg masterstudent innenfor spesialfeltet operasjonssykepleie. Jeg har opparbeidet meg en generell erfaring vedrørende pasientleiring, da fra leiring på sengepost på et sykehus og fra et sykehjem. I tillegg til dette, har jeg tilegnet meg noen erfaringer vedrørende studiens tematikk og problemstilling gjennom dette studieprogrammet, ettersom jeg har hatt flere praksisperioder på en operasjonsavdeling. Der har jeg leiret operasjonspasienten sammen med en veileder, og utført helhetlig sykepleie tilknyttet leiringsutøvelsen gjennom det kirurgiske inngrepet.

Det ble helt i starten av prosjektet foretatt en kartlegging av hva som eksisterer av kunnskap og vitenskapelig forskning tilknyttet studiens tema og problemformulering. En fikk fort et inntrykk om at det finnes et begrenset kunnskapsområde vedrørende vitenskapelige artikler tilknyttet studiens problemformulering. Dette er faktorer som bidrar til en videreutvikling av min for forståelse. Denne forståelsen blir ifølge Malterud (2017, s. 19 & 44) med inn i prosjektet, sammen med egne faglige perspektiver og det teoretiske grunnlag.

4.3 Utvalg

I kvalitative studier er det ofte informantenes informasjonsstyrke som avgjør hvor mange informanter som bør innhentes for gjennomførelsen av studien (Polit & Beck, 2014, s. 286). Utvalgsstørrelsen i denne masterstudien består av totalt seks informanter som er utdannede operasjonssykepleiere. Utvalgsstørrelsen ble satt på bakgrunn av at studien kun involverer en forsker (forfatteren selv), og det var for denne forskeren viktig å ha en gjennomførbar studie.

Studiens informanter ble innhentet strategisk. Dette innebærer at en innhentet et utvalg som ved hjelp av sine egenskaper og kvalifikasjoner bidro til en besvarelse av prosjektets problemformulering (Malterud, 2017, s. 57; Thagaard, 2013, s. 60). Sett i lys av dette, var det data om erfaringer fra leiringsutøvelsen blant operasjonssykepleiere denne studien ønsket å innhente. Drageset og Ellingsen (2009, s. 103) råder i sin artikkel til at man lager inklusjons- og eksklusjonskriterier, som informantene skal oppfylle.

Inklusjonskriteriene for informantene i denne masterstudien var:

- Beherske godt norsk eller anvende et godt forståelig skandinavisk språk.
- Være utdannet spesialsykepleier i operasjon, eller har en mastergrad i operasjonssykepleie.

- Har praktisert som operasjonssykepleier i mellom 4 – 20 år.
- Har en stillingsprosent på 50 – 100 %.
- Være fast ansatt.

Studien ekskluderte nyutdannede operasjonssykepleiere, samt operasjonssykepleiere som går i vikariatstillinger.

4.3.1 Rekruttering

Operasjonsavdelingen betegnes som en høyteknologisk og lukket avdeling. Avdelingen er ofte strategisk plassert i forhold til sykehusets røntgen- og akuttavdelinger, samtidig som den er skjermet fra sykehusets øvrige aktivitet (Brekken & Dāvøy, 2009, s. 84). Etter at alle godkjenningene var innhentet (se kapittel 4.6.4) fikk forsker tildelt to kontaktpersoner fra sykehusenes forskningsavdelinger som videreformidlet interesserte informanter. Både ledere på operasjons- og forskningsavdelingene ønsket, og gav tillatelse til at forskeren selv kontaktet informantene, ettersom informantene hadde avgitt sitt muntlige samtykke. Informantene fikk tilsendt en e-mail av forsker med informasjon om studien, og forespørsel om å avtale en intervjudag. Denne e-mailen ble sendt av forsker etter samtykke fra forskerens tildelte veileder (se kapittel 6.5). Informasjonsskjemaet «forespørsel om deltakelse i masterprosjekt ved Universitetet i Agder» og «samtykkeerklæringen» ble lagt ved som vedlegg (se vedlegg 5 og 6). Det var en krevende prosess å oppnå kontakt med samtlige informanter. En informant svarte med en gang, men det ble sendt ut purre-e-mail til to, og først da ble opprettet kontakt. Tre informanter ble forsøkt kontaktet per telefon, hvorav to svarte med en gang, mens den siste ikke svarte. Sistnevnte informant tok senere selv kontakt, og ble da inkludert. Det ble også mottatt hjelp fra seksjonsledere ved begge operasjonsavdelingene for planlegging av intervjudager. Dette masterprosjektet endte opp med et utvalg av seks operasjonssykepleiere fordelt på to sykehus i Helse Sør-Øst (for en mer detaljert rekruttering, se vedlegg 12). Det er verdt å bemerke seg at en deltaker trakk seg i rekrutteringsfasen, det ble da valgt å innhente en ny informant. Dette betyr at forskeren opprettet kontakt med til sammen syv informanter i denne prosessen, hvorav seks informanter ble intervjuet. Samtlige seks informanter signerte samtykkeerklæringen.

4.4 Det semistrukturerte intervjuet

Forskeren av dette masterprosjektet innhenter sitt empiriske datamateriale ved hjelp av den semistrukturerte intervjuformen. Denne intervjuformen har til en viss grad innhentet sin inspirasjon fra fenomenologien, men da som et begrep hvor en søker etter en forståelse av informantenes erfaringer, og opplevelser gjennom deres verden slik den er fremstilt for hver enkelt av dem. En er samtidig ute etter å få en bedre forståelse av deres erfaringer og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20, 33 & 45).

Det semistrukturerte intervjuet kalles også for et dybdeintervju og innebærer at man foretar seg individuelle intervjuer (Malterud, 2017, s. 133), hvor en sirkler rundt forhåndsbestemte temaer og spørsmål som er nedskrevet i en intervjuguide. Intervjuguiden skal fungere som et manuskript gjennom intervjusituasjonen. Intervjuguiden for det semistrukturerte intervjuet inneholder temaer intervjuet skal fokusere på, samt skisserte spørsmålsforslag. Dette innebærer at intervjusamtalen med informantene ikke preges av en åpen- eller lukket spørreskjemasamtale. Intervjuet har en hensikt og intervjusituasjonen bærer på den måten en viss struktur (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46, 162 & 22). En måtte som forsker også være oppmerksom på, og åpen for forandringer underveis i hvert enkelt intervjuforløp (Malterud, 2017, s. 134-135).

4.4.1 Intervju forberedelser

Det ble foretatt noen forberedelser før intervjuene kunne utføres. Intervjuguiden (se vedlegg 7) ble utarbeidet på forhånd, ettersom en ikke skal intervju mennesker uten å ha et mål i fokus (Malterud, 2017, s. 133). Den egenkomponerte intervjuguiden inneholder aktuelle temaer for besvarelsen på problemformuleringen. Den inneholder også skisserte hovedspørsmål med utgangspunkt i temaene, som ifølge Thagaard (2013, s. 101) gir et grunnlag på hva som er ønskelig at et intervjuforløp skal dekke. Enkelte hovedspørsmål hadde igjen skisserte hjelpespørsmål til hjelp for oppklaring av uklarheter relatert til hovedspørsmålene. De ble også skissert hjelpespørsmål for å kunne innhente informanten ved store utskeielser som ikke har noe med intervjuets hensikt å gjøre.

Intervjuguiden ble så pilotestet for å se hvordan den fungerte i praksis. Denne pilottesten avdekket noen små justeringsmuligheter. Intervjuguiden ble da revidert i samarbeid med prosjektets tildelte første veileder ved Universitetet i Agder. Kvale og Brinkmann (2015, s. 170-

171) beskriver i sin litteratur at det kan være aktuelt å stille oppfølgingsspørsmål, og ifølge Thagaard (2013, s. 101) er hensikten med denne form for spørsmål å samle inn nyanserte beskrivelser og informasjon. Det ble utarbeidet noen oppfølgingsspørsmål på forhånd, se vedlegg 7.

4.4.2 Intervjugjennomføring

Intervjuene ble gjennomført i november 2017 i et lukket rom tilknyttet operasjonsavdelingene av studiens forfatter. Intervjuvarigheten varierte mellom 30 – 70 minutter. Informantene signerte samtykkeerklæringen før intervjustart. Alle intervjuene startet så med en kort presentasjon av forskeren som person, og samtlige informanter fikk en kort introduksjon av masterprosjektet. Intervjuene ble spilt inn med en digital lydopptaker etter samtykke fra informantene, og de fikk tydelig beskjed når opptaket både startet og stoppet, slik Kvale og Brinkmann (2015, s. 160-161) anbefaler i sin litteratur.

Intervjukontakten etableres allerede i løpet av de første minuttene av intervjuet, og det er samtidig da intervjuobjektene danner seg et bilde av intervjueren (Thagaard, 2013, s. 110; Kvale & Brinkmann, 2015, s. 160). Det var da viktig å skape en tillitsfull og fortrolig intervjuatmosfære for å gi informantene de beste forutsetningene for å kunne åpne seg opp og dele erfaringer (Thagaard, 2013, s. 109). I den forbindelsen startet samtlige intervjuer med ett og samme introduksjonsspørsmål, der hensikten med dette spørsmålet var å gi informantene mulighet til å slappe av, ved å snakke om sin yrkesmessiges karriere (se vedlegg 7). Gjennom dette spørsmålet fikk jeg som forsker en opplevelse av at informantene klarte å slappe av, gjennom besvarelsen og dialogen rundet dette spørsmålet. Deretter ble det en myk overgang til intervjuets hovedfase ved å introdusere intervjuguidens fire hovedtemaer (se vedlegg 7).

Samtlige intervjuer startet med temaet pasientleiring, og alle ble stilt det samme åpne spørsmålet: «*Kan du fortelle om dine erfaringer knyttet til pasientleiring?*» Informantenes fortellingsmengde på dette spørsmålet var varierende, da enkelte opplevde det lett å dele sine erfaringer, mens andre opplevde det vanskelig å snakke åpent om generell pasientleiring. Rekkefølgen på spørsmålene under dette temaet varierte i hvert enkelt intervju etter hva som falt seg naturlig for intervjuforløpet. De skisserte hjelpespørsmålene måtte benyttes i samtlige intervjuer for å unngå store avsporinger, som da for eksempel utskielser vedrørende videreutdannelsen til operasjonssykepleiere og operasjonsteknikere. I et intervju ble det vekslet

mellom temaene pasientleiring og omsorg, for å så snakke om tverrfaglig samarbeid og komplikasjonsforebygging. For de resterende intervjuene ble temaet pasientleiring fulgt opp med omsorg, tverrfaglig samarbeid og tilslutt temaet komplikasjonsforebygging. Det var også enkelte informanter som besvarte intervjuguidens skisserte spørsmål spontant, underveis i intervjuforløpet. De fikk da opplest spørsmålene kort mot sluttet av intervjuforløpet med en forklaring på at spørsmålet allerede var besvart, og det ble fulgt opp med spørsmål om informanten hadde noe mer å tilføye dette spørsmålet. Det viste det seg ved flere anledninger at informantene hadde mer å dele.

Det var en informant som erfarte det vanskelig å snakke åpent om sine erfaringer tilknyttet pasientleiring, og denne informanten ønsket å få opplest spørsmålene underveis. Dette ønsket ble oppfylt, og informanten delte da lettere sine erfaringer og opplevelser. I samtlige intervjuer fortalte informantene åpent om sine erfaringer og kunnskaper tilknyttet studiens problemformulering. Enkelte informanter fremstod tryggere enn andre i den pågående intervjusituasjonen, og for disse informantene ble det også fortalt om vonde erfaringer. Det var gjennom alle intervjuforløpene nødvendig å følge opp informantenes fortellinger med oppfølgingsspørsmål, spesielt når de fortalte om temaer som gikk utenfor intervjuguiden, som for eksempel varmeomsorg og kommunikasjon. Det var oppfølgingsspørsmålene «*Hvordan erfarte du dette?*» og «*Hvordan løste du dette?*» som gikk igjen. Det oppstod også situasjoner hvor det falt seg naturlig å stille oppfølgingsspørsmål som ikke var tilstrekkelig planlagt, som da for eksempel «*Kan du fortelle mer om det?*», «*Vil du forklare dette nærmere?*» og «*Hvordan erfarer du det?*» Det var riktig nok vanskelig å finne balansen mellom det å lytte og å stille aktuelle spørsmål, som for øvrig Thagaard (2013, s. 109) bemerker som utfordrerne gjennom sin litteratur. Etterhvert som hver enkelt informant følte seg fornøyd med hva de kunne/hadde tilføyd intervjuguidens temaer, ble samtlige intervjuer avsluttet med det samme spørsmålet (se vedlegg 7). Her hadde enkelte informanter mer å tilføye masterstudiet, men de aller fleste informantene var svært tilfreds med sine svar og følte seg ferdig med intervjusituasjonen. Intervjuet ble da avsluttet.

4.4.3 Transkripsjon av intervjuene

Transkripsjon er en prosess hvor en form blir konvertert til en annen, som for eksempel intervjuets talespråk blir skrevet over til skriftspråk. Gjennom denne transkriberingsprosessen blir intervjuene klargjort og strukturert for analyseringsfasen (Kvale & Brinkmann, 2015, s.

205-206). Samtlige intervjuer ble transkribert av studiens forfatter, og intervjuene ble transkribert ordrett. Enkelte ord som «eh», «øhh», «hmm» og «mmm» ble fjernet fra teksten og det samme ble løse bekreftelsesord som «mhm» og «ja» fra intervjueren. Enkelte steder i transkriberingsteksten framkom det gjentakelser av ord og begynnelse på setninger. Slike gjentakelser ble slettet fra de setningene det lot seg gjøre, som for eksempel i denne setningen: «Så de de er medansvarlige i leiring i forhold til sånne leier da.» ble omskrevet til «Så de er medansvarlige i leiring i forhold til sånne leier da.»

4.5 Analyse

I analysefasen skal det empiriske datamaterialet organiseres, fortolkes og sammenfattes. Sett i lys av dette blir analysen som en bro mellom rådata og resultatene (Malterud, 2011, s. 91). Det empiriskes datamateriale i denne masteroppgaven ble analysert ved hjelp av den tverrgående tematiske analysemetoden, systematisk tekstkondensering (STC) (Malterud 2017, s. 97-98). Analysemetoden har hentet inspirasjon fra Giorgi sitt arbeid, men har i nyere tid blitt modifisert av Kari Malterud (2011, s 96), og gir nybegynnere en enkel, systematisk og overkommelig innføring i analyseprosessen. STC inneholder fire analysetrinn (Malterud, 2017, s. 97), som presenteres strukturert nedenfor i relasjon med masterprosjektets analyseringsbeskrivelse.

4.5.1 Trinn en – helhetsinntrykket

Det første trinnet i STC handler om å danne et helhetsinntrykk av transkriberingsmaterialet, for så deretter å oppsummere inntrykkene. Inntrykkene oppsummeres ved å skrive ned foreløpige temaer som vekket interesse hos forskeren (Malterud, 2017, s. 99). Alle intervjuene med til sammen 107 transkriberingssider ble i dette trinnet lest i sin helhet, nettopp for å bli kjent med materialet. I denne prosessen ble masterprosjektets problemstilling holdt svakt i mente, mens den teoretiske forankringen og forskerens forforståelse ble aktivt forsøkt sett til side (parentes). Dette ved å lese gjennom materialet med et «fugleperspektiv», slik Malterud (2017, s. 99) beskriver i sin bok. Se kapittel 4.2 for forskerens forforståelse. Deretter ble inntrykkene oppsummert. Ifølge Malterud (2017, s. 99) kan dette dreie seg og fire til åtte temaer. I denne masterstudien endte en opp åtte foreløpige temaer (se vedlegg 13 prosjektlogg).

4.5.2 Trinn to – fra tema til kodesortering av de meningsbærende enheter

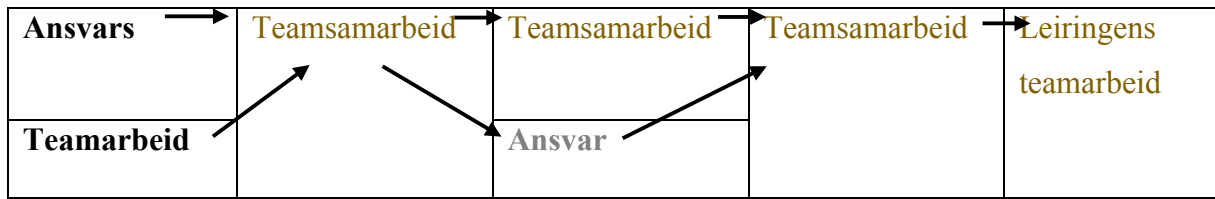
Dette analysetrinnet startet som Malterud (2017, s. 100) beskriver, med å fortsette arbeidet med analysetemaene fra trinn en. De foreløpige temaene skal nå i lys med problemstillingen

vurderes på nytt, og en ender da ofte opp med å revidere de foreløpige temaene. Malterud (2017, s 100-101) beskriver også at en bør redusere antall temaer for ikke å komplisere analyseringen ytterligere, da de reviderte temaene danner grunnlaget for analyseringens kodegrupper. Sett på bakgrunn av dette, ble mine foreløpige temaer revidert til å bli følgende temaer (kodegruppe): «være forberedt», «beskytte/forandre», «gjøre vel», «leiringens utfordringer» og «teamsamarbeid».

Deretter ble transkriberingsmaterialet gjennomgått systematisk, linje for linje slik Malterud (2017, s. 101) beskriver at en skal gjøre. Dette for å finne alle de relevante meningsbærende enheter som har noe å tilføye dette masterstudiet, og de definerte kodegruppene. De meningsbærende enhetene ble i denne prosessen fargekodet. Parallelt med dette kunne en ifølge Malterud (2017, s. 101) begynne å sortere de fargekodede meningsbærende enhetene inn i de definerte kodegruppene, som betyr koding. Masterstudiets fargekodede enheter ble sortert mellom de fem definerte kodegruppene (se prosjektlogg 13). I denne prosessen ble det opprettet to nye kodegrupper med navn «stillingsendring» og «ansvar», ettersom to tidligere kodegrupper fremstod for omfattende (se vedlegg 13 og 14). Transkriberingsmaterialet ble da som Malterud (2017, s. 101) råder i sin bok, systematisk gjennomgått på nytt.

Før overgang til neste analysetrinn ble det foretatt en kritisk vurdering av alle de syv kodegruppene, og en kan ifølge Malterud (2017, s. 102) rette et svakt fokus mot prosjektets problemformulering, teori og forskerens forforståelse. Dette for å utelukke de irrelevante meningsbærende enhetene. Det ble i denne prosessen funnet flere dobbel- og trippelkodinger av de meningsbærende enhetene. Malterud (2017, s. 103-104) beskriver riktig nok at det ikke er noe i veien for dette, men mye dobbel- og trippelkoding av meningsbærende enheter kan tyde på at kodegruppene ikke har vært nøyaktig nok, og burde således revideres. Dette resulterte i at prosjektets kodegrupper «teamsamarbeid» og «ansvar» ble sammenslått til kodegruppen «teamarbeid» som igjen ble til «leiringens teamsamarbeid». Kodegruppen «leiringens utfordring» ble slettet. De meningsbærende enhetene som var aktuelle å bevare fra denne kodegruppen, ble fordelt mellom de resterende kodegruppene. Det forble riktig nok noen gjenværende dobbeltkodinger av meningsbærende enheter i enkelte av kodegruppene. Alle kodegruppene ble kontinuerlig justert og utviklet (se vedlegg 14). Se tabell under for en beskrivelse av kodegruppen «teamsamarbeid» sin prosess fra analysetrinn en frem til trinn to.

Tabell 1: Veien fra foreløpige temaer til koder og kodejustering



4.5.3 Trinn tre – abstraherer meningsinnholdet

I analysens tredje trinn skal de utvalgte meningsbærende enhetene abstraheres til tekster med meningsinnhold. En skal nå arbeide med en og en kodegruppe i form av å lese innholdet for å sortere dem inn i to – tre navngitte subgrupper (Malterud, 2017, s. 105-106). Sett i lys av dette ble masteroppgavens fem kodegrupper lest hver for seg, og subgrupper ble opprettet. En kodegruppe fikk tre subgrupper under seg, mens de resterende fikk to. Deretter ble kodegruppene arbeidet med hver for seg igjen, og de meningsbærende enhetene ble på nytt lest, vurdert og fordelt inn i subgrupper. Det oppstod situasjoner hvor de meningsbærende enhetene ikke passet inn i subgruppene. Det ble da foretatt vurderinger om hvorvidt de kunne relateres til andre kodegrupper, før de eventuelt ble forkastet.

Subgruppens meningsbærende enheter ble så etter en tekstveiledning fra Malterud (2017, s. 106-107) kondensert inn i kondensater. Kondensatene fungerer som en hjelpende tekst, som bærer med seg en gjenfortelling og sammenfatning av de utvalgte meningsbærende innholdene. Kondensatene skal fremstilles så tekstnært informantens anvendte uttrykk som mulig, og de skal skrives i «jeg-form» (Malterud, 2017, s. 106-107). Det ble arbeidet strategisk med hver enkelt subgruppe, og de meningsbærende enhetene ble ved hjelp av problemstillingen vurdert på nytt før de ble abstrahert inn i kondensater (se vedlegg 13). Det var flere meningsbærende enheter som omhandlet tilnærmet det samme, det ble da valgt ut den som illustrerte materialet best, som forøvrig Malterud (2017, s. 107) råder. Det vil nå fremvises et kondensat fra subgruppen «hovedansvaret for leiringen»:

«Det er en av de viktigste oppgavene jeg har som operasjonssykepleier, men også det vanskeligste. For jeg føler ansvar alene, når jeg koordinerer. Vi har alle ansvar for pasienten, men den som tar imot pasienten har ofte ansvaret med leiringen sammen med portør hvis det ringes om hjelp på de store tunge, men jeg gir ikke fra meg ansvaret. Det er jeg som er ansvarlig for leie, men det er en annen som leier for meg. Så det er mitt hovedansvar med leiring. Egentlig er det vel et felles ansvar med kirurgen og anestesien, men det er jeg som tar ansvar for leiringen på stuen. Anestesien har litt ansvar for armer og sånt, men ber jeg en anestesisykepleier om å gjøre klart et bord, så har det skjedd at de kommer et bord uten polstringer og tempur. Så jeg føler at anestesipersonell lener

seg på meg. Det er vel egentlig kirurgene som i siste instans har hovedansvaret forståvidt, men det gjelder jo det ferdige resultatet.»

Det skulle også velges ut «gullsiter» som best illustrerer kondensatenes abstraherte innhold (Malterud, 2017, s. 108). Teksten ovenfor fikk derfor tildelt dette gullsitatet:

«Leiringen kan skade, og av alt det jeg gjør, så er det det som kan skade pasienten mest. I feltet står jeg jo aldri alene, der har jeg en kirurg og jeg har andre rundt meg, men i leiringen er jeg alene, og føler ansvaret.»

4.5.4 Trinn fire – til beskrivelser og resultat

I trinn fire skal bitene settes sammen igjen ved å sammenfatte funnene gjennom fortolkende synteser med informantens lojalitet i fokus (Malterud, 2017, s 108) Med beskrivende veiledning fra Malterud (2017, s. 108-109), ble kunnskapene i kode- og subgruppene syntetisert sammen med hjelp av kondensatene til en analytisk tekst. Hver subgruppe fikk hver sitt avsnitt og teksten ble som Malterud (2017, s. 109) omtaler skrevet tredjeperson, slik at en gjenforteller informantenes beskrivende erfaringer i håp om å belyse ny kunnskap. Gullsitatene skulle så bli vurdert igjen om hvorvidt de beriker teksten godt nok (Malterud 2017, s. 108-109). Studiens utvalgte gullsiter ble vurdert som representative for den syntetiserte teksten, men for å få en mer fargerik belysning ble det inkludert flere gullsiter. Kodegruppens analytiske tekst fikk en representativ overskrift og subgruppens resultat kategorier fikk et kort navn som dekker tekstens funn, slik Malterud (2017, s. 110-111) beskriver. Se tabell 2 for en beskrivelse, samt vedlegge 14.

Avslutningsvis skulle en validere analysens funn ved å rekontekstualisere funnene opp mot det empiriske datamaterialet. Navnene på resultat kategoriene og de medfølgende analytiske tekstene skulle også i denne prosessen settes opp i den sammenhengen de er hentet ut fra (Malterud, 2017, 110). Denne prosessen ble foretatt av studiens forfatter, og de utarbeidede tabellene med de organiserte meningsbærende enhetene ble brukt som hjelpemidler. Transkriberingsmaterialene ble også lest i sin helhet og det ble foretatt en gjennomgang av data som kunne motsi funnene. Resultatene ble helt til slutt vurdert opp mot empirien og studiens teoretiske forankring, for vurdering om tilsvarende eksisterende funn foreligger, slik Malterud (2017, s. 111) beskriver. Se prosjektlogg som er vedlagt som vedlegg 13.

Tabell 2. Eksempel på navngivningsprosessen fra koder til resultat kategorier og mellomtitler (utdrag fra vedlegg 14).

Operasjons- sykepleiere har forskjellige erfaringer med pasient- leiringens samarbeid inne på operasjons- stuen.	Ansvar →	Erfarer å ha et hovedansvar for pasient- leirings utøvelse	Verdien av team- samarbeidet	Opplever hovedansvaret
	Leiringens samarbeid →	Samarbeidet rund leirings- utøvelsen erfares viktig, men forskjellig.		Samarbeidet er sentralt, men har forbedrings- potensiale
Team- arbeidet betydnings- fullt	Hoved- ansvaret for utøvelsen	Tverrfaglig → samarbeid og ansvar påvirker leiringskvaliteten	Tverrfaglig teamsamarbeid øker sikkerheten	
	Leirings-samarbeidet er betydningsfullt		Hovedansvaret for leiringen	

4.6 Forskningsetikk

I kvalitative studier forsker en på mennesket og deres tilknyttede verdier og normer. Det er disse faktorene som skaper grunnlaget for den kvalitative kunnskapsutviklingen (Malterud, 2017, s. 211). For å oppnå kunnskapsutvikling kreves det tillit, og denne må opprettholdes for å ivareta informantenes tillit (Dalland, 2017, s. 235).

Forskningsetikk omhandler ivaretagelse av informantenes personvern (Dalland, 2017, s. 236), og sett i lys av dette er det tenkt etikk tilknyttet nivåene person, gruppe og samfunn. Det ble tatt hensyn til personens rett til selvbestemmelse, muligheten for påføring av skade og privatlivets

fred. Vedrørende etikk på gruppenivå var det viktig å overholde personvernet når forskningsfunnene ble fremstilt, det ble også foretatt refleksjoner om hvorvidt forskningsprosjektet medfører samfunnet belastninger (Bakketeig & Magnus, 2002, s. 2466). Studien ble vurdert til ikke å påføre samfunnet noen økonomiske belastninger. De etiske prinsippene for medisinsk forskning på mennesker blir sammenfattet gjennom Helsinkideklarasjonen, hvor dens intensjon er å beskytte menneskets helse, rettigheter og fremme respekten ovenfor mennesker (Malterud, 2017, s. 211). Forskeren av denne masterstudien følger de etiske retningslinjer for sykepleierforskning i Norden (2003), samt de forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teknologi av den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH - Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, 2016).

4.6.1 Konfidensialitet

Konfidensialitet betegnes som nøkkelen i oppnåelsen av et etisk forsvarlig forskningsprosjekt (Thagaard, 2013, s. 28). Dette innebærer at identifiserbare data tilknyttet informantene ikke avsløres, og informantenes anonymitet sikres (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106). For å kunne oppnå dette må de personidentifiserbare dataene oppbevares trygt, og informantene skal gjøres ugjenkjennelige i forskningens presentasjon (Bakketeig & Magnus, 2002, s. 2466). På bakgrunn av dette, har forskeren av denne masterstudien et høyt fokus på å sikre informantenes konfidensialitet. Personopplysninger vedrørende informantene ble avidentifisert i transkriberingsprosessen, og informantene kan kun identifiseres av forsker gjennom et kodennummer slik Bakketeig & Magnus (2002, s. 2466) anbefaler i sin litteratur. Det ble så laget en koblingsliste med informantenes navn og deres tildelte kodennummer. Koblingslisten, det digitale lydopptaket og samtykkeskjemaene holdes innelåst i separerte brannsikre skap, mens de transkriberte intervjuene oppbevares på en datamaskin med hemmelig passord. Alle personopplysninger som direkte og indirekte gjenkjenner deltakerne i denne studien vil bli slettet 31. desember 2018.

4.6.2 Informert samtykke

Informert samtykke innebærer at informantene får tilstrekkelig informasjon om prosjektet på forhånd, for så å avgi sitt skriftlige samtykke (Malterud, 2017, s. 214). De må informeres om formålet med prosjektet, prosjektets design, konsekvenser med å delta, hva frivillig deltakelse innebærer og retten til å trekke samtykket (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104). Denne

informasjonen fikk informantene i denne masterstudien. Informantene fikk også tildelt informasjonsskrivet «forespørsel om deltakelse i masterprosjekt ved Universitetet i Agder» (se vedlegg 5), som samtlige deltakere ble anbefalt å sette seg inn i før møte med intervjueren. Det ble også en gjennomgang av dette skjemaet før intervjuet startet, hvor skjemat også ble tildelt dem i papirutgave. Det ble innhentet skriftlig samtykke fra alle informantene i dette masterprosjektet på intervjudagen, før intervjuet startet. For samtykkeerklæringskjemaet vises det til vedlegg 6.

4.6.3 Konsekvenser ved deltakelse

Informantenes deltakelse vil kunne medføre en positiv konsekvens i form av å dele sine erfaringer knyttet til utøvelsen av pasientleiring hos voksne operasjonspasienter gjennom det kirurgiske inngrepet, fra et vitenskapelig perspektiv. Deltakernes integritet beskyttes og respekteres, ved at informantene selv kontrollerer hva de ønsker å dele, slik også Thagaard (2013, s. 30 & 26) omtaler i sin litteratur. Det er ikke beregnet at denne studien vil påføre informantene noen negative konsekvenser, men det vil alltid være en fare for krenkelse av informantens autonomi og integritet. Det forsøkes å forebygge dette ved å opprettholde informantenes selvbestemmelsesrett, trekke samtykke tilbake og ved å verne om informantens privatliv (Ethiske retningslinjer for sykepleierforskning i Norden, 2003). En annen negativ konsekvens som kan oppstå er at informantene gjenkjennes i presentasjonen av forskningens funn (Thagaard, 2013, s. 30-31). Forskeren av denne studien har hele tiden holdt et stort fokus på forebygging av uheldige konsekvenser som nevnt ovenfor. Det var også hele tiden viktig å ivareta informantenes tillit.

4.6.4 Ethiske godkjenninger

Studien mottok godkjenning fra Norsk Senter for forskningsdata – NSD 19.09.17 (se vedlegg 8 og 9) Det ble også mottatt godkjenning for gjennomføring av studien av Universitetet i Agders (UIA) etiske komité – Fakultetets Etikkomité (FEK) (se vedlegg 3 og 4). Når disse nevnte godkjenningene var innhentet, ble det søkt om godkjenning til å utføre prosjektet ved to valgte sykehus i Helse Sør-Øst regionen. Dette gjennom to formelle søkeprosesser, hvor begge ble godkjent (se vedlegg 10 og 11).

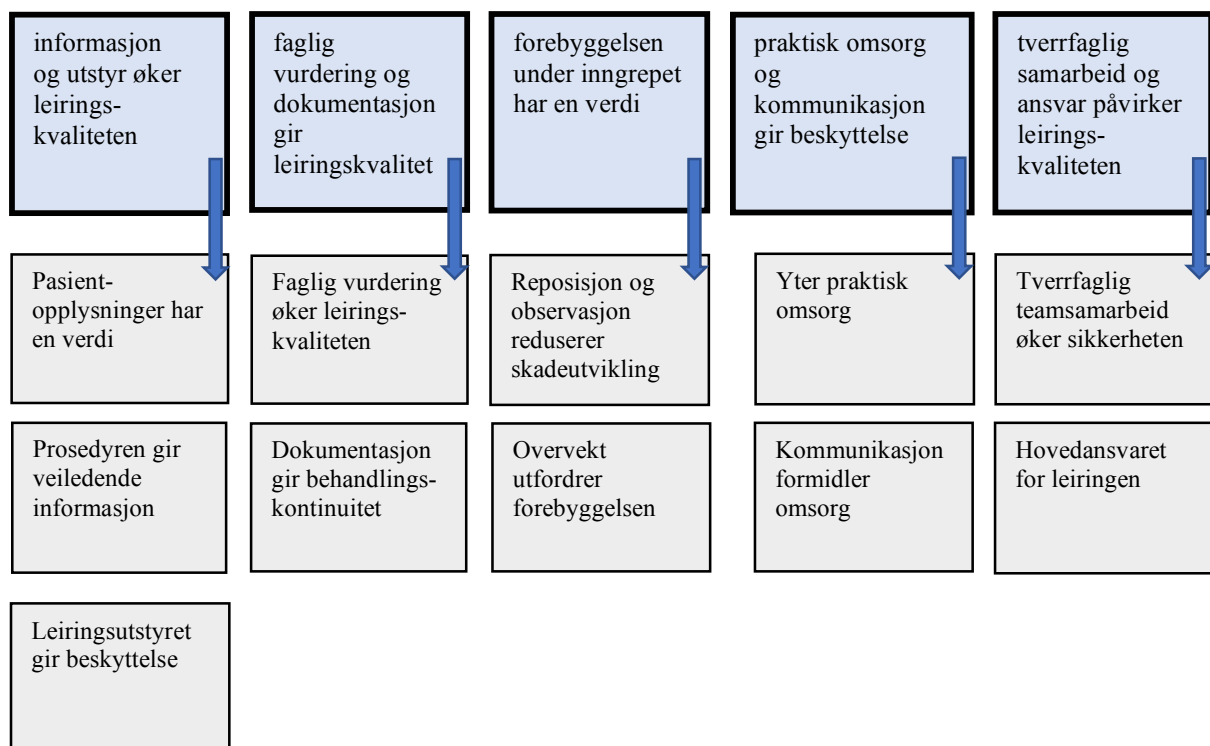
Denne masterstudien skulle kun forske på operasjonssykepleiere, og i den forbindelse var/er det ifølge Drageset & Ellingsen (2009, s. 110), ikke nødvendig å søke godkjenning fra Regional

komité for medisinsk forskningsetikk (REK). Dette på bakgrunn av det ikke utføres forskning på pasienter og/eller pårørende (Drageset & Ellingsen, 2009, s. 110), som for øvrig også masterstudiets første tildelte veileder også gav tydelig beskjed om at ikke var nødvendig.

5.0 PRESENTASJON AV FUNN

Dette kapittelet starter med en oversiktlig figurpresentasjon av analysens resultat kategorier med funnene under. Det vil så bli en kort karakteristisk beskrivelse av informantene. Deretter blir det en helhetlig presentasjon av analysens funn, hvor jeg har tatt utgangspunkt i studiens problemformulering, og konsentrert meg om operasjonssykepleiernes erfaringer vedrørende utøvelsen av pasientleiringen til voksne operasjonspasienter gjennom det kirurgiske inngrepet. Flere av funnene flyter inn i hverandre, men jeg har valgt fremvise dem separat for å få en oversikt av funnene.

Samtlige resultat kategorier starter med: Operasjonssykepleiere erfarer at



Figur 1. Presentasjon av resultat kategorier og resultat kategoriernes mellomtitler.

5.1 Karakteristisk beskrivelse av utvalget

Alle informantene innfridde masterstudiens inklusjons- og eksklusjonskriterier, men en av informantene viste seg å være overkvalifisert med tjueen års erfaring som operasjonssykepleier. Det ble allikevel valgt å inkludere denne informanten på bakgrunn av at det virket interessant å se på informantens erfaringer vedrørende utøvelsen av pasientleiringen.

Samtlige informanter var operasjonssykepleiere med spesialutdanning, og de hadde mellom 6 –21 års erfaring som operasjonssykepleiere. De har også yrkesmessige erfaringer som operasjonssykepleiere fra en eller flere av de følgende seksjonene: ortopedi, urologi, gynekologi, kar-, gastro-, hjerte-, abdominalkirurgi og fra dagkirurgisk enhet.

5.2 Operasjonssykepleiere erfarer at informasjon og utstyr øker leiringskvaliteten

5.2.1 Pasientopplysninger har en verdi

Samtlige informanter erfarte det verdifullt å kunne innhente opplysninger om den voksne operasjonspasienten som var av relevans for leiringsutøvelsen. Dette for å fremme leiringsutøvelsens kvalitet gjennom den perioperative perioden. Enkelte informanter trakk fram at de leste i journalen på forhånd, og for en informant var det viktig å på forhånd vite hvem pasienten er.

«Jeg tar ikke inn en pasient hvis ikke jeg er forberedt på det.»

Enkelte informanter påpekte at opplysninger som ASA-klassifikasjoner og alder var faktorer av verdi, ettersom disse faktorene opplyste om pasientens forfatning og grunnsykdommer. Diabetes, ernæringsstatus, fedme, og kroniske sykdommer var for informantene viktig å ha kjennskap til. Informasjon om operasjonspasientens hud, da spesielt tynn hud var for enkelte informanter verdifullt å ha kjennskap til. Mange informanter erfarte det også verdifullt med pasientopplysninger relatert til operasjonspasientens kroppsvekt og høyde i planleggingen av leiringen, men også i utøvelsen av en god leiringsposisjon. Av andre opplysninger som trekkes fram som verdifulle, var kjennskap til bevegelsesbegrensinger, amputasjon, stive skuldre og hofteproblemer. Opplysninger vedrørende proteser og beinskader var også viktig ifølge enkelte informanter for planleggingen av en god og sikker leiringsposisjon. En informant fortalte:

«Altså hvis det er noe veldig spesielt med pasienten så tar jeg høyde for det. Det ser jeg jo gjerne, eller har lest om det – At her må jeg passe litt ekstra på.»

5.2.2 Prosedyren gir veiledende informasjon

Nær samtlige informanter fortalte at avdelingene deres hadde gode tilgjengelige leiringsprosedyrer på de anvendte leiringsformene. Disse prosedyrene støttet informantene seg

aktivt på. Informantene erfarte prosedyren som et viktig hjelpemiddel for utøvelsen av en sikker pasientleiring med god kvalitet, ettersom den inneholdt veiledende informasjon vedrørende leiringsutøvelsen. Samtlige informanter fortalte at leiringsprosedyren omhandler beskrivelser om hvordan leiringen skulle utøves, og hvilket leiringsutstyr som var aktuelt for utøvelsen. En informant erfarte at pasientleiringen fungerte godt gjennom inngrepet hvis leiringsutøvelsen ble planlagt godt i forkant ved hjelp av den angitte prosedyren. Flere påpekte også at de kun innhentet leiringsutstyr som stod angitt i prosedyren. En annen informant fortalte:

«Leiringsprosedyren er en veldig grei oppskrift jeg har på disse tingene»

Det var en informant som erfarte en effektivitets økning i sitt arbeid i form av å redusere episoder hvor en måtte ut å innhente glemt leiringsutstyr, når prosedyren ble brukt gjennom planleggingen og leiringsutøvelsen. Det ble poengterte av en annen informant at ting kunne gå litt fort innimellom. Sett i den sammenheng erfarte denne informanten at en ved hjelp av leiringsprosedyren kunne man skape en god illusjon på hvordan en god leiringsposisjon skulle utøves med hensyn til pasientens sikkerhet. På den måten opplevde informanten å utøve en forebyggende leiringsposisjonering. Det var også enkelte informanter som erfarte at de i tillegg til anvendelsen av leiringsprosedyren, tilstrebede å gjennomføre en individuell vurdering av operasjonspasientene, med tanke på om de kunne leires etter prosedyrens anbefalinger eller ikke.

5.2.3 Leiringsutstyret er viktig

Samtlige informanter erfarte at leiringsutstyret var viktig i leiringsutøvelsen, da dette utstyret hadde en forebyggende funksjon i utøvelsen av en optimal og sikker leiringsform. Godt velegnet leiringsutstyr ville ifølge informantene kunne gi operasjonspasienten gode forutsetninger til å komme gjennom leiringsposisjonen uten leiringsrelaterte skader.

«Godt leiringsutstyr er alfa og mega for å få til et godt leie»

Samtlige informanter påpekte også at det var viktig å ha kjennskap til leiringsutstyret, og de delte flere eksempler på deres aktuelle leiringsutstyr. Tempurmadrass, skulderstøtting med polstring, antisklimadrass, hel- og halv madrass, puter, støtter og gelé var eksempler på leiringsutstyr informantene nevnte som betydningsfulle og essensielle for leiringsutøvelsen. Det var to informanter som erfarte operasjonsbordet som en del av leiringsutstyret, og de følte

seg ansvarlig for klargjøringen av bordet, samt å påse at beinholdere var montert korrekt. Dette for å øke pasientens sikkerhet i anvendelsen av beinholderne. En informant trakk også frem sin opplevelse av å foreta en bedømmelse av leiringsprosedyrens tilgjengelige standardutstyr ved å på forhånd se på hvilket leiringsutstyr som egner seg best for den navngitte og spesifiserte leiringsposisjonen. Denne informanten opplevde det også viktig å være proaktiv i utøvelsens tilpasninger av leiringsutstyret, og flere fortalte at de fokuserte på detaljer som knapper når de anvendte leiringsutstyret. Det var en informant som delte følgende:

«Har god kjennskap til utstyret som er i avdelingen og vite hva jeg har. Jeg kan da møte de ulike mentalitetene i forhold til om de har skjør hud, er tynne, omfangsrrike eller om det er langvarig kirurgi.»

Mange informanter erfarte at avlastende puter var viktige for å avlaste de trykkutsatte punktene på pasientens kropp, samt på leiringsstøttene som anvendes for å bevare pasienten i en bestemt og sikker leiringsposisjon. Flere informanter fortalte at de hadde gode valgmuligheter når det kom til forskjellige puter som kunne brukes til alle de ulike behovene leiringsutøvelsen kunne by på. Informanter erfarte det viktig å polstre leiringsutstyret for å forebygge utviklingen av trykkskader, samt å legge tempurpute under beinreimen som fester pasienten til operasjonsbordet. Dette ville påvirke kvaliteten på leiringen. En annen informant beskrev det som betydningsfullt å anvende polstringsutstyr som gelé og/eller skumgummi på støtter, samtidig som å dedikere større fokus på nervene ulnaris og fibularis i leiringsutøvelsen. Dette gjaldt spesielt i beinholderleie, og da spesielt ved vinkling av beinholdere for å unngå at beinholderne ikke ligger hviler på nervus fibularis. Det var også enkelte som erfarte det sentralt å polstre ledninger som måtte ligge i nærkontakt med pasienten, mens andre fortalte at skjøre pasienter ble polstret ekstra godt i leiringsutøvelsen. Når det kom til operasjonsbordet skulle det polstres med tempurmadrass. Gelé kunne også anvendes, men det var derimot en informant som erfarte at det kunne fort bli for trått hos operasjonspasienter som har skjør hud.

Samtlige informanter erfarte det også viktig å forebygge at operasjonspasienten ikke skulle skli på leiringsutstyrets støtter og puter underveis, og flere hadde fokus på forebyggelsen av trykk-, nerve- og strekkskader når utstyret ble anvendt, mens en erfarte det sentralt å justere armbordet slik at pasientens arm ble liggende godt og på høyde med kroppen. For en deltaker var dette viktig:

«At en ved sideleie ikke setter støtter mot bein, og at en ikke trykker på magen i forhold til pusten for anestesi. Også at en har det godt polstret så en ikke lager noe trykk, og at en ikke setter støttene i forbindelse med nerver.»

5.3 Operasjonssykepleiere erfarer at faglig vurdering og dokumentasjon gir leiringskvalitet

5.3.1 Faglig vurdering øker leiringskvaliteten

Samtlige informanter erfarte at deres faglige vurderinger av den voksne operasjonspasienten og leiringen fremmer utøvelsen av en sikker og god leiringsposisjon. Dette bidrar til å kunne gi en god kvalitet over leiringen gjennom å forebygge leiringens medfølgende konsekvenser. Enkelte informanter erfarte at sikker pasientleiring også handlet om å foreta individuelle vurderinger av hver enkelt pasient. De foretok seg vurderinger på for eksempel om pasienten hadde noen problemer med armene, armenes plassering, og om utstyret er polstret godt nok. En fortalte:

«En må hele tiden vurdere om leiringen blir i forhold til om pasienten ligger godt, samtidig som kirurgen får operere, slik at det skal bli bra for pasienten.»

Det var enkelte informanter som trakk frem deres erfaring vedrørende fokuset på å vurdere leiringen ut i fra operasjonens varighet – jo lengre operasjonens varighet var, desto mer fokus ble bevilget til leiringens forebygging. Enkelte informanter foretok seg også vurderinger vedrørende leiringsformens hensyn tilknyttet pasientens behov og kirurgens ønsker, dette også når det kom til armenes posisjon.

5.3.2 Dokumentasjon gir behandlingskontinuitet

Det var enkelte informanter som erfarte leiringsdokumentasjonen betydningsfull i utøvelsen av pasientleiringens kvalitet gjennom det kirurgiske inngrepet. De erfarte dokumentasjonen sentralt for videreformidling av eventuelle leiringsavvik relatert til fall av ekstremiteter, og til videreformidling av foretatte avvik fra leiringsprosedyren for utøvelsen av en god leiringsstilling. Flere av disse informantene erfarte også viktigheten av å dokumentere når pasienten hadde røde hudområder på for eksempel knær etter det kirurgiske inngrepet, slik at pasienten kunne bli fulgt godt opp videre. De erfarte at dette ville bidra til god kontinuitet for videre pasientbehandling, samtidig som en slik videreformidling kunne bidra til forbedring av leiringskvalitet. En informant fortalte:

«Når jeg skriver en behandlingsplan så leirer jeg i forhold til de gjeldene prosedyrer, og gjør jeg unntak så skal det noteres i behandlingsplanen.»

5.4 Operasjonssykepleiere erfarer at forebyggelsen under inngrepet har en verdi

5.4.1 Reposisjon og observasjon reduserer skadeutvikling

Gjennom det kirurgiske inngrepet erfarte samtlige informanter det som forebyggende å foreta seg justeringer av leiringsposisjonen til den voksne pasienten. Alle informantene fortalte om deres opplevelser av å utføre stillingsendringer på operasjonspasienten. Ved å utføre en justering av operasjonspasienten og/eller leiringen underveis, opplevde de å utøve forebyggende tiltak som kunne forhindre leiringsskader. Dette ved å lette trykket i operasjonspasientens armer og bein som kan ha oppstått i møte med bordets underlag og/eller leiringsutstyret. Enkelte fortalte at de bevilget mer fokus til å foreta en form for endring på leiringsposisjonen når operasjonen var av en langvarig karakter. Det ble også fortalt at det å praktisere små stillingsjusteringer underveis, vil kunne forhindre at operasjonspasienten får det “ugreit” etter det kirurgiske inngrepet var avsluttet. Dette gav pasienten en liten bevegelse i muskulaturer, sener og i nakken. Det var helst trykk-, nerve-, og strekkskader flere informanter erfarte å ha fokus på underveis, og for en informant var det viktig å ha hælene opp fra underlaget, dette for forebyggelsen av trykkskader. Det var også enkelte informanter som fortalte at de hadde økt oppmerksomhet på forskyvning av operasjonspasientens kropp når operasjonsbordet ble endret på underveis i det kirurgiske inngrepet, da disse endringene kunne resultere i avklemming av operasjonspasientens bløtvev. Enkelte informanter erfarte i den forbindelse at vippeleier og tipping av operasjonsbordet var utfordrende med tanke på denne endringen av leie. En informant delte følgende:

«En må bare gjøre det beste, og justere det man kan. For det er en mulighet å justere underveis. Både som steril eller koordinerende kan man justere på leie underveis der en har mulighet for det.»

Mange informanter erfarte at de foretok seg justeringer av den voksne operasjonspasientens armer og bein gjennom inngrepet. Reposisjon og stillingsendringer av operasjonspasientens armer var det absolutt enkleste. Nærmest samtlige informanter erfarte at justeringer på operasjonspasienten beinstilling var viktig i leiringsposisjoner hvor beinholdere ble benyttet. Det ble også fortalte at de løftet beina som befant seg i beinholderne litt opp for å endre på trykket, mens andre tilstrebet å senke beinholderne ned i de delene av operasjonen det var en mulighet for det. Det var en informant som fortalte dette:

«At en har litt fokus på å endre leiets underveis, der man har en mulighet for det. Hvis for eksempel pasienten ligger i beinholdere, så kan en kanskje senke bein(a) i de periodene av operasjonen en ikke trenger å ha bein(a) oppe.»

Det var også en informant som opplevde å være mere avslappet til den våkne operasjonspasientens armer og overkropp hvis de fikk spinal og skulde opereres på mage, lyske, eller på bein(a). Enkelte informanter erfarte det viktig å justere på skrukker under pasienten i forbindelse med små posisjonsendringer, samtidig som ledninger tett inntil pasienten ble fjernet. Informantene foretok seg også observasjoner angående operasjonspasientens på armene, dette for å forebygge at de ikke blir utsatt for skadelig trykk. Når det angikk observasjonsmuligheten av de eventuelle iverksatte justeringene og leiets generelt, påpekte enkelte informanter at dette var noe som måtte utføres etter det kirurgiske inngrepet. Flere informanter fortalte at når de skulle observere om hvorvidt leiringsjusteringene underveis hadde hatt en forebyggende effekt, viet de oppmerksomhet mot enkelte punkter på operasjonspasientens kropp. Disse punktene ble av en betegnet som “obs-punkter”, og hode, ører, skuldre, albuer, sacrum, knær samt hæler var eksempler på slike punkter. En informant fortalte følgende om sitt utøvende leiringshåndverk:

«Når operasjonen er avsluttet, tar jeg igjen og går over fra hode til tå. Kikker over pasienten om det er noen røde plasser og om øyene fremdeles er teipet godt igjen.»

5.4.2 Overvekt utfordrer forebyggelsen

Det var flere informanter som erfarte at overvekt utfordret leiringsutøvelsens forebyggende funksjon. En informant fortalte at det skulle mindre justeringer til på disse pasientene under inngrepet for at leiringsutøvelsen skulle bli vanskelig. Denne informanten trakk også frem at det kunne forekomme enkelte situasjoner der en måtte innse at pasientens leiringsposisjon ikke ble bedre på grunn av overvekten, samtidig som en visste at pasientens leiringsposisjon ikke var optimal for kirurgien. Det var også en informant som påpekte at leiringsutstyret kunne bli for smått for disse pasientene, og tilpasningsmuligheten for utstyret var begrenset, også under operasjonen. Det ble også bemerket at denne pasientgruppen hadde en høyere risiko for utvikling av leiringskader. En informant sa følgende:

«De blir utsatt for et miljø der de kan få, ja bli utsatt for skade. Men de skal faktisk komme ut igjen friskere enn det de var. De skal ikke ha noen tilleggsskader.»

5.5 Operasjonssykepleiere erfarer at praktisk omsorg og kommunikasjon gir beskyttelse

5.5.1 Yter praktisk omsorg

Samtlige informanter erfarte at omsorg ble gitt gjennom leiringsutøvelsens praktiske handlinger for å kunne beskytte operasjonspasienten. Informanter erfarte at omsorg ble vist gjennom utøvelsen av en god og forebyggede leiringsposisjonen for det kirurgiske inngrepet. Enkelte erfarte også at omsorgen for pasienten ble synliggjort i leiringsplanlegging. Det var en informant som poengterte at leiringsutøvelsens omsorg var en form for praktisk omsorg, og vedkommende erfarte at denne omsorgen ble vist i måten en leiret operasjonspasienten godt på operasjonsbordet. En informant kunne fortelle:

«Det å leire en pasient, det er jo en praktisk omsorg»

Flere informanter erfarte også at omsorgen skinte gjennom deres tilstedeværelse på operasjonsstuen, samt gjennom å vise respekt ovenfor pasientens sfære. Omsorg handlet om hvordan en håndterte operasjonspasienten gjennom sitt eget håndlag, og det å påminne seg selv om at det faktisk var en pasient som befant på operasjonsbordet. Informantene opplevde videre at det handlet om tilstedeværelse for å forhindre overstrekk av armer og bein, mens en informant mente derimot også at leiringsomsorg i stor grad handler om estetikk. Det var også enkelte informanter som erfarte det nyttig å leire litt etter tankegangen:

«Tenkt hvis det hadde vært meg som skulle leires, hvordan ville jeg da ha hatt det.»

Samtlige informanter erfarte at forebyggelsen av varmetap hadde en betydningsfull plass i utøvelsen av pasientleiringen til de voksne operasjonspasientene. En informant mente at leiring og varme fulgte hverandre, ettersom man ikke ønsker å være kald i forhold til skader som følge av leiringen gjennom det kirurgiske inngrepet. Informanten fortalte at en kald operasjonspasient var mer utsatt for uønsket trykk og trykkskader fra leiringen. For samtlige informanter handlet den praktiske omsorgen også om å kunne yte god varmeomsorg i leiringsutøvelsen. Det ble referert til flere ulike eksempler på hvordan de forebygget varmetap for å beskytte pasienten. Enkelte hadde god erfaring med å pakke inn pasientens bein. En informant hadde erfaring med å legge på varmeteppe, varme sokker og varmemadrass for å øke leiringens komfort. I mitt materiale var det en informant som opplevde å få en nærere pasientrelasjon ved å utføre alt selv,

fra å ta i mot operasjonspasienten, legge på varmeteppe, samt til å leire operasjonspasienten på operasjonsbordet. En informant hadde følgende å fortelle:

«God varmeomsorg, det er en del av det å ligge behagelig og godt, og å redusere risikofaktorer i forhold til det å bli operert.»

5.5.2 Kommunikasjon formidler omsorg

Informantene erfarte at gjennom å kommunisere med den voksne operasjonspasienten i leiringsutøvelsen, ble omsorg vist ved å leire operasjonspasienten i en så forebyggende, sikker og behagelig leiringsposisjon som mulig. Nærmest alle informantene opplevde det medmenneskelig å kommunisere med pasienten ved å stille spørsmål vedrørende operasjonspasientens stilling på operasjonsbordet. De erfarte nytten av å stille spørsmål knyttet opp mot om stillingen var behagelig, eller om operasjonspasienten kjente noe form for ubehag i den aktuelle posisjonen. Informantene erfarte det da lettere å foreta seg forebyggende justeringer underveis i inngrepet. Enkelte erfarte at leiringsposisjonen var oppnådd og sikkerheten god når de fikk bekreftelse på dette av operasjonspasienten. En fortalte:

«Det er jo viktig at jeg hele tiden, i hvert fall i pasientens våkne tilstand, spør “Hvordan ligger du?”»

Enkelte informanter erfarte det også trygt å kunne informere den voksne operasjonspasienten underveis i leiringsutøvelsen. Det gjorde det enklere for informantene å utøve god leiringsposisjonering når operasjonspasientene hadde en forståelse av leiringsutøvelsens omfang. Informantene vektlegger pasientens sikkerhet som det mest sentrale i omsorgen, men pasientkomfort som et viktig bi fokus. Flere informanter informerer pasientene om for eksempel, at det ble lagt puter under deres bein og hvorfor de fikk en reim over beina.

5.6 Operasjonssykepleiere erfarer at tverrfaglig samarbeid og ansvar påvirker leiringskvaliteten

5.6.1 Tverrfaglig teamarbeid øker sikkerheten

Samtlige informanter i denne masterstudiet erfarte at teamsamarbeid er en viktig faktor, hvor samarbeidet med anestesipersonell og kirurgene var betydningsfullt for leiringsutøvelsens sikkerhet både før, men også under det kirurgiske inngrepet. Det fremkommer gjennom mitt materiale at flere informanter erfarte et godt samarbeid både med anestesipersonell og kirurger

vedrørende leiringsutøvelsen. Det var derimot en informant som trakk frem at kommunikasjonen med anestesipersonellet kunne bli enda bedre, da en aldri kunne kommunisere godt nok. Informanten poengter at en kunne kommunisere tydeligere vedørende justering av operasjonsbordet, og operasjonspasientens armer, samt lukking av øyne. Enkelte informanter erfarte det betydningsfullt å kunne snakke med anestesisykepleiere i forkant av leiringsutøvelsen, hvor en utvekslet opplysninger som estimert operasjonstid og armposisjoneringer, slik at de best mulig kunne bevare pasientsikkerheten, som igjen påvirket leiringskvaliteten.

«Jeg samarbeider med anestesien, og noen ganger også med operatørene.»

Flere informanter erfarte et godt samarbeid med kirurgene. Det var enkelte informanter som fortalte at de selv tok kontaktet med kirurgene for å konferere med dem hvis det dukket opp noen utfordringer i planleggingen, eller når det var usikkerhet rundt hvordan operasjonspasienten skulle leires. Var det spesielt utfordrende å leire pasienten på operasjonsbordet hendte det ofte at kirurgen faktisk kom og deltok i leiringsutøvelsen, dette for å tilstrebe en sikker og god leiringsposisjon. Det var en informant som erfarte betydningen av å leire sammen med erfarne kollegaer, slik at man kunne snakke sammen, og på den måten påvirke leiringen ved å gi operasjonspasienten en forebyggende og sikker leiringsposisjon. Enkelte informanter erfarte at leiringsamarbeidet også handlet om å være modig nok til å gi kirurgen tilbakemeldinger når kirurgen ønsket å foreta seg noen endringer på leiet til pasienten, som kunne medføre økt risiko for leiringskader i ettertid. Dette ville øke pasientsikkerheten og kvaliteten på leiringen gjennom leiringsposisjonen. En fortalte følgende:

«Har jeg en tanke om at her kan pasienten faktisk få en forskyvning som er ikke ønskelig. Så er det viktig å si fra til kirurgen.»

Informantene hadde delte erfaringer vedrørende leiringsamarbeid med portører. Informantene som hadde portører på avdelingen, erfarte deres samarbeid godt dem i mellom. Disse informantene fortalte videre at deres portører var flinke på leiringsutøvelsens prosedyrer, deres funksjoner, utfordringer og begrensinger. For de informantene som ikke hadde portører tilknyttet deres operasjonsavdeling, hadde ingen opparbeidet seg erfaring vedrørende denne form for samarbeid. Der var det dem selv som operasjonssykepleiere som leiret uten portører.

5.6.2 Hovedansvaret for leiringen

Samtlige informanter erfarte at de hadde hovedansvaret for leiringsutøvelsen, selv om de beskrev at leiringen var preget av et felles ansvar sammen med anesthesisykepleierne. Det ble fortalt at anestesipersonellet hadde ansvar for hode, nakke og armer, mens informantene hadde ansvar for et større område på operasjonspasientens kropp. En informant trakk frem at anestesipersonell hadde en hjelperrolle i leiringsutøvelsen, og samtlige informanter erfarte å ha hovedansvaret i og for leiringsutøvelsen gjennom det kirurgiske inngrepet. Dette til tross for at de poengterte at det opprinnelig var kirurgene som har det overordnede ansvaret for leiringen. En fortalte:

«Det er operasjonssykepleierne som leirer, og har hovedansvaret for leiringen.»

En informant erfarte det også verdifullt å kunne stille kirurgen spørsmål som omhandlet leiring under gjennomgangen av trygg kirurgi. Dette var spørsmål kirurgen måtte svare på, og da mottok informanten en bekreftelse på om pasienten var leiret korrekt eller ikke. Det var riktig nok den samme informanten som opplevde at kirurgen kun stod ansvarlig for det ferdige resultatet av kirurgien. En informant hadde dette å dele:

«Leiringen kan skade, og av alt det jeg gjør, så er det det som kan skade pasienten mest. I feltet står jeg jo aldri alene, der har jeg en kirurg og jeg har andre rundt meg, men i leiringen er jeg alene, og føler ansvaret.»

6.0 DISKUSJON AV FUNN

Dette kapitlet starter med en diskusjon av de nevnte funnene i kapittel 5, og det er masterstudiens problemformulering som vil binde dette kapitlet sammen. Kapitlet vil starte med å diskutere de mest interessante funnene først, for så å avslutte med det funnet som fremstår minst interessant sett ut i fra forskerens perspektiv. Resultatkategorien praktisk omsorg og kommunikasjon gir beskyttelse, hvor funnene, yter praktisk omsorg og kommunikasjon formidler omsorg, vil bli diskutert først. Det vil deretter bli en diskusjon rundt de tre funnene som befinner seg i resultatkategorien informasjon og utstyr øker leiringskvaliteten. Det vil så bli en diskusjon rundt funnene under resultatkategorien operasjonssykepleierne erfarer tverrfaglig samarbeid og ansvar påvirker leiringskvaliteten. Avslutningsvis vil funnene som befinner under resultatkategorien operasjonssykepleiere erfarer verdien av forebygging under operasjonen, bli drøftet. Funnene i resultatkategorien faglig vurdering og dokumentasjon gir leiringskvalitet, blir på bakgrunn av studiens omfang og lite forskningsfunn, ekskluderes fra dette kapitlet. Kapitlet avsluttes med en kritisk vurdering av metoden, i form av en methodediskusjon med fokus på studiens pålitelighet.

6.1 Operasjonssykepleiere erfarer at praktisk omsorg og kommunikasjon gir beskyttelse i leiringsutøvelsen gjennom det kirurgiske inngrepet

Samtlige informanter i denne masterstudien erfarte at omsorg ble uttrykt gjennom hvordan operasjonspasienten ble leiret på operasjonsbordet, ved hjelp av deres håndlag. Dette for å beskytte den voksne operasjonspasienten mot skader på armer og bein. Bäckström (2009, s. 27) bemerker at målet for en operasjonssykepleier er å sette pasienten i sentrum. Ifølge Bull & FitzGerald (2006) har operasjonssykepleiere kombinerte teknologiske og omsorgsfulle oppgaver tilknyttet operasjonsavdelingen. Det bemerkes av Walton-Geer (2009) at omsorg har en sentral plass i utøvelsen av pasientleiringen, og ifølge Martinsen (2003, s. 71, 75 & 81) handler omsorg om å hjelpe mennesket som ikke lengre er selvhjulpen. Sett i perspektiv av dette, vil en i lys av masterstudien kunne tenke at operasjonspasientene befinner seg i en ikke-selvhjulpen situasjon når operasjonspasienten skal leires på operasjonsbordet. I dette møte med operasjonspasienten kan det også tenkes at det kreves en rekke ulike forutsetninger som kunnskaper og ferdigheter, slik Martinsen (2003, s. 71 & 75-76) også beskriver. Disse elementene kan bidra sammen med pleierens opparbeidede erfaringer til å vise omsorg gjennom anvendelsen av utstyret (Martinsen, 2003, s. 71 & 75-76). Blomberg et al. (2015) fant derimot ut i sin studie at deres deltakende operasjonssykepleiere erfarte at omsorgens utøvelse ble vist

ved å rette fokuset på hele operasjonspasienten, også på kroppen som befant seg under det sterile operasjonsdekket. På den måten rettet de sin oppmerksomhet på farer som kunne resultere i en utvikling av leirings-skader under operasjon (Blomberg et al., 2015).

Masterstudiens informanter erfarte også at den praktiske omsorgen ble uttrykt gjennom å vise sin tilstedeværelse gjennom inngrepet, for å beskytte den voksne operasjonspasienten. Personalets tilstedeværelse var også noe O'Connell (2006) framhevet som viktig. Ved å vise sin tilstedeværelse inntok man rollen som pasientens advokat, hvor et hovedfokus var å bevare pasientens sikkerhet gjennom leiringsposisjonen. Det var riktig nok av stor fordel å kunne leire operasjonspasienten i en korrekt leiringsposisjon. Dette på bakgrunn av at pasienten ofte er under påvirkning av et anestetisk medikament som kan blokkere nerveimpulser som registrerer trykk og smerte. Dette kan gi en økt risiko for utvikling av leiringskomplikasjoner (O'Connell, 2006; Hansen & Brekken, 2009, s. 113-114). Studien til Bull & FitzGerald (2004) fant på sin side ut at operasjonssykepleiere opplevde å være advokaten til operasjonspasienten i sykepleieutøvelsen, hvor advokat begrepet handlet om å kunne tale pasientens sak og ha pasientens beste i fokus (Bull & FitzGerald, 2004). Dette vil høyst sannsynlig også være aktuelt i utøvelsen av en omsorgsfull, beskyttende og forebyggende leiringsposisjonering, ettersom Blomberg et al. (2015) påpekte at operasjonspasientene nettopp befinner seg i en sårbar posisjon. Dette kan være en innvirkende grunn til at informantene i dette masterprosjektet erfarte at praktisk omsorg gir beskyttelse gjennom det kirurgiske inngrepet. Boyle et al. (2005) fant nemlig ut i sin studie at ved å innta rollen som operasjonspasientens advokat, vil en kunne beskytte pasienten mot skader. Dette vil kunne bidra til å øke operasjonspasientens sikkerhet og beskyttelse gjennom leiringsutøvelsen. Masterstudiens informanter erfarte også at omsorg ble vist gjennom god leiringsplanlegging. Det kan tenkes at de viser omsorg gjennom å planlegge en beskyttende leiringsform. Dette er også Heizenroth (2015, s.155 & 168) innom i sin beskrivelse om at en planlegger leiringsutøvelsen for å beskytte pasienten ved å gi fysisk støtte og komfort.

Masterstudiens informanter erfarte også at forebyggelsen av operasjonspasientens varmetap var en viktig del av den beskyttende og praktiske omsorgen tilknyttet leiringsutøvelsen gjennom det kirurgiske inngrepet. Dette ble også belyst i studien til Kolvered et al. (2012), hvor deres deltakere erfarte at god planlegging var nøkkelen til opprettholdelsen av operasjonspasientens kroppstemperatur. Studien viste ytterligere til varmetapforebyggende tiltak som unødige blottlegging av operasjonspasienten og anvendelsen av varmetapsforebyggende hjelpemidler

(varmeteppe, teppe, leggvarmere) (Kolvered et al., 2012). Hvilket ble for øvrig også vektlagt av informantene i dette masterprosjektet. Det kan tenkes at slike tiltak iverksettes for å opprettholde operasjonspasientens kroppstemperatur gjennom det kirurgiske inngrepet, men det er verdt å nevne at Hansen & Brekken (2009, s. 211-212) anså faktoren varme til å være en ytre faktor for utvikling av trykkskader. Enkelte informanter i dette masterprosjektet delte erfaringer på at leiringsutøvelsen og varmeomsorgen stod i nær relasjon til hverandre. En kald operasjonspasient var ifølge studiens informanter mer utsatt for trykk og trykkskader enn en varm operasjonspasient. Fred et al. (2012) undersøkte nettopp denne sammenhengen mellom hypotermi (kald operasjonspasient) og trykksårutviklingen i deres studie. De fant ut at en reduksjon av én fahrenheit (1 fahrenheit = 1.8 celsius) hos den mannlige pasientens kroppstemperatur økte risikoen for utvikling av trykksår. De fant videre ut at menn sammenlignet med kvinner, hadde en lavere risiko for utvikling av trykksår ved en økning i kroppstemperatur. Det lot seg også derimot vise at menn hadde en signifikant høyere risiko for utviklingen av trykksår ved reduksjon av kroppstemperaturer enn kvinner (Fred et al., 2012). Det trekkes videre frem av Heizenroth (2015, s.155 & 168) at operasjonspasientene skal holdes varm. Sett i lys av dette kan det tyde på at det er en relasjon mellom varme, leiring og utvikling av leiringskomplikasjoner.

Dette kan forklare hvorfor mine informanter erfarer at varmetapsforebyggelse er et viktig og beskyttende element i utøvelsen av pasientleiring til voksne operasjonspasienter. Det påpekes også av NSFLOS (2015) at operasjonssykepleiere skal forebygge hypotermi, yte omsorgsfull hjelp og gi helhetlig pleie sett ut i fra operasjonspasientens individuelle behov. På bakgrunn av dette erfarte samtlige informanter i dette masterprosjektet at hensynet til pasientens særegne behov i leiringsutførelsen for å forebygge leiringsskader, også var en form for omsorg. Dette kan tyde på at disse informantene ved hjelp av sine kunnskaper, ferdigheter og erfaringer viser omsorg i anvendelsen av leiringsutstyret, noe også Martinsen (2003, s. 71 & 75-76) omtaler i sin beskrivelse, om hvordan omsorgsarbeiderne bruker utstyret på en omsorgsfull måte. Det var på den andre siden to informanter i dette masterprosjektet som erfarte at de viste omtanke for pasienten ved å leire etter tankegangen *“tenk hvis det var meg som skulle leires, hvordan ville jeg da ha hatt det”*. Informantenes tankegang gjenspeiles i Martinsen (2003, s. 68-69 & 75) sin beskrivelse av omsorgsrelasjonens generaliserte gjensidighet, hvor en skal yte omsorg til mennesker uten forventninger om å få noe igjen. Med denne tankegangen vil man identifisere seg med den pleietrengende, hvilket samsvarer med det solidariske perspektivet om at man skal identifisere seg med andre (Martinsen, 2003, s. 68-69 & 75), som det for øvrig kan tenkes at

masterstudiens informanter også praktiserer i leiringsutøvelsen. Boyle (2005) fant til dels den samme erfaringstankegangen blant sine deltakere, men deres deltakere snakker også om å gi pasienten en hånd å holde i, samt å ha fokus på operasjonspasientens varmeomsorg, som forøvrig informantene i min studie også hadde fokus på.

Det at kommunikasjon formidler omsorg var et annet funn som fremkom i denne resultat kategorien hos samtlige informanter i denne masterstudien. Informantene erfarte at operasjonspasientene skulle leires i en optimal, sikker og behagelig leiringsposisjon. Det ble stilt pasienten konkrete spørsmål relatert leiringsposisjonen. Dette kan være en måte for operasjonssykepleierne å vise medmenneskelighet ovenfor operasjonspasienten. Kelvered et al. (2012) beskriver i sin studie at leiringsutøvelsen bør utføres på en verdig måte i samråd med operasjonspasientene. Det bemerkes også av Skau (2011, s. 82-83) og Travelbee (2001, s. 109 & 112-113) at kommunikasjon står sentralt i møte med mennesker, hvor en blant annet deler erfaringer og kunnskaper. Sett i lys av dette erfarte studiens informanter det nyttig å forhøre seg med operasjonspasienten underveis om hvordan om leiringsposisjonen er med tanke på ubehag, dette for å tilstrebe en god og forebyggende leiringsposisjon. Travelbee (2001, s. 109 & 112-113) trekker videre frem at omsorg uttrykkes gjennom kommunikasjon, hvor sykepleieren kan utføre sine arbeidsoppgaver med intensjon om å ivareta pasientens sykepleiebehov. En vil kunne tenke at operasjonssykepleierne gjennom leiringsutøvelsens kommunikasjon med pasienten formidler omsorg nettopp ved å kommunisere med pasienten. Dette for å tilstrebe etter oppnåelsen av en forebyggende, beskyttende og sikker leiringsposisjonering. Ifølge Martinsen (2003, s. 69) er omsorg også en sosial relasjon, og i denne relasjonen tenker jeg som forsker at pasientkommunikasjon kan stå sentralt. I denne relasjonen må en benytte et forståelig språk og ikke anvende for mange fremmede utstyrsgjenstander (Martinsen, 2003, s. 76 & 81). På bakgrunn av mine egne erfaringer, vil det være vanskelig å unngå bruk av fremmed gjenstander i leiringsutøvelsen. Dette fordi at leiringsutstyret ofte fremstår fremmed for de fleste, men dette utstyret er samtidig viktig å ha for å leire operasjonspasienten i en god og sikker posisjon. Hvilket underbygges i Heizenroth (2015, s. 155) sin litteratur. Dette vil kunne tyde på at kommunikasjonen bidrar til å leire pasienten i en beskyttende stilling. På den andre side vil jeg som forsker tenke at dette til tider kan være utfordrende. Dette på bakgrunn av at man kan ha operasjonspasienter som ikke kan svare for seg, for eksempel på grunn av narkose eller demens. Det kan også tenke at operasjonsavdelingens hektiske hverdag kan ha en innvirkning her, det kan også tenkes at pasientene ikke opplever komfort fordi leiringsposisjonen ikke kan forbedres.

Det ble riktig nok funnet i studien til Bull & FitzGerald (2006) at operasjonssykepleiere skal gjennom kommunikasjon skape kontakt med pasienten, samtidig som kommunikasjonen skal anvendes med den intensjon om å berolige operasjonspasienten inne på operasjonsstuen. Denne oppfattingen delte ikke informantene i denne masterstudien. Til gjengjeld erfarte de at spørsmålene som *“Ligger du bra?”* eller *“Hvordan ligger du?”* var viktige for leiringsutøvelsen. Dette vil kunne tyde på at operasjonssykepleierne bruker kommunikasjon som et virkemiddel for å justere den pågående sykepleieoppgaven, slik Travelbee (2001, s. 109 & 112-113) påpeker. Blomberg et al. (2015) fant på sin side ut at deres deltakende operasjonssykepleiere tilstrebet å gjennomføre en samtale med operasjonspasienten, for å forberede seg godt til det kirurgiske inngrepet. Dette kan tyde på at masterstudiens informanter er opptatt av å opprettholde leiringens sikkerhet gjennom komfort som igjen vil kunne gi trygghet for utøveren, slik Alfredsdottir & Bjornsdottir (2008) fant ut i deres studie da de foretok undersøkelser på hva som påvirket pasientsikkerheten.

Flere informanter i denne masterstudien erfarte det betydningsfullt å informere operasjonspasientene gjennom verbal kommunikasjon i leiringsutøvelsen. Det var da snakk om informasjon om for eksempel hvorfor de fikk reim over seg. De fikk da en fornemmelse av at operasjonspasientene fikk en forståelse av at forebyggelse er essensielt for motvirkelsen av leiringskader. Dette er også i tråd med retningslinjene til NSFLOS (2015), hvor operasjonssykepleiere skal så sant situasjonen tillater det, informere operasjonspasienten underveis om hva man gjør og hvorfor en gjør det. Ifølge Hansen (2009, s. 109 & 112-113) bør det være informasjon rettet mot fremmede prosedyrer, slik at operasjonspasienten vil kunne få en mulighet til å føle kontroll over situasjonen. Dette vil ifølge Travelbee (2001, s. 272) kunne gi pasienten en opplevelse av pleie og omsorg. Bull & FitzGerald (2006) bemerket riktig nok at det er et kort vindu for informasjonsutveksling, men operasjonssykepleierne ønsket allikevel å etablere kontakt med operasjonspasienten. Kolvered et al. (2012) fant ut i sin studie at en kunne bidra til å danne en god atmosfære ved å se på operasjonspasienter som selvstendige individer. Alfredsdottir & Bjornsdottir (2008) fant til dels ut det samme i deres studie. Deltakerne deres erfarte at det var viktig å beskytte den hjelpeløse operasjonspasienten, samt å skape et miljø preget av trygghet og sikkerhet. Dette vil kunne bidra til en omsorgsfull og avslappet atmosfære for og rundt operasjonspasienten (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008). På bakgrunn av dette kan kommunikasjonsrelasjonen med operasjonspasienten være

masterstudiens informanternes måte å formidle omsorg på, samtidig som pasientsikkerheten ivaretas ved å yte praktisk omsorg i utøvelsen av pasientleiring til voksne operasjonspasienter.

6.2 Operasjonssykepleiere erfarer at informasjon og utstyr øker leiringskvaliteten i leiringsutøvelsen gjennom det kirurgiske inngrepet

Samtlige informanter i dette masterstudiet erfarte det verdifullt å innhente opplysninger om operasjonspasienten i planleggingsfasen, som var av relevans for leiringsutøvelsen. Dette bidro til å øke leiringskvaliteten i leiringsposisjonen gjennom det kirurgiske inngrepet. Ifølge NSFLOS (2015) skal operasjonssykepleiere innhente pasientopplysninger og informasjon vedrørende pasientens individuelle behov i relasjon til den planlagte behandlingen/proseduren. Dette tilstrebet informantene i denne studien å utføre for å utøve en god kirurgisk pasientleiringsposisjon til den voksne operasjonspasienten. Det viste seg at operasjonssykepleierne i studien til Blomberg et al. (2015) også hadde en slik ambisjon som nevnt ovenfor. Det var også her ønskelig om å bli kjent med operasjonspasienten ved å lese vedkommendes pasientjournal. Dette bidro til en opplevelse av å føle seg involvert i operasjonspasientens historie (Blomberg et al., 2015). Det ble gjennom Kolvered et al. (2012) også gjort funn på at deres deltakende operasjonssykepleiere så stor nytte av å innhente kunnskaper om operasjonspasientens helsetilstand, ved å lese pasientjournalen i forkant. Det var derimot kun enkelte informanter i dette masterprosjektet som fremhevet erfaringer tilknyttet innsamling av pasientopplysninger ved hjelp av pasientjournalen. Det var riktig nok en av dem som poengterte at: *“jeg tar ikke inn en pasient hvis ikke jeg er forberedt på det ...”*. Blomberg et al. (2015) fant det tilsvarende i sin studie. Men på en andre siden erfarte samtlige informanter i dette masterprosjektet det betydningsfullt å kunne samle inn pasientopplysninger tilknyttet den voksne operasjonspasienten, slik at de kunne planlegge en god leiringsutøvelse med kvalitet. Kolvered et al. (2012) støtter opp om dette ved å beskrive i sin studie at deres deltakere innhentet generell informasjon, og følte et stort ansvar ovenfor bevarelsen av pasientsikkerheten i leiringsutøvelsen. De indre helseopplysninger som kan ha en innvirkning på leiringsutøvelsen er ifølge Hansen og Brekken (2009, s. 211-212) alder, ernæringsstatus, mobilitet, kroppstemperaturen og sykdommer. Anestesiformen og operasjonsmadrassen er andre viktige risikofaktorer enn bør ha kjennskap til i planleggingen av leiringsutøvelsen (Hansen & Brekken, 2009, s. 211-212 & 213-214). Heizenroth (2015, s. 168 & 184) trakk på sin side frem opplysninger som diabetes, høy alder og lammelser av betydning. Slike opplysninger så informantene av denne studien også verdien i når de innhentet aktuell informasjon. Når det

angikk diabetes og kortisonpasienter var det kun en informant i denne studien som hadde erfaringer rundt dette, mens flere hadde erfaringer med innsamling av alder, vekt og høyde. Disse opplysningene omtales av Hansen og Brekken (2009, s. 211-212 & 213-24) som mulige risikofaktorer for utviklingen av leiringsskader som for eksempel trykksår. Det var derimot viktig for flere informanter i dette masterprosjektet å innhente opplysninger som omhandler proteser, frakturer eller andre problemer med ekstremitetene hos operasjonspasienten. Denne form for informasjon ble også fremhevet i artiklene til O'Connell (2006) og Walton-Geer (2009) som essensielle for leiringsutøvelsen av den voksne operasjonspasienten. Informantene i denne masterstudien erfarte også disse opplysningene som verdifulle for planleggingen av leiringsutøvelsen, spesielt i beinholderleie. Det viste seg at enkelte informanter i dette masterstudiet fortalte at de tok hensyn til operasjonspasientens ASA-klassifisering for planleggingen, og i utførelsen av leiringsutøvelsen. Denne klassifikasjonsformen gir informasjon om operasjonspasientens totale helsetilstand. ASA-klassifisering står for «American Society of Anesthesiologists physical status classification» (Fred et al., 2012, s. 256). Det ble ikke funnet noen studier vedrørende erfaringer blant operasjonssykepleiere med denne form for leiringsplanlegging, men Fred et al, (2012) skriver riktig nok i sin studie at jo høyere pasientens ASA-klassifisering er, desto sykere er pasienten. Informantene i denne masterstudien tilstrebet en så grundig planlegging av leiringsutøvelsen som mulig før operasjonen.

Et annet funn omhandlet at leiringsprosedyren fremstod som et viktig hjelpemiddel for masterstudiens informanter i planleggingen og innhenting av leiringsutstyret. Dette på bakgrunn av at prosedyrene inneholder verdifull og veiledende informasjon tilknyttet det aktuelle leiringsutstyret, også når det kom til hvordan operasjonspasienten skulle leires. Sett i lys av dette påpekes det i fagartikkelen til Millsaps (2006) at de innsamlede pasientopplysningene burde sammenfattes med leiringsposisjonens aktuelle prosedyre/retningslinje. Det var riktig nok noen få informanter i dette mastprosjektet som foretok seg individuelle vurderinger av operasjonspasientene, hvor informantenes intensjon var å foreta vurderinger om hvorvidt leiringen kunne utføres slik leiringsprosedyren anbefalte. Lot ikke dette seg gjennomføre, måtte videre leiringsutøvelse konfereres med ansvarlig kirurg. Det kan tenkes at disse informantene i dette masterprosjektet fikk en følelse av å yte det lille ekstra gjennom en individuell vurdering av operasjonspasientens behov, for å ivareta operasjonspasienten, samt å øke leiringskvaliteten. På den andre siden kan de resterende informantene i denne masterstudien også ha foretatt seg individuelle behovsvurderinger av

operasjonspasientene, men unnlatt å dele denne erfaringen med forskeren. Millsaps (2006) bemerket på sin side også at ved å inkludere pasientopplysningene i den anvendte leiringsprosedyren, vil kunne pasientsikkerheten forbedres og operasjonspasienten blir bedre ivaretatt gjennom leiringen. Dette kan illustreres gjennom følgende utsag i masterstudien *“planlegging er jo først A4 ut i fra den prosedyren jeg har, og så må jeg jo forandre underveis ettersom pasienter ikke er helt like.”*. Det kan også tenkes at leiringsprosedyren er til hjelp ettersom det ifølge Hansen & Brekken (2009, s. 225-235) finnes en rekke ulike kirurgiske inngrep som krever forskjellige former for leiring.

Det ble også funnet at samtlige informanter i denne masterstudien erfarte at leiringsutstyret var svært viktig. Leiringsutstyret vil kunne øke leiringens sikkerhet, ved å tilstrebe god forebygging, som igjen kan påvirke leiringens kvalitet. Dette vil kunne tilføye leiringsposisjonen kvalitet ved å beskytte mot utvikling av skader, samtidig som pasienten mottar komfort, støtte og operasjonsområdet eksponeres. Dette for å oppnå et godt og forebyggende leie gjennom hele det kirurgiske inngrepet. Det finnes ifølge Heizenroth (2015, s.172-174) en rekke ulike leiringsutstyr som ulike kiler, puter og operasjonsmadrasser. Leiringsutstyrets intensjon er å sikre operasjonspasienten ved å forebygge utviklingen av leiringsskader (Heizenroth, 2015, s. 172-174; Millsaps, 2006). Dette blir også bemerket av masterprosjektets informanter. De erfarte det også betydningsfullt å ha tilegnet seg kjennskaper til avdelingens leiringsutstyr i forkant av utøvelsen, slik en kan imøtekomme operasjonspasientens forskjellige behov. Ifølge Frederiksen og Friis (2010, s. 235) skal operasjonsstuen klargjøres med det nødvendige leiringsutstyret, og riktig type operasjonsbord. Dette blir også fremhevet i artikkelen til Millisaps (2006), hvor det presiseres at operasjonssykepleiere bør ha kjennskap til leiringsutstyret, for å kunne korrekt anvende utstyret til de tiltenkte formålene. Antageligvis vil operasjonspasientene på denne måten få gode forutsetninger for å komme seg igjennom leiringsutøvelsen uten tilleggsskader. Waltson-Geer (2009), støtter opp om informantenes erfaring, ved å formidle gjennom sin artikkel at operasjonspasientene skal leires i en så optimal posisjon som mulig, for å redusere risikoen utvikling av leiringsskader. I Kolvered et al. (2012) sin studie ble det gjort funn på at deres deltakende operasjonssykepleiere opplevde et stort ansvar i leiringsutøvelsen. Dette på bakgrunn av at de følte et særegent ansvar for å forebyggelse av trykk og nerveskader (Kolvered et al., 2012).

Forøvrig var det enkelte informanter i denne masterstudien som erfarte et ansvar for valg av operasjonsbordet før utøvelsen, og de poengterte viktigheten av å undersøke utstyret som var tilfestet bordet. Dette for å forebygge uønskede og farlige situasjoner underveis. Kelvered et al. (2012) fant på sin side ut at operasjonssykepleiere baserer seg på erfaringer og kunnskaper tilknyttet kroppens anatomi ved valg av operasjonsbord. Disse deltakerne følte også et ansvar når det kom til valg av operasjonsbord, på bakgrunn av hensynet til pasientens og kirurgens behov (Kelvered et al., 2012). Denne tanken var også masterstudiens informanter inne på i deres beskrivelse av at leiringsutøvelsen også handlet om å oppfylle kirurgens leiringskrav om å ha et godt eksponert operasjonsområde. Ifølge NSFLOS (2015) skal operasjonspasienten ikke påføres andre belastninger eller lidelser enn hva det kirurgiske inngrepet vil gi pasienten, dette inkluderer leiringskader. Det er derfor helt fundamentalt å leire operasjonspasienten i en så korrekt leiringsposisjon som mulig (Heizenroth, 2015, s. 155; Millsaps, 2006), noe også samtlige informanter i dette masterprosjektet gav uttrykk for å tilstrebe ved hjelp av leiringsutstyret. Informantene i masterstudien erfarte det utslagsgivende for leiringsutøvelsens kvalitet å forebygge trykk-, nerve- og strekkskader ved hjelp av leiringsutstyr. Sørensen et al. (2016) bemerket derimot i sin studie at operasjonssykepleiere erfarte manglende tilpasset utstyr til angitte leiringsformer som da til sideleie, mageleie og beinholderleie. Denne erfaringen satt riktig nok ikke informantene i dette masterprosjektet inne med. Millsaps (2006) presiserte at leiringsutstyrets funksjon er å avlaste trykket, gi stabilitet og omfordeling trykket. Spruce (2017) påpeker på sin side at det bør velges gode operasjonsmadrasser som gir trykkavlastende støtte for operasjonspasienten. Sett i lys av dette var det mange informanter i denne masterstudien som erfarte avlastende leiringshjelpemidler særdeles viktige for oppnåelsen av en forebyggende og trykkavlastende leiringsutøvelse av operasjonspasientens trykkutsatte kroppspunkter. Polstring trekkes fram som et annet viktig hjelpemiddel i forebyggelse av trykkskader. For forebyggelsen av perifere nerveskader beskriver Spruce (2017) at en kan oppnå dette ved å polstre pasientnære gjenstander korrekt. Sett på bakgrunn av dette antar forskeren i denne studien at leiringsutstyret fremstår som viktig i leiringsutøvelsen, da utstyret er helt sentralt i oppnåelsen av en god og forebyggende leiringsposisjon. Polstring som et beskyttende leiringsmiddel anses også til å kunne være sentralt i oppnåelsen av dette. Dette vil kunne bidra til å øke kvaliteten av leiringsutøvelsen. Spesielt når en inkluderer de innhentete pasientopplysningene fra planleggingsfasen og anvender prosedyrens veiledende informasjon aktivt i leiringsutøvelsen til de voksne operasjonspasientene gjennom inngrepet.

6.3 Operasjonssykepleiere erfarer at tverrfaglig samarbeid og ansvar påvirker leiringskvaliteten i leiringsutøvelsen gjennom det kirurgiske inngrepet

Informantene i denne studien erfarte det viktig å ha et godt tverrfaglig teamsamarbeid i leiringsutøvelsen med for eksempel kirurg og anestesipersonell. Dette vil kunne øke pasientens sikkerhet i leiringsposisjonen, samt å få pasienten trygt igjennom det kirurgiske inngrepet. Dette på bakgrunn av at pasientleiringen vil kunne påvirke mange organsystem i den voksne operasjonspasientens kropp. Hansen & Brekken (2009, s. 208-209) beskriver at operasjonssykepleiere leirer ut i fra mål, som å for eksempel opprettholde sirkulasjons- og respirasjonssystemet. Dette benevner også Heizenroth (2015, s. 155 & 168) og O'Connell (2006) i deres beskrivelse av at en skal opprettholde sirkulasjonssystemet, respirasjonssystemet, huden og nervesystemet under det kirurgiske inngrepet. Et godt teamarbeid fremkom for mine informanter viktig for oppnåelsen av en sikker og korrekt leiringsposisjon av den voksne operasjonspasienten gjennom hele inngrepet. Operasjonsteamet består ifølge Frederiksen & Friis (2010, s. 238) av ofte av operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere, anestesileger, operatører og kirurgiske assistenter. Leiringsutøvelsen ble også gjennom studien til Blomberg et al. (2015) sett på som en felles arbeidsoppgave for det kirurgiske teamet. Dette er for øvrig også Heizenroth (2015, s. 170) innom. NSFLOS (2015) påpeker at operasjonssykepleiere skal samarbeide tverrfaglig med andre yrkesgrupper innad i operasjonsteamet. Sett i lys av dette tenker jeg som forsker at tverrfaglig samarbeid i leiringsutøvelsen krever et teamarbeid, med tydelig kommunikasjon, for å opprettholde pasientsikkerheten. Dette vil kunne øke leiringskvaliteten i leiringsutøvelsen. Studien til Björn og Boström (2008) fant ut at operasjonssykepleiere erfarte det svært viktig å ha et godt fungerende teamsamarbeid inne på operasjonsstuen, hvor egenskapene gjensidig tillit, aksept av hverandre og kommunikasjon ble vektlagt som viktige for teamet (Björn & Boström, 2008). Dette kommer også frem i studien til Alfredsdottir & Bjornsdottir (2008), men de vektlegger også teammedlemmenes evne til å tenke forebyggende, samt at teammedlemmenes medbrakte erfaringer og kunnskaper som viktige faktorer i et godt teamsamarbeid. Dette benevner også St-Arnaud & Paquin, (2008) i sin artikkel. Sett i lys av dette erfarte samtlige informanter i dette masterprosjektet et godt teamsamarbeid vedrørende leiringsutøvelsen. Det var derimot en informant i denne masterstudien som påpekte at samarbeidet med anestesipersonell kunne med fordel forbedres når det angikk leiringsutøvelses kommunikasjon under inngrepet, mens en annen påpekte at en må tørre å si ifra ved mistanke om farlige leiringssituasjoner. Björn og Boström (2008) fant på sin side ut at deres deltakere opplevde at enkelte kollegaer viste manglende respekt ovenfor

arbeidet inne på operasjonsstuen, noe som resulterte i en negativ påvirkning på temasamarbeidet. Dette nevnte ingen av mine informanter.

Friis & Hjert (2010, s. 48) anbefaler å inkludere portører i det kirurgiske teamet med forutsetning om klare retningslinjer. Helsepersonelloven (1999 § 5) utdyper dette ved å tillate at virksomheten kan delegere oppgaver til annet personell om dette er forsvarlig. Dette kan tolkes av masterstudiens forsker til å bety at portører kan få delegert ansvar vedrørende utøvelse av leiringen til voksne operasjonspasienter om virksomheten tillater det. Det ble derimot funnet delte erfaringer i denne masterstudien angående inkludering av portører. De som hadde portører tilgjengelige på operasjonsavdelingen, hadde kun gode erfaringer med å inkludere portører i leiringssamarbeidet. Men sett fra et annet perspektiv, fant Sørensen et al. (2016) ut at operasjonssykepleiere erfarte problemer vedrørende leiringskompetansen til portørene ved leiring i spesielt mageleie. Riktig nok ble det også avdekket manglende leiringskompetanse blant studiens operasjonssykepleiere, og til det generelle kirurgiske teamet i leiringsutøvelsen av enkelte leier som for eksempel mage- og litotomileie (Sørensen et al., 2016). På den andre siden var det også informanter i denne masterstudien som ikke hadde noe erfaring med å inkludere portører i leiringsutøvelsen, ettersom portører ikke var en del av operasjonsavdelingens personale. Det ble trukket frem av Heizenroth (2015, s. 170), Millsaps (2006), og St-Arnaud & Paquin (2008) at en korrekt utøvd leiringsposisjon krever et teamsamarbeid, hvor en både skal ta hensyn til eksponering av operasjonsområde og operasjonspasientens sikkerhet vedrørende leiringen gjennom det kirurgiske inngrepet. Dette erfarte også informantene i dette masterprosjektet. Informantene erfarte at det tverrfaglige leiringssamarbeidet med operatører, anestesipersonalet og portører enkelte ganger kunne økte pasientens sikkerhet i utøvelsen av pasientleiring til voksne operasjonspasienter. Det fremheves i studien til Kolvered et al. (2012) at deres informanter også erfarte viktigheten av å tilstrebe en god atmosfære når det kom til samarbeidet innad i det kirurgiske teamet. De fremhevet betydningen av å samarbeide med kirurgen, hvor dette ville kunne bidra til et godt kirurgisk utfall (Kolvered et al., 2012). Denne erfaringen beskriver også dette prosjektets informanter. De betraktet det også verdifullt å kontakte kirurgen for å konferere leiringsproblematikk i tvilstilfeller.

Masterstudiens informanter erfarte riktig nok å ha hovedansvaret for leiringsutøvelsens tverrfaglige teamsamarbeid, selv om de fortalte at det var kirurgene som egentlig hadde hovedansvaret. Informantene erfarte likevel at ansvaret ble lagt på dem når de utøvde

pasientleiringen av den voksne operasjonspasienten. Det var informantene som leiret, og de var alle klar over at leiringen kunne gi operasjonspasientene uønskede skader. St-Arnaud & Paquin (2008) bemerker riktig nok at leiringsutøvelsen er et felles ansvar hvor målet er å utøve en optimal leiringsposisjon. Operasjonssykepleierne i studien til Blomberg et al. (2015) erfarte på sin side at operasjonsteamet søkte en bekreftelse av operasjonssykepleierne, før de startet opp med forberedelsene. Dette for å forebygge utviklingen av komplikasjoner under det kirurgiske inngrepet (Blomberg et al., 2015). Fosmark (2017, s. 26 og 33) fant i sin masteroppgave ut at operasjonssykepleiere erfarer et hovedansvar for leiringsutøvelsen. Dette funnet samsvarer for øvrig med min masterstudie. Ifølge St-Arnaud & Paquin (2008) er det den koordinerende operasjonssykepleieren som har ansvaret for leiringsutøvelsen og dens koordinering, noe også Heizenroth (2015, s. 168) er støttende til. Operasjonssykepleierne i studien til Blomberg et al. (2015) erfarte derimot at det var alle innad i det kirurgiske teamet som hadde et ansvar for operasjonspasienten, men at teammedlemmene hadde litt forskjellig fokus på operasjonspasientens kropp. Anestesipersonellet fokuserte på armer og hode mens operasjonssykepleierne hadde fokus på et større område av operasjonspasientens kropp (Blomberg et al., 2015). Dette var også noe informantene i denne masterstudien hadde opparbeidet seg erfaringer på. De erfarte at anestesipersonell fokuserte på operasjonspasientens armer, hode og nakke, mens informanter hadde et større fokusområde på operasjonspasientens kropp, samt hovedansvaret. De opplevde da å ha kontroll.

6.4 Operasjonssykepleiere erfarer at forebyggelsen under inngrepet har en verdi i leiringsutøvelsen gjennom det kirurgiske inngrepet

Samtlige informanter i dette masterstudiet erfarte reposisjonsjusteringer og den medfølgende observasjonsmuligheten av operasjonspasienten underveis som en viktig og verdifull del av leiringsutøvelsen. Intensjonen var da å avverge utviklingen leiringsskader. Ifølge studiene til Blomberg et al. (2015) og Kelvered et al. (2012) erfarte deres deltakende operasjonssykepleiere at det var viktig å beskytte operasjonspasienten gjennom det overvåkende blikket på hele operasjonspasienten. Studien til Blomberg et al. (2015) spesifiserte dette ytterligere til å omhandle kroppen under det sterile operasjonsdekket, slik at en kunne forebygge utviklingen av trykk- og nerveskader. Informantene i denne masterstudien erfarte også økt oppmerksomhet på faktorer rundt operasjonspasienten som kunne forårsake trykk-, nerve- og/eller strekkskader. De tilstrebet å foreta reposisjonsjusteringer av operasjonspasientens armer og bein i de tilfellene det var en mulighet for det, men de måtte se an operasjonen for å ikke skape forsinkelser i

operasjonen. Ifølge O'Connell, (2006) er det mulig å foreta små reposisjonsendringer av den voksne operasjonspasientens hode, armer og bein under det kirurgiske inngrepet. Walton-Geer (2009) påpeker riktig nok at operasjonspasienter som anes til å ha en høy risiko for utvikling av trykkskader, bør reposisjoneres underveis i operasjonen.

Det lot seg vise at enkelte informanter i denne masterstudien tilstrebet å foreta seg justeringer på operasjonspasientens leie ved operasjoner med lang varighet. Det er nemlig vist av Hansen og Brekken (2009, s. 213-214) at operasjonsvarighet over to til tre timer øker risikoen for leiringsrelaterte skader. Operasjonsmadrassen og anestesiformen vil kunne påvirke utviklingen av leiringsskader (Hansen & Brekken, 2009, s. 213-214). NPE (2017) beskriver også at skader under operasjon kan oppstå fordi operasjonspasienten forblir i den samme uendrede leiringsposisjonen over en lengre periode. Dette vil kunne tyde på at mine informanter følte et ansvar ovenfor utøvelsen av leiringsforebyggelsen under inngrepet, som for øvrig Blomberg et al. (2015) også fant i studien med sine operasjonssykepleiere. Ifølge Millsaps (2006) kan en arm som har falt ut av sin opprinnelige posisjon resultere i nerveskader ved at det kan oppstå kompresjon mellom metallkanten på operasjonsbordet og armen som henger ned mot gulvet inntil metallkanten. Dette kan forårsake nerveskade på for eksempel nervus ulnaris og nervus radialis (Millsaps, 2006). Det kan virke som at informantene i denne masterstudien tilstrebet en forebyggelse av dette ved å foreta seg stillingsjusteringer av armer og bein. Det var helst bein som befant seg i beinholdere informantene i dette prosjektet foretok seg en justering av. Ifølge Crook (2016) er det viktig å reposisjonere pasientens bein underveis, nettopp for å forbygge og minimere risikoen for utvikling av nerve- og trykkskader. Crook (2016) skriver videre at leiring med beinholdere kan få alvorlige konsekvenser hvis leiringsutstyret anvendes feil. Det er ifølge O'Connell (2006) mange faktorer i forbindelse med leiringsposisjon som kan være medvirkende årsaker til utvikling av trykkskader. Leiringsutstyr, operasjonsbordets ramme og overflaten på operasjonsbordet er alle kilder som kan forårsake trykk, også underveis i det kirurgiske inngrepet (O'Connell, 2006). Sett i lys av dette påpeker Spruce (2017) at en måtte være oppmerksom på leiringsposisjonens tidsvarighet, ettersom tidsvarighet over tre timer betraktelig øker risikoen for utviklingen av trykkskader. Ifølge Hansen & Brekken (2009, s. 213-214) vil en operasjonstid på over to til tre timer gi en økt risiko for utviklingen trykkskader. Crook (2016) tar for seg tidsvarigheten ved benyttelsen av beinholdere og omtaler videre tiltak for å kunne minimere operasjonsvarigheten når man benytter beinholdere. I studien til Blomberg et al. (2015) tilstrebede deltakerne å minimere operasjonspasientens tidsvarighet på operasjonsstuen generelt sett. Det var derimot ingen informanter i dette masterprosjektet som

trakk frem erfaringer vedrørende dette, men det var enkelte informanter som økte fokuset på reposisjonsmulighetene for pasienter under inngrep sett ut i fra operasjonens varighet.

Enkelte informanter erfarte også et økt observasjonsfokus på forskyvninger av leiet underveis. Hansen & Brekken (2009, s. 211-212) beskriver friksjon og skyveeffekten som ytre risikofaktorer for komplikasjonsutvikling. Det fremkom riktig nok overraskende at ingen informanter i dette masterprosjektet delte erfaringer tilknyttet dette. Årsaken til dette kan være at studien ikke var spesifisert godt nok til at erfaringer rundt dette ble delt. På den andre siden var samtlige informanter i denne studien opptatt av detaljer rundt leiringsutøvelsen som ledninger, skrukkete underlag og knapper som kunne gi opphav til trykk på pasientens hud. Spruce (2017) støtter dette ved å formidle at helsepersonell må tilstrebe at underlaget er glatt og rynkefritt. Riktig nok er det ifølge O'Connell, (2006) sjelden mulig for operasjonssykepleiere å utøve store justeringer av leiringen til operasjonspasienten underveis mens det kirurgiske inngrepet pågår. Dette kan nok forklare hvorfor mine informanter fokuserte på små viktige reposisjonsjusteringer for å forebygge utviklingen av leiringskader. Begrepet leiringskader omhandler skader som kan oppstå igjennom det kirurgiske inngrepet, som da for eksempel hudnekrose, trykk- og nerveskader (Hansen & Brekken, 2009, s. 208; Hølmer, 2010, s.147). Når det angår observasjoner underveis, beskriver Frederiksen & Friis (2010) at operasjonssykepleiere sammen med anestesipersonell skal kontinuerlig observere operasjonspasienten under inngrepet. Dette understøtter også Heizenroth (2015, s. 170) i beskrivelsen av at en under operasjonen skal påse at trykkutsatte områder er polstret og videre utføre justeringer på leiet, samt utstyret underveis hvis behov. NSFLOS (2015) trekker også frem at operasjonssykepleiere skal observere pasientens helsetilstand gjennom inngrepet. Det erfares derimot av informantene i denne masterstudien at reposisjonsjusteringstiltakenes medfølgende observeringsgrunnlag kan være vanskelig. Dette på bakgrunn av at det kan være mørkt under det sterile operasjonsdekket, og observasjonen blir da ofte utsatt til etter det kirurgiske inngrepet var ferdig. Det var operasjonspasientens trykkutsatte områder som da ble undersøkt. Dette blir også bemerket av St-Arnaud & Paquin (2008), i form av at det er den koordinerende operasjonssykepleieren som skal foreta seg undersøkelser av operasjonspasientens hud. Operasjonspasientens mobilitet i ekstremitetene var også viktig å undersøke når det kirurgiske inngrepet var avsluttet (St-Arnaud & Paquin, 2008).

Informantene i dette masterprosjektet delte erfaringer på at overvektige pasienter kunne være utfordrende i pasientleiringen. Dette på bakgrunn av at informantene erfarte at denne

pasientgruppen hadde en høyre risiko for utvikling av leiringskader underveis i det kirurgiske inngrepet. Millsaps (2006) trekker da spesielt frem komplikasjoner som trykk- og nerveskader, og ifølge Bennicoff (2010) viser det seg at det vanlige leiringsutstyret ofte ikke er godt nok. Dette støtter Bennicoff (2010) og Fencl et al. (2015) i sine fagartikler gjennom beskrivelsen av at overvektige og syklige overvektige operasjonspasienter har en større risiko for komplikasjonsutvikling, og ifølge Fencl et al. (2015) spesielt hvis denne pasientgruppen har en endokrinologisk sykdom som for eksempel diabetes mellitus. Enkelte informanter erfarte i lys av dette det utfordrende å forebygge den overvektige voksne operasjonspasientens leiringsposisjon gjennom det kirurgiske inngrepet. De opplevde også at utstyret hadde en innvirkning her. Til tross for denne utfordringen skal operasjonspasientene ifølge Bennicoff (2010) og Fencl et al. (2015) leires forsvarlig med tilstrekkelig polstringsbeskyttelse, nettopp for å beskytte mot potensielle leiringsrisikoer. Dette innebærer at operasjonsavdelingen bør ha egnet leiringsutstyr som tåler den voksne overvektige operasjonspasientens vekt, samt vekt generelt sett (Bennicoff, 2010; Fencl et al., 2015). Hvilket Heizenroth (2015, s. 166-167) også støtter seg til i sin beskrivelse av at det kreves leiringsutstyr som imøtekommer pasientgruppens behov, slik at pasientsikkerheten kan opprettholdes. Operasjonspasienten befinner seg i utgangspunktet i en sårbar situasjon, og de anestetiske medikamentene gjør pasienten ytterligere sårbare ifølge Hansen & Brekken (2009, s. 213-214) for trykk, da vevssirkulasjonen kan bli lav. Spruce (2017) bemerket riktig nok at operasjonspasienter har en risiko for å utvikle trykkskader under operasjonen, men at slike skader først kan fremtre syttito timer etter operasjonen, og skal anses som en skade forårsaket av leiringen under operasjonen (Spruce, 2017). Samtlige av masterstudiets informanter erfarte at det var viktig å beskytte den voksne overvektige operasjonspasienten gjennom det kirurgiske inngrepet. Videre erfarte informantene at dette var utfordrende da med tanke på pasientens sikkerhet og det å forebygge optimalt, men at de gjorde det de kunne etter hvilke forutsetninger de møtte og hadde. Sett i lys av dette er det svært viktig å snakke på operasjonspasientens vegne, noe som også innebærer å leire pasienten i en riktig og forebyggende leiringsposisjon (Crook, 2016). Med bakgrunn i dette kan det trolig tenkes at det er desto viktigere å tilstrebe reposisjonsjusteringer underveis i operasjonen. Dette vil ifølge Spruce (2017) kunne bidra til en reduksjon av leiringens medfølgende risikoer for sykdom og dødelighet forårsaket av leiringskomplikasjoner.

6.5 Metodediskusjon om påliteligheten til denne studien

For å kunne vurdere masterstudiens pålitelighet kreves det en vurdering av faktorene validitet, refleksivitet og relevans (Malterud, 2017, s. 21-25; Thagaard, 2013, s. 202). Validitet er et begrep som ofte anvendes i kvantitativ forskning, men det kan også vises i vurderingen av troverdigheten av den kvalitative studien, da i en annen betydning (Drageset & Ellingsen, 2010, s. 334).

6.5.1 Validitet

I kvalitativ forskning handler validitet om forskerens vurderinger tilknyttet kunnskapens gyldighet i studien (Malterud, 2017, s. 23), og jeg har i lys av dette reflektert kritisk gjennom hele forskningsprosjektet om hvorvidt mine forskningsvalg frembringer ny og gyldig kunnskap. Dette for å vurdere studiens relevans og for å bevisstgjøre min posisjon. Dette skal bidra til å bedømme studiens indre validitet, slik Malterud også (2017, s. 23 & 42) beskriver. Jeg valgte å basere masterstudien på den kvalitative tilnærmingen, på bakgrunn av at metoden fremsto som best egnet for besvarelsen av den satte problemstilling vedrørende menneskelige erfaringer. Dette betyr at det var problemstillingen som bestemte studiens metode, slik det står beskrevet i kapittel 4.1. Med tanke på at det var kun ønskelig med seks informanter, ønsket jeg som forsker et mest mulig beriket empirisk datamateriale. I den forbindelse fryktet jeg gjennom anvendelsen av fokusgruppeintervju at informantene ville kunne sitte inne med sine erfaringer vedørende leiring, eller kun støtter seg til andres fortellinger i gruppen. I den forbindelse ble det valgt å anvende den individuelle semistrukturerte intervjuformen. Dette på bakgrunn av Malterud (2017, s. 134) sin beskrivelse av at denne form for intervju tillater informantene å hente frem og dele sine erfaringer, samtidig som intervjuet har et tydelig mål. For å kunne holde en viss struktur i intervjusamtalen, lagde jeg en semistrukturert intervjuguide. Det ble stilt kritiske spørsmål til denne underveis, da med tanke på om den egner seg for innsamlingen av det empiriske materialet. Etter en pilottest av intervjuguiden ble den funnet tilstrekkelig, men manglet en skissert spørsmål vedrørende leiringsanbefalinger. Dette resulterte i en revidert intervjuguide med godkjenning av veileder. Den reviderte intervjuguiden ble funnet til å være velfungerende. Denne redigeringen ser jeg på som en styrke for studien, da spørsmålet vil kunne bidra til en økt fortellermengde av informantene mine. Som vist i studiens drøftingsdel nevnte ingen informanter direkte leiringsfaktorene skjærekraft og fuktighet. Hvorvidt dette er en svakhet er uvisst, men det kan tyde på at intervjuguiden ikke var god nok til å samle inn erfaringer vedrørende dette.

I rekrutteringsfasen møtte jeg en liten utfordring tilknyttet rekrutteringsprosessen som beskrevet i skjemaet forespørsel om deltakelse i masterstudiet (se kapittel 4.3.1, samt vedlegg 5 og 12), hvor en ønsket å samarbeide med avdelings-/seksjonsleder, og kontakte informantene etter at informert samtykket var innhentet. Dette skjemaet ble også sendt til FEK, hvor det i tillegg stod beskrevet i søknaden at det var ønskelig å avtale aktuelle intervjudager med avdelingene. NSD fikk også dette skjemaet, samt prosjektplanen, men på deres direkte søknadskjema ble det ikke spesifisert hvem som skulle kontakte studiens valgte informanter (se vedlegg 4, 5 og 9). En fikk riktig nok tildelt informanter fra forskningsavdelingene, men informantene skulle bli kontaktet direkte av forsker, ettersom informantene hadde gitt muntlig samtykke til å delta i studien. Jeg fikk godkjenning av studiens første veileder til å følge dette ønsket, og skriftlige samtykke ble innhentet av samtlige informanter før intervjustart. Ved forskning på et senere tidspunkt vil rekrutteringsfasen planlegges annerledes. Det vil bli en klar og tydelig fremgangsmåte i hvordan rekrutteringen skal gjøres.

Gjennom rekrutteringsfasen skulle samtlige informanter også oppfylle kriteriet om fire–tjue års erfaring. Når det gjelder taket på tjue års erfaring ble den satt for å innhente leiringerfaringer som kan samsvare med dagens kirurgiske og teknologiske utvikling inne på operasjonsavdelingen, men en informant med mer enn tjue års erfaring ble allikevel inkludert (se kapittel 5.1). I ettertid vil jeg vurdere dette kriteriet som en svakhet for studien, etter som erfaringer fra eldre og mer erfarende operasjonssykepleiere ble ekskludert. Analysemetoden systematisk tekstkondensering beskrives til å gi en enkel innføring av en strukturert og organisert analyseprosess for en nybegynner (Malterud, 2017, s. 97). Dette var grunnen til at jeg som førstegangsforsker valgte denne analysemetoden. Jeg syntes derimot denne analyseformen var vanskelig. Spesielt utfordrende var det å presentere funnene i en ugjenkjennelig tekst.

Det ble valgt å kun inkludere seks informanter i studien på bakgrunn av at det kun er jeg som er studiens forsker. Det var da viktig å gjøre studien gjennomførbar. Et lite utvalg med god informasjonsstyrke kan ifølge Malterud, (2017, s. 63-65) være tilstrekkelige i en kvalitativ studie, men har utvalget en lav informasjonsstyrke kan dataene blir utilstrekkelig. Informantene reflekterte åpent og delte ivrig sine erfaringer. Etter min evne til å bedømme fikk jeg et inntrykk av god informasjonsstyrke fra alle informantene. Det kan derimot være vanskelig for meg som førstegangsforsker å bedømme om informasjonsstyren er tilstrekkelig eller ikke, og dette gjør

det vanskelig å vurdere om studien har nådd sitt metningspunkt. Riktig nok klarte alle informantene å reflektere rundt sine erfaringer, og de viste til flere like erfaringer. Det framkom derimot enkelte særegne erfaringer hos samtlige informanter. Dette kan indikere at studiens metningspunkt ikke er nådd, men det er vanskelig å bedømme om dette er en styrke eller svakhet for studien. Dette på bakgrunn av at det eksisterer mange erfaringer og fullgode svar, ettersom ens persons erfaring er ikke alltid en annen persons erfaring. Flere informanter anvendte også eget kroppsspråk som et hjelpemiddel for å illustrere trykkutsatte områder på kroppen. Ettersom det digitale lydopptaket kun spiller inn samtalens dynamikk, noterte jeg ned dette kroppsspråket underveis. Det ble også kjøpt inn en digital lydopptaker med god lyd kvalitet, og volumjustering, Dette for å forhindre opptak med dårlig lyd kvalitet, som påvirker den videre kvaliteten av transkriberingen, analyseringen og presentasjonen av funnene.

Avslutningsvis, må man foreta seg en vurdering vedrørende masterstudiets overføringsverdi, altså studiens eksterne validitet (Malterud, 2017, s. 23-24). Det er tilsiktet at denne masterstudien vil å ha overføringsverdi rettet hovedsakelig mot operasjonssykepleiere, og da spesielt operasjonssykepleiere innenfor det norske helsevesenet, for å øke deres innsikt og forståelse om leiringsutøvelsen. Det kan også tenkes at den kan overføres til sykepleiere på kirurgiske sengeposter, for å øke deres kunnskap, innsikt og forståelse rundt operasjonssykepleiernes forebyggende leiringsarbeid. Dette vil kunne være relevant ettersom det ofte er de kirurgiske sengepostene som overtar den videre pasientbehandlingen etter det kirurgiske inngrepet, med unntak av dagkirurgiske inngrep/prosedyrer.

6.5.2 Refleksivitet

I kvalitative studier handler refleksivitet om forskerens tolkningsevne gjennom studien og forskerens egne medbrakte forforståelse (Malterud, 2017, s. 19). Det er i den forbindelse viktig at jeg aktivt har en kritisk vurderingsholdning ovenfor egne fremgangsmåter, forestillinger og konklusjoner. Denne holdningen har jeg aktivt oppsøkt, samt vedlikeholdt med kritiske spørsmål, slik Malterud (2017, s. 19) også beskriver. Jeg vil si at jeg var en delaktig deltaker når det empiriske datamaterialet skulle innhentes, men jeg tilstrebet etter å holde meg litt i bakgrunnen for å la informantene fortelle om sine beskrivelser vedrørende erfaringer. Gjennom intervjugjennomføringen og første del av analyseprosessen ble min forforståelse, som står beskrevet i kapittel 4.2 satt i parentes, slik kapittel 4.1.1 beskriver.

Min rolle som person kan påvirke forskningsprosjektets datamateriale. Dette vil kunne gi begrensninger både i studiens pålitelighet og i kunnskapens gyldighet, noe Malterud (2017, s. 42) også trekker frem. Det må bemerkes at det er jeg som forsker som anses til å være det viktigste forskningsredskapet i dette prosjektet. Dette innebærer at det var jeg som forsker som valgte ut spørsmålenes innhold, samt hvordan de ble formulert og stilt til informantene. Det var også jeg som bestemte hvordan dette skulle tolkes. Dette innebærer at jeg påvirker kvaliteten av intervjuene og studiens resultatpresentasjon, slik Kvale & Brinkmann (2015, s. 195) også beskriver. Som forsker forøkte jeg som beskrevet ovenfor å aktivt holde meg litt tilbake, og påminnet meg selv enkelte ganger på at nå er det informantene som skal fortelle, men det var også vanskelig å beskrive informantenes erfaringer på en ugjenkjennelig måte. På den andre siden er jeg en førstegangsforsker, og dette vil kunne medføre dette prosjektet begrensninger. Dette på bakgrunn av den manglede erfaringsbakgrunnen jeg har tilknyttet denne form for prosjektgjennomføring. Jeg kan dessverre ikke utelukke at min forforståelse kan ha påvirket forskningsprosessens gjennomførelse, som Malterud (2017, s. 41) også trekker frem.

6.5.3 Relevans

I kvalitativ studie innebærer relevans at forskeren foretar seg vurderinger om hvorvidt forskningsprosjektets kunnskap kan bidra i det vitenskapelige universet (Malterud, 2017, s. 21). Det ble tidlig konstatert med hjelp og veiledning av to bibliotekarer at det var tilsynelatende lite relevant forskning i tilgjengelige kunnskapsdatabaser. På bakgrunn av dette kan det tenkes at denne masterstudien kan gi bedre innsikt i operasjonssykepleiernes erfaringer tilknyttet leiringen av den voksne operasjonspasienten gjennom det kirurgiske inngrepet, i det vitenskapelige univers. Studien vil også kunne bidra til å gi en økt forståelse av pasientleiringen gjennom det kirurgiske inngrepet, slik at en kan leire pasienten i en forebyggende og sikker leiringsposisjon. Hvorvidt denne masterstudien virkelig har en relevans i det vitenskapelige universet, kan først besvares ordentlig når studien er ferdigstilt, levert og publisert (Malterud, 2017, s. 21).

7.0 KONKLUSJON OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING

Kapittelet starter med en konklusjon på problemformuleringen til dette masterprosjektet. Det vil også komme noen forslag til videre forskning, for så å runde det hele av med implikasjonsmuligheten til eget praksisfelt.

7.1 Konklusjon

Leiringsutøvelsen av voksne operasjonspasienter gjennom det kirurgiske inngrepet er tilsynelatende komplekst, og det finnes mange forskjellige erfaringer blant masterstudiens operasjonssykepleiere tilknyttet denne leiringsutøvelsen. Operasjonssykepleierne i denne masterstudien erfarte at informasjon og utstyr gav kvalitet i leiringsutøvelsen, hvor kombinasjonen av pasientopplysninger, leiringsprosedyrens veiledende informasjon og leiringsutstyret sammen bidro til en utøvende leiringsposisjon som kunne være god og forebyggende. De erfarte at de leiring er en praktisk omsorgsform hvor man sammen med kommunikasjon formidler omsorg, og beskytter de voksne operasjonspasientene gjennom leiringsutøvelsen. I masterstudien ble det også avdekket at operasjonssykepleierne erfarte at leiringsforebyggelse gjennom det kirurgiske inngrepet hadde en verdi, da med tanke på at reposisjon og observasjon kunne redusere skadeutviklingen, men dette kunne være utfordrende hos den overvektige pasientgruppen. De erfarte videre at faglige vurderinger og god dokumentasjon kunne øke leiringskvaliteten, ved at de faglige vurderingene kunne føre til en leiringsforbedring, mens leiringsdokumentasjonen kunne gi en behandlingskontinuitet. Dette på bakgrunn av at den kirurgiske pasientleiringens komplikasjoner vil kunne fremkomme flere timer etter at operasjonspasienten har forlatt operasjonsstuen. Operasjonssykepleierne erfarte også at tverrfaglig samarbeid kunne påvirke leiringskvaliteten ved at den kan øke pasientsikkerheten i utøvelsen av pasientleiringen. Samarbeidet med anestesipersonell, kirurger og delvis portører var viktig når pasienten skulle leieres i en optimal og sikker leiringsposisjon. Riktig nok erfarte operasjonssykepleierne å ha hovedansvaret for leiringsutøvelsen. Dette gav dem kontroll på leiringsutøvelsen fra den voksne operasjonspasienten posisjoneres, til det kirurgiske inngrepet er avsluttet. De ønsket å forebygge trykk- og risikoutsatte områder, vise medmenneskelighet ovenfor den voksne operasjonspasienten, samt å tilstrebe et optimalt operasjonsområde til kirurgien. Operasjonssykepleierne ønsket også å gi god og forebyggende leiringsposisjonering for å kunne ivareta pasientsikkerheten til den voksne operasjonspasienten gjennom det kirurgiske inngrepet i den perioperative perioden.

7.2 Forslag til videre forskning

Det er på bakgrunn av masterstudiens design, funn og begrensninger, en mulighet til å foreta videre forskning både på temaet og resultatene. Det kan for eksempel være aktuelt å forske videre på funnet at leiringsdokumentasjon gir behandlingskontinuitet, gjennom den perioperative perioden. I masterstudien ble det avdekket at operasjonssykepleiere erfarer å beskytte operasjonspasienten gjennom å vise praktisk omsorg. Dette funnet hadde det vært interessant å forske videre på. Det ville også vært interessant å foreta seg en forskningsstudie hvor en går i dybden på, og søker en bedre forståelse av hva en novise- kontra ekspertoperasjonssykepleier vektlegger av erfaringer for utøvelsen av en optimal og sikker leiringsposisjon gjennom det kirurgiske inngrepet.

7.3 Implikasjonsmulighet til eget praksisfelt

Funnene i denne masteroppgaven vil kunne overføres til praksisfeltet i form av å gi operasjonssykepleiere en dypere forståelse om av hva pasientleiring innebærer. Dette vil kunne bidra til en økt innsikt i pasientleiringen, og en bevisstgjøring vedrørende ivaretagelsen av operasjonspasientens sikkerhet i leiringsutøvelsen gjennom det kirurgiske inngrepet, i den perioperative perioden.

LITTERATUR

Alfredsdottir, H. & Bjornsdottir, K. (2008). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 29-37. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x

Bakketeig, L. S. & Magnus, P. (2002). Hva er en forskningsprotokoll og hvorfor er den nødvendig? *Tidsskrift for Den norske legeforsening*, 122(25), 2464-2467. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/hva-er-en-forskningsprotokoll-og-hvorfor-er-den-nodvendig>

Bennicoff, G. (2010). Perioperative Care of the Morbidly Obese Patient in the Lithotomy Position. *AORN Journal*, 92(3), 297-312. doi: 10.1016/j.aorn.2010.04.016

Björn, C. & Boström, E. L. (2008). Theatre nurses' understanding of their work: A phenomenographic study at a hospital theatre. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 3(4), 149-155. Hentet fra <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:868094/FULLTEXT02.pdf>

Blomberg, A.-C., Bisholt, B., Nilsson, J. & Lindwall, L. (2015). Making the invisible visible – operating theatre nurses' perceptions of caring in perioperative practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 361-368. doi: 10.1111/scs.12172

Boyle, H. J. (2005). Patient Advocacy in the Perioperative Setting. *AORN Journal*, 82(2), 250-262. doi: 10.1016/S0001-2092(06)60317-7

Brekken, R. S. & Dåvøy, G. M. (2009). Operasjonsavdelingen. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (red.), *Operasjonssykepleie* (1 utg., s. 84). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Bull, R. & FitzGerald, M (2004). Nurses' Advocacy in an Australian Operating Department. *AORN Journal*, 79(6), 1265-1274. doi: 10.1016/S0001-2092(06)60881-8

Bull, R. & FitzGerald, M. (2006). Nursing in a technological environment: Nursing care in the operating room. *International Journal of Nursing Practice*, 12(1), 3-7. doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00542.x

Bäckström, G. (2009). Operasjonssykepleierens myndighetsområde og funksjonsansvar. I G. M. Dávøy, P. H. Eide & I. Hansen (red.), *Operasjonssykepleie* (1 utg., s. 27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Crook, C. (2016). Advocacy: How Far Would You Go to Protect Your Patients? *AORN Journal*, 103(5), 522-526. doi: 10.1016/j.aorn.2016.03.009

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Drageset, S. & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 333-335. doi: 10.4220/sykepleienn.2011.0027

Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning – en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5(2), 100-113. doi: 10.7557/14.244

Etiske retningslinjer for sykepleiere i Norden. (2003). Hentet 29. august 2017, fra <http://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2016/01/SSNs-etiske-retningslinjer.pdf>

Fencl, J. L., Walsh, A. & Vocke, D. (2015). The Bariatric Patient: An Overview of Perioperative Care. *AORN Journal*, 102(2), 116-131. doi: 10.1016/j.aorn.2015.05.007

Fred, C., Ford, S., Wagner, D. & Vanbrackle, L. (2012). Intraoperatively Acquired Pressure Ulcers and Perioperative Normothermia: A Look at Relationships. *AORN Journal*, 96(3), 251-260. doi: 10.1016/j.aorn.2012.06.014

Frederiksen, L. & Friis, A. (2010) Assistancefunktionen. I A. K. Rørvik & S. Sebens. (red.), *Operationssygepleje* (1 utg., s. 235, 238 & 244). Danmark: Dansk sygepejeråd – Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Friis, M. & Hjert, Y. (2010). Organisation og samarbejde. I A. K. Rørvik & S. Sebens. (red.), *Operationssygepleje* (1 utg., s. 48). Danmark: Dansk sygepejeråd – Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Fosmark, M. (2017). *Leiring av operasjonspasienten – En kvalitativ studie av operasjonssykepleieres erfaringer*. (Mastergradsavhandling, Universitetet i Stavanger). Hentet fra:

https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2447261/Fosmark_Monica.pdf?sequence=1

Hansen, I. (2009). Operasjonspasientens psykososiale behov. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (red.), *Operasjonssykepleie* (1 utg., s. 96, 109, 112 & 113). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Hansen, I. & Brekken, R. S. (2009). Leiring av pasienten på operasjonsbordet. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (red.), *Operasjonssykepleie* (1 utg., s. 208-209, 211-214 & 225-235). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Heizenroth, P. A. (2015). Positioning the Patient for Surgery. I J. C. Rothrock & D. R. McEwen (red.), *Alexander's care of the patient in surgery* (15 utg., s. 155, 166-168, 170, 172-174 & 184). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 02. Juli 1999 nr. 64. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hølmer, A. P. (2010). Forebyggelse af lejringskomplikationer. I A. K. Rørvik & S. Sebens. (red.), *Operationsygepleje* (1 utg., s. 147 & 157). Danmark: Dansk sygepejeråd – Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Kelvered, M., Öhlén, J. & Gustafsson, B. Å. (2012). Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 449-457. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00947.x

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

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

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisin forskning. En innføring* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Millsaps, C. C. (2006). Pay attention to patient positioning! Preventing injury during surgery and other procedures in nursing priority. These pointers will ensure your care is up to snuff. *RN*, 69(1), 59-63. Hentet med Universitetet i Agders Cisco AnyConnect Secure Mobility Client tilgang med vpn.uia.no Fra https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primolibrary/libweb/action/search.do?fn=search&ct=search&initialSearch=true&mode=Basic&tab=default_tab&indx=1&dum=true&srt=rank&vid=UBA&frbg=&tb=t&v1%28freeText0%29=Preventing+injury+during+surgery+and+other+procedures+is+a+nursing+priority.+These+pointers+will+ensure+you+care+is+up+to+snuff.&scop.scps=scope%3A%28%22UBA%22%29%2Cscope%3A%28SC_OPEN_ACCESS%29%2Cprimocentralmultiplefe

NESH - Den nasjonale forskningsetiske komitè for samfunnsvitenskap og humaniora (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. De nasjonale forskningsetiske komiteene*. Hentet 10. oktober 2017 fra https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf

NSFLOS - Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere. (2015). *Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse*. Hentet 23. juni 2017 fra: <http://nsflos.no/wp-content/uploads/2016/01/Operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse.pdf>

Via <http://nsflos.no/fag-og-%20fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>

NSFLOS - Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere. (2014). *Faghefte: Operasjonssykepleie – ansvar og funksjonsbeskrivelse*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/2164930/Faghefte%202014-2015%20\(1\).pdf](https://www.nsf.no/Content/2164930/Faghefte%202014-2015%20(1).pdf)

NPE - Norsk pasientskadeerstatning (2017). *Faktaark om pasientskadar: Skadar etter feil liggjestilling ved operasjon*. Hentet 8. september 2017 fra <https://www.npe.no/no/Om-NPE/statistikk/Temaartiklerogfaktaark/Skader-etter-feil-leiring/>

O'Connell, M. P. (2006). Positioning Impact on the Surgical Patient. *Nursing Clinics of North America*, 41(2), 173-192. doi: 10.1016/j.cnur.2006.01.010

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (8 utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins.

Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. (4 utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Spruce, S. (2017). Back to Basics: Preventing Perioperative Pressure Injuries. *AORN Journal*, 105(1), 92-99. doi: 10.1016/j.aorn.2016.10.018

St-Arnaud, D. & Paquin, M. -J. (2008). Safe Positioning for Neurosurgical Patients. *AORN journal*, 87(6), 1156-1172. doi: 10.1016/j.aorn.2008.03.004

Steelman, V. M. (2015). Concepts Basic to Perioperative Nursing. I J. C. Rothrock & D. R. McEwen (red.), *Alexander's care of the patient in surgery* (15 utg., s. 1, 12 & 14). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.

Sørensen, E. E., Kusk, K. H & Grønkjær, M. (2016). Operating room nurses' positioning of anesthetized surgical patient. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5-6), 690-698. doi: 10.1111/jocn.13000

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (4 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Walton-Geer, P. S. (2009). Prevention of Pressure Ulcers in the Surgical Patient. *AORN journal*, 89(3), 538-552. doi: 10.1016/j.aorn.2008.12.022

VEDLEGG 1 – SØKEHISTORIKK

Søkeprosessen foregikk fra august 2017 til april 2018, og det er blitt foretatt søk i databasene *SveMed+*, *PubMed*, *OvidSP MEDLINE* og *Google Scholar*. For øvrig var det begrenset med artikkelfunn av interesse i disse databasene, og når det fremkom artikler som var interesse, var disse allerede blitt valgt ut gjennom databasesøket i *CINAHL Plus with Full Text*. Det ble således besluttet å samle alle artikkelfunnene gjennom søk i databasen *CINAHL Plus with Full Text* som befinner seg under søkemotoren *EBSCOhost*. Søkene i de resterende nevnte databasene vil kort nevnes, det vil bli en videre henvisning til søkestrengenes tabeller. Det ble totalt funnet ni vitenskapelige artikler (seks kvalitative studier med ulike tilnærminger/design, en tverrsnittstudie, en retrospektiv utforskende ikke-eksperimentell studie (korrelasjonsstudie) og en mixed-methods studie). Det ble tilsammen inkludert åtte generelle/fagbaserte artikler og en masteroppgave.

Søkehistorikk i CINAHL Plus with Full Text

Søkeprosessen foregikk fra august 2017 til april 2018. Det ble anvendt flere søketeknikker i form av både kombinasjonsord og trunkering. Kombinasjonsordet «ER» ble anvendt når hensikten med søket var å utvide, mens kombinasjonsordet «OG» ble anvendt når søkets hensikt var å omhandle flere søkerord (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 55-56). Søketeknikken trunkering ble også brukt en god del i søket. Dette er en teknikk som innebærer at en søker på ordets stamme (Nortvedt et al., 2012, s. 55-56), som for eksempel grunnstammen til ordet «patient positio*».

Det var en krevende prosess å søke etter forskningsartikler av betydning for studien. Dette resulterte i at søkestrengen i *CINAHL Plus with Full Text* ble noe komplisert. Det vil nå fremvises en svært enkel og summert forklaring av søkehistorikken. Se vedlegg 2 for en mer detaljert oversikt over søket i tabellform. Det hele startet med å søke på emneordet «*perioperative nursing*» i søkestreng en. Deretter ble enkle tekstsøkerord som «*perioperative nurs**», «*operative nurs**» og «*operating theater nurs**» koblet opp med kombinasjonsordet «*Eller*» i søkestreng to. I søkestreng tre ble søkestreng en og søkestreng to koblet sammen med kombinasjonsordet «*eller*». I søkestreng fire ble det søkt på emneordet «*patient positioning*» og dette emneordet ble også utvidet til å omhandle alle underordnede emneord. Deretter ble tekstsøkeordene «*patient positio**», «*surgical positio**», «*intraoperative positio**» og

«*perioperative positio**» koblet sammen med «*eller*» i søkestreng fem. Søkestreng fire og søkestreng fem ble så koblet sammen med kombinasjonsordet «*eller*», og denne søkeprosessen utgjør søkestreng seks. I søkestreng syv ble søkestreng tre og søkestreng seks koblet sammen med kombinasjonsordet «*og*», dette gav et treff på 1645 artikler. Deretter ble det i søkestreng åtte søkt på tekstordet «*experience*», som så i søkestreng ni ble koblet opp med søkestreng syv og gav et funn på 882 artikler. Det ble så forsøkt å søke med tekstsøkerordene «*surgical patient*» og «*operative patient*», og denne søkestrengen ble så koblet sammen med søkestreng syv ved å anvende kombinasjonsordet «*og*» for å se om en fikk opp flere tilnærmet like artikler som ved søket som gav 882 artikler. Dette søket gav et treff på 917 artikler, som var avgrenset til å kun vise artikler som var fagfelleverdert (se vedlegg 2, tabell 1). Disse ble så kritisk vurdert. Alle artiklene ble først vurdert ut i fra tittel. Artikkelenes sammendrag ble så vurdert om hvorvidt artikkeltittelen var av interesse for studien. Artikler som ikke var norske, engelske, danske, eller svenske ble manuelt ekskludert underveis.

Det ble ikke foretatt ytterligere avgrensinger med tanke på publikasjonens årstall, på bakgrunn av at det var en vanskelig prosess med å finne relevant spesifikk vitenskapelig litteratur. Det bør også bemerkes at det gjennom litteratursøket fremkom flere artikler av stor interesse for studien på bakgrunn av artiklenes tittel og sammendrag, men hvor det ved nærmere granskning viste seg å være på et annet språk enn norsk, engelsk, dansk, eller svensk. Studien valgte også å inkludere relevant aktuell litteratur bestående av teoretiske- og fagartikler. Det ble i dette søket funnet seks forskningsartikler og seks aktuelle litteraturartikler (teori- og fagartikler). Gjennom søk i deres referanselister ble det funnet ytterligere tre forskningsartikler, som øker totalfunnet fra 6 til 9 forskningsartikler. Det ble tilsammen inkludert seks generelle/fagbaserte artikler. Det ble også foretatt en manuell undersøkelse om hvorvidt artiklene/artikkeltidsskriftet var fagfelleverdert. De fleste var ifølge Norsk senter for forskningsdata (NSD) (2018) fagfelleverderte. Det var enkelte som ikke kom opp som fagfelleverderte i denne databasesjekken. Dette var for eksempel artiklene/artikkeltidsskriftene til Millsaps (2006) og Björn & Boström (2008), men gjennom søk i Universitetets i Agders Universitetsbiblioteket (u.å) på artikkeltitlene, ble det opplyst om at de var fra fagfelleverderte tidsskrifter.

Søkehistorikken i OvidSP MEDLINE

Det ble foretatt et lite søk i OvidSP MEDLINE. Denne databasen betegnes som verdens største innenfor fagområder som sykepleie, medisin, vitenskap og ontologi (Nortvedt et al., 2012, s. 52). Det ble brukt tilnærmet like søkeord som nevnt ovenfor. Denne fremgangsmåten med

søkerordene er vedlagt som vedlegg (se vedlegg 2, tabell 2). Tittel og sammendrag ble også lest og vurdert i dette søket. De artiklene som fremstod relevante for studien var derimot allerede valgt ut fra søkeprosessen nevnt ovenfor.

Søkehistorikk i SveMed+

Det ble foretatt et enkelt søk i SveMed+, med de samme søkeordene som ble benyttet under søk i CINAHL Plus With Full Text. Søkeordet operasjonssykepleie ble også brukt, se vedlegg 2. Det var enkelte artikler som fremstod interessante, men også her var de aktuelle artiklene funnet i søkeprosessen i søkedatabasen i CINAHL Plus with Full Text. Denne fremgangsmåten med søkerordene er vedlagt som vedlegg (se vedlegg 2, tabell 3A og 3B).

Søkehistorikk i PubMed

Det ble også foretatt et lite søk i PubMed, med de samme søkeordene som i CINAHL Plus With Full Text. Det ble her mottatt veiledning av en bibliotekar ved Universitet i Agder. De artiklene som fremstod relevante for studien var derimot allerede valgt ut fra søkeprosessen i CINAHL Plus with Full Text. Denne fremgangsmåten med søkerordene er vedlagt som vedlegg (se vedlegg 2, tabell 4).

Søkehistorikk i Google Scholar

Det ble utført et kort søk i Google Scholar. Søkeretningen «leiring av operasjonspasienten» ble benyttet, og man fant en aktuell masteroppgave ved hjelp av dette søket. Masteroppgavens referanseliste ble gransket, hvor det ble funnet ytterligere to teoretiske/fagrelaterede artikler som ble inkludert inn i denne studien. Dette økte totalen av annen litteratur til åtte artikler (annen litteratur).

LITTERATUR

Björn, C. & Boström, E. L. (2008). Theatre nurses' understanding of their work: A phenomenographic study at a hospital theatre. *Journal of Advanced Perioperative Care*, Vol. 3(4), 149-155. Hentet fra <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:868094/FULLTEXT02.pdf>

Millsaps, C. C. (2006). Pay attention to patient positioning! Preventing injury during surgery and other procedures in nursing priority. These pointers will ensure your care is up to snuff. *RN*, Vol. 69(1), 59-63. Hentet med Universitetet i Agders Cisco AnyConnect Secure Mobility Client tilgang med vpn.uia.no

Fra https://bibsyst-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/search.do?fn=search&ct=search&initialSearch=true&mode=Basic&tab=default_tab&indx=1&dum=true&srt=rank&vid=UBA&frbg=&tb=t&v1%28freeText0%29=Preventing+injury+during+surgery+and+other+procedures+is+a+nursing+priority.+These+pointers+will+ensure+you+care+is+up+to+snuff.&sc.p.scps=scope%3A%28%22UBA%22%29%2Cscope%3A%28SC_OPEN_ACCESS%29%2Cprimo_central_multiple_fe

Norsk senter for forskningsdata. (2018). *Database for statistikk og høgre utdanning*. Hentet fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (2 utg.). Oslo: Cappelen damm akademisk

Universitetet i Agder – Universitetsbiblioteket (u.å). Hentet fra: https://bibsyst-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/search.do?vid=UBA

VEDLEGG 2 – SØKETABELLER

Tabell 1. Søketabell fra CINAHL Plus with Full Text

MY



EBSCOhost

Thursday, April 05, 2018 8:57:07 AM


#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S11	S7 AND S10	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	917
S10	TX surgical patients OR TX operative patient	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	67,950
S9	S7 AND S8	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	882
S8	TX experience	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	563,602
S7	S3 AND S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	1,645


S6	S4 OR S5	Search modes - Boolean/Phrase	Plus with Full Text Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	36,198
S5	TX patient positio* OR TX surgical positio* OR TX intraoperative positio* OR TX perioperative positio*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	33,242
S4	(MH "Patient Positioning+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	11,052
S3	S1 OR S2	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	26,221
S2	TX perioperative nurs* OR TX operating room nurs* OR TX operating theatre nurs*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	26,221
S1	(MH "Perioperative Nursing")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	15,022

Tabell 2. Søketablell fra ovidSP MEDLINE

Ovid: Search Form

10.01.18, 13.21





[My Account](#)
[My PayPerView](#)
[Support & Training](#)
[Help](#)
Logged in as AnnCatrinh Haugenes at SSHF
[Logoff](#)

Search
[Journals](#)
[Books](#)
[Multimedia](#)
[My Workspace](#)
[Mobile](#)

Search History (16)
[View Saved](#)

<input type="checkbox"/>	# ▲	Searches	Results	Type	Actions	Annotations
<input type="checkbox"/>	1	Patient Positioning/	5546	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/> Contract
<input type="checkbox"/>	2	(patient adj3 (position* or posture)).tw.	7560	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	1 or 2	12294	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	exp Perioperative Nursing/	16494	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	(nursing adj3 (operating or perioperative)).tw.	1311	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6	4 or 5	16765	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7	3 and 6	76	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8	perioperative period/ or intraoperative period/ or preoperative period/	22610	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9	(Period adj3 (perioperative or intraoperative or preoperative)).tw.	11255	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10	8 or 9	32932	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11	3 and 10	126	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12	perioperative care/ or intraoperative care/ or perioperative nursing/	37839	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13	((Care or Nursing) adj3 (perioperative or Intraoperative)).tw.	5441	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14	12 or 13	41268	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15	3 and 14	229	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16	15 not 11	221	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>

Combine with:

Tabell 3A. Søketablell fra SveMed+

Nr	Söksträng	Antal träffar	Tid
1	operasjonssykepleie Limits: granskning:"peer reviewed"	26	2018-04-19 15:30:35
2	perioperative nursing Limits: granskning:"peer reviewed"	60	2018-04-19 15:31:03
3	perioperative nurs* Limits: granskning:"peer reviewed"	32	2018-04-19 15:31:53
4	operating theater nurs* Limits: granskning:"peer reviewed"	0	2018-04-19 15:32:17
5	operative nurs* Limits: granskning:"peer reviewed"	59	2018-04-19 15:32:37
6	%233 OR %234 OR %235	81	2018-04-19 15:32:47
7	%232 OR %236	88	2018-04-19 15:33:59
8	patient positioning Limits: granskning:"peer reviewed"	133	2018-04-19 15:34:21
9	patient positio* Limits: granskning:"peer reviewed"	37	2018-04-19 15:34:37
10	surgical positio* Limits: granskning:"peer reviewed"	5	2018-04-19 15:34:55
11	intaroperative positio* Limits: granskning:"peer reviewed"	0	2018-04-19 15:35:08
12	perioperative positio* Limits: granskning:"peer reviewed"	0	2018-04-19 15:35:21
13	%239 OR %2310 OR %2311 OR %2312	42	2018-04-19 15:35:32
14	%238 OR %2313	138	2018-04-19 15:35:51
15	%237 AND %2314	0	2018-04-19 15:38:59
16	experience Limits: granskning:"peer reviewed"	1809	2018-04-19 15:39:13
17	%237 AND %2316	9	2018-04-19 15:39:27
18	%2314 AND %2316	12	2018-04-19 15:39:50
19	surgical patient Limits: granskning:"peer reviewed"	463	2018-04-19 15:40:20
20	operative patient Limits: granskning:"peer reviewed"	219	2018-04-19 15:40:31

21	%2319 OR %2320	554	2018-04-19 15:40:48
22	%237 AND %2321	37	2018-04-19 15:41:21
23	%2314 AND %2321	1	2018-04-19 15:41:42

På bakgrunn av at det kom opp en del prosenttegn i søkestrengene legges det med denne tabellen også (som forøvrig er helt lik søkertabellen over), for å vise søkeordkoblingene bedre.

Tabell 3B. Søketablell fra SveMed+

Nr	Söksträng	Antal träffar	Tid
1	operasjonssykepleie Limits: granskning:"peer reviewed"	26	2018-04-19 15:30:35
2	perioperative nursing Limits: granskning:"peer reviewed"	60	2018-04-19 15:31:03
3	perioperative nurs* Limits: granskning:"peer reviewed"	32	2018-04-19 15:31:53
4	operating theater nurs* Limits: granskning:"peer reviewed"	0	2018-04-19 15:32:17
5	operative nurs* Limits: granskning:"peer reviewed"	59	2018-04-19 15:32:37
6	#3 OR #4 OR #5	81	2018-04-19 15:32:47
7	#2 OR #6	88	2018-04-19 15:33:59
8	patient positioning Limits: granskning:"peer reviewed"	133	2018-04-19 15:34:21
9	patient positio* Limits: granskning:"peer reviewed"	37	2018-04-19 15:34:37
10	surgical positio* Limits: granskning:"peer reviewed"	5	2018-04-19 15:34:55
11	intaroperative positio* Limits: granskning:"peer reviewed"	0	2018-04-19 15:35:08
12	perioperative positio* Limits: granskning:"peer reviewed"	0	2018-04-19 15:35:21
13	#9 OR #10 OR #11 OR #12	42	2018-04-19 15:35:32
14	#8 OR #13	138	2018-04-19 15:35:51
15	#7 AND #14	0	2018-04-19 15:38:59
16	experience Limits: granskning:"peer reviewed"	1809	2018-04-19 15:39:13

17	<u>#7 AND #16</u>	9	2018-04-19 15:39:27
18	<u>#14 AND #16</u>	12	2018-04-19 15:39:50
19	<u>surgical patient Limits: granskning:"peer reviewed"</u>	463	2018-04-19 15:40:20
20	<u>operative patient Limits: granskning:"peer reviewed"</u>	219	2018-04-19 15:40:31
21	<u>#19 OR #20</u>	554	2018-04-19 15:40:48
22	<u>#7 AND #21</u>	37	2018-04-19 15:41:21
23	<u>#14 AND #21</u>	1	2018-04-19 15:41:42

Tabell 4. Søketablell fra PubMed

Recent queries				
Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#11	Add	Search (((((((perioperative nurs*) OR operative nurs*) OR operating theatre nurs*)) OR perioperative nursing)) AND ((patient positioning) OR (((patient positio*) OR surgical positio*) OR intraoperative positio*) OR perioperative positio*))) AND ((surgical patient) OR operative patient)	83	10:08:49
#10	Add	Search (surgical patient) OR operative patient	1632735	10:08:36
#9	Add	Search (((((((perioperative nurs*) OR operative nurs*) OR operating theatre nurs*)) OR perioperative nursing)) AND ((patient positioning) OR (((patient positio*) OR surgical positio*) OR intraoperative positio*) OR perioperative positio*))) AND experience	9	10:07:55
#8	Add	Search experience	568740	10:07:44
#7	Add	Search (((((((perioperative nurs*) OR operative nurs*) OR operating theatre nurs*)) OR perioperative nursing)) AND ((patient positioning) OR (((patient positio*) OR surgical positio*) OR intraoperative positio*) OR perioperative positio*))	101	10:07:21
#6	Add	Search (patient positioning) OR (((patient positio*) OR surgical positio*) OR intraoperative positio*) OR perioperative positio*)	15115	10:06:57
#5	Add	Search (((patient positio*) OR surgical positio*) OR intraoperative positio*) OR perioperative positio*	8005	10:06:38
#4	Add	Search patient positioning	14076	10:05:30
#3	Add	Search (((perioperative nurs*) OR operative nurs*) OR operating theatre nurs*)) OR perioperative nursing	15684	10:05:08
#2	Add	Search ((perioperative nurs*) OR operative nurs*) OR operating theatre nurs*	7348	10:04:52
#1	Add	Search perioperative nursing	15556	10:04:04

VEDLEGG 3 – FEK GODKJENNING

Innlevering


**skjema -
Kommentar**

Navn:

Ann-Cathrin Haugenes

Les

**kommentarer i
besvarelsen**

 Søknad - FEK.doc

din:

Kommentar:

Godkjent av FEK. Men under forutsetning at prosjektet anonymiseres ytterligere. Dette kan gjøres ved å fjerne den konkrete beskrivelsen av sykehuset.

Karakter:

Evaluerings:

Godkjent

VEDLEGG 4 – SØKNADSSKJEMA FOR VURDERING AV FEK

Skjema for vurdering i Fakultetets etikkomité (FEK)

Navn på masterstudiet som studenten er tilknyttet:

Master i spesialsykepleie med fordypning i operasjonssykepleie.

Navn på masterstudent:

Ann-Cathrin Haugenes.

Navn på veileder:

Åshild Slettebø.

Tittel på prosjektet:

Pasientleiring: kunsten ligger under operasjonsdekket!

Prosjektets problemstilling/forskningsspørsmål:

Hvordan erfarer operasjonssykepleiere utøvelsen av pasientleiringen til voksne operasjonspasienter gjennom det kirurgiske inngrepet?

Utvalg:

Det er ønskelig å utføre individuelle intervjuer med seks - åtte operasjonssykepleiere fordelt på to sykehus og som arbeider på en av sykehusets tilhørende operasjonsavdelinger. Tre til fire av intervjuene vil om det lar seg gjøre gjennomføres på [REDACTED]. De resterende tre – fire av intervjuene er ønskelig å få gjennomført ved [REDACTED] som befinner seg under [REDACTED].

Studien har satt noen kriterier som deltakerne må oppfylle før de kan få tilbud om å delta i dette masterprosjektet. Det vil bli bedt om hjelp fra operasjonsavdelingens enhets- og/eller avdelingsleder om hjelp til å finne aktuelle deltakere som oppfyller studiens krav og har interesse av å delta. Studien vil ekskludere operasjonssykepleiere som er nyutdannet og som går i vikariatstillinger.

Inklusjonskriteriene deltakerne må oppfylle er:

- Behersker godt norsk eller anvender et godt forståelig skandinavisk språk.
- Har en stillingsprosent på 50-100 % og er fast ansatt.
- Har praktisert som operasjonssykepleier i mellom 4 – 20 år.
- Er enten utdannet spesialsykepleier i operasjon, eller har en mastergrad i operasjonssykepleie.

Metode for datainnsamling/analyse:

For å kunne svare på masterprosjektets satte problemstilling vil det bli anvendt en kvalitativ metode. Dette er en metode som egner seg godt når en for eksempel skal forske på menneskets subjektive erfaringer (Malterud, 2017). Det empiriske datamaterialet vil samles inn med hjelp av den semistrukturerte intervjuformen, som også kan omtales for et dybdeintervju. Dette er et halvstrukturert intervju hvor det anvendes en intervjuguide som bidrar til å strukturere intervjuforløpet, noe Kvale og Brinkmann (2015) anbefaler å anvende. Intervjuguiden som denne studien vil anvende er utarbeidet slik at den inneholder noen aktuelle temaer som er relevant for prosjektets problemstilling. Intervjuguiden fremstår noe omfattende, da den har flere underpunkter under hovedspørsmålene. Disse er derimot kun ment som hjelpespørsmål for intervjueren, og kan bli aktuelt å anvende for å oppklare uklarheter når hovedspørsmålene som er nummerert blir stilt. Dette betyr at hjelpespørsmålene kun kommer til å anvendes hvis behovet melder seg under intervjuforløpet, hvis ikke, vil kun hovedspørsmålene benyttes (disse er nummerert). Utdypende spørsmål vil også kunne være aktuelt å stille for å få en dypere forståelse av informantens fortellinger og/eller beskrivelser. Disse er nevnt i prosjektbeskrivelsen under kapitlet intervjuguide, og i intervjuguiden helt nederst. Denne intervjuguiden er lagt ved dette søkedokumentet, se vedlegg 2.

Det datamaterialet som er blitt samlet inn gjennom de semistrukturerte intervjuene med hver enkelt informant vil så bli transkribert fra en muntlig samtale til et tekstformat. Deretter vil det foretas en analysering av datamaterialet ved hjelp av analysemetoden – systematisk tekstkondensering. Dette er en analysemetode som opprinnelig kommer fra Giorgi, men som er blitt moderert av Malterud (2017). Denne analysemetoden omhandler fire faser og det kan sies at den har hentet litt ”inspirasjon” både fra hermeneutikken og fenomenologien. Det vil også kunne være behov for å anvende analysetips fra Kvale og Brinkmann (2015).

Er det tidligere søkt FEK, med tilbakemelding om forbedringer (kryss)?

Ja: evt dato: Nei: X

Er undersøkelsen meldt NSD (kryss)?

Ja: X Nei: Evt. godkjenningsdato:

Ved tvil om prosjektet bør søkes til REK, er det sendt spørsmål om fremleggsvurdering(kryss)?

Ja: Nei: X

Er skjemaet utarbeidet i samråd med veileder (kryss)?

Ja: X Nei:

Etisk vurdering

- 1) Evt. risikofaktorer ved gjennomføring av prosjektet spesielt med tanke på forsøkspersonene

Datamaterialene i kvalitative studier har ofte en personlig karakter, hvor det foretas en dialog mellom forsker og informant. Ved å foreta seg en slik dialog forutsetter dette både respekt og tillit mellom partene (Malterud, 2017). Dette masterprosjektet vil arbeide etter *de etiske retningslinjer for sykepleierforskning i Norden* (2003), hvor hensikten er å ivareta informantene gjennom hele forskningsprosessen. En risikofaktor som kan oppstå i forbindelse med gjennomføringen av dette prosjektet er for eksempel krenkelse av informantens autonomi og integritet. Dette er noe en som forsker må forebygge gjennom å følge studiens selvbestemmelsesrett, rett til å trekke samtykke tilbake og ved å verne om informantens

privatliv. (Ethiske retningslinjer for sykepleierforskning i Norden, 2003). I tillegg må en forholde seg til eventuelle skader som kan påvirke informanten (Kvale & Brinkmann, 2015).

Denne studien omhandler forskning vedrørende operasjonssykepleiere som har sagt seg frivillig til å delta i prosjektet. Informantene vil gjennom studien anonymiseres, også i eventuelle sitater som vil kunne oppstå i studiens resultatfremlegging. Taushetsplikten vil også overholdes i prosjektet fra forskerens side. Studien vil i lys av dette ikke foreta forskning inn forbi sårbare grupper, og det anses i den forbindelse ingen risikoer for informantene ved gjennomføringen av dette masterprosjektet.

2) Informasjon om hvordan data lagres / oppbevares og eventuelt brukes / slettes etter at masterprosjektet er ferdig

Det empiriske datamaterialet som er innhentet gjennom de semistrukturerte forskningsintervjuene, vil oppbevares med forsiktighet. Masterprosjektet vil under hvert enkelt intervju anvende en digital lydopptaker, og intervjuene vil bli transkribert fortløpende underveis. Under denne transkriberingsprosessen vil informantens personidentifiserbare opplysninger fjernet. Det vil så bli laget en koblingsliste (koblingsnøkkel) mellom hvert intervju som er transkribert og til informantens navn. Alle dokumenter som inneholder personidentifiserbare opplysninger vil bli låst inn et eget skap som kun masterstudenten og eventuelt den tildelte veilederen ved Universitet i Agder vil ha tilgang til.

Det vil anvendes en datamaskin gjennom hele forskningsprosessen. De digitale opptaksfilene og transkriberingsmaterialet vil befinne seg på denne datamaskinen. I den forbindelse vil den anvendte datamaskinen bli låst med et passord kun masterstudenten kan, og dette passordet vil ikke befinne seg nedskrevet noe sted. Når sensuren på masteroppgaven er tilgjengelig og den endelige karakteren foreligger, vil alle personidentifiserbare opplysningene som direkte eller indirekte vil kunne gjenkjenne informantene bli slettet i sin helhet. Koblingsnøkkel oppbevares adskilt fra rådata.

3) Nytte av prosjektet: nytte for forsøkspersonen(e), nytte for vitenskapen, nytte for samfunnet

Det ble foretatt søk i databasene SveMed+, Cinahl plus with full text, og PubMed, med den hensikt i å kartlegge hva som finnes av tilgjengelig forskningslitteratur knyttet til masterprosjektets problemstilling. Gjennom denne kartleggingsfasen ble det funnet noe litteratur på leiring av operasjonspasienten på generell basis, men det ble funnet få

vitenskapelige forsknings studier på operasjonssykepleiernes erfaringer relatert til pasientleiringen. Hensikten med dette prosjektet vil i den sammenheng være å utforske og beskrive operasjonssykepleiernes erfaringer med utøvelse av pasientleiring under det kirurgiske inngrepet. Dette for å få en dypere forståelse av hva pasientleiring innebærer. På den måten vil operasjonssykepleieren kunne gi god og forebyggende leiringsposisjon for å ivareta pasientsikkerheten.

4) Andre etiske problemstillinger i tilknytning til gjennomføring av masterprosjektet.

Det vil kunne oppstå etiske problemer under hele intervju-undersøkelsen. Dette er noe en som forsker ta stilling til og vurdere fra begynnelsen til slutten i både intervju- og prosjektforløpet. Deltakernes anonymitet vil som tidligere nevnt, sikres. Intervjuet er også preget av et maktforhold mellom intervjueren og informanten. Temaene for intervjuforløpet er for eksempel definert på forhånd, og dette er noe informanten ikke kan velge bort (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuets maktposisjon er noe jeg som forsker må være bevisst på under intervjuforløpene. Det er ønskelig å ha kontakt med operasjonsavdelingens leder og/eller enhetsleder gjennom forskningsperioden, hvor en hensikt er at de forespør sine ansette om intervjudeltakelsen. Det vil også kunne oppstå situasjoner hvor deltakerne vil kunne ta kontakt med masterstudenten gjennom mail. Disse e-mailene vil bli slettet underveis som de er blitt besvart. Oppstår det andre uforutsette etiske problemstillinger underveis i prosessen som en ikke har klart å forutse på forhånd, vil disse bli tatt opp med prosjektets veileder ved Universitetet i Agder.

Litteraturliste

Etiske retningslinjer for sykepleiere i Norden. (2003). Hentet 29. august 2017, fra <http://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2016/01/SSNs-etiske-retningslinjer.pdf>

Kvale, S. & Brinckmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

VEDLEGG 5 – FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I MASTERPROGRAM VED UNIVERSITETET I AGDER

VEDLEGG 1: FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I MASTERPROSJEKT VED UNIVERSITETET I AGDER

Pasientleiring - kunsten ligger under operasjonsdekket!

Hvordan erfarer operasjonssykepleiere utøvelsen av pasientleiringen til voksne operasjonspasienter gjennom det kirurgiske inngrepet?

Bakgrunn og hensikt:

Bakgrunnen for denne masteroppgaven er basert på tidligere observasjoner på en operasjonsavdeling hvor det ble observert at flere operasjonssykepleierne har mye erfaringer og kunnskaper knyttet til leiringen, mens andre søkte råd og hjelp fra avdelingens portører. I den forbindelse er hensikten til dette forskningsprosjekt å utforske og beskrive operasjonssykepleierens erfaringer med utøvelse av pasientleiring under det kirurgiske inngrepet. Dette for å få en dypere forståelse av hva pasientleiring innebærer. På den måten vil operasjonssykepleieren kunne gi god og forebyggende leiringsposisjon for å ivareta pasientsikkerheten. Forskningen gjøres som et ledd i videreutdanningen master i spesialsykepleie med fordypning i operasjonssykepleie ved Universitetet i Agder.

Mulige fordeler og ulemper?

Om du velger å takke ja til å delta i denne studien vil det ikke medføre deg noen negative konsekvenser, foruten at det må sette av tid til å gjennomføre det avtalte intervjuet.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien vil samle inn datamaterialet ved hjelp av et semistrukturerte intervjuforløp. Intervjuforløpet vil ha en tidsvarighet på ca. 60 minutter, og det vil bli spilt inn med hjelp av en digital lydopptaker. Intervjuet vil være en form for samtale rundt noen aktuelle temaer som for eksempel pasientleiring, tverrfaglig samarbeid, omsorg og komplikasjonsforebygging.

Velger du å takke ja, vil masterstudenten sende samtykkeerklæringen til avdelingsleder/ enhetslederen som videre vil gi den til deg for signering. Skriv også på ditt telefon- eller mobilnummer slik at mastestudenten kan kontakte deg for å avtale en passende dag og klokkeslett å utføre intervjuet på. Det er ønskelig å utføre intervjuet i din arbeidstid på et egnet rom, om avdelingslederen eller enhetslederen din legger til rette for dette.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun den som utfører intervjuet med deg og en veileder ved Universitetet i Agder som vil få tilgang til dine personopplysninger. Under transkriberingsprosessen vil personopplysninger fjernes, og det vil dannes en koblingsnøkkel. Dette betyr at navnet ditt får tildelt et nummer og dette nummeret vil erstatte ditt navn i den transkriberte teksten. Koblingsnøkkelen vil holdes innelåst. Studien vil anonymisere deg slik at ingen vil kunne gjenkjenne din deltakelse når studien presenteres. Prosjektet skal etter planen innleveres 27. april 2018, og når den endelige sensuren har falt, vil alle personopplysninger om deg og det digitale lydopptaket slettes i sin helhet, senest 31.12.2018.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg.

Sier du ja til å delta i forskningsstudien har du rett til å få innsyn i de opplysningene som er registrert på deg, og du har mulighet til å korrigere eventuelle feil. Trekker du deg fra studien

kan du kreve å få det innsamlede datamaterialet og opplysninger om deg slettet, med mindre opplysningene alt er skrevet inn i studiens analysedel og blitt publisert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i denne studien. Du kan trekke deg når som helst, og du trenger ikke å angi noen grunn til hvorfor du eventuelt velger å trekke samtykket tilbake. Dersom du ønsker å delta i denne studien, må du underskrive på samtykkeerklæringen som medfølger dette dokumentet.

Denne studien er meldt inn til Personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata AS. Studien er også meldt inn til Universitet i Agders etiske komité, FEK - Fakultetets Etiske Komité.

Dersom du har noen spørsmål med denne studien kan du ta kontakt med:

Masterstudent: Ann-Cathrin Haugenes Telefon: 48242453 Mail: anncah10@uia.no

Veileder: Åshild Slettebø Telefon: 37233787 Mail: ashild.slettebo@uia.no

VEDLEGG 6 – SAMTYKKEERKLÆRINGSSKJEMA

VEDLEGG 2: SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I MASTEROPPGAVEN

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Prosjektdeltakerens telefon- eller mobilnummer:

VEDLEGG 7 – INTERVJUGUIDE

Hei!

Mitt navn er Ann-Cathrin Haugenes, og jeg studerer spesialsykepleie ved Universitetet i Agder, med spesialisering i operasjonssykepleie. Som en del av denne videreutdannelsen, må det skrives en masteroppgave som er relevant for spesialiseringsområdet. Temaet for min masteroppgave er som tidligere beskrevet, pasientleiring i den perioperative perioden. Takk for at du vil delta i mitt forskningsprosjekt, din deltakelse setter jeg stor pris på.

Informasjon:

Informantene vil før intervjuet starter få kort informasjon om bakgrunn for studiens tema og hensikten. Videre blir informanten informert om anonymitet og taushetsplikt jeg som forsker må overholde. Det vil også her foretas en forsikring om at informantens samtykke er innhentet før intervjuet starter, samt at det vil bli en påminnelse om at det vil anvendes digitalopptaker under intervjuet.

Det vil også undersøkes om noe er uklart hos informantene, og i så fall få en oppklaring i det. Har informantene lyst til å stille spørsmål, så er det mulighet for dette her.

Studiens problemstilling: *«Hvordan erfarer operasjonssykepleiere utøvelsen av pasientleiringen til voksne operasjonspasienter gjennom det kirurgiske inngrepet?»*

Introduksjonsspørsmål:

- *Kan du fortelle meg litt om deg selv?*

Jeg er her ute etter å innhente informasjon om informantene med tanke på alder, kjønn, generell sykepleierfaring og arbeidserfaringer på ulike operasjonsavdelinger?

Hovedspørsmål:

Tema: Pasientleiring/ Leiring av operasjonspasienten

Kan du fortelle om dine erfaringer med pasientleiring?

- *Finnes det noen leiringsformer du erfarer er vanskeligere å leire pasienten i enn andre?*
 - Kan du fortelle om hvorfor denne leiringsformen er vanskelig å utøve, og du må gjerne fortelle med et eksempel?
- *Kan du fortelle om dine erfaringer i forbindelse med planleggingen av leiringsutøvelsen?*
 - Bli operasjonspasientens grunnsykdommer og-/ eller andre sykdomstilstander tatt med i denne planleggingen hos deg?
 - Bli det en risiko kartlegging av pasienten med tanke på utvikling av leiringskader underveis i det kirurgiske inngrepet?
 - Bli det foretatt noen vurdering av behovet for hjelpemidler som kan ha nytte for pasienten gjennom det kirurgiske inngrepet?
- *Hvilke erfaringer har du med leiring under det kirurgiske inngrepet?*

- Må det endres noe på pasientens leie under det kirurgiske inngrepet?
 - Hvordan klarer du å løse disse endringene når pasienten har operasjonsdekket over seg?
 - Kan du fortelle om hvordan du erfarer muligheten for observasjoner av pasientleiringen underveis, og eventuelle tiltak som iverksettes?
- ***Kan du fortelle om dine erfaringer knyttet til generell leiring av operasjonspasienten?***
- Anbefalinger/ retningslinjer? – avvik fra dem? – anvend utdypende spørsmål?

Tema: Komplikasjonsforebygging

- ***Hvilke erfaringer har du med komplikasjonsforebyggingen knyttet til pasientleiringen?***
- **Trykkskade forebygging** – Bruk og tilgjengelighet av trykkavlastende hjelpemidler?
 - **Nerve- og strekkskade forebygging** – Polstring og beskyttelse av nerver og spisse kanter på pasientens nære gjenstander, samt forebyggelse av strekkskader?

Tema: Omsorg

- ***Kan du fortelle om omsorg og dens plass i forbindelse med og under utøvelsen av pasientleiringen?***
- Hvordan vises denne omsorgen?
- ***Hvilke erfaringer har du med omsorg og dens tilknytting til leiring av operasjonspasienten?***

Tema: Tverrfaglig samarbeid – pasientleiring krever ofte et samarbeid;

- ***Kan du fortelle om dine erfaringer tilknyttet pasientleiringens tverrfaglige samarbeid mellom operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere, kirurger og portører?***

Avslutningsspørsmål:

- ***Er det noe vi ikke har snakket om eller har vært innom, men som du mener er viktig i forbindelse med leiringen av operasjonspasienten?***
-

Det vil være behov for å stille utdypende spørsmål under intervjuet. Det vil være utdypende spørsmål som er nevnt i prosjektbeskrivelsen, samt disse spørsmålene som er nevnt her:

- Kan du beskrive dette nærmere?
- Har du noen eksempler å vise til?
- Hvordan erfarte/ erfarer du dette?
- Hvordan erfarer du dette?
- Hvorfor erfarer du dette som vanskelig?
- Kan du forklare dette nærmere?
- Hva skjedde?
- Kan du fortell mer om dette?
- Hvordan løste du det?

Flere av spørsmålene har også flere underpunkter som intervjueren kan bruke som hjelpespørsmål.

VEDLEGG 8 – NSD GODKJENNING



Åshild Slettebø
[Redacted]
[Redacted]

Vår dato: 18.09.2017

Vår ref: 55728 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.09.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

55728

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

Pasientleiring: kunsten ligger under operasjonsdekket.

Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder

Åshild Slettebø

Ann-Cathrin Haugenes

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet med vedlegg
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Universitetet i Agder sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Universitetet i Agder er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

-
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hva dette innebærer for deltaker
 - når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.12.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen



[REDACTED]

VEDLEGG 9 – NSD: MELDESKJEMA SOM BLE GODKJENT



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.6) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn. Les mer om hva personopplysninger er.
Hvis ja, hvilke?	<input checked="" type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse <input checked="" type="checkbox"/> E-post <input checked="" type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> Annet	NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgave/rapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet. Les mer om hva behandling av personopplysninger innebærer.
Annet, spesifiser hvilke		
Skal direkte personidentifiserende opplysninger kobles til datamaterialet (koblingsnøkkel)?	Ja ● Nei ○	Merk at meldeplikten utløses selv om du ikke får tilgang til koblingsnøkkel , slik fremgangsmåten ofte er når man benytter en databehandler .
Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Ja ● Nei ○	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke	Masteroppgaven vil innhente følgende bakgrunnsopplysninger om deltakerne: - Alder og kjønn - Yrkestittel og yrkeserfaring - Deltakerens arbeidsplass	NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.
Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/e-post adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Ja ○ Nei ●	Les mer om nettbaserte spørreskjema .
Blir det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Ja ○ Nei ●	Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.
Søkes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Ja ○ Nei ●	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonyme helseregistre). Les mer. Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til svar fra REK foreligger.
2. Prosjektittel		
Prosjektittel	Pasientleiring: kunsten ligger under operasjonsdekket.	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Masteroppgave» eller liknende, navnet må beskrive prosjektets innhold.
3. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Agder	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen. Les mer om behandlingsansvarlig institusjon .
Avdeling/Fakultet	Fakultet for helse- og idrettsvitenskap	
Institutt	Institutt for helse- og sykepleievitenskap	
4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		

Fornavn	Åshild	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt. Les mer om daglig ansvarlig .
Etternavn	Slettebø	
Stilling	Professor i helsefag	
Telefon	37233787	
Mobil	99243315	
E-post	ashild.stettebo@uia.no	
Alternativ e-post	ashild.slettebo@uia.no	
Arbeidssted	Universitetet i Agder	
Adresse (arb.)	Jon Lilletunsvet 9	
Postnr./sted (arb.sted)	4879 Grimstad	
5. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja ● Nei ○	Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som føres opp her. Øvrige studenter kan føres opp under pkt 10.
Fornavn	Ann-Cathrin	
Etternavn	Haugenes	
Telefon		
Mobil	48242453	
E-post	annkanin90@hotmail.com	
Alternativ e-post	anncath.haugenes@gmail.com	
Privatadresse	Nedre skilsø 19	
Postnr./sted (privatadr.)	4818 Færvik	
Type oppgave	<ul style="list-style-type: none"> ● Masteroppgave ○ Bacheloroppgave ○ Semesteroppgave ○ Annet 	
6. Formålet med prosjektet		
Formål	<p>Hensikten med dette masterprosjektet er å utforske og beskrive operasjonssykepleiernes erfaringer med utøvelse av pasientleiring under det kirurgiske inngrepet. Dette for å få en dypere forståelse av hva pasientleiring innebærer. På den måten vil operasjonssykepleieren kunne gi god og forebyggende leiringsposisjon for å ivareta pasientsikkerheten.</p> <p>Masteroppgavens problemstilling vil lyde som følger: Hvordan erfarer operasjonssykepleiere utøvelsen av pasientleiringen til voksne operasjonspasienter gjennom det kirurgiske inngrepet?</p>	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.
7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?		
Kryss av for utvalg	<input type="checkbox"/> Barnehagebarn <input type="checkbox"/> Skoleelever <input type="checkbox"/> Pasienter <input type="checkbox"/> Brukere/klienter/kunder <input type="checkbox"/> Ansatte <input type="checkbox"/> Barnevernsbarn <input type="checkbox"/> Lærere <input checked="" type="checkbox"/> Helsepersonell <input type="checkbox"/> Asylsøkere <input type="checkbox"/> Andre	Les mer om forskjellige forskningstematikker og utvalg .
Beskriv utvalg/deltakere	Det er ønskelig å ha et utvalg bestående av seks til åtte operasjonssykepleiere fordelt på to forskjellige sykehus i Norge. Det vil i den forbindelse gjennomføres tre til fire individuelle intervjuer på hvert sykehus.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om.

Rekruttering/trekking	<p>Masteroppgavens ønskelige utvalg vil innhentes ved hjelp av operasjonsavdelingens leder og/eller enhetsleder. Utvalg må også oppfylle prosjektets satte inklusjons- og eksklusjonskriterier.</p> <p>Inklusjonskriteriene for prosjektet er følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behersker godt norsk eller anvender et godt forståelig skandinavisk språk. - Har en stillingsprosent på 50-100 % og er fast ansatt. - Har praktisert som operasjonssykepleier i mellom 4 – 20 år. - Er enten utdannet spesialsykepleier i operasjon, eller har en mastergrad i operasjonssykepleie. <p>Operasjonssykepleiere som er nyutdannet og som går i vikariatstilling vil ekskluderes fra dette masterprosjektet.</p>	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø eller eget nettverk, eller trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre.
Førstegangskontakt	<p>Førstegangskontakten med operasjonsavdelingene vil opprettes enten i form av telefon eller mail. Dette for undersøke hvordan disse avdelingene stiller seg ovenfor ønsket om å utføre forskningen på deres avdeling. Det vil så sendes inne en søknad til begge sykehusene for å søke om godkjenning til å foreta undersøkelsen hos dem. Det er ønskelig at avdelingsleder/ enhetsleder spør de ansatte som oppfyller studiens kriterier, om de sier seg villig til å delta i denne intervju-undersøkelsen. Når deltakerens samtykke er innhentet, vil masterstudenten kontakte hver enkelt deltaker for å avtale en passende dag å utføre intervjuet på. Det er ønskelig å utføre intervjuene i informantenes arbeidstid i et egnet rom, om avdelingsleder/ enhetsleder legger til rette for det.</p>	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om førstegangskontakt og forskjellige utvalg på våre temasider .
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer barn på våre nettsider.
Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	6 - 8 operasjonssykepleiere	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om sensitive opplysninger .
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse .
Samles det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (tredjepersoner)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan identifisere personer (direkte eller indirekte) som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem, som identifiseres i datamaterialet. Les mer .
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Papirbasert spørreskjema <input type="checkbox"/> Elektronisk spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Deltakende observasjon <input type="checkbox"/> Blogg/sosiale medier/internett <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata (medisinske journaler)	<p>Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).</p> <p>NB! Dersom personopplysninger innhentes fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentar-boksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgs-gruppene og metodene som skal benyttes.</p> <p>Les mer om registerstudier. Dersom du skal anvende registerdata, må variabeliste lastes opp under pkt. 15</p> <p>Les mer om forskningsmetoder.</p>
	<input type="checkbox"/> Registerdata	
	<input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	

Tilleggsopplysninger	Masteroppgaven vil ha en kvalitativ metode, hvor datainnsamlingen vil bli innsamlet med hjelp av det semistrukturerte intervjuformen. Under intervjuene vil det anvendes en intervjuguide. Denne intervjuguiden vil fremstå noe omfattende, da den har flere underpunkter under hovedspørsmålene. Disse er derimot kun ment som hjelpespørsmål for intervjueren, og kan bli aktuelt å anvende for å oppklare uklarheter når hovedspørsmålene som er nummerert blir stilt. Dette betyr at hjelpespørsmålene kun kommer til å anvendes hvis behovet melder seg under intervjuforløpe. Hvis ikke behovet melder seg er det kun hovedspørsmålene som benyttes (disse er nummerert).	
9. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	<p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Les mer. Vennligst send inn mal for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema.</p> <p>Last ned en veiledende mal her.</p> <p>Les om krav til informasjon og samtykke.</p> <p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.</p>
Samtykker utvalget til deltakelse?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Flere utvalg, ikke samtykke fra alle	<p>For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og informert.</p> <p>Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en aktiv handling. For eksempel vil et besvart spørreskjema være å regne som et aktivt samtykke.</p> <p>Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes. Les mer.</p>
10. Informasjonssikkerhet		
Hvordan oppbevares navnelisten/ koblingsnøkkel og hvem har tilgang til den?	Navnelisten/ koblingslisten vil holdes innelåst i et eget skap som kun masterstudenten og eventuelt den tildelte veilederen ved Universitetet i Agder vil ha tilgang til.	
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet. Vi anbefaler koblingsnøkkel .
Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?	<input type="checkbox"/> På server i virksomhetens nettverk <input type="checkbox"/> Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne) <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input checked="" type="checkbox"/> Privat datamaskin <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input checked="" type="checkbox"/> Mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon) <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p> <p>Med «virksomhet» menes her behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>NB! Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskningsserver.</p> <p>Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepenne, server på annet arbeidsssted - er mindre sikkert, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.</p>
Annen registreringsmetode beskriv		
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Under transkriberingen av intervjueteksten vil informantens navn erstattes med et nummer slik at deltakerens anonymitet sikres. Det har seg også slik at datamaskinen som anvendes i prosjektet vil bli låst med et passord kun jeg som masterstudent har tilgang til.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbar rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler (ekstern aktør)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler . Slike oppdrag må kontraktreguleres.
Hvis ja, hvilken		

Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved overføring av data til samarbeidspartner, databehandler mm.
Hvis ja, beskriv?		Dersom personopplysninger skal sendes via internett, bør de krypteres tilstrekkelig. Vi anbefaler ikke lagring av personopplysninger på nettskytjenester. Bruk av nettskytjenester må avklares med behandlingsansvarlig institusjon. Dersom nettskytjeneste benyttes, skal det inngås skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten. Les mer.
Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til datamaterialet med personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidssted)?		
Utleveres/deles personopplysninger med andre institusjoner eller land?	<input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/> Andre institusjoner <input type="radio"/> Institusjoner i andre land	F.eks. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.
11. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten . Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Hvis ja, hvilke		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	I noen forskningsprosjekter kan det være nødvendig å søke flere tillatelser. Søkes det f.eks. om tilgang til data fra en registerer? Søkes det om tillatelse til forskning i en virksomhet eller en skole? Les mer om andre godkjenninger .
Hvis ja, hvilken	Det søkes også om godkjenning fra Universitetets eget etiske komité - Fakultetets etiske komité (FEK). Videre vil det søkes til [redacted] og [redacted] når søknadene hos NSD og FEK blir innvilget.	
12. Periode for behandling av personopplysninger		
Prosjektstart	01.10.2017	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvalget skal gjøres/datainnsamlingen starter.
Planlagt dato for prosjektslutt	31.12.2018	Prosjektslutt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet.
Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?	<input type="checkbox"/> Ja, direkte (navn e.l.) <input type="checkbox"/> Ja, indirekte (identifiserende bakgrunnsopplysninger) <input checked="" type="checkbox"/> Nei, publiseres anonymt	Les mer om direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger. NB! Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne sitater.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	NB! Her menes datamaterialet, ikke publikasjon. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel øvrig data anonymiseres. Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. Les mer om anonymisering av data .
13. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	Denne masteroppgaven vil bli selvfinansiert.	Fylles ut ved eventuell ekstern finansiering (oppdragsforskning, annet).
14. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		Dersom prosjektet er del av et prosjekt (eller skal ha data fra et prosjekt) som allerede har tilrådning fra personvernombudet og/eller konsesjon fra Datatilsynet, beskriv dette her og oppgi navn på prosjektleder, prosjektittel og/eller prosjektnummer.
15. Vedlegg		
Vedlegg	Antall vedlegg: 3. <ul style="list-style-type: none"> • masteroppgavens_intervjuguide_.pdf • prosjektbeskrivelse_for_masteroppgaven.pdf • forespoersel_om_deltakelse_i_masterprosjekt_ved_universitetet_i_agder.pdf 	

VEDLEGG 10 – GODKJENNING FRA SYKEHUS A

Hei!


Det hørtes veldig bra ut. Tusen takk!

Jeg så tilfeldigvis igjennom dokumentene som ble sendt til deg for ca. en uke siden, og oppdaget at vedlegget i prosjektbeskrivelsen var blitt plassert før selve litteraturlisten. For å gjøre det hele riktig, sender jeg prosjektbeskrivelsen på nytt hvor vedlegget nå er blitt plassert bak litteraturlisten, slik det skal være. Beklager virkelig dette!

Håper på en positiv tilbakemelding fra dere.
Ha en riktig fin helg!

Med vennlig hilsen
Ann-Cathrin Haugenes



 Prosjektbeskrivelse .pdf
200K

12. oktober 2017 kl. 12:15

Til: Ann- Cathrin Haugenes [redacted]

Hei Ann-Cathrin,

Prosjektet kan gjennomføres under forutsetning av samtykke innhentes, og prosjektet utføres ihht beskrivelse.

Det var flere operasjonssykepleiere som ønsker å delta, og vi ber om at du tar kontakt med disse direkte (vedlagt under er navn på disse, samt e-postadresser).

Lykke til videre med oppgaven!

[redacted]

Hei og takk for henvendelse.

Det er flere operasjonssykepleiere som ønsker å delta.

De kan kontaktes direkte for nærmere avtale.

[redacted]

[redacted]

VEDLEGG 11 – GODKJENNING FRA SYKEHUS B

Gmail - 17/08916-1 - Masteroppgave - Master i spesialsykepleie ... Kunsten ligger under operasjonsdekket! - Ann-Cathrin Haugenes 15.04.18, 09.21

[REDACTED]

**17/08916-1 - Masteroppgave - Master i spesialsykepleie - Pasientleiring -
Kunsten ligger under operasjonsdekket! - Ann-Cathrin Haugenes**

Til: Ann- Cathrin Haugenes [REDACTED]

19. oktober 2017 kl. 11:59

Hei

Søknaden din om datainnsamling er godkjent. Du trenger ikke å innhente flere tillatelser.

Lykke til med datainnsamlingen.

Mvh [REDACTED]

Fra: Ann- Cathrin Haugenes [REDACTED]
Sendt: 19. oktober 2017 11:56

[REDACTED]

VEDLEGG 12 – REKRUTTERING

Alle deltakerne fikk tilsendt en e-mail av meg hvor det ble gitt informasjon om studien, kriteriene for studien, samt ønsket om å avtale en intervjudag. Denne e-mailen ble sendt med samtykke av studiens tildelte veileder ved Universitetet i Agder. Informasjonsskjemaet «forespørsel om deltakelse i masterprosjekt ved Universitetet i Agder» ble også inkludert i denne e-mailen som et vedlegg sammen med samtykkeerklæringen. Det var kun en deltaker som svarte fortløpende på den tilsendte e-mailen. Sett i lys av dette ble deltakernes telefonnummer etterspurt fra begge forskningsavdelingene. Den ene avdelingen hadde ikke tilgang på de etterspurte opplysningene, men de anbefalte å sende en purre e-mail til deltakerne samt en kopi til seksjonsleder. Seksjonsleder fikk tilsendt en oppsummerings e-mail med hva en ønsket å få hjelp til, og denne e-mailen inkluderte også de samme vedleggene som deltakerne fikk tilsendt. Riktig nok hadde alle deltakerne i mellomtiden sendt bekreftelse på at de var villig til å delta frivillig i denne studien før en hadde klart å opprette kontakt med seksjonsleder. Aktuelle dager for intervjugjennomføring ble her avtalt sammen med deltakerne og seksjonsleder.

Den andre avdelingen hadde derimot tilgang til de etterspurte opplysningene. Det ble da opprettet kontakt to av deltakerne gjennom telefon. Den siste deltakeren ble forøkt ringe til uten svar, men deltakeren tok selv kontakt med forskeren på mail og ønsket gjerne å delta. En deltaker trakk seg helt i starten av prosjektet og i den forbindelse ble en ny deltaker rekruttert inn i studien ved hjelp av e-mail og ikke gjennom telefon. Det ble også her mottatt litt hjelp fra seksjonsleder. Seksjonsleder krevde at det ble sendt e-mail til to navngitte adresser med informasjon om intervjudag og navn. Dette kravet ble delvis innfridd, men personopplysninger om informantens navn, alder og e-mailadresse ble ekskludert fra denne e-mailen.

Det er verdt å bemerke seg at en deltaker trakk seg i rekrutteringsfasen, og det ble da valgt å innhente en ny informant. Dette betyr at forskeren opprettet kontakt med til sammen syv informanter i denne prosessen, hvor av seks informanter ble intervjuet.

VEDLEGG 13 – PROSJEKTLOGG

15/01-18: Hvordan i all verden skal jeg ta fatt på dette! I dag leste jeg gjennom hele transkriberingsmaterialet, som var på 107 sider. Hjelpes! Det var mange inntrykk. Jeg skrev så ned de åtte temaene som vekket min interesse, og disse temaene var:

- Være forberedt
- Modulere
- A4
- Ikke bare en prosedyre
- Beskytte pasienten
- Leiringenes utfordringer
- Ansvar
- Teamarbeid

16/01-18: I dag var det veldig vanskelig. Jeg syntes det har vært vanskelig å diskutere med meg selv. Det første jeg tenkte på begynnelsen av dagen i dag var, «hvordan skal jeg klare å diskutere med meg ned til 3-5 temaer?» Forbausende nok, så klarte jeg dette. Jeg landet på disse «temaene»:

- Være forberedt
- Beskytte/forhindre
- Gjøre vel
- Utøvelsens utfordringer
- Teamsamarbeid

Temaene ble så, grovt definert til å gjelde følgende:

- **Være forberedt:**
Denne kodegruppen vil omhandle operasjonssykepleiernes erfaringer tilknyttet forberedelsen av en god utøvende leiringsposisjonering.
- **Beskytte/forhindre:**
Denne kodegruppen vil omhandle operasjonssykepleiernes erfaringer med leiringsutøvelsen under og etter det kirurgiske inngrepet, også leiringens medfølgende faglige vurderinger inkluderes her.
- **Gjøre vel:**
Denne kodegruppen vil omhandle operasjonssykepleiernes opplevelser og erfaringer vedrørende leiringsutøvelsen og den tilknyttede omsorgen – ha operasjonspasienten beste i fokus.
- **Utøvelsens utfordringer:**
Denne kodegruppen vil omhandle operasjonssykepleierens erfaringer vedrørende pasientleiringens utfordringer tilknyttet det kirurgiske inngrepet.
- **Teamsamarbeid:**
Denne kodegruppen vil omhandle operasjonssykepleiernes erfaringer vedrørende leiringsutøvelsens tverrfaglige samarbeid med anestesi, kirurg og portør.

Fargene er tiltenkt å anvende til fargekodingen av de grovt definerte temaene (kodegruppene) i transkriberingsmaterialet.

17/01-18: I dag satte jeg meg bedre inn i analysens andre trinn, og sammenfattet kort min tolkning av dette trinnet, som var:

- Forhandle meg frem til kodegrupper som best mulig kan belyse problemstillingen min.
- Deretter gå systematisk gjennom transkripsjonene. Nå skal jeg først finne kunnskap/materiale som kan relateres til de valgte temaene. For å så sortere dem inn i mine temakoder.
- Det kan være aktuelt å danne nye kode/kodegrupper underveis i prosessen.
- For mange kodegrupper kan fort resultere i et materiale som er uoversiktlig, og da kan jeg fort miste oversikten.
- Finner jeg kunnskap/meningsbærende enheter som ikke passer inn i de definerte kodene, men som er aktuell for problemstillingen, må ny kodegruppe vurderes.

18/01-18: Endelig klarte jeg å begynne med neste steg- finne de meningsbærende enhetene. Dette var krevende, men gøy å gå systematisk gjennom transkriberingsmaterialet. Jeg rakk bare å få til en systematisk gjennomgang av 2 ½ intervju.

19/01-18: I dag begynte jeg å arbeide ekstra tidlig, og klarte dagens mål! Nå har jeg gått systematisk igjennom hele transkriberingsmaterialet på 107 sider. Er helt skutt! Skal bli godt med en natt søvn før ny dag i morgen.

20/01-18: Siden det tross alt er lørdag, tok jeg en litt rolig dag. I dag ble det opprettet en tabell, hvor de fem reviderte temaene som nå blir grunnlaget for mine kodegrupper. Disse er skrevet inn i toppen av tabellen.

Være forberedt	Beskytte/forhindre	Gjøre vel	Utøvelsens utfordringer	Teamsamarbeid
----------------	--------------------	-----------	-------------------------	---------------

I tillegg til dette, begynte jeg å sortere de fargekodede meningsbærende enhetene inn i denne tabellen.

21/01-18: I dag sorterte jeg de meningsbærende enhetene fra transkriberingsteksten inn i tabellens kodegrupper.

22/01-18: Holder fremdeles på å sortere å organisere inn de fargekodede meningsbærende enhetene i tabellen. Slik det ser ut nå, tror jeg at dette er noe jeg kommer til å gjøre en stund. Dette tar tid!

23/01-18 – 27/01-18: Har denne uken konsentrert meg om å sortere og organisere de fargekodede meningsbærende enhetene inn i tabellen som ble laget på forhånd. For en lang og omfattende tabell dette ble. Jeg må ta en fridag i morgen for å begynne opplagt igjen til mandag.

29/01-18: Ok! I dag har jeg tenkt mye. Den ene kodegruppen min «Beskytte/forhindre» ble veldig, veldig omfattende. Så jeg har i dag lekt meg litt med tanken på å dele den opp til to kodegrupper. Tabellen ble da slik, se under teksten. De meningsbærende enhetene i kodegruppen «Beskytte/forhindre» ble lest, og de som passet inn i den nye kodegruppen, ble flyttet over.

Være forberedt	Beskytte/ forhindre	Stillingsendringer NY.. Her inngår alle utøvende justeringer under det kirurgiske inngrepet. + dens observasjonsmulighet	Gjøre vel	Utøvelsens utfordringer	Teamsamarbeid
----------------	---------------------	---	-----------	-------------------------	---------------

Men ikke nok med dette ... Hele transkriberingsmaterialet ble lest igjennom linje for linje igjen. Ny farge måtte lages, som forøvrig ble lysegrønn. Jaja! Nå har jeg arbeid i ett par dager till! Fortsetter på der jeg slapp i dag.

30/01-18: Endelig ferdig! Går litt lettere etter hvert som jeg begynner å kjenne materialet bedre og bedre, samtidig som jeg ikke gjør noe annet enn dette fra morgen til kveld!

31/01-18: Jeg begynte dagen med å se grovt over tabellen. Jeg så da en gruppe som var stor og omfattende fra mitt perspektiv. Jeg undret meg lenge om den kunne deles opp, men samtidig så er jeg litt usikker Besluttet tilslutt å dele den opp, for å se hvordan det ble da! Kanskje får jeg en bedre oversikt også med å dele den opp? Fra kodegruppen «teamsamarbeid» kom også kodegruppen «ansvar». Jeg begynte så med den samme prosessen som ble utført den 29/01. I morgen må jeg lese de 107 transkriberingsidene på nytt. Ny Fargekode må lages!

Være forberedt	Beskytte/ forhindre	Stillingsendringer	Gjøre vel	Utøvelsens utfordringer	Teamsamarbeid	Ansvar NY.. Her inngår ansvarsfølelsen
----------------	---------------------	--------------------	-----------	-------------------------	---------------	---

01/02-18 – 2/02-18: Disse to dagene har kun bestått av å lese transkriberingsmaterialet, organisere og sortere de fargekodete meningsbærende enhetene inn i tabellen. Dette tok litt tid, ettersom jeg også er i praksis.

03/02-18: Dagen i dag brukte til å se igjennom alle kodegruppene på nytt. Jeg var også i denne prosessen ute etter alle dobbel- og trippelkodete av meningsbærende enheter. I denne arbeidsprosessen oppdaget jeg en ting som jeg må arbeide med i morgen! Jeg har mye av doble og triple meningsbærende enheter i min tabell. Et spørsmål som da falt inn i tankene mine. ... Er kodegruppene spesifisert nok? Mest sannsynligvis ikke, da jeg ikke har gjort en slik prosess før. Får se mer på dette i morgen.

04/01-18: Huff! Hva har jeg tenkt på her. Jeg gikk i dag igjennom tabellen på nytt for å sortere alle de doble- og triple kodingene mine. Kodenavnene ble også justert flere ganger i dag. Jeg så at kodegruppene «teamsamarbeid» og «ansvar» inneholdt mange like meningsbærende enheter, så disse kodegruppene ble slått sammen igjen til en. Så det var ikke lurt å dele den i utgangspunktet.

Kodegruppen «Utøvelsens utfordringer» hadde også mange like meningsbærende enheter sammenlignet med de resterende kodegruppene. Jeg besluttet da å slette denne kodegruppen, MEN! Flere av kodegruppens meningsbærende enheter ble fordelt mellom de resterende gruppene. Enkelte av kodegruppens meningsbærende enheter ble også forkastet da de ikke hadde noe å tilføye dette prosjektet. Når det angikk de enhetene som var dobbel eller trippel kodet, ble de vurdert og hvorvidt de var aktuelle, for å så forkastes.

Se på denne tabellen før jeg arbeider videre i morgen.

Kodegruppe 1:	Kodegruppe 2:	Kodegruppe 3:	Kodegruppe 4:	Kodegruppe 5:
Være forberedt ↓	Beskytte/forhindre ↓	Stillingsendringer ↓	Gjøre vel ↓	Teamsamarbeid ↓
Forbered leiringsutøvelsens grunnstamme	Et håndverk å leire på operasjonsbordet	Utøv et godt leiringshåndverk	Den pasientnære relasjonen	Leiringens teamarbeid

Underveis i denne prosessen ble enkelte meningsbærende enheter i samtlige kodegrupper også forkastet. Dette på bakgrunn av at de ble ansett som irrelevant for oppgaven. Kommer jeg til å ombestemme meg i morgen, er de blitt lagret i et separat Word dokument på denne låste datamaskinen.

05/02-18: I dag begynte jeg etter praksis å sette meg inn analysetrinn 3. Endelig! Men jeg konkluderte jeg med at dette blir utfordrende.

06/02-18- 09/02-18: En liten oppsummering fra disse dagene. Jeg har klart å arbeide effektivt og godt etter praksis disse dagene, med et par fem kopper kaffe til hjelp! Jeg har kun konsentrert meg om kodegruppe1. Jeg leste igjennom denne kodegruppen kritisk, og fant tre subgrupper (kjenner jeg meg selv rett, forandrer jeg også navnene på disse subgruppen etter hvert som jeg arbeider med dem).

Kodegruppe nr.1:	Subgrupper
Være forberedt ↓	- Pasientinformasjonen anses viktig
Forbered leiringsutøvelsens grunnstamme	- Leiringsprosedyren som hjelpemiddel.
	- Leiringsutstyret fremstår betydningsfullt

De meningsbærende enhetene ble så fordelt mellom disse tre subgruppene. Enkelte enheter fikk jeg ikke inn. Disse ble vurdert etter hvorvidt de kunne overflyttes til de resterende kodegruppene, før de ble forkastet. Flere enheter ble forkastet i denne prosessen (Husk! De forkastede enhetene befinner seg på et separat Word dokument).

Det ble også laget et kondensat for hver subgruppe, men dette var utfordrerne. Jeg tullet litt der, men tilslutt endte jeg opp med disse tre (etter flere forsøk disse tre dagene). Enkelte ble litt lange, men jeg får det ikke bedre til.

Kondensat: Pasientinformasjonen anses viktig

«Jeg må vite historien til pasienten før jeg tar pasienten inn, og hvem pasienten er før den kommer inn til meg. Så jeg er alltid nøye med å lese journalen, for å være forberedt. Jeg går inn på pc 'en og leser om pasienten og grunnsykdommene, men grunnsykdommer er jo ut i fra ASA og pasientens forfatning. Alder og ASA-klassifikasjoner sier mye med hvordan jeg må planlegge leiringen. Diabetes, fedme og kroniske sykdommer, blir tatt hensyn til. Har pasientene begrensninger i ekstremiteter, proteser, amputerte bein eller beinskader, så er den type informasjon veldig grei å ha kjennskap til. Jeg er også opptatt av pasientens lengde og vekt, for det hjelper meg i å danne et inntrykk av hvordan det vil være å leire den pasienten. Jeg vet jo for eksempel at de som får en hemiprotese ofte er en pasientgruppe som er skjøre, og de

kan ha mange følgesykdommer. Dette gjør at de er mer utsatt for trykk i leiringen. Det er faktisk sånn at pasienter kan ha tilleggsykdommer som gjør at de ikke kan leires på den angitte måten. Så er det klart jeg ta hensyn til dette.»

Og gullsitatet for dette kondensatet ble:

«Altså hvis det er noe veldig spesielt med pasienten så tar jeg høyde for det. Det ser jeg jo gjerne, eller har lest om det – At her må jeg passe litt ekstra på.»

Kondensat: Leiringsprosedyren som hjelpemiddel

«Hvis det ikke er presisert i meldeskjemaet fra kirurgen at leie skal være sånn og sånn, så har vi prosedyrer på nesten alle leiringsformer som gjøres her. Det er egentlig fastsatt på forhånd hvordan leiringen skal være. Så ut i fra operasjonen finnes det en prosedyre som sier hva jeg trenger av standardutstyr, som noen har tenkt ut for meg at jeg skal bruke. Så jeg har jo veldig gode prosedyrer på de operasjonene som utføres, og der står det også hvordan jeg skal leire. Så jeg har med meg den prosedyren rundt og innhenter utstyret og leirer i forhold til den, men noen ganger endrer jeg ut fra erfaringer. – Det gjøres individuelle vurderinger av hver pasient med tanke på om det er mulig å leire pasienten på den måten som prosedyren sier. Planleggingen blir da først A4 ut i fra prosedyren, og så må jeg forandre underveis ettersom pasienter ikke er helt like, men det handler jo om å planlegge godt i forkant. En blir da mer effektiv»

Og gullsitatet for dette kondensatet ble:

«Leiringsprosedyren er en veldig grei oppskrift jeg har på disse tingene»

Kondensat: Leiringsutstyret fremstår betydningsfullt

«Utstyret jeg bruker til å leire pasienten med er super viktig, for jeg forebygger jo med å ha godt leiringsutstyr. Jeg må tenke i forkant av hva som trengs av utstyr, sånn at jeg stiller godt forberedt. For det er mange leiringshjelpemidler av forskjellige typer. Jeg har også gode valgmuligheter i forhold til puter, støtter og gelé, samt skulderstøtting med polstring. Jeg har vanlig operasjonsbord som dekkes med tempur – Fine madrasser, trykkavlastende madrasser. Nå ligger jo bordene klare med tempur, så det jo egentlig bare å flytte avhengig om jeg skal ha kort eller lang madrass. Jeg ser også etter om det kan være aktuelt å bruke vakuummadrass, hvis ikke buker jeg tempurmadrass eller skumgummi madrass (antisklimadrass). Det finnes hel- og halve-madrasser, til bein, armer, under hode, under knær, under legger og til ankler. Så jeg bruker det rundt omkring. Noen pasienter har også veldig skjør hud og tåler ikke så mye gelé. De må kanskje da ha en annen pute som ikke river i huden, for gelé blir veldig trått. Ut i fra hvilken operasjon pasienten skal til så har jeg egentlig vurdert hvilke standard hjelpemidler jeg trenger. Det er også stort sett jeg som klargjør bordet for inngrepet, så det er mitt ansvar at bordet er i orden før jeg leirer. Selv om det ser ut som at det er i orden, så er det ikke sagt at det er i orden. Jeg ser da om beinholderne er godt festet på operasjonsbordet. Men en må ha kjennskap til utstyret i forkant, og jeg prøver å være litt proaktiv med å tilpasse utstyret for leiringen.»

Og gullsitatet for dette kondensatet ble:

«Har god kjennskap til utstyret som er i avdelingen og vite hva jeg har. Jeg kan da møte de ulike mentalitetene i forhold til om de har skjør hud, er tynne, omfangsrrike eller om det er langvarig kirurgi.»

10/02-18 – 11/02-18: Denne helgen fikk jeg gjort mye. Og nå var det kun kodegruppe 2 som ble arbeidet med. Her ble subgruppene:

Kodegruppe nr.2:	Subgrupper
Beskytte/forhindre ↓	- Leiringsgrunnstammens forebyggende detaljer
Et håndverk å leire	- Faglig vurdering
	- Håndverksutøvelsens mange utfordringer

Kondensetat: Leiringsgrunnstammens forebyggende detaljer

«Jeg kan ha en våken pasient med spinal for eksempel. Hvis det opereres på mage, lyske eller bein er jeg kanskje litt mer avslappet til armer og overkropp. Så jeg tenker mindre forebygging på et mindre område kontra hos en sovende. Så er det andre pasienter jeg kjører inn i seng og trekkes over med hjelp av et sklibrett. Det er da viktig å passe på at det ikke ligger noe under pasienten som lager krøll som for eksempel stikkklaken, knapper og skjorter. Det finnes også mange skjøre pasienter, som jeg polstrer jeg litt ekstra, for å forebygge utviklingen av leiringsskader. Så er det også det at pasientene ikke skal skli på støtter, puter eller i beach-chair leiet. Brukes det beinreim, legges det firkanter med tempurputer under, for det er trykk-, nerve- og strekkskader jeg er oppmerksom på. Bare pasienten ligger på ryggen, tenker jeg på at armene må ligge naturlig ut fra kroppen, og at de ligger godt. Armbordet kan beveges og stilles inn slik at de passer i forhold til pasientens kropp, samtidig som kirurgen skal få plass til å operere. Jeg legger en pute slik at hælene ligger fri, og puten snus for å unngå sømmene, samt ledninger tas vekk, hvis ikke, må de polstres. Skulderputene må være riktig for å unngå nerveskader når bordet vippes med hode ned. Beinholderne må også være riktige og en må unngå å sette støttene i forbindelse med nervene. Det er stort sett nervene ulnaris med albuen og fibularis med kneet som kommer i konflikt med leiringen. Jeg må også tenke litt på beinholderens vinkel, slik at de ikke ligger og hviler på nervus fibularis. Men ofte leires pasientene i støvlene når de er våkne slik at de selv kan kjenne etter om de ligger behagelig. Jeg ser også etter om det er noe som trykker på knær. Pasientene er utsatt på albueene, og på knærne når de står. Det er jo gjerne hode, skuldre, ører, albuer, hæler og under sacrum som liksom er leiringens obs-punkter. Det er jo veldig forskjell på hvilket leie en har, men at en for eksempel ved sideleie – at støtter ikke settes mot bein, og ikke ligge og trykker på magen. Det må også være godt polstret med gelé eller en godt polstret pute som ikke lager noe trykk. Sidestøttene polstrer jeg gjerne med gelé eller skumgummi, og setter de der det er mest hensiktsmessig å ha de, for å ikke gjøre skader verre. Men vi er ikke like. Så det er ikke alltid det passer sånn som man har tenkt, men grunnprinsippet er det samme.»

Og gullstatet for dette kondensatet ble:

«Når operasjonen er avsluttet, tar jeg igjen og går over fra hode til tå. Kikker over pasienten om det er noen røde plasser og om øyene fremdeles er teipet godt igjen.»

Kondensetat: Faglig vurdering

«Når jeg først har pasienten på bordet, får jeg se hvordan pasientens anatomi ser ut. Det gjøres da individuelle vurderinger av pasientene, om det er mulig å leire på den måten som prosedyren sier. Noen ganger er det ikke det. Leiringen handler om at pasienten ligger godt, samtidig som kirurgen får operere. Så det er en avveining hele tiden - At det skal være bra for pasienten og

den som hjelper pasienten. Hvordan jeg plasserer pasienten på bordet. Også i forhold til armposisjonering og plassering av utstyr på operasjonsbordet. Hvordan jeg vinkler armer og bein. Når jeg vet hvor pasientens mest utsatte trykksteder er, så vurderer jeg i forhold til det. At jeg polstrer alt jeg fester på pasienten, og at de ikke ligger på harde ting. Pasienter kan for eksempel ha en arm som jeg ikke kan strekke ut, så dette må jeg også ta hensyn til. Så det er sånne vurderinger jeg hele tiden må ha i bakhodet. At her må jeg gjøre litt annerledes enn hva prosedyren sier, og jeg må hele veien tenke på konsekvenser. Jo lengre operasjonen er, desto nøyerer jeg i leiringen. Det er veldig nøye, og jeg skal være påpasselig med leiringen. I all den leiringen jeg gjør, ligger disse vurderinger til grunn, slik at jeg ikke påføre pasienten skade.»

Og gullsitatet for dette kondensatet ble:

«En må hele tiden vurdere om leiringen blir i forhold til om pasienten ligger godt, samtidig som kirurgen får operere, slik at det skal bli bra for pasienten.»

Kondensat: Håndverksutøvelsens mange utfordringer

«Det vanskeligste med å være operasjonssykepleier er den koordinerende rollen og leiringen. Ikke det at det er vanskelig, men det er så fantastisk mye jeg skal kunne og som ligger til grunn for hvordan jeg leierer. Skulderstøtter er jeg veldig restriktive med å bruke, for der har det vært plexus skader. Pasientene ligger kanskje fint under operasjonen, men som ved mange andre leier så er det utfordring når bordet tippes. Da sklir pasienten litt og trykket forskyves. Altså ikke på bein, men oppe på bløtvev, som resulterer i en avklemming. Det er alltid vanskelig å leire pasienter som jeg vet skal ligge lenge i en ugunstig stilling, og de fleste leiringsformer er vanskelige hvis en har liten erfaringsbakgrunn med det. Forskjellige sideleier er mer vanskelig og involverer forskjellig utstyr, men jeg har det jeg har av utstyr, og kan ikke tilpasse det i noe særlig grad. Så det kan være krevende. Mageleie eller sånn Jack-knifeleie kan også være litt problematisk, med tanke på hvordan armene skal legges når pasienten skal snus over i et mageleie. Det er også litt krevende å sørge for at pasientene ikke forskyver seg underveis når bordet vippes, som for eksempel med disse robot operasjonene, hvor de ligger lenge med hode ned i 35 grader. De korte operasjonene er ikke så farlig som de lange, men det er klart jeg kan gjøre mye galt i en kort operasjon også hvis jeg leierer feil. Men jeg er mye mer nøye i de lange operasjonene. Beach-Chair leie er også et vanskelig leie, ettersom bordet er standard laget og passer ikke for mennesker som er under 1.60 cm. Jeg må da bygge opp med puter slik at de skal komme i høyde med hodestøtten, og det å få nakken til å ligge fint er en utfordring. Det skal mye mindre endringer til for pasienten før det blir vanskelig. Er pasientene korte, kan det være krevende å leire til visse inngrep som for eksempel beinholderleie. De skal heller ikke være veldig overvektig eller ikke være veldig smale skuldrene. Overvekt er også spesielt vanskelig for støtter og bord som passer ikke helt. De har også en større masse som skal flyttes på og det er en større masse som klemmer her og der. Blir det mye vekt i beinholderen kan de si sånn at vinklene ikke blir som den var før dekket kom på. Det blir da et økt press på de punktene jeg ikke ønsker å ha et trykk på. De har jo da større risiko for leiringsskader. Det er det ofte at jeg på en måte kommer til å si at dette er faktisk det beste jeg får til. Selv om jeg ser at de ikke ligger optimalt, men jeg får det ikke til bedre på grunn av overvekt. Det er for eksempel for mye bløtvev i veien, eller at bordet er for smalt. Jeg må gjøre bordet bredere med sånne støtter jeg kan sette på, så bordet blir bredere. Eller at en må ha større eller mindre puter i forhold til hva som egentlig er tenkt. Det er jo tunge pasienter»

Og gullsitatet for dette kondensatet ble til:

«De blir utsatt for et miljø der de kan få, ja bli utsatt for skade. Men der de skal faktisk, de skal komme ut igjen friskere enn det de var. De skal ikke ha noen tilleggsskader.»

12/02-18-14/02-18: Nok en gang satt jeg meg ned etter praksis og arbeidet med kodegruppene mine. Denne dagen stod kodegruppe tre for tur.

Kodegruppe nr.3:	Subgrupper:
Stillingsendringer ↓	- Observasjon og stillingsendringer
Utøv et godt leiringshåndverk	- Leiringsdokumentasjon

Kondensat: Observasjon og stillingsendringer

«Er operasjonen av lengre varighet tilstreber jeg å foreta justeringer underveis. Det er jo sånne mindre leieendringer, som bevegelser på armer og bein. Dette for at jeg kan bevege nakke og muskulatur, for det er jo trykk-, nerve- og strekkskader jeg er oppmerksom på. Det kan være vanskelig å gjøre posisjonsendring, spesielt av bein. Armene har jeg oftest god tilgang til, så der er jeg absolutt opptatt av å gjøre en liten stillingsendring, spesielt på de langvarige operasjonene. Jeg skal jo utøve et godt håndverk, så jeg er til stede slik at de ikke skal få overstrekk med arm eller fall av bein. Jeg går også og ser om pasienthånden ligger langs siden av pasientkroppens, for å se at det ikke ligger noe og presser mot hånden. Det ses også etter om det har oppstått noen forskyvninger eller at det er utført stillingsendringer som er ugunstige. Så prøver jeg å etterse, samt kjenne på pasientens bein. Blir de operert vaginalt og må ligge med bein(a) høyt, tar jeg de ned underveis for å bevege de. For å gjør en liten bevegelse og avlaste trykket. Jeg kan også senke beina i de periodene av operasjonen hvor en ikke trenger å ha beina høyt oppe. Bordet kan også vinkles for å gi en endring av trykkpunkter. Men skal man tippe bordet enten med hode ned, med hode opp, eller fra side til side vil leiringen justere på seg og pasientene får trykkpunkter på andre plasser. Så med hver bord tipping, må jeg under dekkningen for å tilse at armene ikke har falt ned og se om øyer har åpnet seg, samt å tilse at utstyret ikke har forflyttet seg. – Har jeg en langvarig laparotomi så går jeg gjerne under å gir en veldig kort avlastning, samt å foreta en vurdering. Ligger teppe fortsatt sånn jeg har lagt det, uten krøll under hæl eller under beina? Så prøver jeg å rette på dette, men det er mørkt under operasjonsdekket, så jeg ser gjerne ikke det jeg vil se og jeg ser ingen ting når jeg gjør noe. Observasjonen må gjøre etterpå. Dette ved å se over fra hode til tå. Kikker etter røde områder, og om øyene fremdeles er teipet igjen. Så ser jeg om det er noe trykk på knær, de er jo utsatte når man står på knærne. Og på albuer, hode, ved ører. Det er jo liksom de spesielle stedene hvor jeg er obs på, når jeg snur tilbake igjen.»

Og gullstatet for dette kondensatet ble:

«En må bare gjøre det beste, og justere det man kan. For det er en mulighet å justere underveis. Både som steril eller koordinerende kan man justere på leie underveis der en har mulighet for det.»

«At en har litt fokus på å endre leiet underveis, der man har en mulighet for det. Hvis for eksempel pasienten ligger i beinholdere, så kan en kanskje senke bein(a) i de periodene av operasjonen en ikke trenger å ha bein(a) oppe.»

Kondensat: Leiringsdokumentasjonen

«Alt jeg dokumenterer, er sykepleien. Når jeg koordinerer og skriver navnet mitt på den veiledende plan at jeg er koordinerende, så er det jeg som leirer. Da skal jeg ha oversikten på at jeg har leiret sånn som jeg vil at det skal være. Å det er fordi at da vet jeg at dette er sånn som jeg bruker å leire. Skjer det noe i ettertid, at pasienten har fått en skade av leiringen, så vet jeg at det er jeg som har forårsaket det. Det er jeg som har gjort det! Det hender jo også at jeg må leire på en annen måte enn det prosedyren sier, men da må jeg dokumentere det. Jeg må dokumentere det at de har et bein eller en arm som ikke kan tas ut. Så må jeg kanskje leire den inn til siden. Da er det gjort en faglig vurdering på hvorfor jeg fraviker prosedyren. Det er jo ikke mulig å dokumentere 100%. Jeg prøver jo etter beste evne, men det er bare ikke mulig. Jeg dokumenterer at de er røde på knærne etter leiringen. Da ser jeg jo selvfølgelig på der støttene har vær og hvordan pasienten har ligget, og så dokumenterer jeg det og gir beskjed til kirurgen at den er rød der og der.»

Og gullsitatet for dette kondensatet ble:

«Når jeg skriver en behandlingsplan så leirer jeg i forhold til de gjeldene prosedyrer, og gjør jeg unntak så skal det noteres i behandlingsplanen.»

15/02-18 – 17/02-18: Endelig kom jeg til kodegruppe 4 i kommoden min. Kodegruppen ble med et kritisk blikk lest, og jeg fortsatte med lik prosess i denne kodegruppen. Subgruppene ble:

Kodegruppe nr.4:	Subgrupper:
Gjøre vel ⚡	- Praktisk omsorg
Den pasientnære relasjonen	- Varmeomsorg
	- Kommunikasjon i leiringsutøvelsen

Kondensatene ble som følger:

Kondensat: Praktisk omsorg

«Jeg har noen korte vindu som er veldig avgjørende for pasienten, hvor min rolle betyr mye. Mye av det jeg gjør er sykepleie, og mye av det jeg gjør er omsorg. Jeg tenker jo hele tiden omsorg i det jeg gjør, og den vises jo med respekt i hvordan jeg behandler pasienten før de sover, men også etter de har sovnet. Det er viktig å være tilstede i den tiden, og jeg kaller mye av de tingene jeg gjør som operasjonssykepleier for praktisk omsorg. Altså det å leire en pasient, det er en praktisk omsorg. Jeg viser omsorg med å legge de fint på bordet, og at de ikke skal få noe trykk. Det er også omsorg for pasienten tenker jeg, at jeg skal gjøre det enklest mulig for pasienten å komme igjennom med best mulig resultat. Både av operasjonen og narkosen. – Klart noen ganger så kan det virke litt voldsomt for pasienten, så jeg må jo se pasientene litt an. Noen syntes det er trygt og godt, mens andre syntes det er overveldende og skulle vite hvordan de skal ligge. Noen vil ikke at jeg gjør noen ting med dem før de sover og da må jeg jo prøve å respektere det, hvis ikke det medfører store konsekvenser. Jeg må jo huske at det er en pasient, og ikke en prosedyre. Jeg gjør en prosedyre, men jeg gjør det med en annen person. Sånn at jeg tenker også litt på håndlaget. Jeg opplever det går litt mot estetikken, at jeg ser på en måte at her er det noen som ligger godt. Det er ikke bare å slenge pasienten opp i en posisjon. Sånn tenker jeg i forhold til omsorg, hvordan jeg håndterer pasienten med håndlaget mitt. Og at jeg

har en litt sånn omtanke når jeg posisjonerer bein for eksempel. Det er litt greit å si av og til “*hva hvis det hadde meg?*” Forberedelsen er også en del av omsorgen, og det er forebyggingen også. At jeg passer på og polstrer der hvor det er nødvendig. Det er også omsorg.»

Og gullsitatet for dette kondensatet ble:

«Tenkt hvis det hadde vært meg som skulle leires, hvordan ville jeg da hatt det.»

Kondensat: Varmeomsorg

«Varmeomsorg yter jeg på noen operasjoner når jeg gir varme fra madrassen i bunnen og på pasientens overflate, for å gjøre en forebygging i forholdt til varmetap. En ønsker ikke å leire en kald pasient, da pasienten kan bli mer utsatt for skader som følger av leiringen. Det følger hverandre litt. Det er jo også god varmeomsorg å ikke ta av for mye. Jeg pakker da inn for eksempel beina i beinholderne, for at de ikke skal miste varme. Så det er egentlig mange ting en skal tenke på når en leirer, som både sener, trykk, og varme. Gi varmebehandling, og hvordan de ligger generelt, og ha varmetepper og sokker på alle pasientene. Stort sett i hvert fall, for at ikke de skal tape varme underveis. Så det er jo ikke bare å beskytte beinholderne, men det er jo å for å holde de varme. Det er også det å ikke blottlegge pasienten mens jeg holder på da. Selv om kanskje det hadde vært det beste at den lå der helt uten en trå. Jeg får jo en nærere kontakt også, hvis jeg gjør alt fra å ta i mot pasienten til å dekke til, få på tepper, sokker, varme sokker, varmepledd, og da også å leire på bordet.»

Og gullsitatet for dette kondensatet ble:

«God varmeomsorg, det er en del av det å ligge behagelig og godt, og å redusere risikofaktorer i forhold til det å bli operert.»

Kondensat: Kommunikasjon i leiringsutøvelsen

«Det er jo noe av det som ligger til grunn, både i møte med pasienten og i det å være forberedt. Jeg må jo hele tiden forklare hvorfor jeg gjør ting. Å da får jeg jo den kommunikasjonen med pasienten også, som er veldig viktig. Jeg spør underveis “*ligger du greit?*” “*Ligger du greit med hode?*” “*Vil du ha det litt høyere opp?*” “*Skulderen, hvordan er den?*” Det er jo for eksempel pasienter som skal i beinholdere. Da spør jeg jo “*Har du noen hofteproteser?*” “*Noe problem med hoftene?*” “*Er det vondt?*” Så spør jeg også om de har noen bevegelses begrensninger. Så tar jeg eventuelt og justerer, men jeg blir veldig glad når pasientene er såpass friske, og skal ha den type anestesi at de kan leire seg selv før de soves ned. Det er så mye lettere, for da kan de si i fra hvis de har vondt en plass, eller om hvilke side de liker å ha hode til. Å da kan det være at jeg prøver først, før pasienten sover. Så vet jeg at jeg ikke overstrekker mens de sover. For da får de jo vondt etterpå. – Jeg har pasientens ord på det, når jeg spør, “*Har du noe vondt noe sted?*”. Det er også viktig at jeg forklarer at pasienten ligger slik en gjør, og at dette må til fort at en får gjennomført inngrepet. Og da er det helt greit.»

Og gullsitatet for dette kondensatet ble:

«Det er jo viktig at jeg hele tiden, i hvert fall i pasientens våkne tilstand, spør “*Hvordan ligger du?*”»

18/02-18 – 20/02-18: Disse dagene tok jeg fatt på den siste kodegruppen. Sukk! Er egentlig sliten etter lange dager i praksis, for så å arbeide med dette her. Men jeg gjorde samme prosess som med de andre kodegruppene.

Kodegruppe nr.5:	Subgrupper
Teamsamarbeid ↓	- Ansvar
Leiringens teamarbeid	- Leiringens samarbeid

Kondensat: Ansvar

«Det er en av de viktigste oppgavene jeg har som operasjonssykepleier, men også det vanskeligste. For jeg føler ansvar alene, når jeg koordinerer. Vi har alle ansvar for pasienten, men den som tar imot pasienten har ofte ansvaret med leiringen sammen med portør hvis det ringes om hjelp på de store tunge, men jeg gir ikke fra meg ansvaret. Det er jeg som er ansvarlig for leie, men det er en annen som leirer for meg. Så det er mitt hovedansvar med leiring. Egentlig er det vel et felles ansvar med kirurgen og anestesien, men det er jeg som tar ansvar for leiringen på stuen. Anestesien har litt ansvar for armer og sånt, men ber jeg en anestesisykepleier om å gjøre klart et bord, så har det skjedd at de kommer et bord uten polstringer og tempur. Så jeg føler at anestesipersonell lener seg på meg. Det er vel egentlig kirurgene som i siste instans har hovedansvaret forståvidt, men det gjelder jo det ferdige resultatet.»

Og gullsitatet for dette kondensatet ble:

«Leiringen kan skade, og av alt det jeg gjør, så er det det som kan skade pasienten mest. I feltet står jeg jo aldri alene, der har jeg en kirurg og jeg har andre rundt meg, men i leiringen er jeg alene, og føler ansvaret.»

«Det er operasjonssykepleierne som leirer, og har hovedansvaret for leiringen.»

Kondensat: Leiringens samarbeid

«Teamarbeid er en viktig faktor. Det er mest jeg og portører som leirer. Portørene er veldig dyktige på leiring, da de leirer mye her og har tilegnet seg mye erfaring på leiring. Så jeg vet at det er trygt når de leirer. De samarbeider også en del med kirurgene, med tanke på leiringen. Jeg passer heller på hvor puter og gelé skal være, slik at de ikke blir plassert feil i forhold til nervene. Jeg har jo også veldig utfordrende leiringer og tunge løft i leiringen. Da er ofte kirurgene med å leirer, så da samarbeider jeg med dem. Jeg ringer også kirurgene, sånn at vi kan ta leiringsavgjørelser sammen. Jeg refererer også til hvordan pasienten er leiret underveis. – Jeg prøver også å ha en samtale om leiring i forkant med anestesipersonell, og forteller om leie. Så er det noen som tillater at jeg gjør en masse forberedelser i forhold til leiring og posisjonering, mens andre, da gjerne anestesipersonalet, ikke ønsker at jeg skal gjøre noe med pasienten før de har sikret luftveien. Men det er også viktig at man snakker sammen om reposisjonering muligheter underveis, samt varigheten av operasjonen, slik at de kan ha fokus på armene underveis. Jeg tenker at man egentlig ikke kan få snakket nok sammen, spesielt i forhold til øynene og armer.»

Og gullsitatet for dette kondensatet ble:

«Jeg samarbeider med anestesien, og noen ganger også med operatørene»

22/02-18: I dag har vært en lite produktiv dag! Men jeg har lest meg opp på analysens siste trinn, og dette tror jeg blir gøy! Dette vil vises i morgen. Jeg så igjennom alle de meningsbærende enhetene som ble forkastet i denne lange prosessen. Jeg klippet inn enkelte i tabellen min, men resten forble der de er og anses fremdeles som irrelevante.

23/02-18 – 24/02-18: Nok en produktiv helg. Den analytiske teksten ble skrevet. Dette var gøy. Riktig nok var det utfordrende å få presentert det på en slik måte at ikke informantene verken blir kjent igjen, eller kjenner seg selv igjen i teksten. Får lese gjennom teksten et par ganger for å være på den sikre siden.

25/02-18: Leste igjennom hele den analytiske teksten. Endret litt. Så også på gullsitatene. Valgte å inkludere noen ekstra i teksten for å få en mer bedre fargerik illusjon.

26/02-18: Lest nok en gang igjennom teksten. Denne gangen gjorde jeg ingen endringer. Jeg har i dag laget overskrifter på kodegruppene. Tror de ble litt lange, men lar de stå til veiledning. Subgruppene fikk også tildelt nye navn.

Operasjons-sykepleiere opplever informasjon og utstyr som viktig elementer for forberedelsen av leiringsutøvelsen.	Erfarer det faglige blikket tar over når pasienten leires på operasjonsbordet.	Operasjons-sykepleiere har ulike erfaringer med pasientleiringen gjennom det kirurgiske inngrepet.	Operasjons-sykepleiere har ulike erfaringer med leiringsutøvelsens pasientrelasjon	Operasjons-sykepleiere har forskjellige erfaringer med pasientleiringens samarbeid inne på operasjonsstuen.
Stiller godt forberedt i leiringsutøvelsen med de ervervede pasientopplysningene	Utøver en sikker, detaljert og forebyggende leiringsgrunnstamme til inngrepet	Utøver et godt leiringshåndverk med et våkent blikk under og etter operasjonen.	Opplever leiringsutøvelsen har en praktisk omsorgside	Erfarer å ha et hovedansvar for pasientleiringsutøvelse
Erfarer leiringsforberedelsene styres av leiringsoppskriften	Opplever viktigheten av evnen til kritiske refleksjon gjennom leiringsutøvelsen	Erfarer betydningen av leiringsdokumentasjon	Opplever betydningen av varmeomsorg i leiringsutøvelsen	Samarbeidet rund leiringsutøvelsen erfares viktig, men forskjellig.
Godt leiringsutstyret oppleves utslagsgivende	Leiringsstandardiseringen kan by på utfordringer hos pasienten		Ser verdien av verbal kommunikasjon i pasientleiringsutøvelse	

27/02-18 – 4/02-18: Siste del av analysen er nå blitt gjort. Jeg har lest alle transkriberingsmaterialet på nytt. Funnene er blitt koblet opp mot kondensatene, tabellen med de meningsbærende enhetene, og transkriberingsmaterialet. Jeg validerte studiens funn også opp mot mine vitenskapelige forskningsartikler og studiens teoretiske forankringskapittel.

13/03-18: Sukk! Hadde veiledning i dag. Som jeg fryktet var kodegruppe og subgruppe overskriftene for lange. Disse må kortes ned og konkretisere bedre. Jeg ble også anbefalt å slå sammen enkelte subgrupper. Så nå er det bare å brette opp armene.

Kodegruppe 1: Subgruppe en og to forble de samme. Men subgruppe tre ble flettet sammen med subgruppe 1 i kodegruppe 2. Denne nye subgruppen blir så værende under kodegruppe en. Dette kondensatet blir følgende:

Kondensat: Godt leiringsutstyret oppleves utslagsgivende:

«Det er alltid vanskelig å leire pasienter jeg vet skal ligge i en ugunstig stilling, og utstyret jeg bruker er super viktig, for jeg forebygger med godt leiringsutstyr. Jeg må tenke i forkant av hva som trengs, sånn at jeg stiller godt forberedt. For det er mange leiringshjelpemidler. Det er tempur, skum og gelé som jeg bruker til forskjellige behov. Jeg har også gode valgmuligheter i forhold til puter, støtter og gelé, samt skulderstøtting med polstring. Jeg har vanlig operasjonsbord som dekkes med tempur – Fine madrasser, trykkavlastende madrasser. Jeg ser også etter om det kan være aktuelt å bruke vakuummadrass, hvis ikke buker jeg tempurmadrass eller skumgummi madrass (antisklimadrass). Det finnes hel- og halve-madrasser, til bein, armer, under hode, under knær, under legger og til ankler. Så jeg bruker det rundt omkring. Noen pasienter har også veldig skjør hud og tåler ikke så mye gelé. Det er også stort sett jeg som klargjør bordet for inngrepet, så det er mitt ansvar at bordet er i orden. Selv om det ser ut som at det er i orden, så er det ikke sagt at det er i orden. Jeg ser da om beinholderne er festet godt på operasjonsbordet. Men en må ha kjennskap til utstyret i forkant, og jeg prøver å være litt proaktiv med å tilpasse utstyret i leiringen. Jeg legger en pute sånn at hælene ligger fri, og jeg snur puten for at de ikke skal ligge på en søm. Ledninger skal tas vekk, hvis ikke må de polstres. Det finnes også mange skjøre pasienter, som jeg polstrer jeg litt ekstra, for å forebygge utviklingen av leiringsskader. Bruks beinreim så legger jeg firkanter med tempur puter under, for det er jo trykk-, nerve- og strekkskader oppmerksom på. Bare når pasienten ligger på ryggen, tenker jeg på at armene må ligge naturlig ut fra kroppen. Armbordet kan beveges og stilles inn slik at den passer i forhold til pasientens kropp, samtidig som kirurgen skal få plass til å operere. Skulderputene må være riktig for å unngå nerveskader når bordet vippes med hode ned. Beinholderne må også være riktig og jeg må unngå å sette støttene i forbindelse med nerver. Det er stort sett ved nervene ulnaris med albuen og fibularis med kneet, som kan være utfordrende. Jeg må også tenke litt på beinholderens vinkel, slik at de ikke ligger og hviler på fibularis. Men ofte så leirer jeg pasientene inn i støvlene når de er våkne slik at de kan selv kjenne etter om de ligger godt eller ikke. Jeg ser også etter om det er noe som trykker knær. Det er jo gjerne hode, skuldre, knær, ører, albuer, hæler og under sacrum som er leiringens obs-punkter. Det er også viktig å passe på at det ikke ligger noe under pasienten som lager krøll som for eksempel stikkklakenet, knapper og skjorter. Jeg veldig påpasselig med å trekke ut alle skrukker, slik at pasientene ikke blir liggende opp på dette, og får trykk.»

Gullsitatene for den analytiske teksten ble da:

«Godt leiringsutstyr er alfa og mega for å få til et godt leie»

«At en ved sideleie ikke setter støtter mot bein, og at en ikke trykker på magen i forhold til pusten for anestesian. Også at en har det godt polstret så en ikke lager noe trykk, og at en ikke setter støttene i forbindelse med nerver.»

«Har god kjennskap til utstyret som er i avdelingen og vite hva jeg har. Jeg kan da møte de ulike mentalitetene, i forhold til om de har skjør hud, er tynne, omfangsrrike eller om det er langvarig kirurgi.»

Kodegruppe 2 ble også omorganisert litt. Subgruppe 2 ble ikke revidert, men subgruppen leiringsdokumentasjonen ble flyttet inn i denne kodegruppen. Kodegruppen fikk så nytt navn. Se tabell helt bakerst i prosjektloggen.

14/02-18: I dag var det kodegruppe tre som fikk en kritisk gjennomgang.

Subgruppe en ble den samme, men fikk nytt navn.

Subgruppe tre fra kode gruppe to ble flyttet over her, og forandret veldig med et nytt perspektiv.

Kondensatet ble nå: Overvekt utfordrer forebyggelsen

«Overvekt er vanskelig. De har en større masse som skal flyttes på, og det er jo en større masse som klemmer. Det er oftere at jeg kommer til å må si at, dette er faktisk det beste jeg får til, selv om jeg ser at det er ikke optimalt at de ikke ligger helt som jeg kanskje hadde ønsket. Men jeg får det ikke bedre på grunn av overvekt - Det skjer! Beach Chair leie er et vanskelig leie. Der er nokså standard laget, men det passer ikke for mennesker som under 1.60 høye. De for lave. Så da må jeg begynne å bygge opp med puter, for de skal komme høyt nok i forhold til hodestøtten. Det skal mye mindre endringer til på pasienten før det blir vanskelig. De skal ikke være veldig overvektige, og de skal ikke være veldig korte. Så det er klart det er mer å tenke på med de store, og det er ikke alltid de passer inn i det utstyret vi har, og da må jeg tenk litt. For da passer ikke støtter helt, ja. Det er vanskelig! Så det er absolutt en økt risiko med overvekt. Det blir mye vekt i beinholderen, så de kan si slik at vinklene ikke blir sånn jeg satt den opprinnelig. Det blir da mer press på punkter jeg egentlig ikke ønsker å ha trykk på. Det er jo en utfordring i seg selv egentlig. De har jo større risiko for leiringsskader i utgangspunktet. Og det og skulle flytte på dem å legge dem opp i forskjellige stillinger, gjør utfordringen større, da det er mye bløtvev i veien. Eller at bordet blir for smalt, og det må gjøres bredere. Kanskje en må ha større eller mindre puter i forhold til hva som egentlig er tenkt, men puter er der allikevel på en måte. Jeg kanskje må ha armene i en vinkel jeg ikke ønsker. Jeg ønsker ikke å ha de over 60 grader ut, men på grunn av overvekt så må jeg sette ut bordet som resulterer i at vinkelen blir høyere enn det jeg ville ha. Det er jo tunge pasienter, og det er mye å tenke på.»

Gullsitatene for den analytiske teksten ble da:

«De blir utsatt for et miljø der de kan få, ja bli utsatt for skade. Men de skal faktisk komme ut igjen friskere enn det de var. De skal ikke ha noen tilleggsskader.»

Kodegruppe 4: Her ble det gjort en ny tolkning, og det ble besluttet at varmeomsorg også er en form for praktisk omsorg. Så de ble slått sammen til en kodegruppe.

Kondensatet ble nå: Praktisk omsorg

«Jeg har noen korte vindu som er veldig avgjørende for pasienten, hvor min rolle betyr mye. Mye av det jeg gjør er sykepleie, og mye av det jeg gjør er omsorg. Jeg tenker jo hele tiden omsorg i det jeg gjør, og den vises jo med respekt i hvordan jeg behandler pasienten før og mens de sover. Det er viktig å være tilstede i den tiden, og jeg kaller mye av de tingene jeg gjør for praktisk omsorg. Altså det å leire en pasient, det er en praktisk omsorg. Jeg viser omsorg

med å legge de fint på bordet, og at de ikke skal få noe trykk. – Klart noen ganger så kan det virke litt voldsomt for pasienten, så jeg må jo se pasientene litt an. Noen syntes det er trygt og godt, mens andre syntes det er overveldende og skulle vite hvordan de skal ligge. Noen vil ikke at jeg gjør noen ting med dem før de sover og da må jeg jo prøve å respektere det, hvis ikke det medfører store konsekvenser for pasienten. For jeg må jo huske at jeg gjør en prosedyre, men jeg gjør det med en person. Sånn at jeg tenker også litt på håndlaget. Jeg opplever det går litt mot estetikken, da at jeg ser at her er det noen som ligger godt, og hvordan jeg håndterer pasienten med håndlaget mitt. Og at jeg har en litt sånn omtanke når jeg posisjonerer bein for eksempel. Det hjelper å si til meg selv: *“Hva hvis det hadde meg, ville jeg har hatt det sånn da?”* Forberedelsen er også en del av omsorgen, og det er forebyggingen også. At jeg passer på å polstre der hvor det er nødvendig. Det er også omsorg, og det er også varmeomsorgen. Varmeomsorg yter jeg på noen operasjoner når jeg gir varme fra madrassen i bunnen og på pasientens overflate, for å gjøre en forebygging i forholdt til varmetap. En ønsker ikke å leire en kald pasient, da pasienten kan bli mer utsatt for skader som følger av leiringen. Det følger hverandre litt. Hvis de er kalde så er du mer utsatt for å få trykk og trykkskader. Huden kan lettere bli skadet. Det er jo også god varmeomsorg å ikke ta av for mye. Jeg pakker da inn for eksempel beina i beinholderne, for at de ikke skal miste varme. Så det er egentlig mange ting en skal tenke på når en leirer, som både sener, trykk, og varme. Gi varmebehandling, og ha varmetepper og sokker på alle pasientene. Stort sett i hvert fall, for at ikke de skal tape varme underveis. Det er også det å ikke blottlegge pasienten mens jeg arbeider. Selv om kanskje det hadde vært det beste at den lå der helt uten en trå. Jeg får jo en nærere kontakt også, hvis jeg gjør alt fra å ta i mot pasienten til å dekke til, få på tepper, sokker, varme sokker, varmepledd, og leire på bordet.»

Gullsitatene for den analytiske teksten ble da:

«Det å leire en pasient, det er jo en praktisk omsorg»

«Tenkt hvis det hadde vært meg som skulle leires, hvordan ville jeg da ha hatt det.»

«God varmeomsorg, det er en del av det å ligge behagelig og godt, og å redusere risikofaktorer i forhold til det å bli operert.»

15/03-18: Den analytiske teksten ble omskrevet. Det ble foretatt en ny validering, som beskrevet den **27/02-18 – 4/02-18**. Nye navn på kodegruppene og subgruppene ble laget. Jeg forøkte også i dag å korte ned kondensatene mine, men jeg fikk dette dessverre ikke til. Slik jeg tolket analysestegene til Malterud (2017), så skulle jeg holde meg så tekstnært som mulig, men samtidig unngå direkte sitat. Dette har jeg gjort. Videre skulle jeg inkludere alle de meningsbærende enheten i kondensatene, men siden flere meningsbærende enheter tilnærmet like, velger jeg den med mest innhold. Det gjorde jeg også. Dette var det beste jeg fikk til på denne tiden!

Operasjonssykepleiere erfarer:

informasjon og utstyr betydningsfullt	faglig vurdering og dokumentasjon gir kvalitet	forebygging betydningsfullt ovenfor leiringsskader	pasientkontakt er betydningsfullt	verdien av team-samarbeidet
---------------------------------------	--	--	-----------------------------------	-----------------------------

Pasientopplysninger gir viktig informasjon	Faglig vurdering oppleves sentralt	Justeringer underveis erfares forebyggende	Praktisk omsorg	Opplever hovedansvaret
Leiringsprosedyren gir verdifull informasjon	Leiringens dokumentasjon erfares betydningsfullt	Overvekt utfordrer forebyggelsen	Kommunikasjon er betydningsfullt	Samarbeidet er sentralt, men har forbedringspotensiale
Leiringsutstyret har en forebyggende funksjon				

16/03-18: Jeg sendte analysekapittelet på nytt, for en ny vurdering. Dette var fint, så ny prosess/drøfting begynte.

30/03-18. Århh. Så igjennom oppgaven, og så en mulighet til å konkretisere analysens funn enda mer. Blir ikke påskeferie på meg i år heller nei!

Ny tabell ble: Operasjonssykepleiere erfarer:

informasjon og utstyr gir leiringskvalitet	faglig vurdering og dokumentasjon gir leiringskvalitet	leiringsforebyggelsen under operasjonen har en verdi	omsorg og kommunikasjon betydningsfullt	teamarbeidet betydningsfullt
Verdifullt med pasientopplysninger	Faglig vurderinger fremmer leiringskvaliteten	Reposisjon og observasjon reduserer skadeutvikling	Praktisk omsorg gir komfort	Hovedansvaret for utøvelsen
prosedyren gir verdifull informasjon Leiringsutstyret er essensielt i leiringsutøvelsen	Dokumentasjon gir behandlingskontinuitet	Overvekt utfordrer forebyggelsen	Kommunikasjon gir trygghet	Leirings-samarbeidet er betydningsfullt

31/03-18: Heldigvis var det ikke så mye som måtte endres i kapittel 5 og 6. Jeg hadde skrevet konkret om disse funne, men allikevel hadde jeg ikke klart å se det når navnene skulle settes. Noen navn kan fremdeles fremstå lange, men jeg klarer rett og slett ikke å konkretisere dem mer ned. Når dette var gjort, klarte jeg å fullføre drøftingen bedre. Nå tror jeg sannelig at jeg bare må si meg fornøyd.

Gjennom analyseringen ble det ikke utviklet nye begreper, men det ble funnet flere erfaringsbeskrivelser direkte knyttet mot leiringen.

Jeg fant også en masteroppgave i dag som er blitt lagt ut. Den gikk også på leiring. Denne dukket ikke opp tidligere, så det var litt dumt at jeg fant den først nå etter at mine funn er validert opp mot oppgavens teoretiske rammeverk og annen litteratur. Den er også validert opp mot forskningen under:

- Bull & FitzGerald (2004) = Operasjonssykepleiere taler pasientens sak ved å være pasientens advokater, men dette er en kompleks oppgave

- Boyle (2005) = Handler også om å være pasientens advokat.

- **Kelvered, Öhlén & Gustafsson (2012)** = Beskriver operasjonssykepleierens generelle erfaringer fra sykepleien i den intraoperative fasen. Utførelse av sikker sykepleie var et funn.
→ se studie for resten
- **Blomberg, Bisholt, Nilsson & Lindwall (2015)** = Beskriver operasjonssykepleiernes erfaringer i den perioperative fasen. Det ble der funnet at man ønsker å følge pasienten hele veien. To underkategorier var å holde et årvåkent blikk, samt å tilstrebe en opprettholdelse av kontinuiteten i pasientomsorgen. Pasientleiring nevnes kort, hvor det blant annet beskrives et ansvar i valg av operasjonsbord.
- **Fred, Frod, Wagner & Vanbrackle (2012)** = Fant forenklet fortalt i sin forskningsstudie bevis på at utviklingen av trykksår kan relateres til den mannlige pasientens kjernetemperatur i den perioperative fasen, men pasientens medfølgende helse- og sykdomstilstander har også en innvirkning.
- **Bull & FitzGerald (2006)** = Viser til at operasjonssykepleiernes arbeid inne på operasjonsavdeling består av teknologiske og omsorgsfulle sykepleieoppgaver. Det viser seg at de teknologiske oppgavene har et hovedfokus.
- **Sørensen, Knusk & Grønkjær (2015)** = Fant ut at leiringsutfordringer oppstod på grunn av manglende kompetanse blant avdelingens portører, spesielt i leiringsposisjoner som mage- og litotomileie. Sideleie var også vanskelig. Manglende leiringsutstyr var en faktor, og det var også manglende kompetanse fra operasjonssykepleierne (relatert til de leiene som ble sjeldent praktisert).
- **Björn & Boström (2008)** = Kontroll, teamarbeid og profesjonell utvikling var tre aspekter som ble brukt av operasjonssykepleiere for beskrivelse av deres arbeid.
- **Alfredsdottir & Bjørnsdottir (2008)** = Godt teamsamarbeid, tenk forebyggende, samt erfarende og kunnskapsbaserte kollegaer forbedrer pasientsikkerheten inne på operasjonsstuen. Studien beskriver også ulike faktorer som kan påvirke pasientsikkerheten i en negativ retning.
- **Fosmark (2017)** = Operasjonssykepleiere erfarte et hovedansvar.

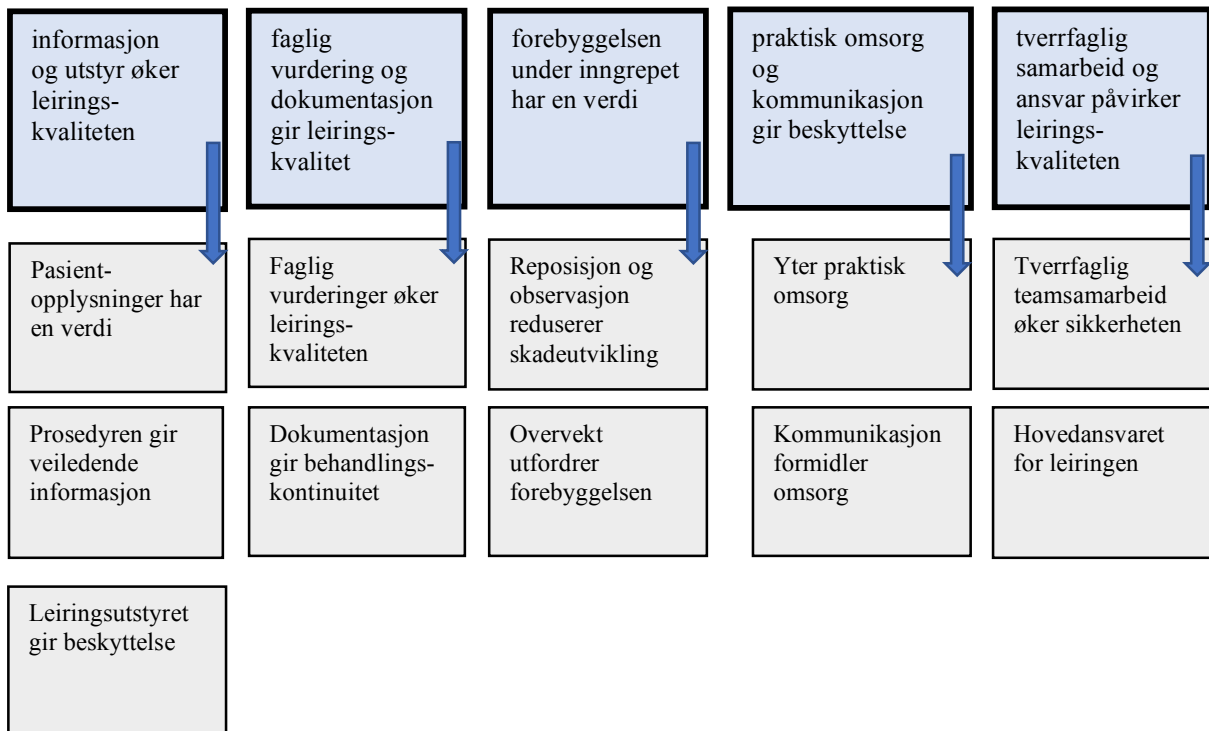


Valgte å la mine funn bli stående på bakgrunn av at dette var det eneste funnet som er likt, samt at en hadde funnet ut av dette med to forskjellige analyseteknikker.

10/04-18: Hva er det jeg driver på med. Når jeg leste igjennom oppgaven, ser jeg små muligheter for revidering på analysetabellen. Når jeg gjorde disse endringene, ble også sammendrag og konklusjon lettere å få til. Jeg syntes de to siste resultatkategoriene var vanskelige. Men etter at jeg kom inn på tankegangen om at kommunikasjon i denne sammenhengen uttrykkes praktisk, samtidig som at omsorg uttrykkes gjennom kommunikasjonen, enten verbalt eller nonverbalt. Forebyggelse er også en form for beskyttelse. Når man forebygger i leiringsutøvelsen, ønsker en som sykepleier å beskytte pasienten mot unødig skade. Det er også dette kondensatene og den analytiske teksten formidler. Dermed ble navnet på denne resultatgruppen tilslutt, praktisk omsorg og kommunikasjon gir beskyttelse.

Det var også vanskelig å finne det riktige navnet på den siste kodegruppen. Jeg har tenkt så det knaker. Det beskrives i kondensatene og i den analytiske teksten at informantene samarbeider med anesthesi, kirurger og eventuelt portører. De beskriver hvordan de tilstreber å samarbeide med dem for å øke pasientsikkerheten, og det beskrives også enkelte erfaringer som kan resultere i økt sikkerhet. Inne på den lukkede operasjonsavdelingen utgjør dette et tverrfaglig samarbeid. Jeg følte allikevel ikke at ansvar inkluderes tydelig i dette, så dette måtte markeres tydelig. Dette resulterte i navnet tverrfaglig samarbeid og ansvar påvirker leiringskvaliteten. Se tabell under:

Samtlige resultat kategorier starter med: Operasjonssykepleiere erfarer at ...



LITTERATUR

Alfredsdottir, H. & Bjornsdottir, K. (2008). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 29-37. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x

Björn, C. & Boström, E. L. (2008). Theatre nurses' understanding of their work: A phenomenographic study at a hospital theatre. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 3(4), 149-155. Hentet fra <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:868094/FULLTEXT02.pdf>

Blomberg, A.-C., Bisholt, B., Nilsson, J. & Lindwall, L. (2015). Making the invisible visible – operating theatre nurses' perceptions of caring in perioperative practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 361-368. doi: 10.1111/scs.12172

Boyle, H. J. (2005). Patient Advocacy in the Perioperative Setting. *AORN Journal*, 82(2), 250-262. doi: 10.1016/S0001-2092(06)60317-7

Bull, R. & FitzGerald, M (2004). Nurses' Advocacy in an Australian Operating Department. *AORN Journal*, 79(6), 1265-1274. doi: 10.1016/S0001-2092(06)60881-8

Bull, R. & FitzGerald, M. (2006). Nursing in a technological environment: Nursing care in the operating room. *International Journal of Nursing Practice*, 12(1), 3-7. doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00542.x

Fred, C., Ford, S., Wagner, D. & Vanbrackle, L. (2012). Intraoperatively Acquired Pressure Ulcers and Perioperative Normothermia: A Look at Relationships. *AORN Journal*, 96(3), 251-260. doi: 10.1016/j.aorn.2012.06.014

Fosmark, M. (2017). *Leiring av operasjonspasienten – En kvalitativ studie av operasjonssykepleieres erfaringer*. (Mastergardsavhandling, Universitetet i Stavanger, s. 26 & 33). Hentet fra: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2447261/Fosmark_Monica.pdf?sequence=1

Kelvered, M., Öhlén, J. & Gustafsson, B. Å. (2012). Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 449-457. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00947.x

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

Sørensen, E. E., Kusk, K. H & Grønkjær, M. (2016). Operating room nurses' positioning of anesthetized surgical patient. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5-6), 690-698. doi: 10.1111/jocn.13000

VEDLEGG 14 – TABELLER FRA ANALYSEPROSESSEN

Tabell 1. Veien fra foreløpige temaer til analysetrinn trinn fire

Veien fra foreløpige temaer til analysetrinn fire

Intuitive temaer	Vær forberedt	Modulere	A4 prosedyre	Beskytte pasienten	Leiringens utfordringer	Ikke bare en prosedyre	Ansvar	Teamarbeid
Reviderte temaer = Kodegrupper	Være forberedt		Beskytte/forhindre	Utøvelsens utfordringer	Gjøre vel		Teamsamarbeid	
To nye koder ble etablert	Være forberedt		Beskytte/forhindre	Utøvelsens utfordringer	Gjøre vel		Teamsamarbeid	Ansvar
Kode revidering	Være forberedt		Beskytte/Forhindre	Stillingsendring	Kode slettes.	Gjøre vel	Teamsamarbeid	
Kode revidering	Forbered leiringsutøvelsens grunnstamme		Et håndverk å leire	Utøv et godt leiringshåndverk		Den pasientnære relasjonen	Leiringens teamarbeid	

Tabell 2. Veien fra kodegrupper i analysetrinn 4 til resultat kategorier

Veien fra kodegrupper i analysetrinn 4 til resultat kategorier

Kode revidering	Forbered leiringsutøvelsens grunnstamme	Et håndverk å leire	Utøv et godt leiringshåndverk	Den pasientnære relasjonen	Leiringens teamarbeid
resultats kategoriens overskrift	Operasjonssykepleiere opplever informasjon og utstyr som viktig elementer for forberedelsen av leiringsutøvelsen.	Erfarer det faglige blikket tar over når pasienten leires på operasjonsbordet.	Operasjonssykepleiere har ulike erfaringer med pasientleiringen gjennom det kirurgiske inngrepet.	Operasjonssykepleiere har ulike erfaringer med leiringsutøvelsens pasientrelasjon	Operasjonssykepleiere har forskjellige erfaringer med pasientleiringens samarbeid inne på operasjonsstuen.
Revidert	informasjon og utstyr betydningsfullt	faglig vurdering og dokumentasjon gir kvalitet	forebygging betydningsfullt ovenfor leiringskader	pasientkontakt er betydningsfullt	verdien av team-samarbeidet
Revidert	informasjon og utstyr gir kvalitet		leiringsforebyggelsen under operasjonen har en verdi	omsorg og kommunikasjon betydningsfullt	teamarbeidet betydningsfullt
Endelig overskrifter for den analytiske teksten:	informasjon og utstyr øker leiringskvaliteten	faglig vurdering og dokumentasjon gir leiringskvalitet	forebyggelse under inngrepet har en verdi	praktisk omsorg og kommunikasjon gir beskyttelse	tværfaglig samarbeid og ansvar påvirker leiringskvaliteten

Tabell 3. Veien fra subgrupper til mellomtitler.

Veien fra subgrupper til mellomtitler

