



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet
Institutt for helse- og omsorgsfag

Preoperativ sykepleie

Sykepleiernes rolle i forebygging av postoperative sårinfeksjoner

Berna Kampevoll

Masteroppgave i Sykepleie med fagforydning infeksjon SYP-3901-119H 05. Mai 2020

Forord

Dette har vært en krevende og lærerikt prosess. Å skrive masteroppgave om forebyggingsarbeid i «disse koronatider» var utfordrende. Når verden endret seg dag for dag, måtte jeg forholde meg i min skriveboble.

Først må jeg takke min veileder Tove Aminda Hanssen. Hennes faglige innspill, engasjement og støtte som fikk meg gjennom hele prosessen.

Takk til Sylvin Thomassen som tok tid til å diskutere, lese, støtte og oppmuntre når alt føltes vanskelig.

Å skrive på norsk var ikke så enkelt siden jeg ikke har norsk som morsmål. Derfor måtte jeg få hjelp og tips om norsk skrivning. Jeg var heldig å ha gode korrekturlesere som stilte opp når jeg trengte.

Jeg må takke til mine to korrekturlesere, Ingeborg Hansen og Gerd Bakken. Deres røde penn kan hvile nå.

Jeg må takke mine medsøstre fra Tromsø Soroptimistklubb for gjennomlesing og grammatikk hjelp.

Takk til mine ledere som ga meg mulighet til å delta på dette studiet.

Takk til ledelsen på ortopedisk avdeling og sengepost som ga meg tillatelse til å gjennomføre intervjuet. Mine informanter som delte sine erfaringer, tanker og refleksjoner med meg, takk til dere, jeg har stor respekt for det arbeidet dere gjør.

Tilslutt takk til min sønn Sondre som hold ut med meg. Jeg hadde ikke klart meg uten din støtte og omsorg.

Tromsø, Mai.2020

Berna Kargi Kampevoll

Sammendrag

Bakgrunn: Helsetjenesteassosierte infeksjoner er et stort problem for pasientsikkerheten. Pasientene belastes med lengre sykehusopphold, langtidsbehandling med antibiotika, re-operasjoner, smerter og alvorlig komplikasjoner som sepsis, tap av funksjon og i verste fall liv. I Norge opereres over ti tusen pasienter med innsetting eller utskifting av et kunstig hofteldd (leddprotese) på grunn av sykdom i leddet. Pasientene blir fulgt opp i 30 dager etter utskrivelse med tanke på infeksjon i operasjonsområdet. På sykehuset hvor jeg jobber som anestesisykepleier ble det rapportert flere tilfeller av dype sårinfeksjoner. Hensikten med min studie er å legge frem kunnskap om gjennomføringen av de preoperative prosedyrene og utfordringene som sykepleierne møter med fokus på forebygging av postoperative dype sårinfeksjoner.

Problemstilling: Hvordan utfører og tilpasser sykepleierne de preoperative prosedyrene for ortopedisk kirurgi med innsetting av hofteprotese, med fokus på forebygging av postoperative sårinfeksjoner og hvilke utfordringer møter sykepleierne ved forberedelser av pasienter?

Teoretiske perspektiver: I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i Patricia Benner sin teori om sykepleiernes utvikling fra novise til ekspertnivå i forbindelse med gjennomføring av de preoperative prosedyrene. Funn i denne oppgaven belyses også ved hjelp av teoriene til Ingunn Elstad om sykepleiernes bruk av klinisk blikk og faglig skjønn som del av alle preoperative forberedelser.

Metode: Denne studien har en kvalitativ tilnærming. Fokusgruppeintervju med et utvalg som består av fire sykepleiere som daglig underviser, informerer og assisterer de pasientene i forbindelse med preoperative forberedelser i en ortopedisk sengepost er gjennomført. I analysen støtter jeg meg på Graneheim og Lundman sin artikkel om kvalitativ sykepleieforskning.

Funn: Tre kategorier oppsummerer funnene. Det er sykepleiernes rolle, opplæring og utfordringer. Sykepleierne har en viktig rolle i å gi informasjon, undervise, veilede og assistere pasientene i gjennomføring av preoperative prosedyrer. De tar ansvar for detaljert informasjon om de standardiserte preoperative prosedyrene og tilpasser sykepleietiltakene etter pasientens behov, selv om de møter mange utfordringer i gjennomføringen. De preoperative prosedyrene som sengeposten iverksetter er kunnskapsbaserte og laget etter

nasjonale retningslinjer. Funnene avdekker at det er behov for forbedring både av pasientforløp og kommunikasjonen mellom involverte avdelinger.

Konklusjon: Sykepleierne bruker sin lange erfaring og kompetanse for å tilpasse sykepleietiltakene i gjennomføring av de preoperative prosedyrene. Pasienten får informasjon, undervisning og assistanse ut i fra deres spesifikke behov. Sykepleierne møter en del utfordringer underveis og de finner løsninger ved hjelp av deres ekspertkompetanse i gjennomføring av de preoperative prosedyrene.

Nøkkelord: preoperativ prosedyrer, forebygging, postoperative sårinfeksjoner, kunnskapsbasert praksis, kvalitativ metode, fokusgruppeintervju

Summary

Background: Health service-associated infections are a major problem for patient safety. Patients with prolonged hospital stays are going through long-term antibiotic therapy, re-operations, pain and serious complications such as septic shock, loss of function and, in the worst case, life. In Norway, more than ten thousand patients undergo surgery with replacement of an artificial hip joint (joint prosthesis) due to joint disease. Patients are followed up for 30 days after discharge from hospital through an infection-control program. In the hospital where I work as an anesthetic nurse, several cases of deep-wound infections were reported. The purpose of my study is to provide knowledge on the implementation of the preoperative procedures and challenges that nurse's face in the prevention of postoperative deep-wound infections.

Research questions: The following research questions are explored:

How do the nurses perform and adapt the preoperative procedures for orthopedic surgery with hip replacement, focusing on the prevention of post-operative wound infections and what challenges do they face when preparing patients?

Theoretical perspectives: In this study, I use Patricia Benner's theory of nurses' development from novice to expert level in connection with implementation of the preoperative procedures. Ingunn Elstad's theories about the nurses' use of clinical wisdom are also discussed along with knowledge-based practice in designing the preoperative procedures and implementation.

Method: The study has a qualitative approach. One focus group interview with a selection of four nurses who daily teach, inform and assist patients with in preoperative preparation in an orthopedic care unit are the sources for data. Content analysis as describes by Graneheim and Lundman informs the data analysis.

Result: Three categories summarize the findings. It is the nurse's part, training and challenges. Nurses have an important role in providing information, teaching, counseling and assisting patients in performing preoperative procedures. They take responsibility for detailed information on the standardized preoperative procedures and adapt nursing care to the patient's needs, although they face many challenges in implementation. The preoperative procedures implemented by the care unit are knowledge-based and made in accordance with

national guidelines. The findings reveal that there is a need for improvement in both patient care and communication between departments.

Conclusion: Nurses use their long experience and expertise to adapt the nursing care in the implementation of the preoperative procedures. The patient receives information, education and assistance based on their needs. Nurses face some challenges along the way and they find a solution with using their expert expertise in implementing the preoperative procedures.

Keywords: preoperative procedures, prevention, post-operative wound infections, knowledge-based practice, qualitative method, focus group interview

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema	1
1.2	Problemstilling.....	1
1.3	Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	1
1.4	Begrensning av tema og problemstilling	2
1.5	Oppgavens oppbygging	2
2	Teoretisk ramme.....	3
2.1	Elektiv hofteprotesekirurgi.....	3
2.2	Sykehusinfeksjoner.....	4
2.3	De faglige rammene.....	5
2.4	Preoperativ sykepleie.....	8
2.5	Klinisk blikk og faglig skjønn	9
2.6	Fra novise til ekspert.....	11
2.7	Fagkritiske perspektiver på sykepleie.....	11
2.8	Kunnskapsbasert praksis.....	12
2.9	Tidligere forskning	13
3	Metode.....	16
3.1	Vitenskapsteoretiske perspektiv og forforståelse	16
3.2	Studiedesign.....	17
3.3	Fokusgruppeintervju.....	18
3.4	Utvalg	19
3.5	Intervjuguide.....	19
3.6	Gjennomføring av intervju	21
3.7	Transkribering av intervjumaterialet	21
3.8	Analyse av data.....	22
3.9	Etiske overveielser og hensynet til personvern	25

3.10	Å forske i eget felt.....	25
3.11	Metodekritikk.....	26
4	Funn.....	26
4.1	Sykepleierens rolle	26
4.1.1	Gjennomføring av preoperative prosedyrer	26
4.1.2	Informasjon og undervisning til pasienten	28
4.1.3	Sykepleietiltak	29
4.1.4	Klinisk blikk.....	30
4.1.5	Individuell tilpasset sykepleie	30
4.2	Opplæring	31
4.2.1	Fra novise til ekspert	31
4.2.2	Ansvar for å være oppdatert	31
4.2.3	Forskning.....	32
4.2.4	Undervisning og veiledning	32
4.3	Utfordringer	33
4.3.1	Prosedyre og produktvalg.....	33
4.3.2	Hofteskolen	33
4.3.3	Pasientsikkerhet.....	34
4.3.4	Kompetanse	35
4.3.5	Tidspress.....	35
4.3.6	Prioritering	36
4.3.7	Koordinering med operasjon.....	36
4.3.8	Endrede rammebetingelser og ytre faktorer	37
5	Diskusjon.....	38
5.1	Sykepleierens rolle	39
5.2	Opplæring	43
5.3	Utfordringer	44

5.4	Refleksjoner over praksis og forbedringsforslag.....	46
5.5	Studiens styrke og begrensninger.....	48
5.6	Det valgte teoretiske perspektiv.....	48
5.7	Resultatenes gyldighetsområde.....	50
5.8	Videre forskning.....	50
6	Oppsummering og konklusjon.....	51
	Referanseliste.....	52
	Vedlegg.....	55

1 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Som mellomleder for anestesisykepleierne på anesthesi- og operasjonsavdelingen på et universitetssykehus, har jeg ansvaret for bemanning av flere operasjonsstuer, samt utposter som røntgen. Jeg har også faglig ansvar for å tilrettelegge og arrangere undervisning for anestesisykepleierne slik at de er oppdaterte. Samtidig må jeg ha kontroll på forebyggingsarbeid med fokus på pasientsikkerhet. Noen av mine ansvarsområder er kartlegging av mulige risikofaktorer som kan påføre pasienten skade, og gjennomgå uønskede hendelser som har oppstått.

Postoperative sårinfeksjoner er en av de uønskede hendelsene jeg ser nærmere på i denne oppgaven. Jeg er selv anestesisykepleier og har jobbet i ti år med både direkte og indirekte med forebygging av postoperative sårinfeksjoner.

Temaet for min masteroppgave er sykepleiefagutøvelsen i preoperativ forberedelse av pasientene med fokus på forebygging av postoperative sårinfeksjoner og utfordringer i forbindelse med dette.

1.2 Problemstilling

I denne masteroppgaven vil jeg fokusere på utføringen av preoperative prosedyrer frembringe ny kunnskap om de utfordringene sykepleierne møter underveis.

Problemstillingen min er:

Hvordan utfører og tilpasser sykepleierne de preoperative prosedyrene for ortopedisk kirurgi med innsetting av hofteprotese, med fokus på forebygging av postoperative sårinfeksjoner og hvilke utfordringer møter sykepleierne ved forberedelsene av pasientene?

1.3 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Fra desember 2018 til februar 2019 fikk flere pasienter postoperative dype sårinfeksjoner ved vårt sykehus. Smittevern avdelingen ledet en tverrfaglig gruppe som gikk gjennom pasientforløpet til disse pasientene. Deltakerne i denne gruppen var ortopedisk kirurg og assistentlege, anestesilege, anesthesi- og operasjonssykepleier som er fagansvarlige, anesthesi- og operasjonssykepleierledere, sykepleieleder og fagsykepleier fra ortopedisk sengepost og

fagsykepleier fra oppvåkningen. Smittevernsykepleier koordinerte datainnsamlingen om pasientforløpene og smittevernlegen ledet møtene og kom tilslutt med anbefalinger.

Sammen med fagansvarlig anestesisykepleier for ortopedisk kirurgi gikk jeg gjennom dokumentasjonen om pasientene. Vi så på premedikasjon, anestesimetode, tidligere sykdommer og tidspunkt for administrering av antibiotika (Helsedirektoratet, 2013).

Denne tverrfaglige arbeidsgruppen hadde flere møter og fant at alle enhetene tilsynelatende hadde gjort sin del av arbeidet etter skriftlige prosedyrer og nasjonale retningslinjer. Likevel var altså postoperative dype sårinfeksjoner en vedvarende utfordring. Jeg ønsket derfor å se nærmere på det preoperative pasientforløpet, preoperative prosedyrer og bruke min masteroppgave til å få frem ny kunnskap om emnet.

1.4 Begrensning av tema og problemstilling

Temaet er begrenset til pasientforberedelsene før operasjon og utfordringer som sykepleiere på sengepost møter i forbindelse med dette. Studien omfatter kun preoperative sykepleierutiner for elektiv ortopediskkirurgi med innsetting av hofteprotese. Pasientene som trenger operasjon på grunn av beinbrudd utelukkes fra studien.

Jeg har valgt å se nærmere på de preoperative sykepleierprosedyrene på en ortopedisk sengepost som tilhører samme organisasjonen som jeg jobber ved. Jeg har ikke kontaktet andre norske sykehus, men undersøkte deres rutiner via nettsidene. Alle prosedyrene som omtales i oppgaven er hentet fra sengeposten som jeg har rekruttert informanter fra. Jeg legger ikke ved link eller vedlegg om ortopedisk sengepostens prosedyrer for å kunne bevare organisasjonens anonymitet.

1.5 Oppgavens oppbygging

I kapittel 1 legger jeg frem bakgrunn for valg av tema og problemstilling. I kapittel 2 presenterer jeg teoretiske begrepsavklaringer som berører temaet samt tidligere forskning på feltet. Kapittel 3 handler om metoden jeg har valgt for datainnsamlingen. I kapittel 4 legger jeg frem mine funn. I kapittel 5 diskuterer jeg funnene i forhold til teori og forskning. Mine refleksjoner over praksis og forbedringsforslag følger diskusjonen. Jeg presenterer også resultatenes gyldighetsområde, videre forskning og studiens styrke og begrensninger i dette kapitlet. Kapittel 6 består av oppsummering og avslutning.

2 Teoretisk ramme

2.1 Elektiv hofteprotesekirurgi

I følge Nasjonalt Register for Leddproteser (NRL), opereres det årlig i Norge omtrent 18500 pasienter på grunn av sykdom i leddet med innsetting eller utskifting av et kunstig ledd (leddprotese). Av disse får cirka 10.000 pasienter innsatt hofteprotese (NRL, 2018). De fleste som blir operert har slitasje i leddet. Når behandling med fysioterapi og smertelindrende medikamenter ikke lenger er tilstrekkelig for pasienten, anbefales kirurgisk behandling med innsetting av protese (Olesen, Dalgaard, Hørdam, Pedersen & Dansk, 2010). Pasientene henvises til en ortopedisk kirurg som vurderer om pasienten trenger operasjon på bakgrunn av røntgenundersøkelser og pasientens livskvalitet relatert til leddsykdommen. Smerter ved hvile og bevegelsehemming er to av de faktorene som påvirker valg av behandlingsmetode (Olesen m.fl., 2010). På det sykehuset hvor jeg har samlet inn mine data, bestemmer ortopedisk kirurg gjennom samtaler med pasienten og fysiologiske funn via røntgenundersøkelser, om kirurgisk behandling skal anbefales. Når beslutningen om operasjon med innsetting av hofteledd er tatt, sender ortopedisk kirurg henvisning til en ortopedisk avdeling slik at pasienten kan settes opp på venteliste for behandling. Pasientene kalles inn for innleggelse til ortopedisk sengepost etter avdelingens rutiner. Noen av pasientene bor på pasienthotell kvelden før operasjonsdagen, og noen bor hjemme. Innskrivningen omfatter samtaler med ortopedisk kirurg, sykepleier fra sengeposten og fysioterapeut. Det tas blodprøver og det blir vurdert om det er nødvendig med ny røntgenundersøkelse (Olesen m.fl., 2010).

De preoperative rutinene for ortopediske pasienter som skal gjennomgå hofteprotesekirurgi er at de kalles inn til pasientskole for informasjon, undervisning om inngrep, anestesirutiner, forholdsregler før og etter operasjon, hjelpemidler som pasientene trenger etter operasjon, anestesitilsyn og innskrivning. Dette gjøres før de legges inn på sengeposten og pasientene har forskjellige innleggelsesdatoer (Helse Sør-Øst, 2017). Jeg har lest i sykehusenes hjemmeside at den samme praksisen er gjeldende med små variasjoner i hele Norge. På det sykehuset hvor jeg rekrutterte informanter blir pasientene innkalt til pasientskole for individuelle samtaler og felles undervisning. Siden sykepleierne i fokusgruppen kaller pasientskolen for «Hofteskole» bruker jeg den benevnelsen videre i oppgaven.

Da jeg var i observasjonspraksis på hofteskolen var det pasienter som hadde forskjellige operasjonsdatoer, noen hadde dagen etter, andre fra en til tre uker senere.

På operasjonsdagen møter pasienten klokken seks på sengeposten, hvis han eller hun ikke ble innlagt dagen før. Pasienten tas imot av sykepleier og gjøres klar til operasjon. Pasienten transporteres i seng til operasjonsavdelingen og får bedøvelse på operasjonsstuen. Selve inngrepet tar omtrent en til halvannen time og når operasjonen er over flyttes pasienten fra operasjonsstuen til oppvåkingsavdelingen og deretter tilbake til sengeposten. Pasienten reiser hjem etter noen dager; dette varierer fra pasient til pasient. Pasienten blir klarert for hjemreise av ortopedisk kirurg. Pasientene kommer inn til kontroll etter tre måneder og følges poliklinisk (Helse Sør-Øst, 2017).

2.2 Sykehusinfeksjoner

Smittevernloven pålegger Folkehelseinstituttet til å følge med på spesialisttjenestens rapportering av postoperative sårinfeksjoner. Samme lovverk sørger for at spesialisttjenesten i Norge har et infeksjonskontrollprogram i forhold til postoperative infeksjoner ("Forskrift om smittevern i helsetjenesten," 2005).

Helsetjenesteassosierte infeksjoner (forkortet HAI) er et stort problem for pasientsikkerheten ("NOIS-registerforskriften," 2005). Pasientene påføres langvarig antibiotikabehandling og lengre sykehusopphold med re-operasjoner og smerter. Alvorlige komplikasjoner som sepsis, og tap av funksjoner kan bli resultatet av dype postoperative sårinfeksjoner ("NOIS-registerforskriften," 2005).

I 2017 ble over 32 000 kirurgiske inngrep utført på sykehus i Norge. 61 sykehus rapporterte til Norsk overvåkingssystem (forkortet til NOIS) for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner ("Forskrift om smittevern i helsetjenesten," 2005). 30 dager etter utskriving ble 95 % av pasientene fulgt opp med tanke på infeksjon i operasjonsområdet. 75 % av infeksjonene etter kirurgiske inngrep rapporteres flere dager etter at pasienten er utskrevet fra sykehuset. 1274 infeksjoner ble oppdaget etter utskriving og omtrent halvparten av disse var dype sårinfeksjoner. Andelen varierte mellom ulike typer inngrep (FHI, 2020).

Det er på fem fagområder pasientene følges opp. De rapporterte postoperative sårinfeksjons tallene kalles NOIS-tall som gir oversikt og grunnlag for forbedringsarbeid i sykehus avdelingene.

De fem områdene er:

- Keisersnitt
- Innsetting av hofteprotese
- Inngrep på tykktarm
- Hjerteroperasjon (aortakronar bypass)
- Fjerning av galleblære

Smittevern avdelingene ved sykehusene har ansvaret for å gå gjennom NOIS-tallene og sammen med de ansvarlige kirurgiske avdelingene finne frem tiltak som forebygger postoperative sårinfeksjoner (FHI, 2020). De gir avdelingene råd og veiledning om gjennomgang av pasientforløp og om profylakse-rutinene er i henhold til nasjonale retningslinjer ("Forskrift om smittevern i helsetjenesten," 2005).

2.3 De faglige rammene

Preoperative prosedyrer og pasientforløp

I det følgende vil jeg beskrive de faglige rammene for min egen studie. Prosedyrene og pasientforløpet som omtales i oppgaven er hentet fra samme sykehus, hvor jeg har valgt mine informanter til fokusgruppeintervjuet fra.

Når hofteleddet er sykt på grunn av slitasje, er behandling med smertestillende medikamenter og fysioterapi første valg. Med tiden får pasienter sterke smerter i leddet under hvile, og dette forårsaker at pasienten ikke klarer å fungere i sitt dagliglivet (Olesen m.fl., 2010). Kirurgisk erstatning av leddet som er slitasjeskadet er en metode som er en vellykket behandlingsform for mange pasienter. Standard praksis på sykehus i Norge for elektive pasienter som skal gjennomgå hofteprotesekirurgi er at når beslutningen om kirurgisk behandling er tatt, mottar pasienten et brev fra en ortopedisk avdeling med behandlingsdato. De kalles inn for poliklinisk konsultasjon eller til en pasientskole for informasjon, undervisning og innskrivning. Fra sykehusenes nettsider har jeg funnet ut at de andre pasientskolene har det samme innhold om informasjon og undervisning som hofteskolen jeg tar utgangspunkt i.

Hofteskolen

Hofteskolen er et tilbud for pasienter som skal gjennomgå ortopedisk kirurgi med innsetning av hofteprotese. Det samles flere pasienter som har fått forskjellig dato for operasjon i en gruppe. Pasientene møter på ortopedisk poliklinikk, tar blodprøver, og røntgenbilder. En

ortopedisk lege kartlegger pasientens helsetilstand og eventuelle medikamentbruk. Legen informerer om forsiktighetsregler etter operasjonen og rekvirer nødvendige tilleggsundersøkelser som røntgen og blodprøver. Sykepleierne informerer pasienten om hygiene, sykepleierutiner på sengeposten og gjennomføring av preoperative prosedyrer. Sykepleierne kartlegger også tilpassing og eventuelt behovet for hjelpemiddel etter operasjonen. Ortopedisk kirurg gjennomfører en individuell samtale med pasienten om selve inngrepet. Anestesilege sørger for anestesitilsyn og bestemmer hvilken anestesimetode som passer for pasienten ut fra hans eller hennes helsetilstand og tidligere sykdommer. Pasientgruppen får felles undervisning av anesthesisykepleier om operasjonsavdelingen, operasjonsstua og bedøvelsen som de får før operasjonen starter. Videre får de informasjon om antibiotikabehandling, smertelindring før, under og etter operasjon. Undervisningen fortsetter med fysioterapeut og ergoterapeut som forteller om mobilisering, hjelpemidler og forholdsregler.

Hofteskolen er tilrettelagt slik at pasientene får god informasjon både gjennom individuelle samtaler og felles undervisning. Den gir mulighet til å avdekke risikofaktorer og avvik fra faste rutiner hvis pasientens tilstand krever det. Nødvendige tiltak for forbedring og tilpassing av hjemmeforholdene etter operasjon kartlegges allerede på hofteskolen. Jeg har som anesthesisykepleier deltatt på hofteskolen og undervist pasientene. I forbindelse med min masterutdanning deltok jeg også som observatør på hofteskolen med muntlig tillatelse fra pasienter som deltok den dagen. Hensikten var å observere hvordan informasjonen om de preoperative rutiner ble formidlet av sykepleierne fra sengeposten. Observasjonen og for forståelsen som jeg dannet underveis ble utgangspunkt når jeg skulle utforme intervjuguiden. Den ble brukt under fokusgruppeintervjuet om de preoperative sykepleierrutinene som gjaldt på det aktuelle tidspunktet.

Engangskluter med klorheksidin og preoperative prosedyrer

«Kluter» er benevnelsen på engangskluter som inneholder klorheksidin. De finnes i forskjellige pakningsformer ("Norsk Legemiddelhandbok," 2018). Bakteriene som tilhører pasientens normalflora er ikke sykdomsfremkallende, og de blir redusert ved bruk av klorheksidinkluter. Normalfloraens bakterier kan forårsake infeksjoner hvis det er skader i huden, for eksempel når kirurgen skjærer i den under operasjonen (Tjade, 2013).

På sengeposten bruker både pasientene og sykepleierne disse klutene for å kunne desinfisere huden på hele kroppen ("Norsk Legemiddelhåndbok," 2018). På hofteskolen får pasientene opplæring og informasjon om hvordan engangsklutene virker og hvorfor de skal brukes. Sykepleierne går gjennom preoperative prosedyrene trinnvis med hver enkel pasient. Hvis pasienten kalles inn for operasjon på kort varsel rekker ikke pasienten å delta på hofteskolen, da informerer sykepleierne på sengeposten.

Et stort antall av pasientene utfører desinfeksjon av huden selv med veiledning og assistanse av pleiepersonell. Sykepleiere overvåker og kvalitetssjekker. De kontrollerer om informasjonen er forstått og at gjennomføringene er i henhold til prosedyren. Informasjonen og forståelsen av innholdet er spesielt viktig siden det er første del av forebyggingsarbeidet som utføres i forhold til postoperative sårinfeksjoner.

Pasientene som er hjemme kvelden før operasjonsdagen, skal ifølge sengepostens preoperative prosedyrer skifte på sengen med rent sengetøy, deretter dusje og ta på seg rent privat tøy. Pasienten anbefales å vente en time etter dusjing før engangsklutene med klorheksidin brukes. Pasientene som ligger på pasienthotellet og sengeposten gjør akkurat det samme (Helse Sør-Øst, 2017). På operasjonsdagen klokken seks møter pasienten opp på sengeposten og tas imot av sykepleier. Pasienten får ren seng og vasker seg med engangskluter igjen med assistanse. Sykepleier tar også de faste målingene og dokumenterer dette i pasientens papirer som skal følge med til operasjonsavdelingen. Hvis pasienten må vente lenger enn seks timer på operasjonen må prosedyren gjentas siden effekten av engangsklutene med klorheksidin varer kun seks timer ("Norsk Legemiddelhåndbok," 2018).

Nasjonale retningslinjer

Regionalt kompetansesenter for smittevern som ligger i Helse Sør-Øst lager preoperative prosedyrer i samråd med smittevernpersonell. De andre helseforetakene har ansvar for å implementere denne i sine prosedyrer (Helse Sør-Øst, 2017). De nasjonale anbefalinger omfatter preoperativ dusjing, ren seng og rent pasienttøy, bruk av skotrekk etter pasienten er klargjort, fasting og inspisering av hud og andre type anbefalinger som er viktig i preoperative forberedelsene av pasientene (Helse Sør-Øst, 2017). Jeg velger å referere kort om preoperativ dusjing og bruk av produkter som inneholder klorheksidin. Regionalt kompetansesenter anbefaler at pasienten kun utfører hel kroppsvask en gang når det brukes såpe. To ganger er anbefalt, både kveld og morgen, hvis det brukes produkter som inneholder klorheksidin.

Såperestene bør skylles godt av fordi disse reduserer effekten av klorheksidin (Helse Sør-Øst, 2017).

Jeg kunne ikke finne anbefalinger om screening av nasalt bærerskap av gule stafylokokker og sanering av dette i nasjonale retningslinjer. Verdens Helseorganisasjonen (her forkortet til WHO) anbefaler en slik screening.

Internasjonale retningslinjer

Bruk av produkter som inneholder klorheksidin til hudvask som eneste forebyggingstiltak preoperativt er utilstrekkelig i følge WHO (WHO, 2018). De anbefaler bruk av flere tiltak samtidig, blant annet screening og sanering av pasienter for nasalt bærerskap av gule stafylokokker. Ifølge forskning pasienter som er bærere av gule stafylokokker har større fare for å utvikle sårinfeksjoner postoperativt. WHO mener at sanering av nasalt bærerskap av gule stafylokokker og hel kroppsvask med eller uten produkter som inneholder klorheksidin, samt antibiotikaproylaks gir bedre resultat i forebygging av postoperative sårinfeksjoner (WHO, 2018). Anbefalte retningslinjer for forebygging av postoperative sårinfeksjoner som er laget av WHO, uttaler at evidensen for bruk av produkter som inneholder klorheksidin er moderat. På bakgrunn av forskningsresultater er forebyggingstiltak i den preoperative fasen nasal screening og sanering av bærerskap av gule stafylokokker anbefalt (WHO, 2018).

Dette er det faglige grunnlaget som ligger bak erfaringene jeg ønsker å få belyst.

2.4 Preoperativ sykepleie

Sykepleiefaget omfatter i tillegg til pleie og omsorg, forebygging av hendelser og vurdering av risikofaktorer for pasientsikkerheten (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard, 2011).

Forebyggingsarbeidet krever gode og standardiserte sykepleieprosedyrer, som også er nødvendige for fagutviklingen (Elstad, 2014). De preoperative sykepleieprosedyrene bør være kunnskapsbaserte og de bør oppdateres om nye behandlingsmetoder blir tilgjengelig. Når det blir avdekket risikofaktorer for pasientsikkerheten bør de preoperative prosedyrene endres og forebyggingstiltak iverksettes (Benner m.fl., 2011). Arbeidsrutinene og sykepleieprosedyrene bør risikovurderes for å avdekke svakheter i alle trinn av gjennomføringen. Patricia Benner kaller denne metoden for; «*Practice Breakdown*» (Benner m.fl., 2011). Alle deler av prosedyren gjennomgås trinnvis fra pasient-, pårørende- og sykepleieperspektiv.

Risikovurderingen hjelper også til å kontrollere om prosedyrene og rutinene er oppdaterte i

henhold til den siste tilgjengelige forskningskunnskapen på feltet. Fagkritisk vurdering av prosedyrene bidrar også til økt kompetanse blant sykepleierne (Benner m.fl., 2011).

Preoperativ sykepleie omfatter pasientforberedelsene som sykepleierne gjør både på sengeposten og hofteskolen før operasjon. Det inkluderer informasjonen som sykepleierne gir til pasientene. Tiltakene som de iverksetter i form av informasjon, undervisning, veiledning, sengetøyskift, rent tøy, assistanse til dusjing, bruk av engangsklutene, blodprøver, dokumentasjon (Olesen m.fl., 2010). Den individuelle tilpasset sykepleien som de sørger for etter pasientens behov. De følger opp pasientene og er tilgjengelige for veiledning, informasjon og assistanse (Benner m.fl., 2011).

Sykepleierne bruker sitt nærvær ikke bare til omsorg og pleie, men også for kartlegging, vurdering og forebygging. Patricia Benner kaller det «*Bedside*» oppfølging, som sørger for at informasjonen som hentes direkte fra pasient og pårørende blir til helhetlig fagutøvelse (Benner m.fl., 2011). Sykepleierne klarer å tilpasse tiltakene ut fra pasientens behov ved hjelp av klinisk blick og faglig skjønn (Elstad, 2014).

2.5 Klinisk blick og faglig skjønn

Sykepleiefaget blir definert og formet gjennom praksis. Sykepleierne har teoretiske kunnskaper og viten, men den kunnskapen vil ikke være nyttig, hvis sykepleierne ikke kan anvende den i daglig praksis (Elstad, 2014). Utvikling av klinisk blick gjennom erfaring hjelper sykepleierne med observasjonene slik at tiltak kan iverksettes når det blir nødvendig. Jeg vil nevne et eksempel: sykepleierne klarer å identifisere hvilket funksjonsnivå pasienten har uten at pasienten trenger å fortelle det (Elstad, 2014). De ser hvordan pasienten beveger seg, tolker uttrykk om han eller hun har smerter ved bevegelse og tar hensyn til alder og tidligere sykdommer som kan påvirke pasientens ressurser. Dermed vurderer sykepleierne om pasienten klarer å utføre instruksene med minimal hjelp, eller om han eller hun trenger mer assistanse. Bruk av klinisk blick gjør at sykepleierne tilpasser den hjelpen pasienten trenger under de preoperative forberedelsene. Observasjonene som sykepleierne bruker baserer seg på nærkontakt med pasientene og pårørende (Elstad, 2014). Sykepleierne innhenter og tolker informasjonen mens de kommuniserer med pasient og pårørende. De fanger opp tegn som er relevant for fagutøvelsen, og de iverksetter tiltak og assisterer pasienten. Sykepleierne kan ikke si at informasjonen er gitt og ansvaret dermed ligger hos pasienten. Først må de være sikre på at pasienten har forstått og kan gjennomføre prosedyren, deretter iverksette

sykepleietiltak. Minimal assistanse er også et sykepleietiltak som iverksettes ut fra vurderingen av pasientens ressurser (Elstad, 2014).

Et av hovedmålene i de preoperative prosedyrene er å forebygge postoperative sårinfeksjoner. Sykepleierne bruker klinisk blikk og vurderer (Benner m.fl., 2011). De identifiserer type og grad av assistanse som pasienten trenger og iverksetter sykepleierne tiltak som er nødvendige. Patricia Benner kaller det sykepleiernes evne til å forutse og forebygge utfordringene i praksis (Benner m.fl., 2011). Sykepleierne bruker sin erfaring fra praksis og sine teoretiske kunnskaper i forebyggingsarbeidet for å forutse hendelsene før de skjer. Å forutse alvorlig hendelser og forebygge disse før de inntreffer er rutine i akutt- og anestesisykepleie, men i en preoperativ prosedyre er forebyggingsarbeidet som sykepleierne utfører er like viktig (Benner m.fl., 2011).

Selv om sykepleierne bruker standardiserte prosedyrer, bruker de forskjellige tilnæringsmetoder ut fra pasientens funksjonsnivå (Elstad, 2014). De tilpasser informasjonen, sjekker om den er riktig oppfattet, og at pasienten er i stand til å utføre handlingene som det er gitt informasjon om. Standardiserte preoperative prosedyrer gir sykepleierne mulighet til å skape en trygg ramme for pasienten (Elstad, 2014).

Utvikling av klinisk blikk er der teoretisk kunnskap går sammen med erfaringer fra praksis. Slik utvikles sykepleierne fra uerfaren til ekspert. I følge Elstad definerer Aristoteles kunnskapen i flere deler; episteme (kunnskap eller viten), techné (kunst eller en slags fagkompetanse), fronesis (praktisk visdom), (Elstad, 2014). Disse delene, sammen med erfaring, gir en vurderingsevne om hva som er rett eller galt i en samfunnsmessig sammenheng. Det er ment mer som moralsk veiledende for allmenheten enn fagperspektiv. Aristoteles deler kunnskapen og holder dem adskilt (Elstad 2014: 193). Sykepleie er mer kompleks og inkluderer «*skjønn*». Elstad mener at det ikke er mulig å ha et så skarpt skille mellom de ulike kunnskapsformene som Aristoteles hevder, fordi de glir inn i hverandre i utøvelsen av sykepleiefaget (Elstad, 2014). Hun påpeker at begrepet «*faglig skjønn*», vil si faglig vurderingsevne hos sykepleierne som gjør at sykepleie blir tilpasset individuelt etter pasientens behov (Elstad, 2014).

2.6 Fra novise til ekspert

Økt kompetanse og direkte pasientrettet arbeid gir sykepleieren erfaring som igjen bidrar til utvikling av sykepleiefagutøvelsen. Sykepleieren utvikler seg over tid fra å være nyutdannet til en erfaren ved å gå gjennom flere nivåer (Benner, 1995).

Patricia Benner nevner Dreyfusmodellen i utvikling av sykepleiere fra novise til ekspert. I følge Dreyfus & Dreyfus er det fem forskjellige nivåer som muliggjør ervervelse og utvikling ferdigheter (Benner, 1995). Det første nivået er novise, deretter avansert nybegynner, så kompetent, kyndig og til slutt ekspert. De nyansatte sykepleierne kan betegnes som noviser hvis de ikke har noen erfaring med den spesifikke pasientgruppen. En avansert nybegynner kan mestre en del arbeidsoppgaver og gå inn i pasientsituasjoner, men trenger veiledning (Benner, 1995). Den kompetente sykepleieren kan både å planlegge og å prioritere sine arbeidsoppgaver. Analytisk prinsipp som baserer seg på regel, retningslinje eller matrise er ofte brukt av kompetente sykepleiere som analyserer hendelsen, ser på situasjonen ut i fra retningslinjer og observasjoner. Benner mener at det tar 2 til 3 år før en sykepleier utvikles til kompetent nivå (Benner, 1995). Den kyndige sykepleieren ser og vurderer pasientsituasjonen i en helhet. Videre mener Benner at en sykepleier utvikles til kyndig nivå via erfaring og kontinuerlig arbeid med samme pasientgruppe i 3 til 5 år (Benner, 1995). Om de utvikles videre er avhengig av undervisning gjennom bruk av pasientcase der kyndige sykepleiere reflekterer over situasjonen og resonnerer. Nye ukjente situasjoner fører til at kyndige sykepleiere tar i bruk det analytiske prinsippet (Benner, 1995). De anvender refleksjonene, tilegner seg kunnskap og tilpasser utøvelsen av sykepleiefaget og erverver nye erfaringer som ligger i grunn i praksis. Sykepleiere på ekspertnivå har lang erfaringsbakgrunn som sørger for at hele pasientsituasjonen ses intuitivt og klarer dermed å være forutseende. Det kan være vanskelig å beskrive hvordan en sykepleier på ekspertnivå klarer å identifisere pasientsituasjonen og iverksetter tiltak umiddelbart (Benner, 1995). De bruker faglig skjønn og sanser flere faktorer som påvirker og omfatter det som kan ligge bak fenomenet. Når de klarer å ordlegge hvordan de bruker den tause kunnskapen og overfører den til de nye sykepleiere, blir den mer synlig i handlingene (Benner, 1995).

2.7 Fagkritiske perspektiver på sykepleie

Sykepleiefaget er komplekst og består av ulike kunnskapsformer. Erfaringskunnskap kombinert med naturvitenskap og forskning utvikler praksis (Alvsvåg, Førland & Abrahamsen, 2007). Det er sykepleiere som har håndlaget og er trygge på gjennomføringen

av prosedyrene. De kjenner de konkrete trinnene av prosedyrene og skaper en trygg atmosfære i fagutøvelsen. Faglig skjønn og utvikling av bedømmingsevnen skjer gjennom langvarig praksis. Denne kunnskapsformen kalles også fortrolighetskunnskap som gir sykepleierne evnen til å forstå og handle klokt (Alvsvåg m.fl., 2007). Preoperative prosedyrer er konkrete, enkle å følge, men kan likevel ikke følges bokstavelig. De må tilpasses for hver enkel pasient. Denne formen for tilpasning krever som nevnt flere typer kunnskap, erfaring og faglig skjønn hos sykepleierne. Sykepleierne deler denne kunnskapen og erfaringene med andre sykepleiere (Alvsvåg m.fl., 2007). Ulike pasientsituasjoner krever ulike tilpasninger. Tilbakemeldingene fra pasienter og pårørende, sammen med erfaringene og fortolkningene som sykepleiere erverver seg blir formidlet videre til andre sykepleiere i læringsøyemed. Alvsvåg m. fl. mener at sykepleiere må bruke fagkritisk perspektiv og vurdere kunnskapen slik at de utvikler faglig skjønn og tilegner seg en dypere innsikt over sin egen praksis (Alvsvåg m.fl., 2007).

2.8 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis betyr at fagutøvere bevisst bruker ulike kunnskapskilder i sin praksis. Det er fire faktorer som innenfor kunnskapsbasert praksis: forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og konteksten som påvirker disse tre (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Forskningsbasert kunnskap legger frem forklaringene, forståelsene, årsakene og forekomstene av fenomener. Erfaringsbasert kunnskap er praksiskunnskap som utvikler utøvelsen av sykepleiefaget gjennom refleksjoner (Nortvedt m.fl., 2012). Brukerkunnskap innebærer at pasientenes og de pårørendes opplevelser og erfaringer påvirker praksis. Pasientene og pårørende deltar aktivt i utforming av praksis med sin påvirkning og sykepleierne tilpasser og tilrettelegger utøvelsen av sykepleiefaget. Dette er spesielt viktig siden informasjonen og de tilbakemeldingene som pasientene og pårørende gir danner beslutningsgrunnlaget for sykepleietiltakene (Nortvedt m.fl., 2012).

Kunnskapsbasert praksis påvirkes av faktorer som kan kalles kontekst. Den omfatter kultur, ressurser, etiske forhold, politikk og prioriteringer (Nortvedt m.fl., 2012). Det er to handlingsmåter som kan brukes for å implementere kunnskapsbasert praksis. Den ene er en «*ovenfra og ned*» prosess som innebærer at for eksempel avdelingens ledelse har en ekstern pådriverrolle (Nortvedt m.fl., 2012). Den andre er en «*nedefra og opp*» tilnærming der det tas utgangspunkt i kontinuerlig forbedringsarbeid som tar seg av interne prosesser (Nortvedt m.fl., 2012). Å jobbe kunnskapsbasert krever opplæring i fagkritisk vurdering av

forskningsresultater. Det finnes vurderingsverktøy som sjekklister, som sykepleierne kan benytte seg av. Kunnskapsbasert praksis må være forankret hos ledelsen og presenteres slik at personalet kan lese, forstå og erkjenne viktigheten av forskningen (Nortvedt m.fl., 2012).

2.9 Tidligere forskning

Jeg søkte i databasene PubMed og Cinahl om det finnes forskning som ser på sykepleiernes rolle i de preoperative forberedelsene med fokus på forebygging av postoperative sårinfeksjoner. Hvordan sykepleierne informerer og underviser, hvilke metoder som blir brukt. Det var temaer som jeg ønsket å finne forskning om. Jeg søkte opp evidens om effektene av de produktene som inneholder klorheksidin som blir brukt under i de preoperative forberedelsene.

Kombinasjonene av søkeord som ble brukt: preoperative nursing, preoperative information, nursing teaching, hip replacement, patient education, skin disinfection cloths, surgical site infections, guidelines, preoperative screening, decolonization.

Søkene resulterte i funn av en del studier. Jeg fant blant annet noen studier som undersøkte hvordan sykepleierne ga informasjon til og veiledet pasientene om preoperative prosedyrer. I Norge får de fleste pasientene informasjon fra en sykepleier. Slik er det også i mange andre land. Sykepleierne tar imot pasientene og prøver å sørge for pasienten føler seg mentalt forberedt til operasjonen. De tar ansvar og innhenter informasjon fra andre faggrupper og formidler videre slik at pasienten får en helhetlig informasjon om det som skal skje.

Under vil jeg referere til noen av studiene som ser på sykepleiernes rolle i den preoperative fasen av pasientforløpet.

Sykepleiernes rolle i preoperative forberedelser av pasienter

En multisenterstudie som ble gjennomført i sju land (Klemetti m.fl., 2015) viser at informasjonen eller undervisningen ikke klarte å møte pasientforventninger. Pasientene syntes ikke de fikk nok informasjon. Studien viste også at pasientforventninger til type informasjon varierte i de ulike land. Enkelte av landene hadde gjort et forarbeid og tilpasset innholdet av informasjonen og undervisningen før gjennomføring av studien. I disse landene traff informasjonen bedre til pasientforventninger. Forfatterne konkluderte med at realistisk, standardisert og detaljert undervisning som muliggjorde individuelt tilpassing, kunne redusere gapet mellom undervisningen og pasientforventninger.

De samme landene er med i en annen multisenterstudie (Charalambous m.fl., 2018). Det undersøkes om det er forskjeller i innholdet av den preoperative informasjonen som sykepleierne gir til pasientene, og eventuelt hva disse forskjellene er. Landene deles opp i to grupper; Sør-Europa og Nord-Europa. Hensikten er å se nærmere på innholdet i preoperativ undervisning, informasjon, og instruering av pasientene, som skal gjennomgå ortopedisk kirurgi i form av innsetting av hofte- og kneprotese og kikkhullskirurgi i kne. De vil også se om det er kulturforskjeller mellom landene. Resultatet viser at sykepleiernes bakgrunn, utdanning og kultur påvirker innholdet i informasjonen og undervisningen. Sykepleierne tilpasser informasjonen og måten de informerer pasienten på. Det kommer frem at det finnes sammenheng mellom innhold av undervisningen, og pasientens og pårørendes oppfattelse av den. Resultatene viser at hvis sykepleierne er stresset og jobber under tidspress, oppfattes dette negativt av pasientene. Forfatterne skriver at faktorene som påvirker sykepleierne i de sju landene er ulike. Det konkluderes med at sykepleiere tilpasser hvordan de formidler informasjonen og hva de vektlegger å informere om uavhengig av hvilket land de kommer fra.

En annen studie undersøker hvordan sykepleierne kan sjekke om pasienten har oppfattet informasjonen (Gröndahl, Muurinen, Katajisto, Suhonen & Leino-Kilpi, 2019). Studien anbefaler at sykepleierne kan be pasienten å gjenta informasjonen med egne ord. Dermed kan de fange opp og korrigere eventuelle misforståelser.

En kvalitativ studie med dybdeintervju av 11 pasienter, som har fått utført kne- eller hofteproteseinnlegg viser at det er en klar sammenheng mellom undervisningen som pasientene får og opplevelsen av å være forberedt til operasjon (Conradsen, Gjersteth, Kvangarsnes & Conradsen, 2016). Pasientene synes de er mentalt forberedt og har følelsen av å ha kontroll. De har mer tillit til personalet når informasjonen og undervisningen er så realistisk som mulig.

Jeg velger også å presentere en annen studie fordi forskerne undersøker bruk av en webside som informasjonsverktøy og sammenligner dette med de ordinære informasjonsmaterialer som sykepleierne bruker i de preoperative forberedelsene (Dayucos, French, Kelemen, Liang & Sik Lanyi, 2019). Studien ser ikke direkte på sykepleierens rolle i formidlingen av informasjonen, men verktøy som sykepleierne kan bruke. Konklusjonen er at en god webside kan være et brukbart verktøy for sykepleierne når de skal informere. Pasientene er tilfredse med informasjonen de får fra sykepleierne uansett om det er skriftlig eller webside.

Resultatet av denne studien viser at pasientene i begge gruppene er tilfredse med informasjonen. Forfatterne påpeker at studien er for liten til å trekke konklusjoner av

resultatet, men anbefaler at en ser nærmere på hvordan man informerer pasientene i fremtiden.

Preoperative huddeinfeksjon med produkter som inneholder klorheksidin

Jeg undersøkte også evidensen på huddeinfeksjonen i de preoperative forberedelsene. Jeg fant studier som omfatter prosedyrer om huddeinfeksjon med produkter som inneholder klorheksidin.

Jeg fant flere studier som undersøker effekten av daglig bruk av engangskluter som inneholder klorheksidin på intensivpasientene. En studie som er gjennomført viser at daglig bruk av huddeinfeksjonskluter som inneholder klorheksidin, reduserer bakterier som normalt finnes på huden. Disse bakteriene som ikke er normalt sykdomsfremkallende kan være infeksjonsårsak hos traumepasienter som ligger på intensivavdelingen (Viray m.fl., 2014). En annen studie som utført i en intensiv avdeling viser forbedringsresultater for samme type pasienter i forhold til multiresistente bakterier som; meticillinresistente gule stafylokokker (Evans m.fl., 2010). Forskingen viser at det er en fordel å bruke engangskluter som inneholder klorheksidin daglig for å forebygge infeksjoner hos intensivpasienter som kan ha redusert immunforsvar (Velázquez-Meza m.fl., 2017).

Jeg fant flere studier som undersøkte effekten av preoperativ dusjing eller bading av pasienter med produkter som inneholder klorheksidin. Selv om disse produktene reduserte bakteriefloraen på huden viste det ingen evne til å forebygge postoperative sårinfeksjoner.

En studie undersøkte effekten av produkter som inneholder klorheksidin (Chlebicki, Safdar, O'Horo & Maki, 2013). Forskerne startet med å fordele over 17000 pasienter i to grupper. Den ene gruppen brukte produkter med klorheksidin. Den andre gruppen brukte vanlig såpe i preoperative forberedelser. Resultatet viste at det ikke finnes signifikant forskjell mellom dusj med vanlig såpe og produkter med klorheksidin.

En litteraturstudie av publisert forskning som undersøker effekten av hel kroppsvask i forhold til å forebygge postoperative sårinfeksjoner (Webster & Osborne, 2006). Studien omfatter cirka 10000 pasienter og resultatet viser at det ikke er forskjell mellom bruk av vanlig såpe og klorheksidinholdige produkter.

Preoperative screening av gule stafylokokker bærerskap

Jeg søkte også opp studier som undersøkte effekten av preoperative screening og sanering av pasienter som er bærere av gule stafylokokker som kan forårsake postoperative sårinfeksjoner.

En studie viste at 25 % av pasientene som deltok i undersøkelsen hadde bærerskap av gule stafylokokker. Screening og sanering av bakterien reduserte antall postoperative sårinfeksjoner forårsaket av gule stafylokokker og andre bakterier (Rao m.fl., 2011).

En annen studie undersøkte nærmere bærerskap av meticillinresistente gule stafylokokker, og hvilken screening- og sanerings metoder som er best. De konkluderer med at sanering har gode resultater for kardiologisk kirurgi (Lepelletier m.fl., 2014). Generelt sett dreier forskning rundt om i verden seg mest om meticillinresistente gule stafylokokker siden det er den og andre multiresistente bakterier som forårsaker flest postoperative sårinfeksjoner (Saraswat m.fl., 2017).

3 Metode

3.1 Vitenskapsteoretiske perspektiv og forforståelse

Fra teoretisk perspektiv vil en hermeneutisk tilnærming vil være passende for min masteroppgave hvor kvalitativt design med bruk av intervju som datainnsamlingsmetode er valgt. Jeg har felles fagforståelse og fagspråk med sykepleierne jeg har intervjuet. Jeg har allerede «fordommer» som Gadamer kaller det, og forventninger til min datainnsamling (Gadamer, Schaanning & Holm-Hansen, 2012). Ifølge Gadamer har vi en «forforståelse», en «fordom» som vi har med oss inn i analysen. Hermeneutisk sirkel, som den kalles, kan hjelpe meg å være bevisst på de forforståelsene som jeg har ervervet fra min egen yrkeserfaring.

En hermeneutisk sirkel starter med at forskeren leser en tekst med sine fordommer. Teksten inneholder åpenbaringer som forskeren fortolker (Polit & Beck, 2017b). Forforståelsen som forskeren bringer inn i fortolkningen kan bli begrensning eller utvidelse av horisonten i analyseprosessen. Det viktigste er at forskeren er oppmerksom på forforståelsene (Polit & Beck, 2017b). Siste del av den hermeneutiske sirkelen handler om etterpåklokskapen som forskeren har ervervet seg (Polit & Beck, 2017b). Forskeren ser teksten med nye øyne og oppnår en ny, eller endret forforståelse i forhold til begynnelsen av sirkelen. Den nye forforståelsen opphøyer, beriker og lyser veien som forskeren går (Polit & Beck, 2017b).

Fordelen med min forforståelse er at jeg skjønner hva informantene snakker om, men det kan være en ulempe hvis jeg ikke klarer å se at min erfaring påvirker meg (Polit & Beck, 2017b). Uttrykk og utsagn fra informantene kan misforstås eller tolkes feil. Da jeg gjennomførte intervjuet prøvde jeg å være nysgjerrig, undrende og åpen for ny kunnskap som informantene la frem. Med min sykepleiererfaring kunne jeg begynne å analysere allerede under intervjuet og dermed stenge oppdagelsens vei til ny kunnskap (Gadamer m.fl., 2012). Ved å være bevisst på mine egne fortolkninger og forforståelser som min egen «ryggsekk» inneholder, vil det ikke være et hinder for meg for å oppdage og tilegne meg en ny forståelse ut i fra funnene som informantene bringer frem under intervjuet (Gadamer m.fl., 2012).

«Den som ønsker å forstå, kan i utgangspunktet ikke stole på sin egen tilfeldige foroppfatning, for dermed så konsekvent og hardnakket som mulig å overhøre tekstens mening- helt til denne blir umulig å overhøre og kullkaster den angivelige forforståelsen. Den som vil forstå en tekst, er tvert imot åpen for å la den si ham noe. Derfor må en hermeneutisk skolert bevissthet på forhånd være mottakelig for tekstens annerledeshet.» (side 306)(Gadamer m.fl., 2012).

Den hermeneutiske sirkelen er prosess som sørger for at forskeren er mottakelig for en ny forståelse. Forskeren bør være oppmerksom på interaksjonen mellom informantene, samt reflektere over sin egen rolle (Polit & Beck, 2017b).

3.2 Studiedesign

Jeg har valgt kvalitativt forskningsdesign som utgangspunkt for min studie. Metoden passet best for å kunne finne svar på min problemstilling.

Hvilke spørsmål svarer kvalitative forskningsdesign på? En kvalitativ studie passer godt når man leter etter svar på spørsmål som starter med « Hva er...» , « Hvordan er...» eller «Hvilken er...» (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2013). Når man ønsker å vite mer om egenskapene som ikke er åpenbare og fremme, men ligger skjult i handlingene, opplevelsene, ordene til de som erfarer og blir berørt, kan vi anvende denne forskningsmetoden. Hensikten er å forstå og se sammenhengen. Menneskelige erfaringer, tanker og følelser omsettes til ord, bringes frem og synliggjort (Bjørndal m.fl., 2013).

Det finnes flere metoder for datainnsamling innen kvalitativ forskningsdesign.

Semistrukturert dybdeintervju, fokusgruppeintervju, observasjon der forskeren er aktiv- eller passiv deltakende, er noen av de metodene for datainnsamling som kan benyttes (Bjørndal m.fl., 2013).

Jeg ønsker å se nærmere på om det finnes utfordringer som sykepleierne opplever når de skal hjelpe, instruere og informere pasienter i preoperativ forberedelse. Å sette tall på eller lage tabeller forklarer ikke hvordan sykepleierne opplever den daglige gjennomføringen av de preoperative forberedelsene og utfordringene de møter underveis (Malterud, 2017).

Fokusgruppeintervju er den forskningsmetoden som passer best for å samle inn data som følge av interaksjonen mellom sykepleiere, i tillegg til erfaringene til hver enkelt (Malterud, 2012).

Jeg tok kontakt med sykepleieleidelsen på sengepost, søkte om tillatelse for å gjennomføre et fokusgruppeintervju og la frem informasjon om min studie. Ledelsen veiledet og hjalp meg å rekruttere informanter ut i fra mine kriterier som jeg hadde beskrevet på forhånd. Jeg hadde fire sykepleiere som daglig jobbet med å informere, undervise og assistere pasienter under preoperative forberedelsene. Intervjuet ble tatt opp og lagret digitalt og varte en time og tretti minutt.

3.3 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju som metode inngår i en tradisjon der kunnskap er under endring og bevegelse, den er ikke definert som kontant og absolutt. Virkeligheten har mange perspektiver og fortolkninger (Malterud, 2012). Metoden kan benyttes når forskeren vil se nærmere på fenomener som baserer seg på felles erfaringer. Målet er å frembringe intensjonen bak handlingene (Malterud, 2012). Fokusgruppeintervjuet kan kombineres med andre metoder som for eksempel; spørreskjema til et større utvalg og deltakende observasjon (Malterud, 2012). Fordelene med fokusgruppeintervju er at det er tids- og kostnadseffektivt. Forskeren kan rekke å intervju mange på kort tid og samle inn både individuelle og fokusgruppens erfaringer. Det er anbefalt at antall informanter bør ligge mellom seks til tolv for et fokusgruppeintervju. På denne måten kan bredspekteret datainnsamling med meninger og erfaringer sikres (Tjora, 2017). Deltakerne kan føle seg mer avslappet når de er i en gruppe med kjente arbeidskolleger. De kan oppmuntre hverandre til å være mer åpne. I motsetning til dybdeintervju, kan fokusgruppeintervju få frem meninger og erfaringer som både er individuelle og som kommer frem følge av interaksjon mellom gruppemedlemmene (Tjora, 2017).

Empiriske datainnsamlinger via fokusgruppeintervjuet gir mulighet til å få økt forståelse av erfaringene og refleksjonene som ligger bak handlingene (Malterud, 2012). Jeg ønsket å høre sykepleiernes tanker og erfaringer omkring preoperative forberedelsene med tanke på

forebygging av postoperative sårinfeksjoner og om utfordringer som sykepleierne eventuelt møter.

Ulempene med fokusgruppeintervju er beskrevet å være at sterke personligheter kan ta over samtalen og påvirke de andre i gruppen. Erfarne sykepleiere kan for eksempel ha en autoritetsrolle overfor nyutdannede. Dette kan medføre at de nyutdannede sykepleierne ikke tørr å si imot, slik at deres synspunkter ikke kommer frem (Tjora, 2017). En annen ulempe er om det oppstår en diskusjon innad i gruppa så kan samtalen spore av. Derfor må forskeren være klar til å gå inn i samtalen og styre den. Samtidig bør forskeren også være tilbakeholden, tålmodig og gi plass til deltakerne. I følge litteraturen bør et fokusgruppeintervju vare en til to timer (Tjora, 2017).

Jeg hadde aldri gjennomført et fokusgruppeintervju tidligere. Jeg startet med å oppsøke kunnskap i litteraturen om temaet. Sammen med min veileder planla jeg hvordan jeg skulle forberede meg og gjennomføre intervjuet. Min veileder som skulle være observatør under selve intervjuet, hjelpe meg med lydopptak, slik at jeg ikke trengte å bli forstyrret med å ta notater.

3.4 Utvalg

Etter samtalen med sengepostledelsen fant jeg ut at jeg ikke kunne invitere flere enn fem deltakere til fokusgruppeintervjuet på grunn av drifts- og bemanningsutfordringer på sengeposten. Jeg bestemte meg for at utvalget skulle bestå av 4-5 sykepleiere med minimum et halvt års erfaring eller mer fra sengeposten. Jeg håpet å få innblikk i sykepleiernes erfaringer og eventuelle utfordringer de hadde erfart ved preoperativ forberedelse av pasienter med fokus på forebygging av postoperativ sårinfeksjoner. Derfor ville jeg ikke inkludere nyansatte sykepleiere som hadde erfaring mindre enn et halvt år, og de som var under opplæring på tidspunktet for intervjuet. Jeg fikk spørsmål om jeg kunne tenke meg å inkludere ufaglærte til gruppen, siden de også forberedte pasienter til operasjon. Jeg takket nei med begrunnelse i at jeg ville se nærmere på sykepleiefagutøvelsen. Ufaglærte kunne ha «*ikke ferdigutviklet*» fagforståelse. Jeg ønsket å ha fokus på fagutøvelsen som sykepleiere har utviklet gjennom praksis og erfaring.

3.5 Intervjuguide

Jeg utarbeidet en intervjuguide med tre hoveddeler på bakgrunn av egne erfaringer, tidligere forskning og teori: Kunnskapsbasert praksis, Opplæring, Utfordringer jfr. vedlegg nummer 1.

3.5.1.1 Kunnskapsbasert praksis

Den første delen av intervjuguiden undersøker om sykepleierne jobber kunnskapsbasert. I kunnskapsbasert praksis reflekterer sykepleierne over egen praksis, deretter formulerer de spørsmål som de søker svar på i publiserte forskningsresultater (Nortvedt m.fl., 2012). De vurderer funnene kritisk etter en sjekkliste og tilpasser prosedyrene ut fra ny kunnskap. Sykepleierne evaluerer om den kunnskapen som forskningen bringer frem er nyttig og relevant for praksis. Dette er en kontinuerlig prosess som må gjentas hele tiden slik at ny kunnskap via forskning implementeres i praksis (Nortvedt m.fl., 2012). Jeg formulerte direkte og indirekte spørsmål om de jobber kunnskapsbasert.

3.5.1.2 Opplæring

I den andre delen av intervjuguiden hadde jeg opplæring som hovedtema. Jeg spurte om hvordan opplæring og hvor lenge de fikk opplæring. Om de brukte å ha undervisning med pasientcase og hvilke andre metoder som ble benyttet. Jeg ønsket også å få vite om de fikk opplæring når de preoperative prosedyrene ble endret.

3.5.1.3 utfordringer

Kontekst som gir ytre rammer til kunnskapsbasert praksis kan oppleves som utfordringer i praksis (Nortvedt m.fl., 2012). Derfor vil jeg vite om sykepleierne hadde utfordringer i praksis i forbindelse med de preoperative forberedelsene. Kontekst som sengepostens bemanning, ressurser, pleiekulturen, opplæringsmetoder og fysiske forhold er noe jeg vil nevne.

3.5.1.4 Avsluttende del

Jeg hadde også en avslutningsdel i et eget avsnitt, der informantene kunne snakke fritt om det de hadde lyst til å ta opp innen temaet preoperativ sykepleie.

Under hver hoveddel lagde jeg flere spørsmål og hjelpespørsmål i tilfelle samtalen stoppet opp. Det mest utfordrende med å lage en intervjuguide var å utforme spørsmålene. Jeg måtte ha spørsmål som var åpne, og der informantene skjønnte spørsmålet uten at de ble påvirket og veiledet til ønsket svar. Spørsmål som er formulert slik at svarene blir ja eller nei eller leder informantene til bekreftelse av problemstillingen og vil svekke datainnsamlingens troverdighet (Malterud, 2012).

Etter at jeg hadde utformet mine spørsmål testet jeg intervjuguiden sammen med en sykepleierkollega. Vedkommende er en anestesisykepleier og jobber ikke på sengepost, men

likevel tenkte jeg at denne testen ga meg mulighet til å avdekke svakheter i intervjuguiden. Jeg justerte og omformulerte intervjuguiden sammen med min veileder slik at spørsmålene ble utformet mer åpne og klare.

3.6 Gjennomføring av intervju

Enhetslederen på sengeposten skulle rekruttere sykepleiere som var villige til å delta i gruppen. I utgangspunktet ønsket jeg å ha en fokusgruppe bestående av seks sykepleiere. Under planlegging av fokusgruppeintervjuet hadde jeg samtale med enhetslederen for ortopedisk sengepost. Hun fortalte meg om hvordan arbeidet på sengeposten foregikk og om hvor mange sykepleiere som kunne tas ut av drift samtidig, slik at intervjuet kunne gjennomføres uten avbrytelser. Jeg inviterte fire informanter som alle møtte opp. Jeg fant ut at det var akseptabelt med en «*mini-fokusgruppe*» bestående tre til fire sykepleiere som daglig jobbet med pasienter som skulle gjennomføre elektiv ortopedisk kirurgi med innsetting av hofteprotese (Tjora, 2017). Informantene var eksperter i, å forberede, instruere, informere og assistere pasientene på daglig basis. Flere av dem underviste og hadde individuelle samtaler med pasientene på hofteskolen. Selv om gruppen besto av fire sykepleiere, kunne datainnsamling likevel være pålitelig, fordi sykepleierne hadde eksperterfaring i gjennomføring av de preoperative prosedyrene (Tjora, 2017).

Jeg kjente ikke sykepleiernes bakgrunn og ansiennitet på sengeposten før intervjuet. Men de utfylte mine kriterier for utvalg. Tre av dem hadde fra fire til ni års erfaring og den fjerde hadde snart to år. Informantene fikk skriftlig informasjon om studien og samtykkeskjema før intervjustart. De fikk tid til å lese informasjonen og samtykkeskjemaet før jeg presenterte meg og min veileder og startet intervjuet. Vi fikk disponere et møterom rett utenfor sengeposten og gjennomførte intervjuet da sykepleierne skulle avvikle sin matpause. Jeg serverte mat og drikke uten at det forstyrret lydopptaket. Stemningen var avslappet og samtalen gikk flytende. Jeg benyttet hjelpespørsmål når jeg ønsket avklaring eller fordypning av uttalelsene. Intervjuet varte en time og 30 minutt, med presentasjon og avslutning og oppsummering.

3.7 Transkribering av intervjumaterialet

Jeg lyttet gjennom intervjuet flere ganger før jeg transkriberte det til tekst. Jeg ville bli fortrolig med empirien. Tolkninger i pauser, latter og tonefall kunne påvirke min analyse (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuet ble skrevet ned ordrett fra lydopptak. Sykepleiefaglige begrep og uttrykk som informantene uttalte, ble overført til tekst uten endring. Jeg merket at under intervjuet spurte jeg bekreftende om en del utsagn som

sykepleiere uttaler med setninger som startet med «*Stemmer det..*». Jeg valgte ikke å utelukke disse. Setningene førte til at sykepleiere ga mer detaljert svar i enkelte tilfeller. De svarte bare «*ja det stemmer*» enkelte ganger. Alle utsagn og spørsmål ble skrevet ned på bokmål for å kunne bevare anonymitet til informantene.

3.8 Analyse av data

I analysen av intervjumaterialet tok jeg utgangspunkt i Graneheim og Lundman's artikkel om analyse om kvalitativ sykepleieforskning (Graneheim & Lundman, 2004). Artikkelen anbefaler at analysen gir en oversikt over setninger og uttalelser. Disse kan defineres som meningsbærende. De meningsbærende setningene ble forenklet, og gjort transparent, mer avkledd og synlig uten å miste sin dybde og mening. Meningsbærende setninger ble videre sortert som tekstnære meningsenheter. Disse ble sortert under koder, som jeg hentet fra teksten.

En tabell for meningsbærende setninger fra informantene til tekstnære meningsenheter ble lagt under flere koder, kategorier og subtema slik som Graneheim og Lundman beskriver (Graneheim & Lundman, 2004).

Analyse av kvalitativ forskningsmateriale er et krevende arbeid. Jeg begynte å analysere allerede under transkriberingen i samsvar med anbefalingene fra litteraturen (Polit & Beck, 2017a). Jeg ble oppmerksom på enkelte utsagn. Jeg måtte jobbe bevisst og være streng mot meg selv slik at jeg ikke overså meningsbærende setninger, både de som var godt synlige og de som ikke kom frem i første lesing av teksten. Faren for å overse en meningsbærende setning kan forebygges ved å lese teksten og høre på lydopptaket flere ganger (Malterud, 2012).

Teksten kan avdekke ny viten som forskeren må tas hensyn til (Polit & Beck, 2017a). Teoretisk bakgrunn kan gi mulighet til å knytte sammen meningsbærende enheter og se sammenhengen mellom dem. Det var viktig at jeg ikke så teksten som individuelle utsagn, men fra en gruppe der medlemmene påvirket hverandres utsagn (Polit & Beck, 2017a). Min erfaring som sykepleier spilte også en rolle i analysen av teksten (Graneheim & Lundman, 2004).

Forskningsprosjektet bør ha validitet og troverdighet. Leseren skal klare å følge forskeren i resonnetet og begrunnelsene (Malterud, 2017). Dette kan jeg oppnå med å være mest mulig objektiv og være bevisst på min rolle og erfaring som sykepleier under kodingen

(Graneheim & Lundman, 2004). En grundig begrunnelse på koding og kategoriseringen av materialet er viktig. Oppmerksomhet på fordeler og ulemper ved å forske innenfor sitt eget fagfelt er som allerede nevnt nødvendig (Graneheim & Lundman, 2004). Jeg beskriver min fremgangsmåte, og trinnene jeg har gått gjennom i analysen av teksten slik at leseren kan få en forståelse av hvordan jeg har kommet frem til funnene.

I intervjuguiden hadde jeg tre hovedtema med spørsmål og en avsluttende del. Jeg prøvde først å sortere ut meningsbærende setninger under de tre hovedtemaene. Jeg leste gjennom teksten flere ganger og markerte de meningsbærende setningene. Jeg plasserte setningene i en kolonne under hovedtema som i intervjuguiden. Deretter laget jeg en kolonne med tekstnære meningsenheter som jeg bearbeidet fra meningsbærende setninger. Jeg passet på at setningene ble kondensert uten at de mistet sin mening i tråd med Graneheim og Lundman sin anbefaling av tekst analyse (Graneheim & Lundman, 2004). Jeg hadde skrevet mine fortolkninger i margin på teksten. Disse ble lagt til egen kolonne som jeg kalte fortolkede meningsenheter. Jeg hentet undertema og tema fra teksten og plasserte disse i egne kolonner. Allerede under transkribering merket jeg at informantene ikke nevnte kunnskapsbasert praksis, men kom i stedet inn på sykepleierutiner og de prosedyrene de fulgte. Teksten viste at jeg ikke hadde kunnskapsbasert praksis som hovedtema, men sykepleierens rolle i forskjellige deler av fagutøvelsen. Jeg valgte derfor å bytte «*kunnskapsbasert praksis*» som hovedtema til «*sykepleierens rolle*». Eksempel fra min analyse er vist på tabell 1.

Tabell 1. Eksempel på analyseprosessen fra meningsbærende enheter til tema

Sykepleierens Rolle				
Meningsbærende setninger	Tekstnære meningsenheter	Fortolkede meningsenheter	Under-tema	Tema
De gjør seg klar på kvelden før ut fra informasjonen de har fått på hofteskolen: dusjer, tar på rene varme klær og legger seg i ren seng	Pasienten har fått informasjon på hofteskolen om ren seng, varmt rent tøy og hvordan klutene skal brukes	Sykepleierne sørger for informasjon og at prosedyren blir utført riktig	Sykepleierne gir informasjon, følger opp om pasienten forstår og gjennomfører prosedyren	Informasjon og samhandling mellom sykepleier og pasient

Jeg leste gjennom teksten på nytt og fant koder fra teksten. Jeg lyttet også til intervjuet igjen med kodene fremfor meg. Flere setninger som hørte til kodene ble synlige, samtidig fant jeg nye koder som jeg hadde oversett i første omgang. Jeg grovsorterte kodene og grupperte dem under hvert hovedtema: sykepleierens rolle, opplæring, utfordringer og avslutning. Jeg så at meningsbærende setninger i avslutningsdelen gikk inn i de tre hovedtema og valgte å plassere dem under disse. De tre hovedtema og kodene plassert under hvert tema viser retning for rapportering av resultatene. Jeg laget en ny tabell med de tre hoveddelene: sykepleierens rolle, opplæring og utfordringer.

Tabell 2. Koder fra tekst gruppert i de tre hovedtema.

Sykepleierens rolle	Opplæring	Utfordring
Preoperative prosedyrer	Fra novise til ekspert	Prosedyre og produktvalg
Informasjon og undervisning til pasienten	Ansvar for å være oppdatert	Hofteskole
Sykepleietiltak	Forskningens betydning	Pasientsikkerhet
Klinisk blikk	Undervisning og veiledning	Kompetansen i avdelingen
Individuelt tilpasset sykepleie		Opplevd tidspress
		Prioritering av arbeidsoppgaver
		Koordineringen med operasjons avd.
		Endrede rammebetingelser/ytre faktorer

Jeg diskuterte kodingen og funnene med min veileder og vi ble enige om at kodene som jeg hentet fra teksten skal legges frem i tre hovedtema.

3.9 Ethiske overveielser og hensynet til personvern

Jeg ville se nærmere på sykepleiefagutøvelsen i de preoperative prosedyrene på en ortopedisk sengepost. I følge regelverket til Regionalt etisk komite (med forkortelse REK) trengte jeg ikke å søke tillatelse når det var forbedring av fagutøvelse som var målet for studien. Min veileder og jeg diskuterte og ble enige om å sende søknad om tillatelse for forskning kun til Norsk Senter for Forskningsdatasamling (her i oppgaven forkortet NSD).

For å søke om tillatelse fra NSD, måtte jeg lage en prosjektskisse. Den omfattet; søknad til ledelsen av sengeposten om tillatelse til å utføre et fokusgruppeintervju, intervjuguiden jeg skulle bruke, informasjon om prosjektet til informantene, samt samtykkeskjema og kriterier for valg av informanter. Jeg fikk svar på min søknad og prosjektet ble godkjent jfr. vedlegg nummer 2. Jeg tok straks kontakt med ledelsen på ortopedisk sengepost for å kunne søke om tillatelse til å rekruttere informanter til fokusgruppeintervjuet jfr. vedlegg nummer 3.

Deltakerne fikk skriftlig invitasjon og informasjon om mitt forskningsprosjekt og hvordan intervjuet skulle gjennomføres jfr. vedlegg nummer 4. Lydopptaket ble gjennomført via en diktafon-app utviklet av universitetet i Oslo. Etter endt intervju ble lydopptaket overført kryptert, deretter dekryptert og lagret i en egen prosjektmappe med sikker lagringsplass i Tjeneste for Sensitive Data. Det var bare jeg og min veileder som hadde tilgang til det dekrypterte lydopptaket.

Jeg transkriberte lydopptaket til tekst der sykepleierne ble anonymisert som sykepleier 1 og sykepleier 2 med forkortelse spl 1 og spl2. Uttalelser på dialekt ble skrevet om til bokmål for å sørge for ytterligere anonymisering av informantene.

Jeg hadde på forhånd informert ledelsen på sengeposten om at funn som kunne sette organisasjonen i dårlig lys, kun ville bli presentert for ledelsen som et forbedringsforslag. Masteroppgaven vil, hvis slike funn fremkom, klausuleres for offentlig publisering.

3.10 Å forske i eget felt

Det er ganske vanlig at forskeren av kvalitativ forskning har kunnskaper om temaet som skal studeres nærmere (Tjora, 2017). Forkunnskaper som forskeren har kan gjøre det vanskelig å være nøytral til funn og analyse. Fokus på fordeler og ulemper med forkunnskaper bør vurderes hele tiden med tanke på forskerens rolle (Tjora, 2017). Fordeler med forkunnskap kan være god hjelp for å kunne forstå og fange opp nyansene i eget fagfelt. Ulempen med det at man nettopp på grunn av forkunnskapen kan være blind på det underliggende eller det

selvsagte (Tjora, 2017). Min sykepleiebakgrunn gir meg implisitt kunnskap som gjør at jeg muligens ikke spør utdypende nok fordi jeg ikke ser problemet og tror at jeg vet svaret (Tjora, 2017).

Målet med oppgaven er å avdekke ny vitenskapelig kunnskap som kan bidra til økt forståelse for sykepleiefagutøvelse og utfordringer i gjennomføring av preoperative forberedelser av pasienter med fokus på forebygging av postoperative sårinfeksjoner.

3.11 Metodekritikk

Jeg er klar over at denne masteroppgaven er for liten i omfang for å kunne generalisere funnene. Jeg utførte kun et fokusgruppeintervju på et sykehus. Jeg kunne utført flere fokusgruppeintervju på flere sykehus og gjennomført dybdeintervju med en eller to av de fagsykepleierne, som lager de preoperative prosedyrene. Jeg kunne se nærmere på pasientenes opplevelse av de preoperative forberedelsene og diskutert de mot sykepleiernes erfaring. Oppgavens størrelse og tidsfrister har lagt en streng ramme. Likevel synes jeg at funnene er spennende og gir grunnlag for refleksjoner over praksis.

4 Funn

I presentasjonen av funnene vil jeg gå gjennom hvert hovedtema med kodene som underkapittel. Det vil bli lagt frem direkte «gullsitat» fra selve intervjueteksten.

Funnene presenteres uten diskusjon. Jeg har allerede sortert kodene under tre hovedtema som er;

- Sykepleierens rolle
- Opplæring
- Utfordringer

4.1 Sykepleierens rolle

4.1.1 Gjennomføring av preoperative prosedyrer

Sykepleierne beskriver de preoperative prosedyrene og hvordan de utføres. De fleste pasientene som skal gjennomgå ortopedisk kirurgi med innsetning av hofteprotese kommer til hofteskolen for å få informasjon om rutine før operasjon. Informasjonen gis både gjennom felles undervisning og ved individuell samtale. Pasientene får med seg en skriftlig

bruksanvisning om hvordan klutene skal brukes. Sykepleierne tar imot pasientene på sengeposten med den antakelsen om at pasienten har fått, forstått og etterfulgt den informasjonen han eller hun har fått på hofteskolen. En av sykepleierne forteller:

«Pasientene har gjort seg klar som den informasjonen de har fått på hofteskolen beskriver at dem dusjer og venter en time før huden er ordentlig tørr, deretter kluter seg med klorhexidinkluter kvelden før»

Sykepleierne spør om pasienten har klart å utføre prosedyren slik som de har fått informasjon om når de kommer til sengeposten på operasjonsdagen.

Enkelte pasienter kalles inn på kort varsel slik at vedkommende ikke har gått gjennom hofteskolen, men tas imot av sykepleier på sengeposten. Informasjonen som gis på sengeposten er den samme som på hofteskolen.

Storparten av de preoperative forberedelsene foregår i pasientens hjem om han eller hun bor i nærheten av sykehuset, eller på pasienthotellet som ligger i nærheten av sykehuset. Pasientene får detaljert informasjon om forberedelsene på hofteskolen av sykepleiere. Informasjonen handler om hva pasienten må gjøre: rent varmt tøy som skal tas på etter dusjing, skifte på sengen før de legger seg hvis de er hjemme og hvorfor det er viktig å gjøre alt dette.

«Huden må være ordentlig tørr før pasienten bruker de engangsklutene med klorheksidin som de har fått hos oss. Når en dusjer åpner porene seg på huden, så kan pasienten få seg en hudreaksjon av klutene, derfor anbefaler vi å vente en time før pasientene bruker klutene.»

På operasjonsdagen kommer pasientene til sengeposten og blir tatt imot av sykepleiere som har gjort klar en ren seng til dem. På forhånd ordner sykepleierne pasientens papirer som skal følge med til operasjonen. De tar imot og sjekker identitetsmerking, fasting, de spør pasientene om de har brukt engangsklutene med klorheksidin i henhold til sengepostens preoperative prosedyre. Temperatur, blodtrykk og puls måles og dokumenteres. Pasienten blir bedt om å vaske seg med engangsklutene på nytt før han eller hun legger seg i ren seng i påvente av operasjonen. En av sykepleierne understreker viktigheten av å bruke skotrekk hvis pasienten må på toalettet når pasienten er ferdig klargjort.

Sengeposten har egne rutiner for de pasientene som trenger assistanse. Disse pasientene blir enten innlagt på sengeposten kvelden før operasjonsdagen eller får med seg en ledsager til

pasienthotellet. Ledsagerne hjelper pasienten kvelden før med dusjing og vask med engangskluter mens de som blir innlagt får hjelp av sykepleierne.

Selv om det ser ut som mesteparten av pasientene selv utfører den preoperative huddesinfeksjonsprosedyren er sykepleierne tydelig på at de følger med pasientene underveis.

«Vi følger med og hjelper dem med kluter. Jeg bruker alltid å si til pasientene generelt at «jeg hjelper deg med ryggen», ingen klarer å bruke kluter seg der.»

Den preoperative prosedyren som sengeposten bruker nå er mye enklere enn den gamle prosedyren. Den nye prosedyren sparer tid og krefter for både sykepleierne og pasientene.

Tidligere ble pasientene vekket og oppfordret til å gå i dusjen. De pasientene som trengte assistanse måtte prioriteres. Sykepleierne hadde ikke tid til å sjekke om noen av de andre pasientene som skulle opereres trengte hjelp. Den nye prosedyren, der pasienten dusjer om kvelden og deretter vasker seg med engangskluter som inneholder klorheksidin om kvelden og på morgenen syns å være mye bedre for pasientene. Sykepleierne sier at de får mer tid til å kvalitetssjekke og hjelpe de som trenger assistanse.

4.1.2 Informasjon og undervisning til pasienten

De fleste pasientene får informasjon om de preoperative forberedelsene på hofteskolen. Informasjonen gis i form av felles undervisning om sengepostrutinene og gjennom individuell samtale. Under den individuelle samtalen sjekker sykepleier om pasienten har forstått prosedyren og om han eller hun har spørsmål. En av sykepleierne forklarer hvordan hun sjekker om pasienten har forstått informasjonen:

«Jeg har hatt hofteskolen flere ganger, så jeg bruker å spørre i den individuelle samtalen om de har spørsmål i forhold til utførelsen av prosedyren og om dem har forstått informasjonen.»

Sykepleierne som er på hofteskolen får bedre mulighet til å gi preoperativ informasjon og kontrollere hva pasienten har forstått. Når pasientene tas imot på sengeposten kan det være travelt på grunn av mange arbeidsoppgaver. Pasientene kan oppfatte sykepleierne som stresset, de kan miste en del av informasjonen som blir gitt. For å forebygge dette deler sykepleierne ut i tillegg til muntlig informasjon, en skriftlig brosjyre som inneholder informasjon om de engangsklutene, slik at pasienten kan lese igjen ved behov. Det er stor mengde med informasjon om forskjellige rutiner og forholdsregler som pasientene får i tillegg til hvordan de skal bruke engangsklutene.

«Jeg bruker å sende med pasientene et ark som vi har som beskriver hvordan de skal gjøre det og at en klut her og en klut der og bruke alle 8 klutene slik at de kan lese i fred og ro.»

De andre i gruppen nikker bekreftende noe som jeg tolker at de gjør det samme.

På spørsmålet om hvordan de kan være sikre på at pasienten har forstått og gjennomført den prosedyren som er beskrevet, sier en av sykepleierne;

«Det handler om tillit. Vi har selvfølgelig ingen garanti for at når de kommer hjem legger de seg i ren seng med ren tøy og at de dusjer og vasker seg med engangsklutene som vi har gitt informasjon om. Vi må gjøre vår oppgave og gi god informasjon. Riktig informasjon er infeksjonsforebyggende.»

Sykepleierne understreker at det er flere faktorer som påvirker en god preoperativ forberedelse. God informasjon sørger for at pasienten forstår hensikten med prosedyren. Alle sykepleierne nikker og bekrefter at informasjonen som gis må være detaljert. De gir både muntlig og skriftlig informasjon. Sykepleierne går gjennom trinnene for prosedyren sammen med pasienten. Sykepleierne anbefaler og bruker også hjelp fra pårørende for riktig gjennomføring av prosedyren hvis pasienten tillater det.

4.1.3 Sykepleietiltak

«Jeg har opplevd at pasienten har gått fra senga til toalettet og tilbake til senga igjen uten å ha på seg skotrekk.»

Pasientene må bruke skotrekk til og fra sengen for å hindre at pasientens føtter blir urene etter at de er ferdig klutet. Sykepleierne hjelper med skotrekkene og forklarer pasienten hvorfor det er viktig å bruke dem. Det settes i gang sykepleietiltak for å bryte smittekjeden, hindre at smuss og bakterier i å bli overført til sengen. De har også fokus på risikoen for fall under gjennomføring av de preoperative forberedelser. En av sykepleierne nevner at hun legger en håndduk på gulvet slik at pasienten kan trå på når han eller hun går ut av dusjen. Hun spør om de andre i gruppen også gjør det samme. En annen sykepleier svarer at en håndduk på gulvet gir risiko for fall hvis en ikke passer på. Alle i gruppen er enig om det, men mener at selv om det er risiko for fall er det viktig å hindre at pasientens føtter blir urene. De hjelper pasienten slik at risiko for fallskade forebygges.

Sykepleiere har fokus på forebygging av postoperative sårinfeksjoner. De mener at det er viktig at nyansatte sykepleierne og assistentene har det samme fokuset. De forteller at de prøver å undervise de andre som hjelper pasientene med de preoperative forberedelsene.

«Grunnen til det vi gjør det er for å forebygge infeksjoner, hvor lenge pasientene blir her når dem har fått infeksjon, det er vanskelig å bli kvitt, det tar lang tid. Det er viktig med forebygging.»

Sykepleierne måler pasientens temperatur på morgenen. Hvis pasientens kroppstemperatur er under 36,0 selv med varme klær og dyne, får pasienten ekstra varmeteppe. Det er tydelig at sykepleierne har oppmerksomhet på at lav kroppstemperatur er en av risikofaktorene for postoperative sårinfeksjoner. De nevner både urinveisinfeksjoner, trykksår og fall i forbindelse med risiko for pasientsikkerheten.

4.1.4 Klinisk blikk

På spørsmålet om sykepleierne kjenner noen risikofaktorer, og om de allerede under forberedelsene tenker at enkelte pasienter er i faresonen for postoperativ sårinfeksjon. Sykepleierne svarer at de er oppmerksomme på pasienter med tilleggssykdommer som psoriasis, diabetes, urinveisinfeksjoner eller inkontinens. En av sykepleierne forteller om pasienter med dårlig personlig hygiene. En annen nevner eldre pasienter og risikoen for postoperativ forvirring som kan være en alvorlig tilstand.

«De eldre pasientene som får hofteprotese kan utvikle postoperativ delirium og fjerner bandasjen, man må være obs.»

En annen sykepleier forteller at hun har ikke tenkt på at akkurat en type bestemt pasient får infeksjon. Men de mest erfarne sykepleierne i gruppen er enige om at de kjenner igjen de pasientene som med stor sannsynlighet kommer tilbake til sengeposten med infeksjoner.

«Etter x antall pasienter vet man litt hva slags pasienter som kommer i retur med infeksjoner.»

4.1.5 Individuell tilpasset sykepleie

Sykepleierne kommuniserer og avtaler med pasientene om hvor mye hjelp de trenger i gjennomføringen av de preoperative forberedelsene. De kartlegger graden av hjelp som pasientene trenger og tilpasser rutinene ut i fra pasientens behov.

«Det er viktig å spørre pasientene om de trenger hjelp. Klarer de selv så man vet, hvis de trenger hjelp så vet man og kan hjelpe de.»

Pasienten får muligheten til å bestemme graden av assistanse, selv om sykepleierne hele tiden er tilgjengelige for hjelp. Prosedyrene tilpasses slik at pasienten får følelse av kontroll over en ganske utrygg situasjon i påvente av en operasjon.

4.2 Opplæring

4.2.1 Fra novise til ekspert

Sykepleierne snakker om viktigheten av de enkelte sykepleietiltak som iverksettes. Forebyggingsarbeid og forståelsen av sykepleiefaget blir nevnt flere ganger underveis i intervjuet. Sykepleiere overfører kunnskapen til de sykepleiere som er nyansatte. De har opplæringsansvar for assistenter og studenter som er i praksis.

«Jeg fokuserer på hvorfor vi gjør det vi gjør, både for nye sykepleiere og assistentene.»

På sengeposten får de nye sykepleierne opplæring av en annen sykepleier som de går vakter sammen med. De blir veiledet og undervist om arbeidsoppgavene og hvordan disse skal utføres. En viktig del av opplæringen er arbeidsoppgavene som innbefatter å gjøre klar papirene til skriving av daglig rapport, assistere og hjelpe pasientene med de preoperative forberedelsene. De får en sjekklister som de krysser av på etter hvert som de er fortrolige med utførelsen av oppgaven. Både sykepleiere og assistenter har sine sjekklister for opplæring.

«Jeg fikk opplæring av den sykepleieren som jeg gikk vakter sammen med. Jeg hadde en sjekklister som jeg brukte, hva jeg fikk opplæring om, hvordan ting skulle utføres både før og etter operasjon, også bruk av kluter.»

Det kommer frem under samtalen at sykepleierne overfører kunnskapen som de selv har skaffet seg via erfaring på sengeposten til de nye sykepleierne og assistentene.

4.2.2 Ansvar for å være oppdatert

Sykepleierne sørger selv for å skaffe seg kunnskap om produktene og prosedyrene når rutinene plutselig blir endret. De forteller om perioden da apoteket ikke klarte å levere engangskluter. Sengeposten fikk utlevert andre typer produkter som sykepleierne ikke hadde kjennskap til. Sykepleierne møtte utfordringen med selv å søke kunnskap om hvordan disse

produktene skulle brukes, hva de inneholdt og forsiktighetsregler. De slo opp prosedyrene i avdelingens prosedyresamling og bruksanvisningen til produktene og sørget for oppdatering.

«De klutene var i bruk når jeg kom tilbake fra permisjon. Så jeg gikk inn på avdelingens prosedyremappe og leste om prosedyren.»

Sykepleiere forteller at de diskuterer daglig med de andre sykepleiere og ufaglærte om produktene og prosedyrene. De formidler videre den kunnskapen de selv har erfart.

Sykepleierne mener at å lese prosedyrene er greit, men understreker at det er viktig å forstå grunnen til de preoperative prosedyrene og kjenne utfordringene.

4.2.3 Forskning

Sykepleierne leser både prosedyrene og bruksanvisningene til produktene som brukes for de preoperative forberedelsene av pasientene. Men ingen av dem nevner at de bruker tid på å søke opp eller lese om ny forskning på det området. Sykepleierne kjenner ikke bakgrunnen til prosedyrene. De snakker mye om hensikten med prosedyrene, men selve grunnen til prosedyreendringene vet de ikke. De går ut i fra at prosedyrene er laget og endret i henhold til det som er anbefalt nasjonalt. På spørsmålet om hvem som lager og bestemmer dagens prosedyre svarer de at det er sengepostledelsen i samarbeid med smittevernavdelingen på sykehuset.

«Det tror jeg at det er et samarbeid mellom smittevernavdelingen og ledelsen, ettersom hva som var anbefalt. Men det er ledelsen som bestemmer hvilket produkt som vi skal bruke.»

Det kommer frem at sykepleierne får den nyeste kunnskapen gjennom nye rutinebeskrivelser implementert av sengepostledelsen i samarbeid med smittevernavdelingen.

4.2.4 Undervisning og veiledning

Det arrangeres undervisning om forskjellige temaer på sengeposten. Temaene kan variere fra smertebehandling, væskebalanse, elektrolyttforstyrrelser, amputasjoner, trykksår og postoperativt forvirring.

Sykepleierne foreslår selv tema for undervisningen. Informantene forteller at undervisningen skal gjennomføres regelmessig i form av fagdager i fremtiden. Det kommer frem i samtalen at pasientcaser ikke blir brukt i undervisningen.

De veileder og underviser de andre sykepleierne, studentene og assistentene. Veiledning og undervisning i opplæringsperioden er systematisert av en sjekklister, men etter dette, er det situasjonsbestemt veiledning og opplæring som blir benyttet.

4.3 utfordringer

4.3.1 Prosedyre og produktvalg

Sykepleierne har ikke mulighet til å påvirke produktvalget. Ledelsen i sengeposten lager prosedyrene for de preoperative forberedelsene og bestemmer hvilket produkt som skal brukes. Det kommer frem at smittevern avdelingen i samarbeid med ledelsen på sengeposten spiller en aktiv rolle i produktvalget. I en periode klarte ikke apoteket å levere engangsklutene som skulle brukes under gjennomføringen av de preoperative forberedelsene, og sengeposten får levert et annet produkt. Sykepleierne forteller at de ikke kjenner det nye produktet, og på det tidspunktet har ikke sengeposten en reserveprosedyre i tilfelle av leveringsvansker. Fagsykepleier får ansvaret for å lage en reserveprosedyre som inkluderer det nye produktet. I mellomtiden leser sykepleierne bruksanvisningen, og de veileder og informerer pasientene ut i fra det.

«Apoteket ikke klarte å levere de engangsklutene. Da fikk vi opp svampene. Det var egentlig ingen som visste hvordan de nye produktene skulle brukes.»

Svampene som erstattet engangsklutene som inneholder klorheksidin skulle brukes kun midlertidig, men problemet med leveransen varte og sykepleierne ble godt kjent med det nye produktet. Det kom frem i samtalen at fagsykepleier på sengeposten holder på å utarbeide en prosedyre som passer til erstatningsproduktet. Dersom det oppstår leveranseproblemer igjen kan sengeposten bruke reserveprosedyren. Det viser seg at leveranseproblemene oppstår plutselig og at ingen på sengeposten, verken ledelsen eller sykepleierne er forberedt på dette. Ansvaret for å skaffe seg kunnskap om det nye produktet ligger hos den enkelte sykepleier inntil prosedyren er klar, sier informantene.

4.3.2 Hofteskolen

«Hofteskolen er vår pasientskole. Det skal fungere som et godt tiltak, for at pasienten skal ha god nok informasjon i forkant av operasjonen. Det er en stor utfordring å få den til å gå rundt.»

Det er flere faggrupper som skal undervise og informere pasientene. Det hender at flere ikke kan komme til hofteskolen av forskjellige årsaker. Da er det sykepleieren som tar ansvar og gjennomfører undervisningsdelen til den faggruppen som ikke kommer. Ergoterapeut, fysioterapeut og anesthesisykepleier kan bli erstattet av sykepleier fra sengepost. Sykepleierne bruker mye tid og tar ansvar for å formidle viktig informasjon til pasientene som egentlig skal undervises av andre. Dette er et problem, sier sykepleierne i fokusgruppen. Når de tar over ser de at det er en utfordring i at de bare kan undervise ut i fra det ferdiglaget undervisningsmaterialet. For eksempel anesthesisykepleierens undervisning, sykepleierne har ikke dybdekunnskap om anestesi og kan ikke svare pasientens spørsmål hvis dette ikke er nevnt i undervisningsmaterialet.

«Sist jeg hadde hofteskolen, kom ikke ergoterapeut, ikke anesthesisykepleier, ikke anestesilege og heller ikke turnuslege. Jeg tok alt, bortsett fra det jeg ikke får lov til å gjøre; anestesitilsyn og skrive inn pasienten.»

4.3.3 Pasientsikkerhet

Sykepleierne tar ansvar og erstatter de andre faggruppene på hofteskolen hvis de ikke kan komme, men de kan ikke ta over legenes arbeidsoppgaver. Hofteskolen er organisert slik at legene får god tid til samtale med hver enkel pasient. Både innskrivning av pasienten og anestesitilsyn blir forsinket på grunn av at legene ikke kan komme. Dette kan ifølge sykepleierne medføre svikt i pasientsikkerheten, fordi tilstand som bør avklares og oppdages under disse samtalene kan bli oversett eller oppdaget seint. Det kan i verste fall forårsake forsinkelser i pasientforløpet.

«Kirurgen kommer, men kirurgen er veldig fokusert på selve inngrepet. Innkomsjournalen skal fange opp faremomentene, i tillegg til at legen har ekstra tid til å gi informasjon, hva pasienten bør være forsiktig med etter operasjonen. Hofteskole er viktig for den preoperative forberedelsen og for hele pasientforløpet.»

Pasientene som kommer uten hofteskolen er også en utfordring ifølge sykepleierne, fordi disse pasientene ikke har fått god nok informasjon. Sykepleierne tar imot disse pasientene på sengeposten og lager en innkomstrappert av sykepleier, men dette erstatter ikke legenes innkomstnotater og anestesitilsyn.

«Det er en utfordring for det også. Vi har ikke turnuslege som kan ta imot, anestesilegen har ikke tid, operatøren står og opererer.»

I samtalen kommer det frem at sykepleierne bruker mye tid og ressurser slik at nødvendige arbeidsoppgaver gjennomføres innen pasienten skal opereres. De formidler og minner de andre faggruppene på om å gi informasjon som pasienten forventer og trenger.

4.3.4 Kompetanse

Det er ikke bare sykepleiere som hjelper pasientene med de preoperative forberedelsene, også assistenter, nyansatte sykepleiere og studenter som er i praksisopplæring bidrar.

«Kompetansen på avdelingen er så spredt.»

Sykepleierne er ikke sikre på at fagutøvelsen er på samme nivå som hos erfarne sykepleiere, men mener at preoperative forberedelsene blir gjennomført i henhold til prosedyren. Kompetansen på sengeposten er på forskjellige nivå og manglende praksiserfaring kan skape tidspress hos ufaglærte. Forståelse for de preoperative prosedyrens hensikt utvikles gjennom praksiserfaring i forebygging av postoperative sårinfeksjoner. Ufullstendig gjennomføring av prosedyren kan være en risiko for pasientsikkerheten ifølge sykepleierne.

4.3.5 Tidspress

«Tid er en utfordring. Å rekke å klargjøre alle pasientene. Gjenta prosedyren etter seks timer. Hvis jeg har en annen pasient som trenger mye hjelp kan det hende at jeg får knapt med tid, risikoen for at jeg ikke rekker å gjøre det er tilstede.»

Sykepleierne uttrykker at de har følelsen av å jobbe under tidspress. Siden det finnes både elektive og pasienter som skal ha øyeblikkelig hjelp på sengeposten, kan antall pasienter og pasientenes behov for assistanse variere fra dag til dag. Pasientene bruker kluter som inneholder klorheksidin med litt hjelp og legger seg i sengen klokken 06:00 Effekten av klutene varer kun seks timer, og pasientene må bruke klutene igjen hver sjettede time. Det kan hende at når pasienten må bruke klutene for andre gang, har klokken allerede passert seks timer og gjentakelsen av prosedyren blir forsinket.

Sykepleiere har ansvaret for både elektive og øyeblikkelig hjelp pasienter i tillegg til andre arbeidsoppgaver som for eksempel å gjøre klar medikamenter, delta på visitt eller koordinere tilleggsundersøkelser som røntgen, blodprøver og gjøre pasientene klar til hjemreise.

«Det er tiden som du ikke har, kanskje du har mye å gjøre eller har du andre pasienter som kanskje krever litt mer, også plutselig bikker tiden over seks timer.»

4.3.6 Prioritering

Samtalen viser at sykepleierne må prioritere de pasientene som trenger mest hjelp. De fleste pasientene som trenger hjelp er traumepasienter, det vil si øyeblikkelig hjelp pasienter som ofte er sengeliggende eller trenger hjelp på grunn av sin skade. Denne pasientgruppen krever mye oppmerksomhet og assistanse. Sykepleierne forteller at nattevaktene gjør klar både elektive og øyeblikkelig hjelp pasientene som skal til operasjon på den aktuelle dagen. Antall pasienter som skal være klargjort på forhånd kan variere, men det kan være opptil femten pasienter.

Sykepleiere diskuterer under intervjuet at de kanskje er alt for snar til å klargjøre alle pasientene. De er enige om at de må prioritere hele tiden mellom arbeidsoppgavene og på denne måten kommer de gjennom arbeidsdagen. Sykepleierne synes ikke dette er bra, siden en prioritering mellom oppgavene betyr prioritering mellom pasientene.

«Det kan være at det er så mye øyeblikkelig hjelp, så tenker en at den pasienten som skal til elektiv kirurgi klarer å utføre prosedyren selv.»

Sykepleierne er ikke komfortable med prioriteringen som de må gjøre. Gruppen diskuterer en stund seg imellom uten at de kommer til en konklusjon. Når tidspresset er der skal man gjøre klar alle pasientene eller bare en del av dem, gjøre klar kun elektive eller øyeblikkelig hjelp pasientene? En sykepleier foreslår å gjøre klar alle pasientene, men en annen som vil kun prioritere elektive pasienter, siden disse pasientene er på en bestemt operasjonsstueliste med kapasitet til et bestemt antall inngrep som sjelden blir endret.

Sykepleierne blir ikke enige om en løsning, men de mener at denne utfordringen noen ganger kan skape frustrasjon i sykepleiergruppen.

4.3.7 Koordinering med operasjon

Det kommer frem at det finnes et forbedringspotensial i koordineringen mellom sengeposten og operasjonsavdelingen. Elektive pasienter blir gjort klar fra klokken seks på morgenen av nattevakten. Kirurgen prioriterer pasientene som nummer en, to og tre på operasjonsprogrammet. Pasient nummer en blir kalt inn til operasjon klokken 07:30 mens de andre venter til den første operasjonen er ferdig. Når pasient nummer en er ferdig operert og transportert til oppvåkningsavdelingen blir operasjonsstuen vasket og klargjort til neste pasient på operasjonslista. Hvis alt går etter planen og det ikke oppstår uventede forsinkelser, blir pasient nummer to på lista kalt inn rundt klokken 10:30 og den tredje rundt klokken

13:30. På dette siste tidspunktet må pasienten som har brukt engangskluter med klorheksidin klokken seks, gjenta prosedyren på nytt. Hvis det blir forsinkelser, må alle pasientene som har gått over «seks timers grensen» gjenta prosedyren. Akkurat da kan sykepleierne være opptatte av øyeblikkelig hjelp pasienter som trenger assistanse til klargjøring. Mens tiden nærmer seg for å gjenta prosedyren, ringer operasjonsavdelingen og ber om at pasienten kjøres til operasjonsstua.

«Du må be pasienten å gjenta prosedyren fordi seks timer er passert, men akkurat da ringer operasjonsavdelingen og ber om at pasienten kjøres til operasjonsavdelingen med en gang.»

Sykepleierne syntes det er problematisk at de må haste gjennom og gjenta prosedyren når det kan resultere i forsinkelse av operasjonsprogrammet. De er klar over at det er en stor belastning for pasientene hvis operasjonen utsettes, derfor prøver de å unngå forsinkelser som kan resultere med utsettelse av inngrepet. Sykepleierne forteller at de må be pasientene å skynde seg og bruke engangsklutene. Dette stresser pasientene rett før de skal transporteres til operasjonsavdelingen. Sykepleierne rekker av og til ikke å dokumentere andre gangs bruk av engangsklutene. De får ublide tilbakemeldinger fra operasjonsavdelingen og kirurgene hvis pasientene transporteres seint og forårsaker forsinkelse i operasjonsprogrammet. Mangel på dokumentasjon forårsaker avviksmeldinger fra anestesi og operasjonsavdelingen. En av sykepleierne i gruppen foreslår at en egen enhet som gjør klar kun de elektive operasjonspasientene kan være løsningen på problemet.

«Elektive pasienter som kan sluses gjennom en klargjøringsenhet, det hadde vært bra.»

Den beskrevne utfordringen i kommunikasjon og koordinering mellom sengepost og operasjonsavdeling fremkommer i samtalen som en tydelig risiko for pasientsikkerheten i forhold til tidsfristen for huddesinfeksjon. Det kan forårsake avvik fra sengepostens preoperative prosedyrer med tanke på forebygging av postoperative sårinfeksjoner.

4.3.8 Endrede rammebetingelser og ytre faktorer

De fysiske forholdene på badet og begrenset antall rom på sengeposten er en annen utfordring. Baderommene er trange slik at sykepleierne får problemer mens de assisterer pasientene, og de sliter med å ivareta de hygieniske prinsipper underveis.

Elektive pasienter som venter på operasjon blir plassert i korridorene. Det skaper en utfordring når pasienten skal klute seg. Sykepleierne må lete etter ledige baderom eller en skjermet plass for pasienten.

«Den elektive pasienten ligger og venter på operasjonen på gangen når det er fullt på avdelingen. De får rom etter operasjon, men før operasjon er det tre til fire korridorpasienter på gangen som ligger og venter. Da må pasienten gå inn på et annet rom eller lengst ned i gangen for å vaske seg med engangskluter.»

Sykepleierne mener at det ikke er så mye som kan gjøres med de fysiske forholdene på sengeposten. På direkte spørsmål om det er mulighet å opprette et klargjøringsrom på sengeposten, svarer de at det ikke finnes plass.

En annen utfordring innenfor rammebetingelser er nattevaktsbemanning. Det er fire som bemanner sengeposten på nettene i ukedagene. Nattevaktene må gjøre alle pasientene klare, og sengeposten trenger flere som kan komme på jobb. For å bidra til en bedring sørget sengepostledelsen for at en tidligvakt kom klokken seks for å hjelpe nattevaktene. På grunn av endringer i bussrutene sluttet denne ordningen å fungere og sengeposten måtte fjerne denne vekten med begrunnelse i vanskelige transportbetingelser for personalet.

5 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg diskutere funnene som jeg har presentert i forrige kapittel. Jeg har delt diskusjonen av resultatene inn i tre hovedtema. Videre har jeg, basert på egne erfaringer og litteratur, reflektert over mulig forbedringsarbeid som følge av mine funn. Deretter er studiens styrke og begrensninger diskutert. Så følger diskusjonen av anvendbarheten til de teoretiske perspektivene som er valgt. Jeg avslutningsvis diskuterer funnenes overførbarhet, mulig videre forskning og refleksjoner over eget arbeid.

Sykepleierne i fokusgruppen fremsto som erfarne, kunnskapsrike og faglig engasjerte. De møtte utfordringer som kunne skape frustrasjoner i sykepleiergruppen, likevel hadde gruppen fokus på løsninger som de diskuterte.

5.1 Sykepleierens rolle

Funnene viser at sykepleiere på sengeposten har kunnskap om sengepostens preoperative prosedyrer og pasientgrunnlag. De har verdifull erfaringskunnskap som er viktig i en helhetlig kunnskapsbasert praksis (Nortvedt m.fl., 2012).

Pasientene som skal til hoftekirurgi får undervisning og informasjon på hofteskolen. Sykepleierne tar ansvar for helhetlig undervisning og informasjon på sengeposten hvis pasienten ikke har vært på hofteskolen.

Resultatet viser at sykepleierne har fokus på forebyggingsarbeidet, både i forhold til postoperative sårinfeksjoner og andre risikofaktorer som kan forårsake pasientskader. Sykepleierne vektlegger undervisning og informasjon med tanke på preoperative pasientforberedelser. I dette arbeidet bruker sykepleierne sin kunnskap om sengepostens preoperative prosedyrer og sin erfaringskunnskap til å vurdere pasientens evne til å utføre huddesinfeksjonen selv. Undervisning og forebygging er grunnleggende og en viktig del av sykepleiefaget (Benner m.fl., 2011). Mine funn viser at sykepleierne foretar målinger og dokumenterer disse i pasientens journal. De iverksetter tiltak hvis det er behov for det. I tråd med Benners beskrivelser har sykepleierne en «*bedside*» tilstedeværelse og er tilgjengelige for tett oppfølging. Om pasientene utfører prosedyrene selv blir det gjennomført under sykepleiernes veiledning og assistanse. En «*bedside*» tilstedeværelse betyr som Benner beskriver i sin teori, er at sykepleierne henter inn informasjon fra pasienten, samtidig som de informerer, veileder og utøver omsorg (Benner m.fl., 2011).

«Vi må gjøre vår oppgave og gi informasjon, riktig informasjon er infeksjonsforebyggende. Vi vil jo ikke ha infeksjon i den nyopererte hofta, så det er veldig viktig sier jeg.»

Sykepleierne registrerer og fortolker det de observerer og tilpasser de preoperative prosedyrene så godt som mulig til den enkelte pasient. Helt i tråd med Elstad sine casestudier (Elstad, 2014) innhenter sykepleierne i denne studien informasjon fra vitale parametre som temperaturmåling, inspisering av huden, mobilitet og smerter, og fra samtalene med pasient og pårørende. Denne samlingen av informasjon bruker sykepleiere til å sørge for en helhetlig pasientbehandling som tilpasses til den enkelte pasientens behov.

Individuelt tilpasset sykepleie er også tydelig kommet frem i denne studien. Sykepleierne bruker sin erfaring og kunnskap om prosedyrene og tilpasser tiltakene. De prøver å være i forkant av hendelsene og gjør mye for å prøve og forutse hvordan gjennomføringen av

prosedyrene kan utføres med den aktuelle pasientens ressurser. Selv om sengepostens preoperative prosedyrer er standardiserte, tilpasser sykepleierne gjennomføringen av dem. Mine funn bekrefter Elstad sin teori om sykepleiernes bruk av klinisk blikk og faglig skjønn i gjennomføringen av de preoperative prosedyrene (Elstad, 2014). Det kommer frem i samtalen at hvis pasienten ikke klarer å utføre prosedyren som han eller hun har fått informasjon om, avdekker sykepleieren dette på forhånd og sørger for at prosedyren utføres med assistanse gjennom alle trinnene av forberedelse.

Utvalget mitt synes å bestå av sykepleiere på ekspertnivå ifølge Dreyfusmodellen (Benner, 1995). Det tar omtrent ti års praksiserfaring for å bli ekspert sykepleie ifølge Benner (Benner, 1995). Selv om ingen av sykepleierne i utvalget har ti års praksiserfaring kjenner de alle til de preoperative prosedyrene på ekspertnivå, og de klarer å vurdere hvordan og hvilken type tilpasning som pasienten trenger. De kjenner produktene og forebygger feilbruk som kan forårsake hudreaksjoner som igjen kan gi økt risiko for sårinfeksjoner postoperativt. Mine funn bekrefter Benners teori om sykepleierne er på ekspertnivå når det gjelder sengepostens preoperative prosedyrer (Benner, 1995). Når de får utlevert et annet produkt til å gjennomføre de preoperative prosedyrene, skaffer de seg raskt kunnskap om det. På denne måten sørger sykepleierne for i varetakelse av pasientsikkerheten.

I intervjuet kommer det frem at sykepleierne sammenligner og vurderer de preoperative prosedyrene som var og er gjeldende, ut ifra både pasientens og sykepleiernes perspektiv. De ser at endring av prosedyren er bra for sykepleierne på grunn av tidsbesparelse. Dessuten vil slike endringer også være bra for pasientene. Standardiserte prosedyrer som er enkle å gjennomføre skaper trygge rammer både for sykepleiere og pasienter. Mine funn støtter også her Elstad sine konklusjoner fra en tilsvarende studie (Elstad, 2014). Sykepleierne er i stand til å gjøre en fagkritisk vurdering fordi de kjenner alle trinn i begge prosedyrene og har erfaringskunnskap om gjennomføring av prosedyrene. Resultatet viser at sykepleierne ikke bare sammenligner prosedyrene, men også tilpasningsgrunnlaget for den enkelte pasient. Dette er i tråd med Alvsvåg sin teori (Alvsvåg m.fl., 2007).

Mine funn viser at sykepleierne overfører erfaringskunnskapen til andre sykepleiere og personalgruppen. De diskuterer fagutøvelsen med de andre kollegene. I diskusjon med andre sykepleiere og ufaglærte som Alvsvåg kaller «medskjønnere» ser de gjennom fagutøvelsen. Fagkritisk vurdering av både erfaringskunnskap og forskningskunnskap er nødvendig for å sikre at den relevante og riktige kunnskapen overføres (Alvsvåg m.fl., 2007).

Det kommer frem at sykepleiere ikke bruker begrepet «*kunnskapsbasert praksis*» under intervjuet. På direkte spørsmål om de jobber kunnskapsbasert svarer de; «*Ja*». Funn viser at sykepleierne «*antar*» at sengepostens preoperative prosedyrer er kunnskapsbaserte siden de er laget etter det som er anbefalt både nasjonalt og internasjonalt og i samarbeid med smittevernavdelingen. Sykepleierne kjenner ikke til bakgrunnen for prosedyrene eller årsaken til endringer. I samtalen kommer det frem at sykepleierne jobber kunnskapsbasert fordi sengepostens prosedyresamling støtter seg på gjeldende forskning og dermed er kunnskapsbasert. På denne måten sikrer sengepostens sykepleieleidelse at sykepleierne tar i bruk ny forskning, dette er i tråd med anbefalingene til Nortvedt, men det er fortsatt en del implementeringsarbeid som gjenstår (Nortvedt m.fl., 2012). Det kommer frem i funn at sykepleierne bruker prosedyresamlingen hyppig under veiledning og undervisning av andre ansatte og pasientene på sengeposten.

Prosedylene lages av ledelsen på sengeposten i samarbeid med smittevernavdelingen og i henhold til siste nasjonale anbefalinger (Helse Sør-Øst, 2017). Sykepleielederne på sengeposten er erfarne sykepleiere som kjenner arbeidsteamets utfordringer, organisering og kompetanse. De implementerer kunnskapsbaserte prosedyrer via avdelingens prosedyresamling. Det betyr at lederne har en «*ovenfra og ned*» pådriverrolle i prosessen som sørger for implementering av kunnskapsbasert praksis (Nortvedt m.fl., 2012). Ulempen med det er at sykepleierne ikke selv er aktive deltakende, og vil dermed mangle dybdekunnskapen bak prosedyrene. Hvorfor akkurat denne prosedyren er valgt, hvorfor det akkurat er den måten det skal utføres på, og hvorfor akkurat det produktet velges kan vanskelig å forstå. Når sykepleierne er involvert i selve utarbeidelsen av preoperative prosedyrer, ved å søke opp relevant forskning, avdekker de risikofaktorer, fordeler og ulemper som kan påvirke og forme praksis.

Hvis sykepleierne skal klare å se på praksis med fagkritisk perspektiv, må de også ha erfaring i fagkritisk vurdering. Det er tidkrevende å søke opp forskning og vurdere kritisk er vanskelig. Sykepleierne kan få opplæring om kunnskapsbasert praksis og lære å vurdere forskningsresultater ved hjelp av en sjekklister (Nortvedt m.fl., 2012). Relevant forskning som sykepleierne søker opp kan legges frem til de andre på sengeposten og funn kan diskuteres og reflekteres over i konkrete pasientcaser. Resultatet av det kan forbedre praksis. Fordelen med å la alle sykepleiere søke opp forskning er at de får erfaring med å jobbe kunnskapsbasert. Dermed kan de bli i stand til å vurdere rutine kritisk. Kunnskapen føres inn til sengeposten

via måten «*nedenfra og opp*» og forbedring av praksis implementeres bredt (Nortvedt m.fl., 2012).

Endringen av sengepostens preoperative prosedyrer gir pasienten en sentral rolle i gjennomføring av den. Pasienten blir ansvarliggjort av den informasjonen som han eller hun har fått.

«Det er ansvar for egen helse, vi må stole på pasienten gjør det som er riktig ut i fra den informasjonen som vi gir.»

Det er vanlig at sykepleiere sørger for informasjon og undervisning både her i Norge og andre europeiske land (Charalambous m.fl., 2018). Funn viser at sykepleierne har mye erfaring om hvordan de skal informere og undervise pasientene. De sjekker om pasientene har forstått hva gjennomføringen av de preoperative prosedyrene innebærer ved å spørre pasienten om han eller hun har spørsmål om dem. Min studie støtter øvrig forskning som viser at pasientene av og til har erfart at er informasjonen som de får ikke tilstrekkelig (Klemetti m.fl., 2015). Sykepleierne ser behovet for at informasjonen må gjentas i enkelte ganger. For å sikre tilgang til informasjon sender sykepleierne skriftlig informasjon med pasientene når de forlater hofteskolen og sengeposten. Dette gir pasienten mulighet til å lese prosedyren flere ganger hvis han eller hun er usikker på det som ble sagt under samtalen. Det er spesielt viktig for de pasientene som får informasjonen på hofteskolen flere uker før operasjonsdatoen.

Sykepleierne spør om pasienten har spørsmål angående de preoperative prosedyrene, og om de har skjønnet trinnene for gjennomføringen. Litteraturen viser at den beste måten for å finne ut om pasientene har forstått informasjonen riktig er å be pasienten å gjenta informasjonen med egne ord (Gröndahl m.fl., 2019). På denne måten finner sykepleierne ut ikke bare om pasienten har spørsmål, men også om han eller hun har oppfattet informasjonen riktig.

Det kommer frem at sengeposten har en preoperativ prosedyre for pasientene som klarer seg med minimal assistanse, og en annen for de som trenger hjelp i alle trinn. De pasientene som trenger mye hjelp blir lagt inn på sengeposten dagen før operasjonen, og de følges enda tettere av sykepleiere.

Resultatet av studien viser at sykepleierne har mye erfaringskunnskap om sengepostens pasientgrunnlag. Det kommer også frem at sykepleierne har fokus og kunnskap om pasientgrupper som er sårbare, for eksempel; den eldre pasienten som kan få delirium

postoperativ og kan fjerne bandasjen. Jeg kan med andre ord bekrefte at sykepleierne ser ut til å ha nødvendig kunnskap i forebygging av postoperative sårinfeksjoner.

5.2 Opplæring

Opplæring er et av hovedtemaene i min masteroppgave. Hensikten er å se nærmere på hvordan opplæringen blir organisert og utført på sengeposten. Under fokusgruppeintervjuet kommer det frem at opplæringen er systematisk og detaljert om sengepostens pasientgrunnlag og drift. Den nyansatte sykepleieren går sammen med en erfaren og krysser av på en liste når de får opplæring om sengepostens rutiner og prosedyrer. Alle sykepleierne i fokusgruppen husket denne opplæringen og berømmet den. Ufaglærte får også opplæring i henhold til deres arbeidsoppgaver og har en egen sjekklister.

I tillegg til nyansattopplæringen har sengeposten undervisningsdager der hele sykepleiergruppen får undervisning om forskjellige tema. Patricia Benner nevner at i Dreyfusmodellen, kan sykepleiere få støtte til å utvikle seg fra kyndig til ekspertnivå, hvis det blir brukt pasientcaser i undervisningen og sykepleiere reflekterer og resonerer over det (Benner, 1995). Sammensatte problemstillinger som berører pasienten blir analysert og reflektert over fra flere forskjellige perspektiv. Mine funn viser at sengeposten bruker ikke pasientcase som undervisningsmetode. Det er flere fordeler med pasientcase undervisning i tillegg til det som er nevnt over at undervisningen omfatter kunnskap om medikamenter, medisinske diagnoser, pasient og pårørende tilbakemeldinger (Benner m.fl., 2011).

Det kommer frem at sykepleierne i fokusgruppen ikke kan huske at de har fått opplæring ved prosedyreendringer. De er usikre på om det kan ha vært undervisning som de har gått glipp av på grunn av vakter. Opplæringen av nyansatte er derimot organisert systematisk og kontrollert. En slik metode ville også kunne benyttes når sengepostens preoperative prosedyrer endres. Sengepostens sykepleierledelse bør sørge for at endringene gjøres kjent via undervisning, som er tilgjengelig for alle uansett vakter. Dette vil øke fagkompetansen både hos sykepleierne og de ufaglærte slik at pasientsikkerheten styrkes.

I følge lov om helsepersonell har sykepleiere ansvar for å være oppdatert, og melde fra hvis arbeidsoppgaven går ut over kompetansen ("Helsepersonelloven – hpl," 1999). Det kommer frem i samtalen at prosedyresamlingen brukes ofte og dette styrker sykepleiernes kompetanse. Samtidig som de skaffer seg kunnskap, deler de den med de andre som jobber på

sengeposten; nyansatte sykepleiere og studenter (Alvsvåg m.fl., 2007). Opplæring og undervisning er en kontinuerlig prosess på grunn av utskiftning av personalet og studenter.

I tråd med Alvsvåg sin teori viser mine funn at sykepleiere underviser og lærer opp andre sykepleiere og ufaglærte som er nyansatt (Alvsvåg m.fl., 2007). De deler den nye kunnskapen som de har tilegnet seg. De får spørsmål fra andre sykepleiere og assistenter, og observerer de mangler eller feil i praksis og korrigerer dette med veiledning og undervisning. Det kommer frem i mine funn at sykepleierne er interesserte i å undervise andre og dele den kunnskapen som de selv søker opp og tilegner seg. Det er en ressurs som sengeposten kan benytte og oppmuntre til vekst. I tråd med forskningsresultatene hos Patricia Benner er faglig engasjerte sykepleiere en verdifull ressurs for forbedringsarbeidet (Benner m.fl., 2011).

5.3 utfordringer

Oppsummert viser studiens funn at sykepleiere ikke har kontroll over produkter som blir erstattet på grunn av leveranseproblemer og dette påvirker gjennomføringen av de preoperative prosedyrene. Sengeposten får levert produktene fra sykehusets apotek. Når apoteket ikke klarer å levere produktene som de preoperative prosedyrene krever, blir det levert et annet produkt som ikke nevnes i prosedyren. Det kan hende at produktet skal brukes på en annen måte enn det som beskrives i de preoperative prosedyrene. Mangel på kunnskap om et nytt produkt kan forårsake feilbruk. Det kan bli gitt uriktig informasjon til pasientene og risiko for pasientsikkerheten kan oppstå.

Det kommer frem i samtalen at sykepleiere ikke kjenner det nye produktet som erstattet engangsklutene med klorheksidin. Sykepleierne mestrer utfordringen på grunn av sin eksperterfaring i sengepostens preoperative prosedyrer. De klarer å finne ut mest mulig om det nye produktet slik at de kan undervise og informere både pasientene og andre ansatte. Patricia Benner beskriver i sin teori om sykepleieutviklingen i Dreyfusmodellen at når en ukjent faktor som et nytt produkt dukker opp benytter ekspertsykepleieren seg av analytisk metode (Benner, 1995). Ekspertsykepleier bruker sin erfaring og kunnskap for å tilpasse handlingen til alternativet (Benner, 1995). Mine funn bekrefter Benners konklusjoner.

Sengepostens preoperative prosedyrer inkluderer bruk av engangskluter med klorheksidin for huddesinfeksjon. Sykepleierne underviser og instruerer pasientene om bruken av engangsklutene med klorheksidin. De må klargjøre mange pasienter og er veldig opptatt av riktig bruk av produktene og gjennomføring av de preoperative prosedyrene. Det finnes

imidlertid ikke tilstrekkelig evidens for at huddesinfeksjon med engangskluter med klorheksidin alene forebygger postoperative sårinfeksjoner (WHO, 2018). Likevel er engangsklutene en viktig del av de preoperative prosedyrene. Å utelukke bruk av dem vil bety avvik fra sengepostens godkjente prosedyrer.

Det kommer frem at sykepleierne har mange arbeidsoppgaver som de må rekke i løpet av et kort tidsrom. De må klargjøre mange pasienter som skal gjennomgå en operasjon, både elektiv og øyeblikkelig hjelp. I tråd med Elstad sin konklusjon om at i en stresset hverdag skaper de standardiserte preoperative prosedyrene et trygt handlingsgrunnlag for sykepleiere når de skal informere og assistere pasientene (Elstad, 2014). Mine funn bekrefter også forskning som viser at sykepleiere som er stresset oppfattes negativt av pasienter og pårørende under samtalene (Charalambous m.fl., 2018).

Mine funn støtter forskningskonklusjonene om at pasientene trenger mye informasjon og undervisning om preoperative prosedyrer (Conradsen m.fl., 2016). Sengeposten møter pasientenes behov for informasjon og undervisning via en pasientskole der flere faggrupper bidrar og har ansvaret for undervisningen. I intervjuet kommer det frem at det er ganske ofte at de andre faggruppene som skal undervise melder at de ikke kan delta. Sykepleieren som har ansvaret for hofteskolen tar over undervisningen og gjennomfører den ut ifra det ferdiglaget undervisningsmateriale. Sykepleiere tar ansvar for helhetlig informasjon og undervisning og bruker tid og ressurser for å tilfredsstille pasientenes forventninger.

Det er mange faggrupper; sykepleiere, kirurger, operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere og anestesileger, som tilhører forskjellige enheter og som gjør sine arbeidsoppgaver og får pasienten gjennom et forhåndsbestemt pasientforløp. Det ser ut som det er en del å hente på å bedre samhandling og samarbeid med tanke på pasientflyt. Selv små endringer påvirker neste ledd, men dette blir ofte ikke tatt hensyn til. Det er dermed et forbedringspotensial innenfor samhandling og tilpassing av pasientforløpet.

Pasienten skal være klargjort til overføring når operasjonsavdelingen ringer. I samtalen kommer det frem at sykepleierne kan oppleve tidspress når pasientene skal klutes for andre gang. Bruksanvisningen til produktet beskriver at effekten av huddesinfeksjonen varer kun seks timer og at prosedyren må gjentas etter det. Kommunikasjonen mellom sengeposten og operasjonsavdelingen bør med andre ord forbedres også med tanke på pasientsikkerhet knyttet

til infeksjonsfare. Operasjonsavdelingen bør varsle sykepleierne på sengeposten tidligere slik at andre gangs klutting av pasientene kan foregå rolig og kontrollert.

Øyeblikkelig hjelp pasientene trenger mye assistanse og omsorg fra sykepleierne på grunn av immobilitet og smerter. Funn viser at sykepleierne må prioritere sine arbeidsoppgaver, slik at de pasientene som klarer seg selv bes om å ringe på ved behov. Dette er ofte elektive pasienter. Sykepleierne opplever også en prioriteringskonflikt mellom pasientene som de er ikke komfortabel med. Langvarig stress og prioriteringstvang påvirker sykepleierne psykisk og skader arbeidsmiljøet til sengeposten. Sykepleierne har oversikt og ansvar for alle pasienter, også de som er på pasienthotellet. En oppgaveglidning kan gjøre det mulig å frigjøre sykepleierressurser.

5.4 Refleksjoner over praksis og forbedringsforslag

Basert på egne erfaringer, studien og litteratur det klart at ansvaret for pasientsikkerheten ligger på alle enheter som jobber med pasienten. Det er et forbedringspotensial i samarbeid og kommunikasjon mellom sengeposten og operasjonsavdelingen. Det ser ut som alle enheter jobber i sin del av pasientforløpet uten å tenke på at pasientflyt er en kjedereaksjon som påvirker neste ledd. Prosedyrer som gir ringvirkninger videre i pasientforløpet bør være kjent for alle enheter. Hvis det gjøres endringer i sengepostens preoperative prosedyrer bør dette bli kjent i operasjons- og oppvåkningsavdelingene. Dette gjelder for alle faser i pasientforløpet, for eksempel vil en endring av anestesi metode under operasjonen påvirke oppvåkningsavdelingens arbeidsrutiner og sengepostens oppfølging etter det. Endringer i preoperative prosedyrer på sengeposten vil påvirke rutineene på operasjonsavdelingen. Samhandling mellom alle enheter er nødvendig for et effektivt og sikkert pasientforløp.

Anestesi- og operasjonssykepleiere bør ha kjennskap til de preoperative sykepleieprosedyrene som benyttes på sengeposten. Når disse prosedyrer skal endres bør det skje i samarbeid med fagansvarlige anestesi- og operasjonssykepleiere slik at rutineene tilpasses alle ledd i pasientforløpet.

Fagutviklingssykepleiere på alle enheter som berører pasientflyten kan med fordel jobbe tettere sammen og samarbeide mer når de preoperative prosedyrene blir utarbeidet og endret. Prosedyrene og endringsforslagene bør legges frem i en fellesundervisning, ikke bare er for sykepleiere på sengeposten, men også for operasjonsteamet, bestående av ortopedisk kirurg, anestesileger og anestesi- og operasjonssykepleiere.

Det bør arrangeres fellesundervisning og fagdager slik at alle sykepleiere både på ortopedisk sengepost og på operasjonsavdelingen blir kjent med både prosedyrene og utfordringene i pasientforløpet. Regelmessige fagmøter og undervisning mellom sengepost og operasjonsavdelingen kan også gi bedre preoperative prosedyrer. Samtidig får begge enhetene muligheter til å tilpasse sine rutiner til beste for pasientforløp og -sikkerhet. Dette vil også øke forståelsen for hverandres arbeidshverdag og utfordringer som sykepleierne møter. Fellesundervisningen bidrar også til nettverksdannelse mellom alle enheter slik at sykepleierne blir bedre kjent med hverandre, og bli mer enn bare «*en stemme i telefonen*».

Når operasjonsteamet vet at pasienten som er klargjort klokken seks på morgenen og må klutes på nytt klokken tolv, kan de ringe og varsle sengeposten på et tidligere tidspunkt. Operasjonsteamet kan avtale transport av pasienten med sykepleierne på sengeposten. Dermed kan prosedyren gjentas under roligere forhold som vil skape trygge rammer både for pasienter og sykepleiere.

Trange forhold på sengeposten har også et forbedringspotensial. Forslaget fra informantene om en elektiv enhet som klargjør alle elektive pasienter kan være nyttig å se nærmere på med tanke på bedre pasientflyt.

Det kommer frem i WHO sine anbefalinger at hudvask med produkter som inneholder klorheksidin preoperativt ikke alene er nok til å forebygge postoperative sårinfeksjoner (WHO, 2018). Sengepostens preoperative prosedyrer omfatter mange av anbefalingene både fra nasjonale og internasjonale kilder. WHO anbefaler også screening og sanering av gule stafylokokker hos pasienter som skal opereres innen kardiologisk og ortopedisk kirurgi. Forskningsresultater om dette viser at det er fordeler med å screene og sanere preoperativt. Pasienter som er bærere av gule stafylokokker nasalt, har større fare for å utvikle postoperative sårinfeksjoner. Innføring av screening og sanering kan gi økte kostnader i en kort periode, men resultatet er redusert postoperative sårinfeksjoner både i antall og alvorlighet. Dette forebyggingstiltaket kan spare pasientene for langvarige sykehusopphold, betydelig antibiotikabruk og flere reoperasjoner. Målet er å forutse og forebygge alle risikofaktorene som det er mulig i et pasientforløp.

5.5 Studiens styrke og begrensninger

Studiens hensikt er å se nærmere på preoperative prosedyrer og utfordringer med tanke på forebygging av postoperative sårinfeksjoner. Som sykepleier med lang yrkeserfaring har jeg god kjennskap til tematikken som påvirker både utforming og utføring av studien. Jeg kjenner fagspråket og uttrykk som gir meg mulighet til å åpne for helhetlig vurdering av studiens tema. Studien er praksisnær og ser på muligheter for forbedringsarbeid innen sykepleiens fagutøvelse. Jeg jobber på en avdeling som blir påvirket av de preoperative sykepleieprosedyrene på sengeposten, og av erfaring vet jeg at samarbeidet mellom avdelingene har et forbedringspotensial. Alle faggrupper som er involverte i pasientforløpet kan ha en tanke om at deres eget arbeid er avgjørende for et vellykket pasientforløp og at det er de som har knappe ressurser. Men et vellykket pasientforløp avhengig av samarbeid mellom enhetene. Studien viser at et pasientforløp er som en kjedereaksjon der et ledd påvirker det neste ledd, og dermed krever kontinuerlig forbedringsarbeid fra alle involverte. Studiens gir innblikk i gjennomføringen av preoperative prosedyrer, og konkrete forbedringsforslag som kan bidra til forbedring i praksis.

Min veileder som har forskererfaring hjalp meg både med utformingen av intervjuguiden og selve utførelsen av intervjuet. Studiens begrensning kan være at jeg var uerfaren i forskningsmetoden som jeg hadde valgte. Dette førte til at jeg undervurderte betydningen av å samle data fra flere kilder og kun gjennomførte et fokusgruppeintervju. Jeg hadde tilstrekkelig med funn som jeg kan jobbe med, men allerede under transkriberingen at jeg undret meg om jeg hadde hatt samme resultatet hvis jeg hadde utført flere fokusgruppeintervju.

Intervjuguiden fungerte, men i etterkant så jeg behovet for justering av den med flere spørsmål. Jeg erfarte at intervjuguiden burde testes på den faggruppen som representerer utvalget. Bedre kjennskap til praksis sørger for at spørsmålene kan formuleres bedre og stilles mer åpne. Dessverre hindret studiens størrelse og tidsramme meg i å utføre et nytt fokusgruppeintervju på dette tidspunktet.

5.6 Det valgte teoretiske perspektiv

Sykepleierne utvikler seg gjennom praksiserfaring. Jeg valgte å se nærmere på denne utviklingen i forhold til Dreyfusmodellen som Benner nevner (Benner, 1995). Ifølge Benner utvikler en sykepleier seg fra novise til ekspert i løpet av lang praksiserfaring som styrkes med undervisning. Jeg tolket og har sett at utvalget mitt er ekspertsykepleiere når det gjelder sengepostens preoperative prosedyrer. Å tilpasse samme informasjon og undervisning om

sengepostens preoperative prosedyrer ut i fra pasientens behov mange ganger i løpet av en dag gir mye praksiskunnskap på ekspertnivå. Det var viktig å se informantenes plassering i kunnskapsnivå med tanke på sykepleiernes fagutvikling. Benner sier at det tar omtrent ti år for sykepleierne å oppnå ekspertnivå. Mine informanter hadde ikke ti års erfaring i denne pasientgruppen som oppgaven handler om. Men jeg avdekket i mine funn at sykepleierne hadde kompetanse på ekspertnivå i gjennomføring av sengepostens preoperative prosedyrer. Mine funn beviser at selv om sykepleierne ikke fyller kriteriene som Benner skriver i sin teori, kan de nå ekspertnivå på enkelte områder i utøvelsen av sykepleiefaget.

For å kunne se hvordan sykepleierne klarte å vurdere pasientenes ressurser og tilpasse de preoperative prosedyrene med fokus på pasientsikkerhet, brukte de klinisk blikk og faglig skjønn som Ingunn Elstad skriver om (Elstad, 2014). Pasientene er ulike og har ulike ressurser for å kunne mestre den krevende preoperative fasen. De trenger ulik mengde informasjon, undervisning, veiledning og omsorg. Selv om standardiserte prosedyrer sørger for trygge rammer, både for sykepleierne og pasienter, må de tilpasses. Sykepleierne bruker klinisk blikk og faglig skjønn for å sikre at tilpasningen av de preoperative prosedyrene er slik at den treffer pasientens behov som Patricia Benner beskriver (Benner m.fl., 2011).

Jeg har også sett nærmere på om sykepleierne jobber kunnskapsbasert og er fortrolige med å implementere forskningsbasert kunnskap. Av erfaring vet jeg at det er et krevende arbeid i en sykepleiers travle hverdag. Når jeg sammenlignet teori om kunnskapsbasert praksis så jeg at kunnskapsbasert praksis er implementert delvis (Nortvedt m.fl., 2012).

Fagkritisk vurdering av praksis og prosedyrer er viktig for utviklingen og utøvelsen av sykepleiefaget. Jeg har sett nærmere på teoretiske perspektiver om hvordan dette kan gjennomføres. Sykepleierne diskuterer fagutøvelsen og de preoperative prosedyrene med de andre sykepleiere, ufaglærte og studenter slik som Alvsvåg legger frem (Alvsvåg m.fl., 2007). Dette gjør det mulig at handlingsrommet blir utvidet slik at håndteringsalternativer legges frem under diskusjonene. I alle faser av utøvelsen av sykepleiefaget finnes det flere svar på spørsmålene. Det er forskjellige måter å tilpasse sykepleietiltakene på, fordi de ulikhetene som pasientene representerer i utførelsen av sykepleieprosedyrene.

Jeg ser at det var riktig å se gjennom momentene nevnt over i forhold til teorien. Det har beriket min forståelse som forsker og vist meg betydningen av preoperative sykepleies rolle i forebyggingsarbeidet for postoperative sårinfeksjoner.

5.7 Resultatenes gyldighetsområde

Forbedringsarbeidet er en kontinuerlig prosess som må gå i en sirkel der kunnskap fra forskning og praksis går gjennom og vurderes fagkritisk og implementeres. Helhetlig vurdering av pasientforløp er viktig del av forebygging av postoperative sårinfeksjoner. Jeg mener at studiens resultat er relevant for alle kirurgiske sengeposter. Samhandling og tilpassing av prosedyrene fra alle ledd viktig for pasientsikkerhet. Studiens funn avdekker kunnskap om sykepleiernes rolle i gjennomføringen av preoperative prosedyrer og utfordringene som sykepleierne møter, med fokus på forebygging av postoperative sårinfeksjoner.

Fordelene med å bruke kunnskapsbasert preoperative prosedyrer blir belyst i studien. Når sengepostene implementerer kunnskapsbasert praksis, utvikles sykepleiekompetansen videre til ekspertnivå. Sykepleierne har en betydelig rolle i forebygging av postoperative sårinfeksjoner.

5.8 Videre forskning

Jeg anbefaler at det gjennomføres en studie som ser på pasientenes opplevelse av undervisning og informasjon om de preoperative prosedyrene som gis på hofteskolen. Dette vil sørge for at innholdet i informasjonen og undervisningen vil være i henhold til pasientenes forventninger.

Pasientenes opplevelse og tanker om gjennomføring av de preoperative prosedyrer bør også sees nærmere på med fokus på forebyggingsarbeid. Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende er en del av kunnskapsbasert praksis og bør implementeres i de preoperative prosedyrene.

En annen studie som jeg mener kan være nyttig å utføre for forebyggingsarbeidet er å screene pasientene for bærerskap av gule stafylokokker. Dette er i tråd med WHO sine anbefalinger. Resultatet av en slik studie vil fort vise om det er en metode som bør brukes med hensikt til å forebygge postoperative sårinfeksjoner.

6 Oppsummering og konklusjon

Min masteroppgave gjennomgår de preoperative sykepleieprosedyrene og de utfordringene som sykepleiere møter under gjennomføringen med fokus på forebygging av postoperative sårinfeksjoner. Sykepleiere informerer og underviser pasientene om preoperative prosedyrer og hvordan disse skal utføres. Det meste av undervisningen og informasjonen gis på hofte-skolen. Sykepleiere tar ansvar og sørger for helhetlig informasjon og undervisning av pasientene. De tar imot pasientene, skaper en trygg atmosfære med standardiserte preoperative prosedyrer som kan tilpasses til den enkelte pasientens behov for assistanse. Sykepleierne opplever utfordringer som de, med sin lange erfaring, kan finne løsninger på, men de møter også utfordringer som de ikke kan gjøre noe med på grunn av rammebetingelser og ytre faktorer.

Resultatet av studien viser at sykepleierne utvikler seg gjennom kunnskapsbasert praksis. De har en essensiell rolle i gjennomføring av preoperative prosedyrene med fokus på forebygging av postoperative sårinfeksjoner.

Referanseliste

- Alvsvåg, H., Førland, O. & Abrahamsen, B. (2007). *Engasjement og læring : fagkritiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Akribe.
- Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert : mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepsaksis* (From novice to expert). København: Munksgaard.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care : a thinking-in-action approach* (2nd. ed. utg.). New York: Springer Publ.
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Charalambous, A., Papastavrou, E., Valkeapää, K., Zabalegui, A., Ingadóttir, B., Lemonidou, C., . . . Leino-Kilpi, H. (2018). Content of Orthopedic Patient Education Provided by Nurses in Seven European Countries. *Clinical Nursing Research*, 27(7), 770-789. doi: 10.1177/1054773817713178
- Chlebicki, M. P., Safdar, N., O'Horo, J. C. & Maki, D. G. (2013). Preoperative chlorhexidine shower or bath for prevention of surgical site infection: a meta-analysis. *American Journal of Infection Control*, 41(2), 167-173. doi: 10.1016/j.ajic.2012.02.014
- Conradsen, S., Gjersteth, M. M., Kvangarsnes, M. & Conradsen, S. (2016). Patients' experiences from an education programme ahead of orthopaedic surgery - a qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 25(19-20), 2798-2806. doi: 10.1111/jocn.13281
- Dayucos, A., French, L. A., Kelemen, A., Liang, Y. & Sik Lanyi, C. (2019). *Creation and Evaluation of a Preoperative Education Website for Hip and Knee Replacement Patients-A Pilot Study*.
- Elstad, I. (2014). *Sjukepleietenking* (Grunnlagstenkning i sykepleie). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Evans, H. L., Dellit, T. H., Chan, J., Nathens, A. B., Maier, R. V. & Cuschieri, J. (2010). Effect of Chlorhexidine Whole-Body Bathing on Hospital-Acquired Infections Among Trauma Patients. *Archives of Surgery*, 145(3), 240-246. doi: 10.1001/archsurg.2010.5
- FHI, F. (2020). Norskovervåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner NOIS.
- Forskrift om Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS-registerforskriften), Helse- og omsorgsdepartementet (2005).
- Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten, Helse- og omsorgsdepartementet (2005).
- Gadamer, H.-G., Schaanning, E. & Holm-Hansen, L. (2012). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk* (Wahrheit und Methode Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik). Oslo: Pax.

- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gröndahl, W., Muurinen, H., Katajisto, J., Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. (2019). Perceived quality of nursing care and patient education: a cross-sectional study of hospitalised surgical patients in Finland. *BMJ Open*, 9(4). doi: 10.1136/bmjopen-2018-023108
- Helse Sør-Øst, r. k. (2017). Preoperative rutiner - Forberedelse av pasient, seng og tekstiler.
- Helsedirektoratet. (2013). Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Antibiotika%20i%20sykehus.pdf>
- Klemetti, S., Leino-Kilpi, H., Cabrera, E., Copanitsanou, P., Ingadottir, B., Istomina, N., . . . Valkeapää, K. (2015). Difference Between Received and Expected Knowledge of Patients Undergoing Knee or Hip Replacement in Seven European Countries. *Clinical Nursing Research*, 24(6), 624-643. doi: 10.1177/1054773814549992
- Lepelletier, D., Saliou, P., Lefebvre, A., Lucet, J. C., Grandbastien, B., Bruyère, F., . . . for the Workgroup, S. h. (2014). "Preoperative risk management: Strategy for Staphylococcus aureus preoperative decolonization" (2013 update). *Médecine et Maladies Infectieuses*, 44(6), 261-267. doi: 10.1016/j.medmal.2014.04.003
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), Helse- og omsorgsdepartementet (1999).
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg. utg.). Oslo: Akribe.
- NRL. (2018). Årsrapport 2018.
- Olesen, S., Dalgaard, A., Hørdam, B., Pedersen, P. U. & Dansk, S. (2010). *Ortopædkirurgi : sygdomslære og sygepleje*. København: Dansk sygeplejeråd Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017a). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017b). *Resource manual for nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rao, N., Cannella, B. A., Crossett, L. S., Yates, A. J., McGough, R. L. & Hamilton, C. W. (2011). Preoperative Screening/Decolonization for Staphylococcus aureus to Prevent Orthopedic Surgical Site Infection. *The Journal of Arthroplasty*, 26(8), 1501-1507. doi: 10.1016/j.arth.2011.03.014

- Saraswat, M. K., Magruder, J. T., Crawford, T. C., Gardner, J. M., Duquaine, D., Sussman, M. S., . . . Whitman, G. J. (2017). Preoperative Staphylococcus Aureus Screening and Targeted Decolonization in Cardiac Surgery. *The Annals of Thoracic Surgery*, 104(4), 1349-1356. doi: 10.1016/j.athoracsur.2017.03.018
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Velázquez-Meza, M. E., Mendoza-Olazarán, S., Echániz-Aviles, G., Camacho-Ortiz, A., Martínez-Reséndez, M. F., Valero-Moreno, V. & Garza-González, E. (2017). Chlorhexidine whole-body washing of patients reduces methicillin-resistant Staphylococcus aureus and has a direct effect on the distribution of the ST5-MRSA-II (New York/Japan) clone. *Journal of medical microbiology*, 66(6), 721. doi: 10.1099/jmm.0.000487
- Viray, M. A., Morley, J. C., Coopersmith, C. M., Kollef, M. H., Fraser, V. J. & Warren, D. K. (2014). Daily Bathing with Chlorhexidine-Based Soap and the Prevention of Staphylococcus aureus Transmission and Infection. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 35(3), 243-250. doi: 10.1086/675292
- Webster, J. & Osborne, S. (2006). Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection.(COCHRANE ABSTRACTS)(Clinical report). *International Journal of Lower Extremity Wounds*, 5(3), 220.
- WHO, W. H. O. (2018). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection.[Second edition]*. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536404/>

Vedlegg

Intervjuguide med hovedspørsmål.

Presentasjon av moderator og observator

Forklaring av teknikk og gjennomgåing av reglene for intervju.

Kort presentasjon av problemstilling og bakgrunn;

I siste året har det vært flere tilfeller med dysårinfeksjoner postoperativ etter innsettelse av hoftепrotese. Jeg har vært medlem av gruppen som gikk gjennom pasientforløpene. Gruppen gikk gjennom alle deler av pasientforløpet. Jeg oppdaget at jeg manglet kunnskap om preoperativ sykepleie. Derfor vil jeg snakke med dere i dag om dette temaet. Jeg vil spørre dere om den prosedyren, opplæringen dere har fått, om det finnes utfordringer som dere vil nevne.

Spørsmål som skal benyttes under intervju. Hjelpespørsmål markert med *kursiv* tekst

1. Kunnskapsbasert praksis

- Kan dere fortelle meg om den preoperative prosedyren dere bruker og hvordan den gjennomføres?
 - * *Pasienter som desinfiserer hud selv, hvordan tilpasses informasjonen?*
 - * *Pasienter som trenger hjelp, hvordan gjennomføre prosedyren?*
 - * *Pasienter som sier at de kan mestre det men som sykepleier tenker du at dette går ikke bra, hva gjør du?*
- Dagens prosedyre; kjenner dere til bakgrunnen for denne og hvordan denne er laget og blir revidert?
 - * *Hvor ofte prosedyren er endret?*
 - * *Hvem endrer prosedyren?*
 - * *Hvordan endringer overføres til praksis?*

- Tenker dere på at det er en sammenheng mellom den preoperative prosedyren og postoperative sårinfeksjoner?
 - * *Kjenner du noen risikofaktorer*
 - * *Varsler dere om risikofaktorer andre, f. eks. operatør, sykepleieleder.*
 - * *Bruker dere pasientcase, for undervisning i forhold til risikofaktorer?*

2. Opplæring

- Fortell om opplæringen dere har hatt om preoperativ forberedelse av pasienten?
 - * *Hvordan var opplæringen gjennomført; Teoretisk undervisning, praksis med veiledning?*
 - * *Hvem ga opplæringen?*
 - * *Finns det en skriftlig prosedyre om opplæringen?*
- Hva ville du hatt fokus på hvis du skulle lære opp en ny sykepleier på avdelingen?

3. utfordringer

- Er det noen utfordringer som dere mener kan være direkte årsak til postoperative sårinfeksjoner?
 - * *Hvis det er, hvordan kan man løse de utfordringene?*
 - * *Hvilken deler av prosedyren synes dere fungerer utmerket? Har dere eksempel vi kan høre om?*
 - * *Er det deler av prosedyren som ikke fungerer? Har dere eksempel vi kan høre om?*

4. Avslutning

- Oppsummere hva som er kommet frem
- Er det noe dere synes er viktig og som ikke er kommet frem?
- Siste ord rundt bordet.

Takk for at dere vil delta.

NSD Personvern

05.11.2019 07:48

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 234320 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 05.11.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.12.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

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

TAUSHETSPLIKT

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene, og vær spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men at også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, tid, diagnose og eventuelle spesielle hendelser.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lise A. Haveraaen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Søknad til avdelingsleder

Til ledelse ved Ortopedisk avdeling seksjon sengepost

Jeg er student på UIT, Norges Arktiske Universitet, og tar en mastergrad i sykepleie med fagforydypning infeksjon. I min avsluttende masteroppgave skal jeg gjøre et forskningsprosjekt. Veileder er professor i sykepleie Tove Aminda Hanssen.

Temaet for oppgaven er preoperativt forberedelser og utfordringer som sykepleierne møter i fagutøvelsen, med fokus på å forebygge postoperativ komplikasjoner som sårinfeksjoner.

Bakgrunnen for prosjektet er min interesse for tematikken etter at det ble meldt fra NOIS registret ved Folkehelseinstitutt at flere pasienter ved UNN i et tidsrom hadde fått dype sårinfeksjoner. Jeg var medlem av en gruppe som arbeidet med kartlegging av pasientforløpene til disse pasientene for å finne områder for forbedring. I forbindelse med dette arbeidet, har jeg oppdaget at jeg har liten kunnskap om starten på pasientforløpene og hvordan sykepleierne forbereder pasientene med fokus på forebygging av sårinfeksjoner.

Jeg ønsker derfor i dette prosjektet å få frem ny kunnskap om den preoperative delen av pasientforløpet og de utfordringene som sykepleierne møter. I forbindelse med dette vil jeg gjerne intervjuer en gruppe sykepleiere fra sengeposten. Gruppen bør bestå 4 til 5 sykepleiere, helst med eller med mer enn 6 måneders erfaring fra sengeposten. Dersom dere godkjenner gjennomføringen av prosjektet, vil jeg be om hjelp til å rekruttere sykepleiere.

Sykepleiere som jobber direkte med pasientene i preoperative forberedelsesrutiner bør rekrutteres til utvalget. Fagsykepleier kan gjerne delta. Intervjuet vil omhandle preoperativ sykepleieprosedyre, opplæring og utfordringer som sykepleiere møter i gjennomføring av de preoperative prosedyrene.

Intervjuet vil bli tatt opp elektronisk på en sikker løsning som er godkjent av personvernombud ved UIT. Jeg kan komme til sengeposten og informere om prosjektet i forkant hvis dere ønsker.

Det er frivillig deltakelse. Konfidensialitet til informantene vil sikres, og data blir oppbevart i henhold til løsning for sikker datalagring ved UIT. Prosjektet er søkt til Norsk Senter for forskningsdata (NSD) som er personvernombud ved UIT.

Jeg vil gjerne komme til avdelingen og legge frem resultatene når masteroppgaven er ferdigstilt.

Med vennlig hilsen

Berna Kampevoll

Student ved UIT

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Preoperativ sykepleie og utfordringer”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få økt kunnskap om pasientforløpet før operasjon, bli kjent med sykepleierutinene og utfordringer i forbindelse med det.

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målet prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg vil undersøke preoperative sykepleierutiner og hvilke utfordringer sykepleierne møter i gjennomføringen av disse. Jeg vil finne mer ut om sykepleiernes erfaringer omkring forebygging av postoperative sårinfeksjoner. Prosjektet handler om elektiv ortopedisk kirurgi med innsetting av protese. Jeg er nysgjerrig på sykepleiernes tanker og erfaringer omkring de preoperative sykepleierutinene. Er det noe som kan forbedres?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet gjennomføres av undertegnede som masterstudent ved Universitet i Tromsø, Norges arktiske universitet (UiT), Institutt for Helse og omsorgsfag, master i sykepleie med fagfordypning infeksjon,

Veileder og ansvarlig er professor i sykepleie ved UiT, Tove Aminda Hanssen.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg vil intervju sykepleiere som har jobbet mer enn seks måneder på ortopedisk sengepost, og derfor får du forespørsel om å delta i gruppeintervju. Gruppen vil bestå av 5-6 deltakere som alle har fått denne informasjon og samtykkebrev.

Jeg har fått tillatelse til gjennomføring av prosjektet fra avdelingsleder for sengeposten, og Norsk Senter for Forskningsdata AS som tilbyr personverntjenester til UiT.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet blir du sammen med 4-5 andre sykepleiere fra sengeposten intervjuet på avtalt møterom ved UNN. Intervjuet varer ca. en time i samtale form. Samtalen tas opp på lydopptaker og deretter skrevet ut ordrett. I utskriften vil det ikke være noen opplysninger som kjennetegner deg. Lydopptak blir slettet etter det.

Hvis det blir nødvendig å sitere noe som er sagt i intervjuet blir du referert anonymt. Jeg har taushetsplikt over det du forteller og vil sikre konfidensialiteten til alle som deltar inkludert avdelingen.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket

- Det er kun jeg og min veileder vil ha tilgang til intervjuet og den ordrette utskriften av dette.
- Det brukes kun fornavn under intervju. Når jeg skriver det ut til tekst etterpå, får hver enkelt sykepleier et nummer med forkortelse for sykepleier; for eksempel; spl 1 og spl 2.osv. Dette er for å sikre anonymitet.

Deltakerne av gruppen vil ikke gjenkjennes i tekst utgave av intervjuet, masteroppgaven eller i eventuell publikasjon.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes senest i desember 2020.

Lyddopptak blir slettet når jeg er ferdig å overføre det til tekst som referer deg anonym.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra veileder Tove Aminda Hansen, Institutt for helse og omsorgsfag, master i sykepleie med fagfordypning infeksjon ved UiT, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- UIT, Institutt for helse og omsorg, master i sykepleie med fagfordypning infeksjon. Veileder professor i sykepleie Tove Aminda Hanssen tove.a.hanssen@uit.no , student Berna Kampevoll bka006@uit.no
- Personvernombud ved UiT: personvernombud@uit.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Student

Tove Aminda Hansen

Berna Kampevoll

(veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*Preoperativ sykepleie og utfordringer*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i gruppe intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

