



Institutt for helse og omsorgsfag

## **Kun for dine ører**

En kvalitativ studie om anesthesisykepleierens utøvelse av taushetsplikten på en åpen oppvåkingsavdeling

Thorbjørn André Rydningen

Masteroppgave i sykepleie SYP-3902, mai 2021

Kandidatnummer: 2

Antall ord: 15474

## **Forord**

Det å skrive master har vært en utfordrende, men spennende opplevelse. Likevel vil jeg ikke vært foruten. Det å skulle skrive en oppgave har gitt meg muligheten til å fordype meg i et tema som interesserer meg, og utforske det.

Jeg vil takke min veileder Jan-Thore Lockertsen. Takk for dine oppmuntrende samtaler, kommentarer og gode råd. Jeg setter stor pris på dine hilsninger og oppmuntring gjennom coronapandemien 2020. Du har stilt deg tilgjengelig langt ut over det jeg noen gang kunne forventet.

Videre vil jeg takke mine informanter som har stilt seg disponible til å snakke om noe så utfordrende som taushetsplikten. Uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave.

Mine kollegaer og medkullinger har vært en stor nytte og hjelp. Takk for alle diskusjoner, motiverende ord, og for at dere lyttet til mine utbrudd av frustrasjon gjennom denne oppgaven.

Til slutt vil jeg takke min kjære familie. Først min kjære samboer Eli-Janne. For at hun alltid har stilt opp, motivert og støttet meg gjennom studiet, denne omfattende oppgaven og skriveprosessen. At hun har ofret seg og tatt vare på vår kjære datter Amalie er jeg evig takknemlig for.

Jeg vil takke min mor Anita for at hun har hjulpet meg med korrekturlesing, diskusjoner og gode innspill gjennom oppgaven og studieforløpet. Takk for hjelpen til å holde bakkekontakten gjennom denne prosessen, når gode råd er dyre vet jeg hvor jeg kan finne de.

Jeg vil også takke min far Hans for hjelp og motivasjon gjennom dette masterforløpet og videreutdanningen. Takk for at du alltid stiller opp når jeg trenger det som mest.

Sist, men ikke minst takk til min familie både på mors-, fars- og svigers side. Uten hjelp gjennom denne oppgaven med barnepass, støtte og motivasjon slik at jeg fikk fokusert på oppgaven hadde den ikke vært mulig.

1	Innledning.....	1
1.1	Hensikten med prosjektet .....	1
1.2	Forforståelse .....	2
1.3	Oppvåkningsavdelingen .....	3
1.4	Eksisterende forskning .....	4
1.5	Oppgavens oppbygging .....	5
2	Definisjoner og teoretisk bakgrunn .....	6
2.1	Taushetsplikt.....	6
2.2	Sykepleierens organisatoriske kompetanse .....	6
2.2.1	Nyutdannede anestesisykepleieres møte med arbeidsplassen .....	6
2.2.2	Organisasjonskultur.....	8
2.2.3	Individuelt- og systemansvar .....	11
2.3	Taushetsplikten – definisjon og lovverk.....	11
2.4	Etiske hensyn.....	13
2.5	Anestesisykepleieren .....	14
2.5.1	Norsk standard for anestesi .....	14
2.5.2	Grunnleggsdokument for anestesisykepleiere.....	15
3	Design og metode.....	16
3.1	Individuelle semistrukturerte intervju .....	16
3.2	Utvalgsstrategi .....	17
3.3	Rekruttering .....	17
3.4	Gjennomføring.....	18
3.4.1	Prøveintervju .....	18
3.4.2	Gjennomføring av intervjuene .....	19
3.5	Analyse .....	20
3.6	Etikk.....	23

4	Presentasjon av funn.....	24
4.1	Oppvåkningens infrastruktur – «Det er jo en del ulemper med noen av de intensivavdelingene som er lang som et vondt år» .....	25
4.2	Kommunikasjon og observasjoner ved rapport – «Hvis jeg må forlate sengen for å gi rapport må det være spesielle ting».....	26
4.3	Avdelingskultur .....	27
4.4	Anestesisykepleierens opplevelse og refleksjon over egen praksis.....	28
4.5	Kollegaveiledning.....	30
4.6	Sluttpoeng om ivaretagelsen av taushetsplikten.....	31
5	Metodekritikk .....	31
6	Drøfting .....	33
6.1	Fordeler og ulemper med en åpen oppvåkingsavdeling .....	33
6.2	Kommunikasjon mellom anesthesi- og oppvåkingspersonell – Til pasientens beste? 35	
6.3	Avdelingskultur – Når en etablert praksis utfordrer det lovpålagte ansvaret .....	38
6.4	Anestesisykepleierens erfaringer og opplevelse av egen yrkesutøvelse .....	40
6.5	Kollegaveiledning – Fra nyansatt til erfaren .....	43
7	Konklusjon .....	45
8	Implikasjoner og relevans for praksis og videre forskning .....	46
9	Referanseliste .....	47
10	Vedlegg .....	
10.1	Vedlegg 1. Litteratursøk .....	
10.2	Vedlegg 2: Oversikt forskningsartikler.....	
10.3	Vedlegg 3: NSD vedtak .....	
10.4	Vedlegg 4: Søknad om tilgang til forskningsfelt .....	
10.5	Vedlegg 5: Samtykkeskjema og informasjonsskriv.....	
10.6	Vedlegg 6: Intervjuguide .....	

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Anestesisykepleieren har et etisk og lovpålagt ansvar for å verne om pasienters helseopplysninger. I møtet med en åpen oppvåkningsavdeling kan det være utfordrende for anestesisykepleieren å ivareta taushetsplikten. Selv har jeg opplevd at taushetsplikten brytes som anestesisykepleierstudent, noe som er en del av grunnlaget for å utforske min problemstilling: «*Hvordan utøver anestesisykepleiere taushetsplikten på en åpen oppvåkningsavdeling?*».

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan anestesisykepleieren utøver taushetsplikten i en åpen oppvåkningsavdeling, og utforske noen av de faktorene som kan påvirke utøvelsen.

**Metode:** I min metode ble det benyttet et kvalitativt design med individuelle semistrukturerte intervju. Totalt ble tre anestesisykepleiere rekruttert med convenience sampling. Informantene som ble intervjuet hadde mellom 3,5 og 40 års erfaring. Intervjuene ble analysert med Malteruds systematiske tekstkondensering.

**Funn:** Ved hjelp av semistrukturerte individualintervju ble det identifisert fem hovedtemaer som kan gjøre det utfordrende å ivareta taushetsplikten: *Oppvåkningsavdelingens infrastruktur, hvordan helsepersonell kommuniserer i rapporten ved pasientsengen, avdelingskultur, anestesisykepleierens opplevelse, og til slutt kollegaveiledning og opplæring av nyansatte*. Hovedtemaene drøftes opp mot lovdata, etiske yrkesretningslinjer, norsk standard for anestesi, relevant forskningslitteratur, Arne Orviks bok om organisatorisk kompetanse, Edgar Scheins organisasjonsteori og Dag Ingvar Jacobsens modell om utfordringer til endring.

**Konklusjon:** Taushetsplikten påvirkes av flere faktorer i en organisasjon, og er komplekst med mange implikasjoner for både pasienten og anestesisykepleieren. Organisasjonen og anestesisykepleieren har et felles ansvar for å følge helsepersonelloven, og beskytte pasienter i en sårbar fase i et kirurgisk forløp.

Det er behov for mer forskning innen temaet. Det er lite forskning som fokuserer på taushetsplikten. Store deler av litteraturen fokuserer på pasientsikkerhet, rapporteringsverktøy, ulike metoder for rapportgiving ved overflytting og hvordan en avdeling kan organiseres.

**Nøkkelord:** *Anestesisykepleie, taushetsplikt, organisasjonsteori, overlevering ved sengekanten, åpen oppvåkingsavdeling*

## **Abstract**

**Background:** Nurse anesthetist have an ethical and legal responsibility to protect the patients right to confidentiality. It can be challenging to keep the patient confidentiality in an open post-anesthesia recovery ward. I have also experienced situations as a nurse anesthetist student where patient confidentiality was breached, which is partly the reason to why I chose to explore this subject. My thesis is: *“How does the nurse anesthetist practice patient confidentiality in an open post-anesthesia recovery ward?”*.

**Purpose:** The purpose of this thesis is to explore how the nurse anesthetist practices patient confidentiality in an open post-anesthesia ward and what factors might influence their practice.

**Method:** This thesis uses a qualitative design with individual semi-structural interviews. A total of three nurse anesthetists were recruited with convenience sampling. The informants who were interviewed had between 3,5- and 40-years' experience as nurse anesthetists. The interviews were analyzed with Malteruds systematic text condensation.

**Results:** With the help of semi-structural individual interviews five main themes were identified which may challenge keeping patient confidentiality. They were as follows: Post-anesthesia wards infrastructure, how health-workers communicate during the bedside handover, culture in the ward, nurse anesthetists experience of patient confidentiality, and last colleague guidance and training of new nurse anesthetists.

**Conclusion:** Patient confidentiality is affected by several factors in an organization and is complex with several implications for both patient and nurse anesthetist. The organization and nurse anesthetist have a common responsibility to follow the law and protect the patient in a critical and vulnerable phase.

There is a need for more and better studies about patient confidentiality. Few articles focuses on patient confidentiality. Most have a focus on patient safety, different kinds of report mnemonics, methods for bedside handover and ward and personnel organization.

**Keywords:** *Nurse anesthetist, patient confidentiality, beside handover, open post-anesthesia ward.*

## **1 Innledning**

I utøvelsen av sykepleie står taushetsplikten sentralt gjennom lovverket og yrkesetiske retningslinjer. Likevel brytes taushetsplikten daglig i anestesisykepleierens og andres yrkesutøvelse i overføringen fra en avdeling til den neste (Randmaa, Engström, Swenne & Mårtensson, 2017). Pasienten er beskyttet av lover nettopp på grunn av den sårbare situasjonen de er i. Samfunnet er avhengig av helsepersonell, og har derfor tillitt til at deres rettigheter blir ivaretatt. Blottlegging av pasienten ved å dele personlig informasjon er derfor uheldig for tillitten til anestesisykepleiere som profesjon og dens rolle i samfunnet, i tillegg til å være et lovbrudd som krenker pasienten. Sykepleiere kan være ukritisk i overføring av sensitive helseopplysninger til ikke-behandlende personell, informasjon til pårørende og ovenfor medpasienter (Hustad, 2014; Korshavn, 2009). I et tilsyn ved en medisinsk sengepost avdekket helsetilsynet daglige brudd på gjeldende lovverk og retningslinjer, hvor taushetsplikten ikke ble ivaretatt og pasienter krenket (Helsetilsynet, 2016). I følge Helsepersonelloven kapittel 5, §21 har helsepersonell plikt til å hindre adgang til opplysninger ovenfor uvedkommende (Helsepersonelloven, 1999). Opplysninger om pasientens legems-, sykdomsforhold og andre opplysninger er taushetsbelagt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Anestesisykepleieren har et ansvar for å ivareta pasienter i flere situasjoner hvor pasienten selv ikke kan ivareta sine rettigheter. Etter kirurgi er det vanlig at pasienter blir overført til en oppvåkingsavdeling der flere pasienter ligger i en åpen sal. Pasientenes grad av våkenhet kan variere. Pasienten kan ha fått lokal-, regional-, eller generell anestesi. Noen er fortsatt påvirket av narkosemidlene de fikk under operasjonen. Det er ikke uvanlig at pårørende er til stede.

### **1.1 Hensikten med prosjektet**

Som spesialsykepleierstudent og sykepleier på sengepost har jeg opplevd situasjoner hvor taushetsplikten har blitt brutt. Det er vanskelig å skulle endre på en allerede etablert praksis når en samtidig forsøker å passe inn på den nye arbeidsplassen. Etter å ha fått økt kompetanse gjennom masterutdanningen har jeg klart å reflektere over min egen praksis på en ny måte. Måten taushetsplikten brytes på kan være i samtaler om pasientens opplysninger mellom anestesisykepleiere, mellom annet personell og anestesisykepleieren, og kan finne sted i en



åpen sal ved oppvåkingsavdelingen, flermannsrom, eller forbifarten. Problemstillingen min er:

*Hvordan utøver anestesisykepleiere taushetsplikten på en åpen oppvåkingsavdeling?*

For å svare på problemstillingen har jeg undersøkt hvordan anestesisykepleiere utøver taushetsplikten, og deres refleksjoner rundt egen yrkesutøvelse. Utvikling av kunnskap om hvordan taushetsplikten praktiseres kan bidra til bevisstgjøring. En bevisstgjøring over de faktorer som hindrer, og eventuelt bidrar til god ivaretagelse av taushetsplikten kan være nyttig i en argumentasjon for endring.

## **1.2 Forforståelse**

Min forforståelse er farget av min tid som anestesisykepleierstudent, og det å ha arbeidet som anestesisykepleier i ett år. Taushetsplikten gjør seg gjeldende i korte møter med annet helsepersonell for anestesisykepleieren på mange arenaer. Det kan være akuttmottaket, operasjonsstuen eller en oppvåkingsavdeling. Min forforståelse er at anestesisykepleiere gjør det de kan under de forutsetningene de har for å kunne ivareta taushetsplikten, ved å bruke peking og hvissing. Likevel opplever jeg at taushetsplikten brytes daglig, fordi kulturelle, organisatoriske og fysiske strukturer vanskeliggjør ivaretagelsen.

Jeg har ikke opplevd at det er en felles opplæring eller fokus på taushetsplikten. Nyansatte og studenter blir innviet i en gjøremåte hvor de jobber, og da gjør de som de andre på avdelingen. I mitt tilfelle ser jeg at min egen praksis er preget av hva mine veiledere gjorde, og hvordan mine kollegaer opptrer i de ulike møtene hvor informasjon om pasientens helsetilstand overføres, som er en blanding av non-verbal kommunikasjon som peking, kroppsspråk og verbal kommunikasjon. Hadde det ikke vært for denne erfaringen hadde jeg heller ikke satt spørsmål ved den. I kraft av å være anestesisykepleier med de erfaringene jeg har kan jeg søke ny kunnskap, og forsøke å forstå anestesisykepleierens opplevelse av taushetsplikten på et nytt nivå.

Jeg har i forbindelse med utarbeidingen av min prosjektskisse lest flere nasjonale og internasjonale artikler om temaet. Min forforståelse bærer derfor preg av artiklenes

konklusjon, og kan påvirke min forståelse og mine refleksjoner over egne erfaringer. Som forsker må jeg forsøke å bruke min forforståelse til å skape en bevissthet når jeg skal forsøke å sette meg inn i perspektivet til mine informanter. Både som nyutdannet, og nå med ett års erfaring kan dette være utfordrende, men jeg opplever at jeg jobber kontinuerlig for å ha et bevisst forhold til min forforståelse. Ikke bare i denne oppgaven, men også som yrkesutøvende.

### **1.3 Oppvåkningsavdelingen**

Oppvåkningsavdelingen er som navnet sier, en avdeling hvor pasientene kan våkne, la anestesimidlene gå ut av kroppen, og samtidig få overvåkning av vitale parametere som blodtrykk, puls, oksygenmetning, omsorg og andre kirurgispesifikke observasjoner. Pasienten får også smertelindring og annen nødvendig behandling før de er klar for sengeposten hvor pasienten opprinnelig tilhører. Alt fra små barn til eldre ligger på oppvåkningsavdelingen. Personalet består av både sykepleiere uten videreutdanning, anestesisykepleiere og intensivsykepleiere.

Avdelingen kan bestå av en lang korridor med åpne rom på hver side som rommer for eksempel seks senger på det meste, og med gardiner mellom hver seng. Hver seng har en monitor med mulighet for å overvåke blodtrykk, puls, oksygenmetning og EKG. På den ene siden i korridoren sitter personalet med skjermer som viser pasientens målinger. Avdelingen er på dagtid preget av støy da det forflyttes mange pasienter gjennom dørene. Det er mer stille på ettermiddagen og kvelden. Det er ikke uvanlig at en og annen pårørende sitter ved siden av en pasient. Avdelingen kan ha begrensninger i forhold til antall pårørende som kommer inn for å begrense støy, og skjerme andre pasienter.

Det er gjerne både anesthesi- og operasjonssykepleier som følger pasienten til oppvåkningsavdelingen. I noen tilfeller er også anestesilegen med pasienten for å gi rapport til oppvåkningspersonalet. Metoden for rapport varierer. Noen går gjennom anestesiskjemaet, og andre bruker ISBAR (en forkortelse for identitet, situasjon, bakgrunn, vurdering, og råd/anbefaling). Fordelingen av rapporten er som oftest at operasjonssykepleierne forteller hva slags inngrep som er gjennomført, eventuelle dren/post-operative observasjoner, og eventuelle uønskede hendelser. Anestesisykepleieren rapporterer som oftest tidligere

sykehistorie, hvordan anestesimidler som er blitt brukt, og hvordan pasienten har vært klinisk gjennom inngrepet. Anestesisykepleieren har også ansvaret for å videreformidle eventuelle medikamentelle tiltak eller spesielle observasjoner som må gjøres enten på grunn av inngrepet eller anestesen.

Når operasjonspersonalet kommer med en pasient blir de møtt av en av sykepleierne på oppvåkingsavdelingen som skal ha ansvaret for denne pasienten. Gardinene mellom pasientene trekkes for, overvåkningsutstyret kobles på, og en rapport blir gitt ved foten den av sengen. Mellom sengene er det cirka én meter, og det er på ingen måte vanskelig å høre hva som blir sagt hvis en snakker med normal stemme.

#### **1.4 Eksisterende forskning**

Følgende databaser ble gjennomført etter aktuell forskning: Cinahl, Cochrane, Medline, Pubmed, og SweMed+. Jeg satte ingen begrensning for publikasjonsalder av artiklene på grunn av et ønske om å se hvor aktuell tematikken har vært, og om det er mulig å se en utvikling. Det ble satt begrensninger på språk. Artiklene måtte være enten på norsk, svensk, dansk eller engelsk. Det var i tillegg ønskelig å finne artikler som kom fra Skandinavia.

Artiklene jeg har funnet har ikke et spesifikt fokus på taushetsplikten. De har heller et fokus på pasientsikkerhet, ulike rapporteringsverktøy og metoder, samt hvordan utforming og organisering av oppvåkingsavdelingen kan gjennomføres. Det var få artikler fra norden, og det meste er publisert fra England og USA. Likevel har jeg valgt å bruke noe av kunnskapen, da konteksten i artiklene kan være overførbare til norske forhold. Det ble i tillegg gjennomført søk etter fagartikler og forskningsartikler om problemstillingen i blant annet Tidsskriftet sykepleien fag og Tidsskriftet INSPIRA.

Aktuelle søkeord som ble brukt i ulike kombinasjoner var avhengig av hvordan de ulike søkemotorene håndterte søk, og det ble benyttet søkemotorenes tesaurus til å identifisere de mest aktuelle søkeordene for problemstillingen. Ord som ble benyttet var postoperative care, post anesthesia, postanesthesia nursing, PACU (post anesthesia care unit), recovery room, recovery unit, post surgery, after surgery, confidentiality, handover, handoff, report, shift report, sbar, care transfer, nurse anesthetist, anesthetist, CRNA (certified registered nurse

anesthetist), nurse anesthesia, attitude of health personnel, continuity of patient care, organizational culture, patient transfer, patient handoff (se vedlegg 1 for søketabell med funn, begrensninger og antall artikler som passet problemstillingen). Totalt ble 2829 artikler gjennomgått basert på tittel, hvorpå aktuelle artikler ble utvalgt til gjennomgang av abstrakt.

Deretter ble artikler som fortsatt kunne være aktuell lest i sin helhet. Totalt ble 13 artikler valgt ut etter gjennomgang, med blant annet tre systematiske oversiktsartikler (Se vedlegg 2 for oversikt over artikler brukt i oppgaven). Fokuset i artiklene som ble selektert er på rapporteringsverktøy, ulike overflyttingsmetoder, pasientsikkerhet ved overflytting og viktigheten av kommunikasjon for å forebygge pasientskade, og diverse sjekklister til bruk i rapporteringen. Ingen av artiklene som ble gjennomgått undersøkte hvordan anestesisykepleieren aktivt jobber for å forebygge brudd på taushetsplikten, men det ble trukket frem som en mer generell bekymring blant oppvåknings- og anestesipersonell, og sykepleiere på sengepost. Kildene i de 13 artiklene som ble selektert ble også vurdert for relevans for å finne eventuelt nye søkeord og relevante artikler.

## **1.5 Oppgavens oppbygging**

Del en av oppgaven vil introdusere leseren til min problemstilling og tidligere forskning innenfor temaet. Jeg viser også hvordan en oppvåkningsavdeling kan være oppbygget og organisert basert på egne erfaringer og tilbakemelding fra informanter.

I del to presenterer jeg aktuelt lovverk og yrkesetiske retningslinjer gjengitt i Norsk sykepleierforbund sine retningslinjer og Anestesisykepleierne NSF sitt grunnlagsdokument. Jeg presenterer også enkelte idéer og teorier fra Orviks (2004) bok om organisatorisk kompetanse. Blant annet hvordan den nyutdannede møter arbeidslivet, hvor ens verdier blir utfordret. Jeg bruker også Edgar Schein (1987) sin teori om organisasjonskultur i min drøfting for å vise kompleksiteten taushetsplikten kan ha på en åpen oppvåkningsavdeling.

Del tre tar for seg hvordan jeg har gjennomført mitt prosjekt, og hvordan datamaterialet mitt er blitt analysert. Resultatene fra analysen blir presentert i del fire. Deretter kommer min metodekritikk i del fem.

Til sist vil jeg i del seks drøfte resultatene som er presentert i del fire ved hjelp av forskning og annen litteratur, før jeg til slutt konkluderer i del syv.

## **2 Definisjoner og teoretisk bakgrunn**

### **2.1 Taushetsplikt**

Hovedfokuset for min oppgave er overføringen av helseopplysninger fra anestesipersonell til oppvåkingspersonell. Perspektivene jeg vil fokusere på i oppgaven min er etiske retningslinjer, lovverk og hvordan kultur og organisasjon påvirker taushetsplikten hos anestesisykepleieren.

Taushetsplikten har en sentral rolle i samfunnet, og for flere virksomheter enn helsevesenet. Både teologer, politi og jurister har taushetsplikt. Tradisjonelt har taushetsplikten vært noe som er blitt assosiert med kirkens skriftemål og legenes Hippokratiske ed «Det jeg måtte se eller høre under behandlingen eller også utenfor behandlingen ute blant folk, som ikke bør bringes videre, skal jeg tie om og regne som hellige hemmeligheter» (Hippocrates oversatt i Welo, 2000, s. 47). Helsepersonell har et ansvar for å ivareta pasienters helseopplysninger på en trygg og forsvarlig måte, skjermet for innsyn fra andre pasienter og pårørende, og personell uten behandlingsansvar. Pasienten skal være trygg på at det de deler av informasjon blir mellom pasient og behandler. Sykepleiere og anestesisykepleiere er bundet av de samme yrkesetiske retningslinjene og lovene som annet helsepersonell. Brudd på lov om taushetsplikt gir grunnlag for straff og tap av rett til å arbeide som helsepersonell.

### **2.2 Sykepleierens organisatoriske kompetanse**

#### **2.2.1 Nyutdannede anestesisykepleieres møte med arbeidsplassen**

Sykepleiens profesjonelle tjenesteorientering og oppvåkingsavdelingens systemorientering kan skape kollisjon for nyutdannede anestesisykepleiere. Orvik skisserer hvordan verdier i utdanningen kan bli en utfordring for nyutdannede sykepleiere i møtet med arbeidslivet. Av verdier i sykepleieutdanningen er det flere som også er en del av anesthesiutdanningen, og kan gjenfinnes i grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere (Anestesisykepleierne NSF, 2020).

Det vil si at anestesisykepleiere også kan møte de samme utfordringene som nyutdannede sykepleiere etter endt videreutdanning.

Verdier i sykepleierutdanningen som nevnes er (Orvik, 2004, s. 19-21):

- *«Tjenesteorientert sykepleiere*
- *Optimal sykepleie basert på pasientens behov*
- *Den individualiserte sykepleien*
- *Indre kontroll og autonomi*
- *Internaliserte verdier og etiske kodekser*
- *Eksplisitte forventninger til atferd med klare mål*
- *Systematisk evaluering*
- *Generelt et overordnet perspektiv»* (Orvik, 2004, s. 20)

På den andre siden hos arbeidsplassen prioriteres verdier som (Orvik, 2004, s. 19-21):

- *«Systemorientert*
- *Optimal sykepleie innenfor økonomiske rammer*
- *Arbeidsdeling for spesialiserte oppgaver*
- *Ytre kontroll*
- *Hierarkisk beslutningsstruktur og kontroll*
- *Implisitte forventninger til atferd med uklare mål, usystematisk evaluering*
- *Spesielt, lokalt perspektiv»* (Orvik, 2004, s. 20)

Som nyutdannede sykepleiere befinner også nyutdannede anestesisykepleiere seg mellom disse ulike kulturene. Dette igjen kan skape en kollisjon i forhold til forventninger.

Krysspreset kan føre til at anestesisykepleiere legger bort egne verdier og forventninger for å møte arbeidsplassens forventninger til en økonomisk effektiv bedriftsadministrasjon (Orvik, 2004, s. 19-21).

Rollekonflikt kan oppstå når anestesisykepleiere opplever et krysspres (Orvik, 2004, s. 23-26). Når forventninger fra oppvåkningen krav til effektivitet og pasientens rettigheter blir presset tilstrekkelig ved for eksempel ressursmangel eller lokaler som ikke legger til rette for at taushetsplikten kan ivaretas kan sykepleieren oppleve en rollekonflikt. Rollekonflikt

oppstår når forventninger fra oppvåkningen om å gi rapport ved sengen møter anestesisykepleierens ønsker om å gi rapport ved sengen, og ivareta taushetsplikten (Orvik, 2004, s. 23-26). Rollekonflikter er derfor kontekstavhengig da lokalene er utformet som de er, og det er kanskje der konflikten utløses avhengig av hva som hindrer anestesisykepleieren i å utøve den sykepleien den ønsker (Orvik, 2004, s. 23-26).

## 2.2.2 Organisasjonskultur

Orvik definerer kultur som sammenhengen mellom hvordan grupper bruker inntrykk, kunnskap og erfaringer til å utvikler atferdsmønstre av mening, verdier og normer (Orvik, 2004, s. 60). Orvik (2004, s.60) bruker Edgar Schein sin definisjon på kultur:

«Kultur er... et mønster av grunnleggende antagelser – skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene» (Schein 1987 gjengitt i Orvik, 2004, s. 60)

Kultur basert på denne definisjonen deles inn i tre nivåer (Schein 1987 gjengitt i Orvik, 2004, s. 59-61):

- *«Artifakter: Synlige uttrykk for kultur, ikke alltid lett å tolke*
- *Verdier og normer: Høyere grad av bevissthet*
- *Grunnleggende antagelser: tatt for gitt – usynlige»* (Schein 1987 gjengitt i Orvik, 2004, s. 59-61)

Disse nivåene kan gjøre seg gjeldende hvis for eksempel anestesisykepleieren får opplæring i bruk av nye rapporteringsverktøy og at det settes av midler til det, på bekostning av

taushetsplikten. Dette representerer artifakter. Etter hvert vil bruken av rapporteringsverktøy påvirke hvordan arbeidsmiljøet gir rapport, og dermed påvirke verdier og normer.

Eksempler på artifakter kan være fysisk, atferdsmessige eller hvordan vi snakker oss imellom innad en avdeling eller kultur (Schein, 1987, s. 20-40). Artifaktene kan også være fysiske, da for eksempel bygninger og logoer eller andre materielle objekter (Schein, 1987, s. 20-40). Atferdsmessige artifakter kan være kommunikasjonsmønster som for eksempel bruk av ISBAR eller hvordan rapporten blir gitt ved sengekanten (Schein, 1987, s. 20-40). Verbale artifakter er talemåter, hvordan vi for eksempel omtaler pasientene, eller diagnoser med forkortelser (Schein, 1987, s. 20-40).

Verdier og normer består av uskrevne regler som bestemmer hva slags atferd som forventes (Schein, 1987, s. 11-18). For eksempel forventes det at anestesisykepleieren kobler opp monitorering og avgir rapport ved sengekanten. Brudd på en slik uskreven regel hadde nok gitt grunnlag for konflikt mellom personalet. De grunnleggende antakelsene er grunnlaget for normene og verdiene i en organisasjon eller avdeling (Schein, 1987, s. 11-18)

Til sist er det de grunnleggende antakelsene som ligger dypest i organisasjonskulturen og tas for gitt av de ansatte som deltar i kulturen (Schein, 1987, s. 11-18). Løsningen å gi rapport ved sengekanten blir gjentatt gang på gang, og etter hvert tas det for gitt at det er slik praksisen skal være. Det kan vise seg gjennom en viss likhet i hvert møte mellom anestesisykepleieren og oppvåkingspersonalet. Når en avdeling praktiserer hvert møte på samme måte, med de samme forventningene blir det etter hvert en grunnleggende ubevisst antakelse. En slik forståelse av en situasjon kan også vanskeligere endringsarbeid når en avdelingskultur har akseptert noe som fungerer (Schein, 1987, s. 11-18).

For å endre en organisasjonskultur kreves det mye av både individ og system. Orvik gjengir Dag Ingvar Jacobsen sine ti motiver for motstand til endring i helsevesenet (Jacobsen, D.I. gjengitt i Orvik, 2004, s. 363-364):

- *«Frykten for det ukjente.*
  - *Utløser stress når endringen gir krav om å endre seg selv og skaper usikkerhet i profesjonsutøvelse. Motstand kan være et forsøk på å hindre at*



*endringer som er kilden til frykt, blir reell. Da er frykt en rasjonell reaksjon.*

- *Brudd på psykologisk kontrakt.*
- *Endringer i uskrevne forventninger som preger arbeidsforhold. Å bli henvist til sin gamle stilling etter fullført videreutdanning kan oppleves som et løftebrudd. Frustrasjonen kan utløse motstand mot endringer.*
- *Tap av identitet.*
  - *Kan skje når endring betyr at ansatte må forlate noe som de har vært med på å bygge opp, og som rokker ved deres historie i organisasjonen. Tap av meningsfulle jobbutfordringer kan bli en eksistensiell krise.*
- *Den symbolske orden endres.*
  - *Når arbeidsforhold blir forandret. Når stillinger blir fjernet, kan det bli opplevd som en sterk inngripen.*
- *Maktforhold endres.*
  - *Fordi endring ofte betyr endring av maktforhold. Makt gir kontroll over sentral informasjon. Makt gir også frihet til å påvirke arbeidsplass og organisasjon. Noen vil derfor motsette seg endringer som berører deres posisjon.*
- *Krav om nyinvesteringer.*
  - *Kan blant annet bety at organisasjonen ikke lenger har bruk for deler av profesjonsutøverens kompetanse.*
- *Omorganiseringer krever dobbeltarbeid i en periode.*
  - *Selv om målet i mange tilfeller er å «effektivisere», «forenkle» og «spare». Dette kan gjøre det vanskelig å argumentere for økte ressurser for å takle ekstraarbeid for et kortere tidsrom.*
- *Sosiale miljø forandres.*
  - *Når endring fører til at kollegiale bånd blir brutt. Tilhørighet til arbeidsplass kan gjøre omstillingen vanskelig.*
- *Utsikter til personlig tap.*
  - *Har sammenheng med at endring påvirker personlige forhold.*
- *Eksterne gruppers krav til stabilitet.*

- *Er en motkraft mot endring fordi ustabilitet i ett system påvirker andre. Omgivelsene ønsker gjerne stabilitet.»* (Jacobsen, D.I. gjengitt i Orvik, 2004, s. 363-364)

### **2.2.3 Individuelt- og systemansvar**

Anestesisykepleieren har en individuell rettslig og etisk plikt knyttet til sin yrkesutøvelse. Helsepersonelloven §4 stiller krav til en forsvarlig praksis og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999). For at helsepersonell skal kunne yte helsehjelp slik lov om helsepersonell §4 tilsier stilles det krav til at organiseringen av virksomheten må gjøre det mulig å gjøre det. Helsepersonelloven §16 sier at «... Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. ...» (Helsepersonelloven, 1999). Altså skal organisasjonen og avdelingen stå ansvarlig for at anestesisykepleiere skal kunne ivareta taushetsplikten. Dette fratar ikke anestesisykepleieren for selv å problematisere det å kunne ivareta den, men oppbyggingen, organiseringen og kulturen skal altså legge til rette for at blant annet anestesisykepleiere skal kunne ivareta taushetsplikten. En kan altså si at sykehus har et systemansvar.

### **2.3 Taushetsplikten – definisjon og lovverk**

I Norge reguleres taushetsplikten for helsepersonell av flere lover. For det første i Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). Loven inneholder regler for hvordan saksgangen i offentlige organer skal gjennomføres. Offentlige organer er definert som stat og kommuner i §1 i Forvaltningsloven (Forvaltningsloven, 1967). Hensikten er å sikre likebehandling mellom innbyggere fra det offentlige. Taushetsplikten er definert i fra § 13 til § 13e. I §13 står følgende om taushetsplikten:

*«Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om:*

- 1) *noens personlige forhold, eller*

2) *tekniske innretninger og fremgangsmåter samt drifts- eller forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår.*» (Forvaltningsloven, 1967)

Loven definerer at fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerskap, sivilstand, yrke, bopel eller arbeidssted er personlige forhold (Forvaltningsloven, 1967).

Mer kjent for helsepersonell er nok Helsepersonelloven som definerer og sikrer at utøvelsen av anestesisykepleiere og annet helse- og omsorgspersonell er sikker og gis på en omsorgsgivende måte (Helsepersonelloven, 1999). I kapittel 5, §21 behandles taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999). Ifølge paragrafen er helsepersonell pliktig til å forhindre innsyn i pasientens opplysninger (Helsepersonelloven, 1999). Eksempler på dette er legems- eller sykdomsforhold og personlige forhold (Helsepersonelloven, 1999). På en arbeidsplass hvor annet helsepersonell befinner seg skal opplysninger som ikke er aktuelle i pasientbehandling for det aktuelle helsepersonellet også holdes skjult. Det er heller ikke tillatt å få uautorisert tilgang til pasientinformasjon, noe som reguleres i §21a (Helsepersonelloven, 1999). Helseopplysninger kan kun deles med samarbeidende personell som har behandlingsansvar for pasienten, og er regulert i §25 (Helsepersonelloven, 1999).

Helsepersonelloven er en generell og overordnet lov som dekker alt helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999). Videre reguleres spesialisthelsetjenesten av lov om spesialisthelsetjeneste. Her er taushetsplikten definert i kapittel seks, §6-1 (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). I lov om spesialisthelsetjenesten er opplysninger som omhandler «fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted» (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999) definert som taushetsbelagt informasjon

Til slutt er taushetsplikten forankret i pasient- og brukerrettighetsloven §3-6 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Loven har som mål å forhindre spredningen av helseopplysninger, og henviser til at helsepersonell er pålagt å følge helsepersonelloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

## 2.4 Etiske hensyn

Som sykepleier har jeg et personlig ansvar for å følge de yrkesetiske retningslinjene som er vedtatt av International Council of Nurses (ICN). Hensikten med retningslinjene er å hjelpe sykepleiere til å utøve en etisk, juridisk og forsvarlig praksis der pasienten, samfunnet og sykepleieren står i fokus (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Grunnlagstanken bak retningslinjene er å utvise respekt og verdighet ovenfor den enkelte pasienten. I tillegg skal sykepleieren gi omsorg og respekt ovenfor pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Aktuelle punkter for problemstillingen i denne oppgaven er blant annet 1.3 hvor det står at sykepleieren har et personlig ansvar for å drive en faglig, etisk og juridisk forsvarlig praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Punkt 2.4 som sier at sykepleiere skal være bevisst sin rolle som sykepleier, og ivareta pasientens integritet og ivareta dens sårbarhet (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Og punkt 2.7 som sier at sykepleieren skal ivareta pasientens rett til vern mot spredning av fortrolige opplysninger (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

De yrkesetiske retningslinjene legger til rette for Anestesisykepleierne Norges sykepleieforening (ANSF) grunnlagsdokument. Dokumentet er oversatt og tilpasset fra den opprinnelige versjonen utgitt av Den internasjonale organisasjonen for anestesisykepleiere (IFNA). Dokumentet sier at anestesisykepleiere skal utøve sin praksis etter norsk lov, Norsk standard for anestesi og de yrkesetiske retningslinjene samt grunnlagsdokumentet (Anestesisykepleierne NSF, 2020).

Grunnlagsdokumentet har en utvidet funksjonsbeskrivelse over ansvar og etisk utøvelse. Anestesisykepleiere skal beskytte pasientene mot spredning av fortrolige opplysninger (Anestesisykepleierne NSF, 2020). Det står også at vi har en overvåkende funksjon mot krenkende situasjoner ovenfor pasienten hvor konfidensielle opplysninger om privatliv, pasientsikkerhet eller verdighet kan være mangelfullt ivaretatt (Anestesisykepleierne NSF, 2020). I tillegg har vi et ansvar for å stadig forbedre vår praksis når vi gir informasjon både skriftlig og muntlig (Anestesisykepleierne NSF, 2020). Et viktig hovedpoeng er at vi skal bidra til etisk forsvarlig praksis før, under og etter gjennomført anestesi hvilket tilskriver oss et særlig ansvar for at pasienten er overvåket, og at pasienten er vernet mot uetiske handlinger eller spredning av konfidensiell informasjon (Anestesisykepleierne NSF, 2020).

## **2.5 Anestesisykepleieren**

### **2.5.1 Norsk standard for anestesi**

Norsk standard for anestesi ble utarbeidet av Norsk anesthesiologisk forening (NAF) og Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund (ALNSF, nå ANSF (Anestesisykepleierne norsk sykepleierforbund) (Norsk anesthesiologisk forening & Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF, 2016). Standarden har som mål å ivareta pasientsikkerheten ved å gi retningslinjer for anesthesiologisk arbeid (Norsk anesthesiologisk forening & Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF, 2016). Standarden ble først utarbeidet i 1991, og har vært revidert jevnlig opp gjennom årene, sist i 2010 (Norsk anesthesiologisk forening & Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF, 2016). Dokumentet skal tolkes og leses i sin helhet, men på grunn av at alt ikke er aktuelt for min problemstilling har jeg valgt ut de punktene som går på pasientansvaret og taushetsplikten til anestesisykepleieren.

I standarden står det definert hvordan den anesthesiologiske driften skal organiseres, og hvem som har ansvaret (Norsk anesthesiologisk forening & Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF, 2016). Anestesispersonell favner om anesthesiologer, anestesileger og anestesisykepleiere. Anestesisykepleiere skal ha enten mastergrad eller videreutdanning i anestesisykepleie (Norsk anesthesiologisk forening & Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF, 2016).

Av 6.1 fremgår det at anestesisykepleier eller en anestesilege skal være hos pasienten fra start til slutt av et anestesiforløp (Norsk anesthesiologisk forening & Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF, 2016). Avslutningen er definert til pasienten er overlevert på postoperativ avdeling (Norsk anesthesiologisk forening & Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF, 2016). Videre i punkt 8 står det at post-operativ overvåkning skal foregå i lokaler egnet til slik overvåkning med kompetent personell og utstyr tilgjengelig (Norsk anesthesiologisk forening & Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF, 2016). Det stilles også krav til at anestesisykepleier med kjennskap til anestesiforløpet skal følge pasienten (Norsk anesthesiologisk forening & Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF, 2016). Det legges særlig fokus på at fasen fra anestesi slutt til oppvåkingsavdelingen er særlig risikabel, og at anestesispersonell ikke skal forlate pasienten før rapporten er gjennomført og oppvåkingspersonalet er klar til å overta pasienten (Norsk anesthesiologisk forening & Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF, 2016).

## 2.5.2 Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere

Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere er utarbeidet av Den internasjonale organisasjonen for anestesisykepleiere (IFNA) (Anestesisykepleierne NSF, 2020). IFNA sitt grunnlagsdokument ble først utarbeidet i 1991 med fokus på anestesisykepleierens ansvar og funksjon innen en anesthesiologisk virksomhet, og hva en slik autorisasjon innebærer (Anestesisykepleierne NSF, 2020). Dokumentet er basert på de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, men har et tillegg som handler om anestesisykepleierens særlige ansvar og funksjon (Anestesisykepleierne NSF, 2020). Dokumentet har som mål å gi internasjonale føringer for hvordan anestesisykepleie skal utøves både med tanke på kvalifikasjoner, kompetanse og etiske hensyn (Anestesisykepleierne NSF, 2020). Det norske dokumentet er oversatt og tilpasset den norske anestesisykepleierens hverdag, og er utarbeidet av en arbeidsgruppe oppnevnt av ALNSF, og var sist revidert i 2020 (Anestesisykepleierne NSF, 2020).

I punkt 2.1 som beskriver anestesisykepleier og individ står det at en anestesisykepleier skal ivareta rettighetene til pasientene, og sikre deres rett til privatliv (Anestesisykepleierne NSF, 2020). Det vil si at konfidensiell informasjon ikke skal deles med personell som ikke har behandlingsansvar eller andre personer, det være seg pårørende eller andre pasienter. I tillegg har anestesisykepleieren et ansvar for å beskytte pasienten mot brudd på taushetsplikten i den forstand vi skal sikre mot uetiske og ulovlige handlinger (Anestesisykepleierne NSF, 2020). Til sist skal vi stadig forsøke å forbedre vår ivaretagelse av taushetsplikten både skriftlig og muntlig, og være en pådrivende kraft for endring og forbedring av dagens praksis (Anestesisykepleierne NSF, 2020).

I punkt 2.2 står det at anestesisykepleieren skal etablere og videreutvikle systemer som gir kompetanseheving, utviser ansvar og troverdighet i faglige vurderinger og taler pasientens sak (Anestesisykepleierne NSF, 2020). Praksisen skal også legge til rette for opplæring og undervisning i etiske utfordringer (Anestesisykepleierne NSF, 2020).

Ifølge underpunkt 3.1.4 i kompetansemoduleen i grunnlagsdokumentet er anestesisykepleieren ansvarlig for å rapportere på en forståelig og utfyllende måte til for eksempel personell på oppvåkningen (Anestesisykepleierne NSF, 2020). Samtidig er anestesisykepleieren ansvarlig til å respondere ved umiddelbare og raskt skiftende situasjoner i den postoperative fasen

(Anestesisykepleierne NSF, 2020). Dette kan legge føringer for anestesisykepleierens prioriteringer i den post-operative fasen når pasienten overflyttes til for eksempel oppvåkningsavdelingen. Det foregår en kontinuerlig vurdering av pasientens kliniske tilstand, og en aktsomhet over egen praksis. Videre i punkt 3.2.1 står det nevnt hvilke kommunikative egenskaper som forventes hos en anestesisykepleier, blant annet evnen til å opprettholde konfidensialitet og diskresjon, kommuniserer tydelig med annet helsepersonell, samt tar i bruk redskaper for rapport som ISBAR (Anestesisykepleierne NSF, 2020).

I punkt 4.3 er anestesisykepleierens ansvar og funksjon definert ved den postoperative fasen (Anestesisykepleierne NSF, 2020). Anestesisykepleieren skal blant annet vurdere når pasienten er klar til neste omsorgsnivå (Anestesisykepleierne NSF, 2020). Under overføringen har anestesisykepleieren i tillegg ansvar for pasientens vitalia og funksjon, noe som krever gode kliniske ferdigheter og et årvåkent blikk (Anestesisykepleierne NSF, 2020). Det står også i punkt 4.3.2 at anestesisykepleieren har ansvaret for pasienten til rapporten er gitt, og det er gitt en bekreftelse av mottakende personell at de er klar til å overta pasienten (Anestesisykepleierne NSF, 2020).

### **3 Design og metode**

#### **3.1 Individuelle semistrukturerte intervju**

I denne oppgaven skal jeg undersøke og gå i dybden på anestesisykepleieres opplevelser og erfaringer knyttet til taushetsplikten i overrapporteringen til personell på oppvåkningsavdelingen. For å kunne gjøre det velger jeg å samle data ved hjelp av semistrukturerte intervjuer. Semistrukturerte intervjuer gir respondentene tid, men også rom til å dele sine dypere tanker om taushetsplikten (Malterud, 2018, s. 133-135).

Jeg vurderte først å gjennomføre fokusgruppeintervju. Men det var utfordrende å finne tidspunkt som passet for alle informantene samtidig. Dessuten er taushetsplikten noe som både er lovbestemt og som er forankret etisk i både yrkesetiske retningslinjer, og anestesisykepleierens grunnlagsdokument, og som derfor er noe svært persontilknyttet. Jeg vurderte det derfor slik at informantene kanskje behøvde trygghet og et rom for refleksjon som best kunne ivaretas ved hjelp av et individuelt intervju.

### **3.2 Utvalgsstrategi**

Taushetsplikten kan være både et individuelt, teambasert og organisatorisk ansvar. Den individuelle yrkesutøver har som plikt å kunne lovverket, og rammene som regulerer yrkesutøvelsen som ANSF sitt grunnlagsdokument, og sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer. Samtidig er taushetsplikten et felles ansvar i den forstand at vi må hjelpe hverandre å ivareta taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Det er i tillegg et organisatorisk ansvar da institusjonen må legge til rette for at de som praktiserer har muligheten til å ivareta taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999, § 16). På grunn av oppgavens størrelse ble det fokusert på anestesisykepleierens perspektiv, selv om flere perspektiver kunne vært relevant. For eksempel oppvåkingspersonellet, og eventuelt ledere av oppvåkingsavdelingen.

Med utgangspunkt i anbefalinger fra emneansvarlig begrenset jeg antallet informanter til maksimum tre. Ut fra denne begrensningen rekrutterte jeg minst én fra hvert kjønn, selv om det ikke er mulig å finne kjønnsforskjeller med et så begrenset antall informanter. I tillegg rekrutterte jeg informanter som hadde henholdsvis 1-10 års erfaring, og fra 10 år og mer. Dette for å få med informanter med både kort og lang erfaring.

### **3.3 Rekruttering**

Etter at mitt prosjekt var godkjent hos NSD (Norsk senter for Forskningsdata) (vedlegg 3) ble det sendt en forespørsel per e-post til Seksjonssykepleier ved en anesthesiavdeling ved et sykehus i Norge (vedlegg 4). Videre ble en e-post med søknad sendt til Avdelingslederen ved det aktuelle sykehus (vedlegg 4). Inkludert i e-posten var mitt informasjonsskriv om deltakelse (vedlegg 5), samt en formell søknad om tilgang til avdelingen (Se vedlegg 4).

Jeg avtalte deretter tidspunkt med Seksjonssykepleieren for å kunne informere muntlig om prosjektet. Seksjonssykepleieren ble informert om bakgrunn, hensikt, tidsbruk og ønsket antall deltakere. Samme informasjon ble formidlet av meg under et fellesmøte mellom anestesisykepleierne ved avdelingen. Jeg hadde informasjonsskrivet tilgjengelig under informasjonsmøtet slik at de kunne ta et skriv hvis de ønsket å lese mer om prosjektet. Etter



manglende frivillige fikk jeg tillatelse av Seksjonssykepleieren til å informere om studien per e-post.

Deltakerne meldte seg i løpet av tre uker, hvor jeg fikk gjennomført intervjuene relativt kort tid etter. Totalt ble det rekruttert tre informanter, og det ble innhentet skriftlig samtykke fra hver deltaker. I tillegg ble deltakerne muntlig informert om sine rettigheter som deltakere før intervjuene startet.

Jeg benyttet meg av convenience sampling (Polit & Beck, 2017, s. 492). Det vil si at mitt utvalg baserte seg på frivillighet, og at deltakerne meldte seg selv. Da det var jeg selv som informerte om prosjektet, var convenience sampling en gunstig måte å rekruttere deltakere på. I tillegg tenkte jeg at det kunne redusere forpliktelsesfølelsen hos deltakerne da jeg la søkelys på at dette var frivillig under infomøtet, og håpet at de som interesserte seg for problemstillingen ville melde seg som informant. Konsekvensen av måten jeg rekrutterte på kan være at deltakerne følte at det er vanskelig å si nei til deltakelse når de har et ansikt å assosiere til prosjektet. I tillegg kan tilstedeværelsen av en autoritetsfigur som en seksjonssykepleier også påvirke antall frivillige til studien.

Da jeg selv er anestesisykepleier kan jeg risikere å ikke få det hele bildet når jeg gjennomfører intervjuer, da informantene kan anta at informasjonen de deler vil være kjent for meg. Jeg forsøkte å motvirke dette ved å be informantene om å utbrodere informasjon når jeg opplevde de antok at jeg visste hva de mente. Samtidig har jeg forsøkt å bruke min erfaring som anestesisykepleier til å forstå hvilke utfordringer de kan oppleve i praksis og sjargongen som brukes innad i avdelingen, og gi meg tilgang til dypere informasjon om deres erfaringer og hverdag (Polit & Beck, 2017, s. 472-473).

## **3.4 Gjennomføring**

### **3.4.1 Prøveintervju**

Det ble gjennomført et uformelt prøveintervju med en studiekollega. Hensikten med et slikt prøveintervju er å få klarhet i om jeg har formulert spørsmålene på en måte som oppfordrer til

å dele informasjon, at tematikkene som jeg ønsker å komme innom, er tydelig, og å få en øvelse i hvordan intervjuet kan foregå.

Intervjuguiden (vedlegg 6) ble gjennomgått, og flere av spørsmålene ble revidert på bakgrunn av prøveintervjuet. Endringene gikk blant annet på omformuleringer, nye temaer som dukket opp under intervjuet, og selve rollen som intervjuer. I tillegg var det en trygghet å få prøvd seg i rollen som forsker, og oppleve noen av de utfordringene som kan oppstå under intervju. For eksempel hvordan en formulerer spørsmålene, følger de opp med oppfølgings spørsmål og hvordan man kan benytte kroppsspråk som et virkemiddel i møtet med informanter.

### **3.4.2 Gjennomføring av intervjuene**

De individuelle intervjuene ble gjennomført direkte etter endt arbeidsdag. I utgangspunktet var det planlagt å gjennomføre intervjuene på egnet område utenfor sykehuset, men på grunn av praktiske hensyn til informantene ble de utført på møterom utenfor anestesivdelingen. På den ene siden kan det å være i nærheten av settingen føre til at svarene blir mer kontekstuelle da vi befinner oss nært stedet hvor det som blir undersøkt utføres. På den andre siden kan en slik nærhet være et hinder på grunn av den ansattes forpliktelser til praksis, og kan være tilbakeholden i sine svar når et tema som taushetsplikten blir tatt opp.

Informantene ble informert om prosjektet og signerte deltakelseskjemaene. De ble informert om at de ble tildelt en tilfeldig bokstav, og at navnelisten vil bli lagret på et sted som kun jeg visste om. Informantene ble informert om hvordan datainnsamlingen kom til å bli gjennomført, via Universitetet i Oslo sin diktafon-app, og at dataene kom til å bli behandlet konfidensielt. Informantene ble informert om tidsrammen det var forventet å ta å gjennomføre intervjuene, cirka 30 minutter. Deretter ble det gjort en gjennomgang av noen praktiske føringer for hvordan intervjuet skulle gjennomføres. At en snakket om gangen, ikke snakket i munnen på hverandre, og at jeg hadde en intervjuguide med noen forhåndsdefinerte temaer jeg ønsket å gjennomgå. Det ble presisert at ønsket med intervjuene var å få kunnskap om erfaringer og opplevelser til informantene, og de ble oppfordret til å dele det som vandret inn i tankene under intervjuet.

Informantene ble informert både muntlig og skriftlig om sine rettigheter til deltakelse i studien, samt muligheter til å trekke seg fra deltakelse på et hvilket som helst tidspunkt.

Yrkeserfaringen som anestesisykepleier spredte seg fra under 10 år og opp til 40 år.

### **3.5 Analyse**

Datamaterialet ble transkribert av meg ad verbatim, og omgjort til bokmål. Bakgrunnen for å endre fra dialekt til bokmål er at avdelingen informantene var rekruttert fra er liten, og det kunne være mulig å kjenne igjen personer på dialekten. Deltakerne fikk en tilfeldig bokstav i stedet for navn. Datamaterialet ble behandlet i tekstbehandlingsprogrammet NVivo 12.

Analysen av datamaterialet ble utført ved hjelp av systematiske tekstkondensering (Malterud, 2018, s. 97-116). Gjennom organisering, fortolkning og oppsummering bindes datamaterialet og resultatet sammen (Malterud, 2002). Systematisk tekstkondensering består av fire trinn:

- 1) Det første trinnet innebærer å lese gjennom materialet og få et helhetsinntrykk. Hensikten er å innta et fugleperspektiv, selv om jeg allerede ved å transkribere datamaterialet får et innblikk i tekstens innhold, og danner meg en tanke om hvilke foreløpige temaer teksten kan deles inn i. Som anestesisykepleier brukte jeg mye tid på å forsøke å lese teksten naivt, og ikke la min forforståelse påvirke hvordan jeg tolket innholdet. Da det er første gangen jeg gjennomfører et slikt prosjekt er det utfordrende å forhindre bias, men jeg har forsøkt å være så bevisst som mulig å ikke anta at det var en åpenbar og opplagt mening i innholdet. Men at teksten og innholdet kan forstås fra flere vinkler og perspektiver.
- 2) Det neste steget innebærer å identifisere meningsbærende enheter. De foreløpige temaene som ble funnet i det forrige trinnet skal nå deles inn i koder (temaer), og de meningsbærende enhetene skal sorteres i sine respektive kodegrupper. Det blir en slags sortering i emner som passer det som blir sagt. På den måten kan jeg samle de tematikkene som er aktuelle for min problemstilling, og sortere bort det som faller utenfor.

- 3) Det tredje steget er kondensering. Kunnskapen som fremkom i det forrige analysetrinnet skal trekkes ut, og danne et såkalt kondensat. Temaene jeg fikk i det forrige trinnet ble gjennomgått og det ble vurdert om temaene burde ha andre titler, eller om de kunne slås sammen. I Nvivo fikk jeg en oversikt over hvilke tematikker som var mest representert, og kunne dele disse inn i ytterligere subgrupper, eller subtemaer. F.eks. kan kommunikasjon deles inn i både verbal og non-verbal kommunikasjon, som igjen kan deles inn ytterligere i for eksempel peking under non-verbal kommunikasjon. Fra datamaterialet mitt dannet jeg flere kunstige sitater. Ved å levere masteroppgaven senere enn forventet har jeg hatt muligheten til å lese over intervjuene på nytt med relativt nye øyne. Det kan gi en viss økt validitet da jeg ser at materialet kan forstås på andre måter enn jeg opprinnelig tok utgangspunkt i.
- 4) I det fjerde og siste steget som kalles rekontekstualisering skal jeg se om mitt kondensat inneholder kunnskapen som ble hentet fra de enkelte kodegruppene og subgruppene. Disse settes sammen til en analytisk tekst. Denne skal bære preg av hvordan informantenes informasjon ble formidlet til meg, og gi innsikt i problemstillingen. Jeg benyttet så min analytiske tekst til å se om det jeg hadde skrevet stemmer med det som opprinnelig ble sagt i råmaterialet for å validere funnene mine.

<b>Trinn 1</b>		<b>Trinn 2</b>	<b>Trinn 3</b>	<b>Trinn 4</b>
Foreløpige tema	Meningsbærende enheter	Koding	Subgrupper	Kategorier
1. Infrastruktur	Pasientene ligger tett i tett, med bare et forheng mellom sengene. Det er	Skjerming  Infrastruktur	Mulighet til å skjermes pasienten  Blotting av pasienter	Å skjermes pasienten fra innsyn fra andre kan være utfordrende.

	<p>trangt, og man vet aldri hvem som sover eller følger med på hva som skjer.</p>		<p>Avdelingens utforming</p>	
<p>2. Taushetsplikten</p>	<p>Når vi gir rapport på oppvåkningen er det ved sengen. Jeg prøver å ikke snakke høyt og peke på anestesiskjemaet, sånn at de som ligger rundt skal høre minst mulig.</p>	<p>Kommunikasjon</p>	<p>Non-verbal og verbal kommunikasjon</p>	<p>For å ivareta taushetsplikten bruker jeg non-verbal og verbal kommunikasjon.</p>
<p>3. Kultur</p>	<p>Jeg gjør som alle andre, jeg peker på skjemaet, hvisker og snakker med en lav stemme</p>	<p>Kultur</p>	<p>Verdier og normer, artifakter</p>	<p>Kulturen har en utbredt metode for å gi rapport ved hjelp av non-verbal og verbal kommunikasjon.</p>

(Fiktive eksempler på tekstanalyseprosessen)

### 3.6 Etikk

Ved å forske innen eget felt, og eventuelt på kollegaer kan det hende masteroppgaven ikke kan publiseres da det kan fremstå som krenkende ovenfor den som er blitt intervjuet (Malterud, 2018, s. 216-217). Måten jeg fremstiller datamaterialet, fortolker det som er sagt, og rekontekstualiserer innholdet skal ta hensyn til om informanten ville stilt opp til intervju hvis den hadde visst at den kom til å bli fremstilt slik jeg gjør det (Malterud, 2018, s. 216-217). Samtidig mener jeg at problemstillingen min er viktig for både anestesisykepleieren og pasienten, og at masteroppgaven av den grunn kan publiseres.

Det å selv være anestesisykepleier kan være en barriere for å oppnå dybde i intervjuene mine. Dette kan være at informantene er redd for at jeg skal dømme uttalelsene deres, vurdere, eller på annen måte bruke det som blir sagt til å sette de i et negativt lys (Malterud, 2018, s. 216-217). Det kan også tenkes at det tas som en selvfølge at jeg allerede forstår noe av informasjonen de deler, og derfor ikke går i dybden (Malterud, 2018, s. 216-217). Enn så lenge opplever jeg at det ikke er vanlig at spesialsykepleiere fullfører sin mastergrad, og det er av erfaring få som innehar denne kompetansen. Dette kan også være en barriere i den forstand at den som ikke har kompetanse avviser betydningen av kompetansen jeg oppsøker, og derfor ikke ønsker å engasjere seg så dypt i mine spørsmål (Malterud, 2018, s. 211-212). Samtidig gjennom å være anestesisykepleiere har jeg en forståelse, egne opplevelser, og erfaringer for hvordan en anestesisykepleiers hverdag kan være. Selv om Malterud (2018, s. 97-116) sier jeg må sette meg selv i parentes og lese intervjuene fra et naivt perspektiv er det nettopp i kraft av å være anestesisykepleier at jeg kan få en dypere forståelse for datamaterialet fra intervjuene. Informantenes tilbakemelding, min erfaringer og opplevelser som anestesisykepleier og den supplerende forskningslitteraturen kan hjelpe meg som forsker å få en ny, dypere og åpen forståelse for hvilke temaer som opptrer i tekstene fra informantene mine slik Gadamer forklarer i sin hermeneutiske sirkel (Gadamer (1976) gjengitt i Polit & Beck, 2017, s. 472-473).

I informasjonsskrivet (vedlegg 5), samt før intervjuet ble påbegynt ble deltakerne informert om hvordan datamaterialet kom til å bli oppbevart og anonymisert. Det skal være umulig å vite hva som er sagt av hvem, men det kan hende informantene selv gjenkjenner momenter ved innholdet (Malterud, 2018, s. 214-216). Informantene er informert om sin mulighet til å

trekke seg fra prosjektet når som helst i prosessen, og er basert på frivillighet og tillitt til at jeg ivaretar deres integritet, og anonymiserer deres bidrag. Ingen har trukket seg per i dag.

Selv om informantene mine ikke dekkes av Helsinkideklarasjonen som har til formål å beskytte individer og sårbare grupper har jeg som forsker et ansvar i å beskytte mine informanter, og være dem tro (Malterud, 2018, s. 211-212). Informasjonen som de potensielt deler gir som tidligere beskrevet grunnlag for reaksjoner fra helsemyndigheter, og bør derfor vernes. Informantene er informert om sine rettigheter, og samtykkeskjema er signert før intervjuene gjennomføres (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2014).

Denne oppgaven tar ikke for seg forskning på pasienter. Før jeg gjennomførte mine intervjuer søkte jeg til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Dette da jeg har benyttet meg av lydopptak under intervjuene. Intervjuene ble lagret på en server hos Oslo Universitet, og ble tatt opp via en kryptert mobilapp (Universitetet i Oslo, 2017). Ved gjennomlytting ble et nettskjema benyttet hvor opptakene ikke ble lagret lokalt på min datamaskin. Transkribert data er anonymisert og lagret på en kryptert minnepenn. Etter fullført studie slettes ikke-anonymisert datamateriale jamført med det som er skissert i samtykkeskjemaet (vedlegg 5). Søknaden til NSD ble sendt 05.01.20, og ble godkjent den 08.01.20 (vedlegg 3). Samtykkeskjemaene er oppbevart på en låst og sikker plass som kun jeg vet hvor er, og adskilt fra datamaterialet.

#### **4 Presentasjon av funn**

I mine intervjuer har jeg funnet fem hovedtemaer med tilhørende undertemaer. Oppvåkningens infrastruktur; hvordan avdelingen er oppbygget, pasientplassering, og ressursfordeling. Anestesisykepleierne identifiserer både ulemper og fordeler med dagens organisering, og har et reflektert forhold til hvordan det kan være både nyttig, men også hemmende i ivaretagelsen av taushetsplikten. Kommunikasjon og observasjon ved rapport; anestesisykepleierne er opptatt av å bruke ulike måter å kommunisere på for å ivareta taushetsplikten både verbalt og non-verbalt. Samtidig har de et behov og en plikt til å observere pasienten under rapporteringen for å kunne dele et klinisk bilde med den som mottar rapport. De viser også kjennskap til rapporteringsverktøy som ISBAR.

Avdelingskultur; anestesisykepleierne forteller om en hverdag hvor de opplever at det ikke er et spesielt fokus på taushetsplikten, men samtidig gjør de mange tiltak for å ivareta den på best mulig måte. Det fortelles om en slags taus kunnskap som alle ansatte i avdelingen deltar i hvor en benytter seg av ulike metoder for å formidle informasjon mellom personell.

Anestesisykepleierne etterlyser et mer overordnet fokus på taushetsplikten og hvordan den skal praktiseres på avdelingsnivå, for å sørge for at det gjøres på en faglig forsvarlig måte, og at det er lik praksis mellom personellet. Anestesisykepleierens opplevelse og refleksjon over egen praksis; Anestesisykepleierne forteller om en kritisk refleksjon over egen praksis, hvordan de selv gir rapport og bruk av skjønn i vurderingen av hva slags informasjon som er potensielt sjenerende ovenfor pasienten. Kollegaveiledning; det å hjelpe hverandre til å ivareta taushetsplikten er et felles ansvar. Men som nyutdannet kan det være vanskelig å si fra i situasjoner hvor taushetsplikten brytes. Informantene forteller hvordan de viderefører måten de gir rapport ved sengekanten til nyansatte og studenter ved å vise dem hvordan det gjøres.

#### **4.1 Oppvåkningens infrastruktur – «Det er jo en del ulemper med noen av de intensivavdelingene som er lang som et vondt år»**

Informantene forteller om både fordeler og ulemper ved ulike måter å organisere oppvåkingsavdelingen på. Det fremstår på bakgrunn av innsamlet data som om det er to hovedmåter oppvåkningen kan organiseres på: åpen med flere pasienter på rekke og rad med forheng foran, eller enkeltrom.

*«Pasientene ligger tett på rekke og rad. På sengepost husker jeg det var likens, og der var det også utfordrende å ivareta taushetsplikten.»*

Det er ikke bare på oppvåkningen at denne problematikken med organisering og muligheten til å ivareta taushetsplikten er utfordrende. I tillegg poengteres det at pasientene ligger tett.

*«Forskjellen her er at pasientene har ulik våkenhetsgrad. Med bare et forheng foran pasientene er det ikke bare det som blir sagt som er utfordrende, men også hva som blir sett. Det er også vanlig at pårørende er inne på oppvåkningen, og de har ingen vansker med å verken se eller høre det som skjer rundt pasienten. Jeg prøver å være bevisst på dette når jeg*



*gir rapport. En kan selvfølgelig også be pårørende om å forlate hvis det skulle være noe spesielt, men enkelte pasienter trenger å ha de til stede. Samtidig er det en trygghet for pårørende å se at alt har gått bra med operasjonen.».*

Samtidig reflekterer de over egen praksis med de utfordringene som kan oppstå. Det er tydelig at begrensningene på oppvåkningen med forheng mellom sengene er noe som de er bevisst på, og at de forsøker å gjøre det beste ut av situasjonen og miljøet de arbeider i. Men de anerkjenner også at pårørendes tilstedeværelse kan være viktig for andre pasienter som er til stede, og at det kan være vanskelig å be de om å forlate. De reflekterer også over momentet med ulik grad av våkenhet etter kirurgi, og at informantene er observante i forhold til sine omgivelser når de gir rapport.

*«Det er jo en del ulemper med noen av de intensivavdelingene som er lang som et vondt år. Det kunne selvfølgelig vært en større avdeling med enten enerom eller mer avstand, men det igjen kan gi mindre oversikt over pasientene. I tillegg kan det være vanskeligere å få tak i hjelp hvis det skulle skje noe uventet.».*

Informantene viser også at de er kritiske i sin vurdering over hvordan en oppvåkningsavdeling kan organiseres, og viser til at det kan kanskje gjøre det enklere å ivareta for eksempel taushetsplikten med enkeltrom. Men på den andre siden kan det oppstå uforventede hendelser hvor det er nødvendig med flere hender. Informantene kommer ikke frem til noe fasitsvar, men viser både fordeler og ulemper med ulike organiseringsformer, samt viktigheten av å kunne tilby høykvalifisert helsehjelp i akutte situasjoner som kan oppstå brått og uventet.

#### **4.2 Kommunikasjon og observasjoner ved rapport – «Hvis jeg må forlate sengen for å gi rapport må det være spesielle ting»**

Informantene gir uttrykk for at det vanligste er å gi rapport ved pasientsengen. Det er særlig lagt fokus på muligheten til å observere og overvåke pasienten samtidig som rapporten gis, og at det er hovedargumentet for en slik praksis. Som informantene forklarer må det være særlige hensyn som kreves for at de skal forlate pasientsengen i overflyttingen til oppvåkningsavdelingen.

*«Rapporten bør gis ved sengen. Å få koblet opp overvåkning og få observert pasienten er viktig når rapporten gis, og en kan vise klinikken til oppvåkningspersonellet. Hvis jeg må forlate sengen for å gi rapport må det være spesielle ting.»*

Samtidig er det åpenbart at informantene er klar over hvilken risiko det medbringer for ivaretagelsen av taushetsplikten.

*«Det negative er selvfølgelig at andre pasienter kan få innsyn i pasientens helseopplysninger som for eksempel hvilket inngrep de har fått gjennomført.»*

For å ivareta taushetsplikten utviser informantene kreativitet i rapportgivingen.

*«Rapporten gis så diskret som mulig ved å kombinere non-verbal og verbal kommunikasjon. Jeg bruker mye peking på anestesiskjemaet som inneholder pasientens id, tidligere sykehistorikk og hva som er blitt gjort. I tillegg forsøker jeg å hviske eller snakke lavt.»*

En slik kommunikasjonsmåte byr også på utfordringer knyttet til informasjonsflyt, og at nødvendig informasjon til oppvåkningspersonellet blir mottatt og forstått uten misforståelser. For å bøte på dette forteller informantene om bruk av rapporteringsverktøy som ISBAR, bruk av notater og en strukturert gjennomgang av anestesiskjemaet.

*«For å sørge for at oppvåkningspersonellet får den informasjonen de trenger forsøker jeg å følge ISBAR. Har jeg ikke med meg skjemaet har jeg en måte å følge anestesiskjemaet på som får frem det viktigste. Jeg forsøker å skrive ned viktige ting etter ISBAR-skjemaet slik at jeg kan vise denne i stedet for å si det. En utfordring kan være å få kommunisert nok detaljer til oppvåkningspersonellet, og at de har forstått det som er blitt vist og sagt på rett måte.»*

### **4.3 Avdelingskultur**

Med en avdeling som er utformet på en spesiell måte og legger føringer for hvordan en kan gi rapport til oppvåkningspersonalet er kulturen på avdelingen en viktig faktor. I tillegg er holdningene og tankene som ligger til grunn for gjeldende praksis avgjørende i ivaretagelsen av taushetsplikten. Informantene gjentar flere ganger gjennom intervjuet at alle gjør sitt beste for å ivareta taushetsplikten.

*«Arbeidsmiljøet er utfordrende på oppvåkningen, og jeg gjør det beste ut av det. Det gjelder i alle situasjoner og ikke bare på oppvåkningen. Vi er overalt på sykehuset, og jeg forsøker å vise hensyn på de ulike avdelingene. Jeg opplever at alle prøver så godt de kan innenfor de rammene de er gitt.»*

Samtidig ser det ut til at det er en normativ kultur på avdelingen for hvordan rapporten gis blant helsepersonellet.

*«Jeg opplever at de fleste gjør tilnærmet det jeg gjør for å ivareta taushetsplikten selv om andre er til stede, det være seg personell, pasienter eller pårørende.»*

Informantene foreslår løsninger på hvordan en kan gi rapport uten å stå ved sengen, men gir uttrykk for manglende system og retningslinjer. Det kan tolkes dithen at informantene gir uttrykk for en avmakt i møtet med sine omgivelser, og søker etter overordnede retningslinjer for hvordan rapporten og taushetsplikten skal ivaretas. Informantene er sykepleiere med videreutdanning, og ikke jurister.

*«Jeg opplever ikke at det er mye fokus på det med taushetsplikt, og hvordan den praktiseres, men at det er en viss norm for hvordan rapporten gis med for eksempel peking, snakking med lav stemme og skjerming av pasienten. Når vi nå snakker om taushetsplikten tenker jeg det er et viktig tema som absolutt bør belyses mer både blant anestesien og oppvåkningsspersonellet. At det kanskje var konkrete retningslinjer for hvordan den skal praktiseres, og ikke basert på skjønn slik det er nå.»*

Informantene beskriver her hvordan de observerer at andre gir rapport, og som tidligere nevnt er dette også noe som går igjen. Det er hyppig bruk av både peking, hvisking eller snakking med lav stemme som er gjeldende praksis og kultur på oppvåkningen.

#### **4.4 Anestesisykepleierens opplevelse og refleksjon over egen praksis**

Igen repeteres metoden for hvordan rapport gis ved hjelp av peking og hvisking. Men skildringen hvordan de vurderer hva som er sensitiv informasjon og hva som ikke er det kommer tydeligere fram. Når det skal eksemplifiseres hva som er vanlig å for eksempel peke på kontra å snakke lavt/hviske er psykiske lidelser en gjenganger i møtet med informantene.

Det gjerne være seg depresjon eller tidligere suicidforsøk. Samtidig er det en viss forventning om at oppvåkingspersonalet selv kan oppsøke informasjon om pasienten, da de innehar samme tilgang til pasientjournalen som informantene. Det gjør det kanskje unødvendig å gå dypt i tidligere sykehistorikk, og det aktuelle er det som er viktig å utdype. På den måten forhindrer en også at sensitive opplysninger spres til andre enn pasientansvarlig sykepleier.

*«Når jeg gir rapport ved sengen bruker jeg skjønn når jeg vurderer hvilken informasjon som jeg sier verbalt, og hva som er greit å bare peke på uten videre utdyping. For eksempel trenger jeg kanskje ikke å si at pasienten er dypt deprimert eller lignende. Det kan de lese i pasientjournalen selv.»*

Informantene forklarer at de har en situasjonsbevissthet når de gir rapport hvor de observerer omkringliggende pasienter, hvorvidt pårørende er til stede og hvor nært de er til pasienten, og om det oppleves som om de følger med på hva som skjer på oppvåkningen. Når de kommer trillende inn med en pasient, det er kanskje usikkerhet om plassering i avdelingen og det kommer masse nye mennesker som kan fange pårørendes interesse. Det kan hende diagnosen og kirurgien er mer spennende enn det pårørende er til stede for. Det å trekke noen forheng foran pasienten når en har funnet plassen forhindrer ikke andre i å aktivt lytte på hva som foregår.

*«Jeg ser også rundt pasienten om det er noen som sitter og følger med eller lytter på oss.»*

På grunn av ytre faktorer og en bevissthet på ivaretagelsen av taushetsplikten er det en viss ambivalens å skulle gi rapport ved sengen da dette er foretrukket hos informantene. Frem til pasienten er overflyttet til oppvåkningen er pasienten anestesisykepleierens fulle ansvar. En overflytting synes i intervjuene å være fullført når mottakeren på oppvåkningen har fått rapport og dimittert anestesipersonalet.

*«For meg er det viktig å gi rapport ved sengen slik at pasienten kan observeres samtidig fordi det er mitt ansvar frem til pasienten er overflyttet. Mye kan skje på kort tid, og helt uforventet!»*

Informantene forteller at de gjør som de opplever at andre ivaretar taushetsplikten. Samtidig fremkommer det at informantene åpenbart har et fokus på taushetsplikten, selv om de opplever at det er mer et personlig ansvar og ikke noe som fokuseres på systemnivå.

*«Måten jeg gir rapport på er slik jeg opplever det meste annet personell gir rapport, og det er slik vi praktiserer taushetsplikten. Det å dempe stemmen, peke på skjemaet, og forsøke på best mulig måte å være diskret.».*

#### **4.5 Kollegaveiledning**

Informantene forteller om en ikke artikulert måte for hvordan en ivaretar taushetsplikten. Det er ingen spesifikk opplæring eller system for hvordan hver enkelt skal gi rapport for å ivareta taushetsplikten. Dette skjer i hovedsak via kollegaveiledning hvor nyansatte gjerne har en som gir opplæring i avdelingen og legger føringen for hvordan rapporten gis. Det fortelles også om forskjellen mellom å være nyutdannet og ha flere års erfaring i forhold til hvor høy eller lav terskelen er for å si fra om kritiske forhold blant anestesisykepleiere. Det snakkes om en slags imaginær «pondus» innad i avdelingen som kommer med erfaring. «Pondusen» er representativ for akkumulert erfaring, og faglig selvtillit.

*«Som nyutdannet tenker jeg terskelen for å si fra når noe er ugreit er høyere enn for de med mer erfaring. De med erfaring viser gjerne de nye hvordan det gjøres under opplæringen.».*

Både de erfarne og uerfarne informantene forteller om situasjoner hvor de mener taushetsplikten har blitt brutt, eller at en har reagert på hvordan noe har blitt gjort. I første omgang forteller informantene om en selvkritisk reaksjon hvor det som har skjedd påvirker deres egen praksis, og har som mål å forhindre lignende situasjoner i fremtiden innad egen praksis. Samtidig snakkes det om et felles ansvar overfor pasienten å ivareta taushetsplikten. Det å veilede hverandre og si fra om kritiske forhold. Da anestesisykepleie er til dels en ensom funksjon i den forstand at det er lagt mye individuelt ansvar på den enkelte anestesisykepleieren er det personlige ansvaret for å ivareta taushetsplikten som kommer i første rekke. Deretter snakker informantene om det å ta kollegaer til siden og si fra at det som skjedde ikke var greit. Når en jobber i et fagmiljø hvor mye står på spill for pasienten former det også måten vi snakker til hverandre, og en kan selvfølgelig ikke ta ansvar for andre sine handlinger, men det er et felles ansvar å si fra. Informantene forteller om en «takhøyde» for å ta opp ting, og at det må være mulig å snakke sammen om ting som er ugreit. Din kollega kan være din beste støttespiller i akutte og krevende situasjoner, og dette krever et samspill som bygger tillit. For å lette på det individuelle ansvaret til den enkelte anestesisykepleieren tas det

opp nytten av å diskutere ting som taushetsplikten på møter både for anestesian og oppvåkningen, slik at alle har samme føringer for hva som er greit og ikke greit. Slik det fremstår i intervjuene er det mangel på en felles arena for anestesisykepleiere og oppvåkningsspersonell hvor slike situasjoner og problemstillinger kan diskuteres mellom de ansatte, og ikke bare på et eventuelt ledernivå.

*«Selvfølgelig har jeg opplevd at rapporten gis på en ugrei måte, altså snakker høyt eller sier personinformasjon. Da tenker jeg at jeg må være mer forsiktig neste gang og gjøre de eller den som gjorde det oppmerksom på det. Såpass takhøyde må vi ha. Jeg vil ikke være delaktig i brudd på taushetsplikten. Som nevnt tidligere kunne det vært aktuelt å ta opp tematikken på møter for både anestesian og oppvåkningen slik at alle følger samme plan for hvordan rapporten skal gis. Jeg er opptatt av mitt personlige ansvar for å ivareta taushetsplikten og gjør så godt jeg kan.»*

#### **4.6 Sluttpoeng om ivaretakelsen av taushetsplikten**

Informantene fikk muligheten til å tilføye noe hvis de ønsket. Tilføyelsene handlet om at intervjuene ble en nyttig påminnelse over egen praksis, og førte til refleksjon over oppvåkningssavdelingens utfordringer. Det var også sagt at rapporteringen og ivaretakelsen er bra, men at det alltid kan bli bedre, og at det er mange utfordringer innen helsevesenet hvor det å ivareta taushetsplikten er et viktig lovpålagt ansvar.

### **5 Metodekritikk**

For å få frem empiri har bruken av semistrukturerte individuelle intervjuer vært nyttig i dette prosjektet. Ved å ha individuelle samtaler opplevde jeg det lettere for informantene å fortelle om kritikkverdige forhold ved egen og andres praksis, som gir grunnlag for videre drøfting og forskning. Det er likevel viktig å bemerke maktforskjellen mellom meg som intervjuer og den som deltar. Både som anestesisykepleier, men også som forsker er jeg den som setter temaet for samtalen, utspør og forsøker å gå i dybden, samt bestemmer hvordan jeg fortolker intervjuene. Det i seg selv kan også være en barriere for hva intervjupersonen deler av

opplysninger, spesielt om et tema som taushetsplikten hvor både juridisk og etisk fagutøvelse er det som undersøkes (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 123-125). Hadde jeg valgt å benytte fokusgruppeintervjuer tror jeg at en del av opplysningene som går på andres og egen praksis hadde blitt mer sensurert, på grunn av bekymring for hva andre skal tenke om en. Samtidig kunne det ha tenktes at et fokusgruppeintervju kunne ført til en mer åpen diskusjon, og belyst tematikken på en annen måte, hvor deltakerne kunne ha oppmuntret hverandre til å dele erfaringer og refleksjoner (Polit & Beck, 2017, s. 511-512).

Måten jeg har anonymisert mine deltakeres intervjuer kan føre til at jeg har mistet deler av konteksten i analysen. Både pauseord som «mm» og «ja» ble hyppig brukt av informantene gjennom intervjuene. Hadde jeg inkludert disse kunne det til dels være mulig å gjenkjenne deltakerne på grunn av måten informantene snakker på. I tillegg har jeg valgt å skrive på bokmål, hvor dialektiske ord og uttrykk blir borte. Det kan tenke seg at poenger forsvinner ved å anonymisere på en slik måte, da enkelte ord og uttrykk ikke nødvendigvis er like velrepresentert på bokmål. Det er heller ikke inkludert hvordan deltakerens kroppsspråk var under intervjuene. Med så få deltakere som tre er det vanskelig å trekke generaliserte slutninger basert på resultatet. Likevel er det interessant å se at opplysningene fra informantene sammenfaller med internasjonal forskning, og at flere av de samme problemstillingene og tematikkene dukker opp.

Utvalg av forskningsartikler kan ha blitt påvirket av personlig bias. Det er forsøkt å velge vanlige forskningsartikler, men også systematiske oversiktsartikler der det er passende. Artiklene er publisert i anerkjente journaler, og fagfellesvurderte. En svakhet med utvalg av forskningslitteratur er at mye av datamaterialet er internasjonalt. Hvordan taushetsplikten, og forventningene til den fra pasienter i andre land utenfor Skandinavia kan være forskjellig. Jeg har likevel forsøkt å vurdere hver artikkel i forhold til overførbarhet av innholdet til Skandinaviske sykehus og lovverk. Samtidig kan en internasjonal forståelse belyse problematikken sett i et globalt lys, og gi kunnskap om hvordan andre land og kulturer håndterer samme problematikk. I tillegg viser forskningen jeg har funnet at taushetsplikten er et område som det er lite forskning på, da det til stadighet oppfordres til mer forskning på hvordan rapporteringen kan gjøres tryggere for pasientene. (Segall et al., 2012; Smeulens, Lucas & Vermeulen, 2014).

## **6 Drøfting**

Gjennom litteraturen og intervjuene har jeg fått et innblikk i hvordan anestesisykepleieren ivaretar taushetsplikten på oppvåkningsavdelingen. Intervjuene beskriver en kompleks interaksjon fra makro- til mikronivå. Det er derfor utfordrende å la være å drøfte de fem hovedkategoriene jeg har funnet, da datamaterialet er så sammensveiset. Samtidig ønsker jeg å vise bredden i de utfordringene anestesisykepleierne kan møte når de skal utøve og ivareta taushetsplikten. Jeg vil derfor i min drøfting følge resultatdelens inndeling da det oppleves som en logisk rekkefølge å drøfte problemstillingen på.

### **6.1 Fordeler og ulemper med en åpen oppvåkningsavdeling**

En oppvåkningsavdeling har pasienter som har gjennomgått mange ulike typer inngrep. Noen har gjennomgått mindre inngrep og har kun regional eller lokal anestesi. Andre har hatt generell anestesi, og kan enda være forvirret, søvnnig eller sovende ved ankomst oppvåkningen. Pasienter har likevel en forventning om at deres opplysninger skal skjermes i størst mulig grad, spesielt ovenfor andre pasienter som ligger i samme avdeling (Bruton, Norton, Smyth, Ward & Day, 2016; Koivula-Tynnilä, Axelin & Leino-Kilpi, 2018). De har også en forventning om at det kun er helsepersonell som har behandlingsansvar som har tilgang på både elektroniske og skriftlige pasientopplysninger (Bruton et al., 2016; Koivula-Tynnilä et al., 2018). Det oppleves også ubehagelig fra pasientens perspektiv å bli omtalt som tredjeperson, at det skjer brudd på taushetsplikten ovenfor andre pasienter eller pårørende, at helseopplysninger blir delt med personell uten behandlingsansvar, og ikke selv få mulighet til å styre over hvilken informasjon som deles (Bruton et al., 2016; Koivula-Tynnilä et al., 2018). Samtidig forteller informantene mine om nytten av å ha pårørende til stede, at det beroliger pasienten og pårørende. Av den grunn er det ikke bare å stenge pårørende ute fra avdelingen fordi oppvåkningsavdelingen er utformet slik den er slik at taushetsplikten ikke kan overholdes. Situasjonen stiller krav til anestesisykepleierens bevissthet og evne til å vise hensyn ovenfor omkringliggende pasienter, pårørende, mottakende sykepleier, annet personell og pasienten. En slik bevissthet til situasjonen kan føre til at informasjon blir tapt eller blir rapportert og oppfattet feil av oppvåkningspersonalet på grunn av forstyrrelser i miljøet (Nagpal et al., 2012; Payne, Stein, Leong & Dressler, 2012; Randmaa et al., 2017).



At pasienter ligger tett i tett med kun et forheng til skjerming som kan føre til forstyrrelser fra andre pasienter, og brudd på taushetsplikten er bekymringer som sykepleiere ytrer i flere forskningsartikler (Bruton et al., 2016; Randmaa et al., 2017). Informantene i intervjuene deler de samme bekymringene ved oppvåkningsavdelingens utforming. Informantene beskriver en hverdag hvor pasientene ligger tett i tett, hvor kun et forheng skiller de. I overflyttingen forsøker anestesisykepleieren å dekke til pasienten, og forhindre innsyn fra omkringliggende pasienter. Samtidig vet ikke anestesisykepleieren noe om de omkringliggende pasientene. Som for eksempel hvilken grad av anestesi de har, og om det sitter en pårørende skjult bak forhenget. Helsepersonelloven §16 sier at organisasjonen skal sørge for at helsepersonell kan utføre sine lovpålagte plikter (Helsepersonelloven, 1999). Spørsmålet er om en oppvåkningsavdeling som er åpen kan gjøre det mulig for helsepersonell å ivareta taushetsplikten. Basert på forklaringsmodellen som sier hvorfor endringer kan være utfordrende i punkt 2.2.2 er det særlig tre punkter i modellen som gjør seg gjeldende (Jacobsen, D.I. gjengitt i Orvik, 2004, s. 363-364). Det første kan være at det er utfordrende å stille krav om nyinvesteringer i et allerede presset helsevesen hvor de økonomiske marginene er små. En ting er å bevilge midler, en annen kan være å bruke ressurser på ombygging. I en ombyggingsprosess vil det være behov for et alternativ til oppvåkningsavdelingen. Det kan hende at kapasiteten vil bli redusert for en periode. Det kan igjen påvirke andre eksterne gruppers krav til stabiliteten. For eksempel at enkelte typer kirurgi kan bli utsatt eller kansellert over lang tid, og kan skape et etterslep som ikke lar seg innhente. Pasienten som venter på behandling må belage seg på lengre ventetid, eventuelt reise til andre sykehus i Norge som de kanskje ikke har muligheten til av private eller økonomiske årsaker. Det kan også hende at pasienter som ikke vil være til bry ikke oppsøker helsevesenet da de venter på innkalling og ikke er klar over sine rettigheter. Det tredje er at en omorganisering og omforming av en avdeling kan føre til dobbeltarbeid for de ansatte i en periode. Helsepersonell er allerede presset grunnet en mangel på sykepleiere (Helmerts, 2019; Hjemås, Zhiyang, Kornstad & Stølen, 2019). Å skulle presse helsepersonell som er fintilpasset den daglige driften må påta seg merarbeid (Hjemås et al., 2019; Norsk Sykepleierforbund, 2020). Dette kan igjen føre til utmattelse hos personalet som da fører til ytterligere redusert drift ved økt andel sykemeldinger eller at personell slutter fordi arbeidsbelastningen blir for tung over for lang tid. Summen av punktene viser at en ombygging av en oppvåkningsavdeling er en situasjon som gir ringvirkninger.

Informantene uttrykker et ønske om å ha tilstrekkelig med personell tilgjengelig på oppvåkningen i tilfelle det skulle oppstå akutte hendelser, noe en åpen oppvåkningsavdeling gir mulighet for. Det å dekke et mindre areal hvor det er åpnet for at sykepleierne kan samarbeide og jobbe på kryss av pasientene reduserer behovet for flere ansatte. Som informantene også sier hadde nok muligheten for å gi rapport på et egnet rom vært høyere hvis det var tilstrekkelig personell som kunne passet på pasienten. I tillegg nevnes økt avstand som en mulighet til å redusere spredningen av pasientopplysninger, men større avstander stiller også krav til mer personell, da avstandene og området blir større som skal dekkes av tilstrekkelig med sykepleiere. I tillegg er det ikke like lett å få hjelp fra annet personell som det kan være på en åpen oppvåkningsavdeling hvor du omtrent kan snu deg og be om hjelp fra en kollega. Et raskt søk på internett gir mange resultater ved å søke etter sykepleiermangel, hvor både helseminister og leder for norsk sykepleierforbund til stadighet dukker opp og ytrer sin bekymring for fremtiden med tanke på rekruttering og utdanning av tilstrekkelig med sykepleiere (Helmers, 2019; Norsk Sykepleierforbund, 2020). Statistisk sentralbyrå har vist at vi allerede ikke dekker behovet for både sykepleiere og spesialsykepleiere (Hjemås et al., 2019), og at vi i 2035 vil mangle omtrent 30 000 sykepleiere. Det kan tenkes at når tilgangen på spesialisert personell blir mindre kan det være gunstig med tanke på bemanningssituasjonen å ha en åpen løsning som i informantenes tilfelle.

Organiseringen og utformingen av en oppvåkningsavdeling har både fordeler og ulemper. Det fremstår likevel som om lett tilgang på personell og i den forlengelse pasientsikkerheten er viktig ved en oppvåkningsavdeling.

## **6.2 Kommunikasjon mellom anesthesi- og oppvåkningsspersonell – Til pasientens beste?**

Informantene gir uttrykk for å foretrekke en rapportering ved sengekanten for å kunne observere pasienten. Som tidligere nevnt er anesthesisykepleieren ansvarlig for pasienten til overflyttingen til oppvåkningsavdelingen er fullført (Norsk anesthesiologisk forening & Anesthesisykepleiernes landsgruppe av NSF, 2016, s. 7). Overflyttingen er gjennomført når en rapport om pasienten er gitt til mottakende personell (Norsk anesthesiologisk forening & Anesthesisykepleiernes landsgruppe av NSF, 2016, s. 7). Overflyttingen fra operasjonen til oppvåkningen er en kritisk del av anestesien (Norsk anesthesiologisk forening &

Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF, 2016, s. 7). Måten informantene rapporterer på er i samsvar med norsk standard sine krav til observasjon av fysiologiske endringer (Norsk anesthesiologisk forening & Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF, 2016, s. 3-4). Men informantene gir uttrykk for at de er klar over risikoen for spredning av taushetsbelagt informasjon, og dette finnes igjen i flere studier hvor en rapport ved sengekanten benyttes (Bruton et al., 2016; Koivula-Tynnilä et al., 2018; Randmaa et al., 2017). Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere sier (Anestesisykepleierne NSF, 2020):

*«Punkt 2.1*

- *Sikrer pasientens rett til privatliv, slik at konfidensiell informasjon ikke tilkommer andre.*
- *Sikrer pasienten mot uetiske eller ulovlige handlinger, og ivaretar pasientens integritet.*
- *Overvåker og responderer på situasjoner hvor pasientsikkerhet, privatliv eller verdighet kan være truet*
- *Deltar aktivt for å forbedre konfidensialitet og sikkerhet på skriftlig o muntlig informasjon*

*Punkt 3.2.1*

- *Sikrer pasientforståelse, respekt, empati og tillit ved å opprettholde konfidensialitet og diskresjon.*
- *Tar i bruk verktøy for strukturert kommunikasjon (ISBAR) i sårbare pasientsituasjoner som pasientoverlevering.» (Anestesisykepleierne NSF, 2020).*

Informantene opplyser at de bruker skriftlige hjelpemidler, anestesijournalen og en dempet stemme, hvisker eller peker når de gir rapport for å forsøke å ivareta taushetsplikten på denne måten. Hensikten er god, og kan ha som formål å kunne observere pasienten samtidig som en gir rapport fordi tiden etter kirurgi kan være kritisk, og de har ansvar for og tillitt fra pasienter og kollegaer. Derfor kan det være utfordrende å forlate pasienten under rapportering. Ved å bruke de tiltakene informantene beskriver er det en gylden middelvei, et kompromiss. Risikoen for spredning av taushetsbelagt informasjon er til stede, men dette veies opp mot

risikoen for postoperative komplikasjoner. Anestesisykepleieren kan oppleve et krysspress hvor rollen som pasientens advokat og forfekter av etikken møter en kontekstavhengig utfordring i hvordan avdelingen er utformet, krav til effektiv overlevering av pasienten slik at det ikke skaper forsinkelser i operasjonsprogrammet, og ikke forsinke det øvrige arbeidet oppvåkingspersonalet har. Med utgangspunkt i Schein (Schein 1987 gjengitt i Orvik, 2004, s. 60) sin definisjon på kultur kan en forstå situasjonen til anestesisykepleieren slik at krysspresset de står i gjør seg gjeldende som en kultur for gruppen. Som hjelper dem å mestre og navigere seg gjennom de ulike kravene som stilles til dem. Med tiden blir det en grunnleggende antagelse at slik skal rapporten gis, og blir dermed videreført til nye ansatte.

Når rapporten gis på en så diskret måte som mulig ved hjelp av non-verbal og verbal kommunikasjon for å ivareta taushetsplikten kan det få konsekvenser for pasientsikkerheten (Benton, Hueckel, Taicher & Muckler, 2020). Oppvåkingspersonalet er avhengig av å få informasjon om pasienten for å kunne utføre sin jobb, og er derfor avhengig av hva anestesisykepleieren deler av informasjon. Anestesisykepleieren kan ikke med sikkerhet si at personene gir rapport til har forstått det som blir sagt, eventuelt ikke sagt i rapporten. Det kan føre til at informasjon blir glemt, forsvinner, eller blir misforstått. I et forsøk på å ivareta taushetsplikten og samtidig observere pasienten kan forstyrrelser i rommet, mangelfull, glemt, kritisk eller feil i informasjonen redusere pasientsikkerheten (Benton et al., 2020; Canale, 2018; Randmaa et al., 2017). Hvis hele hensikten med å gi rapport ved sengekanten er å kunne vise oppvåkingspersonalet klinikken og observere pasienten, så må det være mulighet for å stille spørsmål. Hvis en likevel bare skal peke på all informasjonen, og ikke kunne utdype, så kunne en brukt stille rapport via elektronisk pasientjournal.

Informantene bruker ISBAR som huskeregel for å få med seg den informasjonen som oppvåkingspersonalet kan ha bruk for, samt for å strukturere sin rapport. I et forsøk på å forhindre spredningen av pasientopplysningen skrives dette ned i en ISBAR-struktur, slik at minst mulig må sies verbalt. Huskereglene som ISBAR brukt i rapportgiving har blitt vurdert opp gjennom årene i flere systematiske oversiktsartikler uten å finne en klar nytte ved å bruke disse verktøyene, eller en huskeregel som fremstår som best (Müller et al., 2018; Riesenber, Leitzsch & Little, 2009; Segall et al., 2012; Smeulers et al., 2014). Evidensen for å bruke de ulike huskereglene er lav og nytten er liten for de som mottar informasjonen (Randmaa,

Swenne, Mårtensson, Högberg & Engström, 2016). Men bruken av slike huskereglar hindrer ikke brudd på taushetsplikten så lenge rapporten likevel gis ved sengen.

### **6.3 Avdelingskultur – Når en etablert praksis utfordrer det lovpålagte ansvaret**

I følge grunnlagsdokumentet til anestesisykepleiere skal anestesisykepleieren arbeide aktivt for å forbedre pasientkonfidensialitet og pasientsikkerhet (Anestesisykepleierne NSF, 2020; Norsk Sykepleierforbund, 2019). Men informantene forteller om en hverdag som ikke er preget av et spesifikt fokus på taushetsplikten. Samtidig gjør de en aktiv og bevisst innsats for å minimere spredningen av taushetsbelagt informasjon ved måten de kommuniserer på seg imellom, og de er tydelige på at de gjør så godt de kan. Det er interessant hvordan informantene forteller at de forsøker å ta hensyn, bruker skjønn og diverse kommunikative virkemidler, men ingen forteller hva de gjør for å endre på situasjonen slik at taushetsplikten kan ivaretas eller vil ta ansvar for at de bryter taushetsplikten. I møtet med oppvåkningsavdelingen ved rapporten hersker det en del forventninger til hvordan den skal gjennomføres, og hva den skal inneholde. Det kan altså sies at rapporten mellom anestesisykepleiere og oppvåkningssykepleiere er preget av en psykologisk kontrakt (Orvik, 2004, s. 363-364). Denne psykologiske kontrakten kan føre til at verken anestesisykepleieren eller oppvåkningssykepleieren utfordrer hvordan de tradisjonelt gir rapporten, og dermed uteblir muligheter for endring. I kommunikasjonen er det en blanding mellom atferdsmessige og verbale artifakter som styrer hvordan rapporten skal gis (Schein, 1987, s. 20-40). Avdelingen som kontekst for rapporteringen som et fysisk artefakt legger føringer for hvordan jobben må gjøres (Schein, 1987, s. 11-18). Oppvåkningsavdelingene og lokalene i de fleste sykehus i landet kan synes å være bygget på en tid og måte hvor implikasjonene for taushetsplikten ikke var helt tydelig. Det kan derfor være at kulturen vokser inn i sine omgivelser. Verdier og normer påvirkes av artefaktene (Schein, 1987, s. 11-18), som betyr at de kan legge føringer for hvordan adferd som forventes av både anestesisykepleiere og annet oppvåkningssykepleierpersonell. Normen er å gi rapport ved sengekanten, og det forventes at anestesisykepleieren ikke nødvendigvis sier all informasjonen, men peker på skjemaet eller hvisker. Ut fra det kan det kanskje antas at de ikke ser det som nødvendig å gjøre en endring av den allerede etablerte kulturen. Det engelske idiomet «leave well enough alone» kan være beskrivende når en forsøker å forstå hvordan hverdagens praksis etter hvert blir en del av kulturen. Hvis det fungerer, hvorfor gjennomføre en endring? En anestesisykepleiers behov

for å være en del av gruppen, og ha en tilhørighet kan føre til et kompromiss med egne verdier og normer (Schein, 1987, s. 21-25). Kultur har en kraftig virkning på vår egen identitet og kan gi en opplevelse av at det forlanges at vi imøtekommer kulturen som eksisterer og tilpasser oss for å gjøre det som er rett (Schein, 1987, s. 21-25). Det er altså vanskelig for anestesisykepleiere både ny og erfaren å stå imot den innvirkningen som en kulturs artifakter kan ha på egen praksis.

Rent juridisk er loven tydelig på at helsepersonell skal forhindre utilsiktet tilgang til helseopplysninger (Helsepersonelloven, 1999, § 21). Loven åpner ikke for tolkning, og er absolutt på at kun behandlende helsepersonell skal ha tilgang (Helsepersonelloven, 1999, § 21 og § 21a). Å legge opp til at den individuelle arbeidstakeren skal stå ansvarlig og bruke sin skjønnsmessige vurdering av hva som er sensitiv og ikke sensitiv informasjon er uheldig. Hva som er sensitiv informasjon for pasienten, kan være vanskelig for anestesisykepleieren å vite. Når anestesisykepleieren da skal gjøre det som er best for pasienten kan det være diskrepans mellom pasientens og anestesisykepleierens definisjon på hva som er sensitiv informasjon, og til hvem og hvor det er greit å dele denne. Ved å ha retningslinjer og en klar avklaring over hvordan rapporten skal gis, samt dens innhold, kan avdelingen ta ansvaret for hva som er sensitivt eller ikke, og det blir lettere for anestesisykepleieren å etterleve kravene som da stilles.

Punktene i 2.2.2 viser hvor utfordrende det kan være å gjøre endringer i en allerede etablert kultur (Jacobsen, D.I. gjengitt i Orvik, 2004, s. 363-364). Presset i helsevesenet, hvor økonomiske rammer blir oppspist av for eksempel vikarbruk for å dekke vakter, ny behandling, modernisering av allerede forfallent utstyr gjør at nyinvesteringer kan være vanskelig å gjennomføre. At organisasjonen må gjøre investeringer og innkjøp av nye digitale verktøy, rettigheter til sjekklister, øke bemanningen en periode eller permanent, og ombygge lokalene kan være noen barrierer for endring. En omorganisering kan føre til dobbeltarbeid, noe som kan være utfordrende når personalet kanskje allerede er presset til sitt fulle. I tillegg kan krav fra kirurger, ledelse eller andre avdelinger til oppvåkingspersonalet, og dets lokaler føre til at en midlertidig nedgang i drift og stabilitet for å gjøre endringer ikke kan aksepteres.

## 6.4 Anestesisykepleierens erfaringer og opplevelse av egen yrkesutøvelse

I det postkirurgiske forløpet er pasienten sårbar, og kan være ute av stand til å ivareta egne rettigheter. Som tidligere skissert i oppgaven kan mangler på klare retningslinjer, lokaler og fokus på taushetsplikten føre til at denne oppgaven blir utfordrende. Flere studier poengterer brudd på taushetsplikten som en utfordring (Koivula-Tynnilä et al., 2018; Lambert & Adams, 2018; Nagpal et al., 2012; Randmaa et al., 2017). Men hvis det er en generell oppfatning at en åpen avdeling og rapporteringsformen bryter taushetsplikten, hva gjør anestesisykepleieren selv for å unngå å bryte loven? Igjen repeterer informantene sin metodikk i rapportens sammenheng som er å peke, hviske, og snakke med en dempet stemme. De forteller om hvordan de bruker skjønn i formidlingen av hvilken informasjon de anser som sensitiv. Det kan være tidligere sykdomshistorikk, gjerne tilstander som er knyttet til sosiale stigma som psykiske lidelser. De forteller selv at andre ikke skal høre så godt hva som blir sagt, og med det er det en innrømmelse av at taushetsplikten blir brutt. De begrunner hvorfor de gjør det på denne måten med at det er slik andre praktiserer taushetsplikten i avdelingen, og et behov for å observere pasienten til overflyttingen er gjennomført. I enhver gruppe eller kultur møter deltakeren en oppfatning hvorvidt organisasjonen, eller naturen, kan kontrolleres (Schein, 1987, s. 71-93). Med natur menes hvordan avdelingen opptrer, og forholder seg til styrende tanker i hverdagen, hva som er viktig (Schein, 1987, s. 71-93). Spørsmålet er om anestesisykepleieren kan kontrollere sine omgivelser i rapportøyeblikket, eller om anestesisykepleieren må inngå et kompromiss med naturen for å delta i gruppen (Schein, 1987, s. 71-93). I den situasjonen som anestesisykepleierne beskriver fremkommer det at det å observere pasienten, altså å ha kontroll over situasjonen, er en av de viktigste og dominerende hensynene i avdelingskulturen. Det er begrensninger for hvor mange forhold en avdeling kan ta hensyn til, og som kommer i konflikt med hverandre. Med tiden har det derfor vokst frem en kultur som fremmer pasientsikkerhet gjennom observasjon som vesentlig viktigere enn taushetsplikten (Schein, 1987, s. 71-93).

Bruk av skjønn og kommunikative virkemidler som å dempe stemmen, non-verbal kommunikasjon som peking og utviser hensyn til omgivelsene gjentas av informantene flere ganger gjennom intervju materialet. Det å skulle vurdere fra pasient til pasient hvilken informasjon som er viktig, og hva som eventuelt må utdypes kan føre til kommunikasjonssvikt mellom pleiere (Benton et al., 2020; Nagpal et al., 2012; Randmaa et

al., 2017). Det kan igjen føre til økt risiko for pasienten hvis viktig informasjon blir uteblitt fra rapporten (Benton et al., 2020; Payne et al., 2012; Segall et al., 2012). Samtidig i mangel av bedre verktøy og retningslinjer gjør anestesisykepleierne så godt de kan med de redskapene de har fått utdelt. Det er gjort lite forskning på om den ene måten å rapportere på er bedre enn en annen (Müller et al., 2018; Riesenberget al., 2009; Segall et al., 2012; Smeulers et al., 2014). Oversiktsforskning på feltet kan derfor heller ikke utvikle noen evidens for at en måte er bedre enn en annen (Müller et al., 2018; Riesenberget al., 2009; Segall et al., 2012; Smeulers et al., 2014). Det at det er lite forskning innen området viser kanskje at det er mye å forvente at den enkelte anestesisykepleieren skal kunne klare å finne ut av det alene. Men hvis pasientsikkerheten blir redusert ved å gi en rapport som har potensialet til å bli misforstått eller at informasjon går tapt, og taushetsplikten brytes, hva gjenstår da som grunnlag for å fortsette en slik praksis? Ved å se på barrierer for endring i punkt 2.2.2 kan frykten for det ukjente gjøre seg gjeldende i en slik situasjon (Jacobsen, D.I. gjengitt i Orvik, 2004, s. 363-364). Ved å ikke ha reflektert eller benyttet seg av en annen måte å gjennomføre rapporteringen på kan frykten for å miste kontroll over situasjonen i en kulturell kontekst som verdsetter en slik kontroll høyt være utfordrende. Etter hvert som en deltar i en kultur blir det en tilhørighet som er psykologisk forankret, og gir en følelse av fellesskap (Jacobsen, D.I. gjengitt i Orvik, 2004, s. 363-364). Tap av denne identiteten kan også være et ubevisst eller bevisst hinder for at rapporteringen, til tross for manglende fordeler, likevel praktiseres slik den alltid har blitt gjennomført (Jacobsen, D.I. gjengitt i Orvik, 2004, s. 363-364). Det kan også være endringer i sosiale miljø som er årsaken til at en endring ikke forekommer. Kanskje er oppvåkingspersonalet og anestesisykepleierne blitt kollektivorientert, og setter kollektivets motivasjoner og interesser over pasientens lovpålagte rettigheter (Schein, 1987, s. 71-93). Årsakene til at en praksis fortsetter er mange, og kan både være bevisste og ubevisste. Det skal sterke krefter til for å utfordre en allerede etablert kultur (Schein, 1987, s. 71-93)

Med den viten om at pasienter kan få med seg helseopplysninger om hverandre er det vanskelig å ikke si at dagens praksis bryter pasient- og brukerrettighetsloven samt helsepersonelloven når informantene med viten og vilje deler helseopplysninger i påhør av andre pasienter og pårørende (Helsepersonelloven, 1999, § 21; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-6). Stadige tiltak for å effektivisere helsevesenet og redusere antall personell per pasient for å kunne dekke etterspørselen har mulig gått for langt. Allerede



i 1996 ble effektiviseringen av helsevesenet tatt opp som problematikk av Per Nortvedt i boken «Nærhetsetikk» (Nortvedt, 1996). Her blir blant annet reduksjonen av sengeplasser, stadig økende press til behandling fra samfunnet, og en manglende økning av ressurser til helsevesenet tematisert. At det fortsatt diskuteres at det er mangel på personell (Norsk Sykepleierforbund, 2020), og en stadig økning av pasienter med reduksjon av pasientsenger (Hove, 2020) tyder på at lite er endret. Et slikt press på helsevesenet og dens ansatte legger føringer og begrensninger for hvor effektive sykepleiere kan være. Med reduksjon i antall personell, og stadig flere pasienter som venter på behandling kan det føre til at anesthesisykepleiere gjør som mange andre naturlige prosesser og velger minste motstands vei. Det å la seg presse på grunn av krav til effektivitet og imøtekommelse av samfunnets krav til behandling på bekostning av sine lovpålagte plikter er en plausibel forklaring sett i sammenheng med kulturens innvirkning på praksis. Oppvåkningens utforming påvirker praksis og legger føringer for sosiale normer, kan være adferdsregulerende og har en innlæringsmekanisme for hvordan jobben kan gjøres (Bille & Sørensen, 2012, s. 74-75). Det å legge til rette for at flere pasienter skal dele samme lokaler, at det henges opp gardiner imellom, og at det ikke tilrettelegges egnede plasser til å gi rapport tydeliggjør et fokus om effektivitet fremfor pasientens rettigheter er sterke symbolske og fysiske artifakter (Schein, 1987, s. 20-40). Når en avdeling er utformet, eller utstyr som brukes i overvåkningen av pasienter er plassert på en åpenbar og intuitivt måte kan det bli et både bevisst og ubevisst kompromiss med kulturen på oppvåkningsavdelingen når anesthesisykepleieren gir rapport ved sengekanten (Schein, 1987, s. 71-93). Anesthesisykepleiere er åpenbart klar over hvilke rettigheter pasienten har. Arkitekturen kan en sjeldent gjøre noe med, og når en kultur allerede er etablert er det som tidligere vist svært vanskelig å gjøre noe med (Jacobsen, D.I. gjengitt i Orvik, 2004, s. 363-364). Det er dermed betimelig å stille spørsmålet om hvem som er ansvarlig ved eventuelt tilsyn, og hvilke reaksjoner som kan forventes slik taushetsplikten praktiseres i dag.

Informantene, anesthesisykepleiere, og sykepleiere i andre land poengterer at det er viktig for dem å gi rapport ved sengekanten (Bruton et al., 2016; Randmaa et al., 2017). Hovedargumentet er det å kunne observere pasienten i den postoperative fasen som kan være kritisk. Samtidig stiller Norsk standard for anestesi klare krav til anesthesisykepleieren og overflytting av pasienter. Overflytningsforløpet er ikke fullført før mottakende oppvåkningsspersonell er klar til å ta imot pasienten (Norsk anesthesiologisk forening &

Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF, 2016, s. 7). Digitale hjelpemidler har kommet langt, og vi kan overvåke det meste via elektronikk. Det vi ikke kan måle er de plutselige endringene hos pasienten som et klinisk blikk kan observere. Et blodtrykksfall kan starte med at pasienten blir lettere klam, slørete i talen, forvirret, og mindre kontaktbar. Manuelle blodtrykksapparater har gjerne et tidsintervall på alt fra noen sekunder til flere minutter. Blodtrykksfall kan skje raskere enn de sekundene eller minuttene maskinen bruker på å måle og tallet kommer på monitoren, og til personalet har reagert kan det ha gått flere minutter. Rapporter kan også gjøres digitalt. Samtidig kan en rapport med fravær av direkte kommunikasjon mellom anestesisykepleier og oppvåkningspersonellet redusere muligheten til å stille spørsmål, diskutere pasientens situasjon, og overføre det kliniske som anestesisykepleieren har observert (Payne et al., 2012). For eksempel kan pasienten ha hatt en tendens til plutselig pulsfall gjennom det kirurgiske inngrepet. Muligheten til å diskutere dette med oppvåkningspersonalet om hva det egentlig handler om, hva de kan observere og lignende kan være viktig informasjon for å forebygge pasientskade. Erfaring og klinikk er en av grunnsteinene i den utøvde sykepleien, det kliniske blikket. Ved å eliminere en muntlig rapport sier en at det nedskrevne ord er absolutt og komplett. En avdeling kan benytte seg av stille rapport hvor kun journalført data skal være grunnlaget for videre oppfølging. Kanskje stemmer ikke det som står i papirene med det som kan observeres i virkeligheten. Spørsmålet er om det er urimelig i så tilfelle å ha tilstrekkelig personell som kan være ved pasientens seng frem til rapporten er ferdig. Dersom det krever mer personale for å ikke gi rapport ved sengen, må det avklares hvilken informasjon den som står ved sengen behøver. Men da igjen blir spørsmålet om stille rapport med bruk av elektronisk pasientjournal vil være en bedre løsning for pasientsikkerheten og taushetsplikten.

## **6.5 Kollegaveiledning – Fra nyansatt til erfaren**

Som fersk anestesisykepleier har en gjennom studiet lært om verdiene som legges til grunn for anestesisykepleiere i grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere og en er blitt introdusert til norsk standard for anestesi. Anestesisykepleieren kan da ha internalisert verdier og disse etiske kodeksene i sine forventninger til egen yrkesutøvelse ved endt studieforløp. Informantene forteller at det gjerne er erfarne anestesisykepleiere som får ansvaret i oppfølgingen av nyutdannede, og at de har ansvar for å introdusere de i den rådende kulturen

både innad egen avdeling og på oppvåkningsavdelingen. Dette er kanskje den nyutdannede anestesisykepleierens første møte med oppvåkningskulturens artifakter, normer og verdier. De blir fortalt hvilke hvordan de kommuniserer seg imellom, og hva som forventes av adferd når pasienten overleveres (Schein, 1987, s. 20-40). Når den nyutdannede møter en kultur som har andre etiske prioriteringer enn det som er internalisert på studiet kan det utfordre den ferske anestesisykepleierens identitet (Orvik, 2004, s. 19-21). Samtidig vil det som formidles til anestesisykepleieren også bære preg av hva som er viktig for den som gir opplæringen (Orvik, 2004, s. 19-21). For eksempel kan det være at den som lærer bort hvordan rapporten skal gis være særlig opptatt av at navn eller personnummer ikke skal sies, men pekes på. Andre hadde kanskje fokusert mer på at tidligere sykdommer ikke skal sies verbalt og lignende.

Anestesisykepleieren blir da satt i et krysspress i forhold til sine internaliserte verdier og hva som forventes av kulturen (Orvik, 2004, s. 23-26). Motivasjonen fra den som gir opplæringen kan være en ubevisst tanke om at kulturen trenger stabilitet (Jacobsen, D.I. gjengitt i Orvik, 2004, s. 363-364). Det er kanskje ikke ønsket at noen kommer og forstyrrer en allerede akseptert praksis som fungerer bra i kulturens oppfatning (Jacobsen, D.I. gjengitt i Orvik, 2004, s. 363-364). Den nyansatte står også i en avmakt i form av å være nyutdannet (Orvik, 2004, s. 19-21). Informantene forteller at det kan være en høyere terskel for nyutdannede å si fra om situasjoner som er uetiske eller ulovlige. Dette kan forankres i en nyutdannedes behov for tilhørighet til gruppen anestesisykepleiere. For å få innpass i gruppen må rollen eller identiteten passe med gruppens verdier, og er gjerne et kompromiss på anestesisykepleierens vegne (Schein, 1987, s. 126-156). Hvis ikke anestesisykepleieren føyer seg etter kulturens krav og forventninger er risikoen å ikke bli innlemmet i kulturen, hvilket igjen kan gjøre hverdagen utfordrende og gjøre at anestesisykepleieren blir engstelig over å ikke passe inn (Schein, 1987, s. 126-156). Fokuset er gjerne på hvordan en skal overleve i et nytt yrke og de kravene som stilles. I tillegg trenger den nyutdannede aksept fra personalet som deltar i oppvåkningskulturen som andre anestesisykepleiere og oppvåkningssykepleiere. Denne aksepten er grunnlag for trygghet hos anestesisykepleieren, og bidrar til at anestesisykepleieren finner sin plass i gruppen (Schein, 1987, s. 126-156). Det å finne sin plass kan påvirke både bevisste og ubevisste forhold til hvordan anestesisykepleieren utøver sin funksjon innad i gruppen (Schein, 1987, s. 126-156).

Informantene forteller om situasjoner hvor de har opplevd brudd på taushetsplikten, eller at rapporten har blitt gitt på en måte som ikke svarer til forventningene fra kulturen. Artefaktene

i en kultur vises gjennom hvordan rapporten gis, altså hvordan anestesisykepleieren snakker med oppvåkingspersonalet (Schein, 1987, s. 20-40). Informantene har en forventning til at nyansatte og andre følger kulturen de deltar i sine verdier og normer (Schein, 1987, s. 126-156). Ved brudd på disse kan det tolkes som et brudd på den sosiale og psykologiske kontrakten mellom helsepersonell (Schein, 1987, s. 126-156). Brudd fører til reaksjoner fra kulturen hvor personen som bryter kulturens forventninger kan oppleve tilsnakk fra kollegaer eller ledere hvor de får tilbakemelding om å gjøre det som er akseptert og forventet atferd (Schein, 1987, s. 126-156). Da spørsmålene om hvordan fremgangsmåten for rapporten blir lært bort til andre kom mot slutten av intervjuene kommer det frem at informantene ønsker seg møter mellom anestesi og oppvåkningen for å diskutere hvordan rapporten skal gjennomføres. Ved å delta på intervjuet kan det tenkes at informantene fikk et mer bevisst forhold til taushetsplikten og egen yrkesutøvelse, og hvor viktig det er å ivareta taushetsplikten både på grunn av etiske og lovlige krav til yrkesutøvelsen. Informantene forteller at de er opptatt av sitt personlige ansvar og gjør så godt de kan med de redskapene og det miljøet de arbeider i.

I løpet av intervjuene ble det tydelig at informantene ble mer bevisst på hvordan de selv ivaretok taushetsplikten, noe som førte til reaksjonen om at de ikke vil være del av en kultur som bryter taushetsplikten. De foreslår selv at dette er et viktig tema som det burde vært mer møtevirksomhet rundt, og at anestesisykepleierne og oppvåkingspersonalet burde få muligheten til å diskutere dagens praksis.

## **7 Konklusjon**

I denne masteroppgaven har jeg forsøkt å utforske og formidle hvordan anestesisykepleieren ivaretar taushetsplikten på en åpen oppvåkingsavdeling. Ved å gjennomføre semistrukturerte individualintervju har jeg identifisert fem hovedområder som påvirker hvordan taushetsplikten blir praktisert, og noen av de utfordringene anestesisykepleieren kan oppleve når de gir rapport. De fem hovedområdene er hvordan en avdeling er utformet, avdelingens kultur, kommunikasjonen mellom helsepersonell, anestesisykepleierens egen opplevelse av taushetsplikten, og hvordan nyansatte blir lært opp til å følge den rådende kulturen. Jeg har

forsøkt å drøfte disse hovedområdene opp mot relevant organisasjonsteori, lovdata, etiske retningslinjer og forskningsartikler.

Organisasjonen og anestesisykepleieren deler et juridisk ansvar for de lovpålagte pliktene som taushetsplikten ivaretas. Informantene etterlyser mer kunnskap og fokus på taushetsplikten i hverdagen sin, og ønsker tydeligere retningslinjer for hvordan rapporteringen kan gjennomføres uten å bryte taushetsplikten.

Internasjonale studier viser mange av de samme bekymringene som informantene har delt i intervjuene. Det at pasientene blir eksponert og at deres rettigheter blir brutt. Pasientene har også forventninger til at deres rettigheter blir ivaretatt, og flere studier viser at brudd på taushetsplikten forekommer.

Det eksisterer lite forskning på hvordan anestesisykepleieren ivaretar taushetsplikten. Flere store oversiktsartikler poengterer behovet for bedre, og mer forskning rundt temaene rapportering, bruk av kommunikasjonshjelpemidler, og hvordan helsepersonell ivaretar pasientens rett til taushetsplikt, integritet og rettigheter.

## **8 Implikasjoner og relevans for praksis og videre forskning**

I mitt prosjekt har jeg fokusert på taushetsplikten. Jeg har funnet at det er lite forskning på området. Jeg håper at min oppgave fører til refleksjon over egen praksis blant anestesisykepleiere, oppvåkingspersonell, sykepleiere, og at den kan motivere for endring for hvordan en rapport gjennomføres. Aller helst håper jeg at masteroppgaven fører til forbedringsprosjekter eller videre forskning med støtte fra oppvåkingsavdelingene, eller andre avdelinger som benytter seg av rapport ved sengekanten eller i rom hvor det befinner seg flere pasienter samtidig.

Videre håper jeg at min masteroppgave kan motivere og inspirere andre masterstudenter til å utforske temaet videre. Det hadde vært spennende, og interessant å få flere perspektiver på taushetsplikten både på oppvåkningen, men også fra andre avdelinger. Taushetsplikten er så mye mer enn det som kan ses med det blotte øye når en observerer en rapport ved sengekanten, så mulighetene er mange for videre forskning.

## 9 Referanseliste

- Anestesisykepleierne NSF. (2020). Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere. Hentet 17.03.21 fra <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/zQCAUnQvcUEpG7XzVJXOgvrSk28s29K0m2gG4EZxhW7s5zspvF.pdf>
- Benton, S. E., Hueckel, R. M., Taicher, B. & Muckler, V. C. (2020). Usability Assessment of an Electronic Handoff Tool to Facilitate and Improve Postoperative Communication Between Anesthesia and Intensive Care Unit Staff. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 38(10), 500-507. <https://doi.org/10.1097/cin.0000000000000563>
- Bille, M. & Sørensen, T. F. (2012). *Materialitet : - en indføring i design, identitet og kultur*. Frederiksberg, DENMARK: Samfundslitteratur.
- Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H. & Day, S. (2016). Nurse handover: patient and staff experiences. *British journal of Nursing*, 25(7), 386-393. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.7.386>
- Canale, M. L. (2018). Implementation of a Standardized Handoff of Anesthetized Patients. *American association of nurse anesthetists*, 86(2), 137-145. Hentet fra [https://www.aana.com/docs/default-source/aana-journal-web-documents-1/implementation-of-a-standardized-handoff-of-anesthetized-patients-april-2018.pdf?sfvrsn=f9505fb1\\_6](https://www.aana.com/docs/default-source/aana-journal-web-documents-1/implementation-of-a-standardized-handoff-of-anesthetized-patients-april-2018.pdf?sfvrsn=f9505fb1_6)
- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. (2014, 31. mai 2016). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet 04.05.21 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Forvaltningsloven. (1967). *Lov 10. februar 1967 om lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=forvaltningsloven>
- Helmers, A.-K. B. (2019). Bent Høie: - Sykepleiermangelen haster mest. *Tidsskriftet Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2019/06/bent-hoie-sykepleiermangelen-haster-mest>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov 2. juli 1999 nr. 564 om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet. (2016). Rapport fra tilsyn med sykehusets ivaretagelse av taushetsplikt, informasjon til pasienter og pasienters rett til å medvirke i helsehjelpen ved Helse Møre og Romsdal HF, Molde sjukehus 2016. Hentet fra

<https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/more-romsdal/2016/helse-more-og-romsdal-hf-molde-sjukehus-taushetsplikt-informasjon-til-pasienter-og-pasienters-rett-til-a-medvirke-i-helsehjelpen-2016/#5Funn>

- Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N. M. (2019). Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035. *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra [https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/385822?\\_ts=16c855ce368](https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16c855ce368)
- Hove, I. H. (2020). Flere pasienter og færre senger. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/flere-pasienter-og-faerre-senger>
- Hustad, B. D. (2014). Mange snoker i journalene. *Sykepleien Fag*, 102(13), 60-61. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0165>
- Koivula-Tynnilä, H., Axelin, A. & Leino-Kilpi, H. (2018). Informational Privacy in the Recovery Room - Patients' Perspective. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 33(4), 479-489. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.12.004>
- Korshavn, S. (2009). Bryter taushetsplikten. *Sykepleien Fag*, 93(7), 64-65. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2005.0016>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs. 3. utgave utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lambert, L. H. & Adams, J. A. (2018). Improved anesthesia handoff after implementation of the written handoff anesthesia tool (WHAT). *American association of nurse anesthetists*, 86(5), 361-370. Hentet fra [https://www.aana.com/docs/default-source/aana-journal-web-documents-1/improved-anesthesia-handoff-after-implementation-of-the-written-handoff-anesthesia-tool-\(what\)-aana-journal-october-2018.pdf?sfvrsn=770754b1\\_6](https://www.aana.com/docs/default-source/aana-journal-web-documents-1/improved-anesthesia-handoff-after-implementation-of-the-written-handoff-anesthesia-tool-(what)-aana-journal-october-2018.pdf?sfvrsn=770754b1_6)
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskriftet for den norske legeforening*, (122), 2468-2472. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.

- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E. & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*, 8(8), e022202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
- Nagpal, K., Arora, S., Vats, A., Wong, H. W., Sevdalis, N., Vincent, C. & Moorthy, K. (2012). Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: interview study. *BMJ Quality & Safety*, 21(10), 843-849. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000886>
- Norsk anesthesiologisk forening & Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF. (2016). Norsk standard for anestesi. Hentet 04.05.21 fra <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/f99njXla94iCUrYgJrm8qOM6nRwJscUypCJQM9IEb1KJd752LN.pdf>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 04.05.21 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Norsk Sykepleierforbund. (2020). Ber om at helseministeren følger opp egen politikk. Hentet fra <https://www.nsf.no/artikkel/ber-om-helseministeren-folger-opp-egen-politikk>
- Nortvedt, P. (1996). Veien over til Den tredje. I A. J. Vetlesen (Red.), *Nærhetsetikk* (s. 139-157). Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse - i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen forlag a.s.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Payne, C. E., Stein, J. M., Leong, T. & Dressler, D. D. (2012). Avoiding handover fumbles: a controlled trial of a structured handover tool versus traditional handover methods. *BMJ Quality & Safety*, 21(11), 925-932. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000308>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10 utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Randmaa, M., Engström, M., Swenne, C. L. & Mårtensson, G. (2017). The postoperative handover: a focus group interview study with nurse anaesthetists, anaesthesiologists and PACU nurses. *BMJ Open*, 7(8), e015038. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015038>



- Randmaa, M., Swenne, C. L., Mårtensson, G., Högberg, H. & Engström, M. (2016). Implementing situation-background-assessment-recommendation in an anaesthetic clinic and subsequent information retention among receivers: A prospective interventional study of postoperative handovers. *European Journal of Anaesthesiology / EJA*, 33(3), 172-178. <https://doi.org/10.1097/eja.0000000000000335>
- Riesenberg, L. A., Leitzsch, J. & Little, B. (2009). Systematic review of handoff mnemonics literature. *American Journal of Medical Quality*, 24(3), 196-204. <https://doi.org/10.1177/1062860609332512>
- Schein, E. H. (1987). *Organisasjonskultur og ledelse*. Oslo: Mercuri media forl.
- Segall, N., Bonifacio, A. S., Schroeder, R. A., Barbeito, A., Rogers, D., Thornlow, D. K., . . . Inquiry, O. b. o. t. D. V. P. S. C. o. (2012). Can We Make Postoperative Patient Handovers Safer? A Systematic Review of the Literature. *Anesthesia & Analgesia*, 115(1), 102-115. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e318253af4b>
- Smeulers, M., Lucas, C. & Vermeulen, H. (2014). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009979.pub2>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Universitetet i Oslo. (2017, 27.08.19). Nettskjema-diktafon. Hentet 03.10.19 fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/tips-triks/diktafon.html>
- Welo, E. (2000). *Om legekunsten*. [Oslo]: De norske bokklubbene.

## 10 Vedlegg

### 10.1 Vedlegg 1. Litteratursøk

Database	Søkeord	Begrensninger	Treff	Evaluer t basert på tittel	Evaluer t basert på abstrakt	Aktuelle artikler etter gjennomlesnin g
<b>Cinahl</b>	pacu or post anesthesia or recovery or recovery room or recovery unit or post surgery or after surgery  AND confidentiality  OR handover or handoff or report or shift report or sbar or care transfer  AND nurse anesthetist or anesthetist or crna or nurse anesthesia	Peer  Reviewed  Research  Article  Human	186	23	11	7
<b>Cinahl</b>	nurse anesthetist or anesthetist or crna or nurse anesthesia  AND pacu or post anesthesia or recovery or recovery room or recovery unit or post surgery or after surgery	Peer Reviewed  Research Article  Human	166	8	8	1



<b>Cochran e</b>	Postoperative care		150 Cochrane reviews + 22 protokolle r	0	0	0
<b>Cochran e</b>	Confidentiality		155 Cochrane reviews + 22 protokolle r	0	0	0
<b>Cochran e</b>	Handover		7 Cochrane reviews + 1 protokolle r + 133 trials	3	3	3
<b>Medline</b>	Nurse Anesthetists/ and (Confidentiality/ or "Attitude of Health Personnel"/)		119	3	1	1
<b>Medline</b>	Postanesthesia Nursing/ and "Continuity of Patient Care"/		19	5	0	0
<b>Medline</b>	Postanesthesia Nursing/ and "Continuity of Patient Care"/		61	5	5	0

<b>Medline</b>	Postanesthesia Nursing/ and Organizational Culture/		12	5	5	2
<b>Medline</b>	Postoperative Care/ and (Confidentiality/ or "Attitude of Health Personnel"/)		221	5	0	0
<b>Pubmed</b>	((("postoperative care"[MeSH Terms]) AND (confidentiality[MeS H Terms])) OR ("patient transfer"[MeSH Terms])) OR (nurse anesthetist[MeSH Terms])	<b>Språk:</b> Norsk, svensk, dansk og engelsk  <b>Artikkeltype:</b> Clinical trial, meta-analysis, systematic review	370	4	4	3
<b>SweMed</b> +	exp:"confidentiality"	Limits: granskning:"pee r reviewed"	338	10	4	0
<b>SweMed</b> +	exp:"postoperative care"	Limits: granskning:"pee r reviewed"	215	5	0	0
<b>SweMed</b> +	exp:"patient handoff"	Limits: granskning:"pee r reviewed"	13	1	0	0
<b>SweMed</b> +	exp:"patient transfer"	Limits: granskning:"pee r reviewed"	108	13	0	0

## 10.2 Vedlegg 2: Oversikt forskningsartikler

Tidsskrift	NSD nivå	År publisert	Forfatter	Tittel	Type artikkel	Oppsummering
Computers, informatics, nursing (CIN)	1	2019	Benton, S.E., Hueckel, R.M., Taicher, B., & Muckler, V.C.	Usability assessment of an electronic handoff tool to facilitate and improve postoperative communication between anesthesia and intensive care unit staff	Questionnaire/ Spørreskjema og observasjoner	Spørreundersøkelse som inkluderte certified registered nurse aneshtetists (CRNA), anesthesiologer, leger i spesialisering anesthesi, og mottakende team på intensivsen (intensivsykepleier, nurse practitioner (NP). Spørreundersøkelsen undersøkte bruken av et digitalt skjema for bruk i rapporteringen. Det ble gjennomført et spørreskjema med den hensikten å se om et digitalt skjema i rapporteringen var bedre enn tidligere praksis med tanke på tap av informasjon. Funnene viste et behov for gode rapporteringsverktøy som er brukervennlige og mulige å tilpasse den settingen det skal brukes i.
British journal of nursing	1	2016	Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H., & Day, S.	Nurse handover: patient and staff experiences	Kvalitativ studie med semistrukturerte intervju og observasjoner	Studien hadde som hensikt å undersøke hvordan overleveringen (handover) mellom sykepleiere ble sett fra pasient- og personalperspektivet. Det ble gjennomført intervju med pasienter og personalet i to akuttavdelinger. Sykepleieroverlevering er en kompleks situasjon og en risiko for pasienten. Det er behov for å finne enighet innad avdelingene hvordan rapporten skal gis. Rapport ved sengekanten er en mulighet til å involvere pasienten. Trening i rapportering kan være nødvendig.
American association of nurse anesthetist	1	2018	Canale, M.L.	Implementation of a standardized handoff of anesthetized patients	Survey med beskrivende analyse av pre- og postintervensjonsdataene	Undersøkelse i bruken av rapporteringshuskeregen PATIENT (procedure, anesthesia, antibiotic, airway, allergies, temperature, IVs (intravenous)/invasive lines, ETCO2 (endtidal CO2), narcotics, twitches). Totalt ble 20 anestesisykepleiere som var involvert i pasientoverflytting.

						Medisinske og kirurgiske feil kan skyldes kommunikasjonen i overflyttingen av pasienten. Bruk av rapporteringsverktøy kan bidra til å øke pasientsikkerheten.
Journal of perianesthesia nursing	1	2018	Koivula-Tynnälä, H., Axelin, A., Leino-Kilpi, H.	Informational Privacy in the Recovery Room—Patients' Perspective	Deskriptiv semistrukturert kvalitativt intervju.	Hensikten med studien var å få innsikt i pasientens opplevelse i hvordan deres helseopplysninger ble ivaretatt av helsepersonell i oppvåkningsavdelingen. Totalt 17 pasienter var inkludert i studien som ble gjennomført i 2013. Funnen viser at pasienten ønsker kontroll over egne helseopplysninger. Taushetsplikten ovenfor andre pasienter var viktig, og kan forbedres i oppvåkningsavdelingen.
American association of nurse anesthetist	1	2018	Lambert, L.H., Adams, J.A.	Improved anesthesia handoff after implementation of the written handoff anesthesia tool (WHAT)	Kvantitativ pre- og postintervensjonsdesign med survey	Hensikten med studien var å se nytten av rapporteringsverktøyet WHAT (written handoff anesthesia tool). Totalt var 22 CRNA inkludert og 15 PACU (post-anesthesia care unit)-sykepleiere. Bruken og standardiseringen av et skriftlig rapporteringsverktøy viste at kommunikasjonen i rapporten ble bedre.
British medical journal (BMJ) open	1	2018	Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W.E., & Stock, S.	Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review	Systematisk oversiktsartikkel	Studiens hensikt var å undersøke nytten av rapporteringsverktøyet SBAR (situation, background, assessment and recommendation). Studien fant at det er noe evidens for at SBAR kan bedre effektiviteten i kommunikasjonen, men at evidensen er begrenset til situasjoner som f.eks. telefonrapport. Det etterlyses flere studier på bruken av rapporteringsverktøy som SBAR.
British medical journal (BMJ) Quality and safety	2	2012	Nagpal, K., Arora, S., Vats, A., Wong, H.W., Sevdalis, N., Vincent, C., & Moorthy, K.	Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: interview study	Kvalitativt intervjustudie.	Totalt ble 18 deltakere fra et multidisiplinært team bestående av kirurger, anestesiloger og sykepleiere intervjuet i forhold til risiko ved overlevering av pasientinformasjon i pasientforløpet. Studien konkluderer med at feil og

						mangler i kommunikasjonen ved alle overleveringer i et kirurgisk forløp har potensiale til å utsette pasienten for fare. Studien fikk data som kan brukes i videre forbedringsarbeid for å forbedre det kirurgiske forløpet.
British medical journal (BMJ) Quality and safety	2	2012	Payne, C.E., Stein, J.M., Leong, T., & Dressler, D.D.	Avoiding handover fumbles: a controlled trial of a structured handover tool versus traditional handover methods	Kvantitativ survey	Studien inkluderte 80 leger i spesialisering (80% svarrate) for intervensjonen, og 161 leger i spesialisering (68% svarrate). Standardisering av informasjon i overlevering av pasienter ved bruk av digitale hjelpemidler og skjemaer førte til bedre overleveringer og færre nestenfeil.
British medical journal (BMJ) Open	1	2017	Randmaa, M., Engström, M., Swenne, C.L., & Mårtensson, G.	The postoperative handover: a focus group interview study with nurse anaesthetists, anaesthesiologist and PACU nurses.	Kvalitativt fokusgruppeintervju med deskriptiv innholdsanalyse	Totalt ble seks grupper med 23 helsearbeidere inkludert. Det ble fordelt to grupper per profesjon. Resultatene viser utfordringer knyttet til å ha fokus på overleveringen, usikkerhet rundt informasjonen som blir gitt i overleveringen, fordeler og ulemper ved overlevering ved sengekanten og ulik persepsjon om ansvar og hva som er viktig informasjon i overleveringen.
European journal of anaesthesiology	1	2016	Randmaa, M., Swenne, C.L., Mårtensson, G., Högberg, H. & Engström, M.	Implementing situation-background-assessment-recommendation in an anaesthetic clinic and subsequent information retention among receives	Prospektiv intervensjonsstudie med observasjon	Hensikten med studien var å evaluere hvorvidt bruk av rapporteringsverktøy som SBAR (situation, background, assessment, recommendation) påvirket rapportmottakerens evne til å gjenkalle informasjon som var blitt gitt i rapporten. Totalt ble 73 overleveringer observert før intervensjon (40stk i intervensjonsgruppen og 33 i kontrollgruppen). Etter intervensjonen ble 91 overleveringer observert (44stk i intervensjonsgruppen og 47stk i kontrollgruppen). Sammenlignet med kontrollgruppen uten intervensjon når SBAR ble implementert var det



						ikke mulig å vise forbedret gjenkalling av informasjon som ble gitt i overleveringen.
American journal of medical quality	1	2009	Riesenberg, L.A., Leitzsch, J., & Little, B.W.	Systematic review of handoff mnemcnics literature.	Systematisk oversiktsartikkel	Totalt 46 artikler som beskrev rapporteringsverktøy fra 1987 til 2008 ble gjennomgått. SBAR var det verktøyet som var mest brukt, og 38 artikler var publisert mellom 2006 og 2008. Konklusjonen er at de fleste studier har for små studiegrupper, og at artiklene innenfor rammen som ble undersøkt er av for dårlig kvalitet til å konkludere nytten versus ulempene ved å implementere et standardisert rapporteringsverktøy. Det etterlyses studier av høyere kvalitet.
Anesthesia & analgesia	1	2012	Segall, N., Bonifacio, A.S., Schroeder, R.A., Barbeito, A., Rogers, D., Thornlow, D.K., ... Mark, J.B.	Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature.	Systematisk oversiktsartikkel	Hensikten med studien var å finne en bedre måte å gi rapport på grunnet risikoen for svikt i kommunikasjonen og tekniske redskaper. Studien identifiserte 500 artikler som ble vurdert for oversikten. Etter gjennomgang var det 31 artikler som møtte kriteriene for studien. Konklusjonen var at overlevering av pasienter inneholder høy grad av dårlig kommunikasjon og lagarbeid som kan føre til pasientskade og dårligere utfall for pasienten. Det er også mangel på sterk evidens for den ene metoden fremfor den andre, og det finnes flere anbefalinger for hvordan overleveringen bør gjennomføres. Oversiktsartikkelen legger til slutt frem noen forslag til hva som kan forbedre pasientsikkerheten og kommunikasjonen i overleveringer.
Cochrane database of systematic reviews	2	2014	Smeulers, M., Lucas, C., & Vermeulen, H.	Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalized patients	Systematisk oversiktsartikkel	Hensikten med studien var å identifisere nytten av ulike måter å overlevere pasienter hos sykepleiere, og dens effektivitet på pasientsikkerhet. Totalt ble 2178 referanser undersøkt, hvor 28 var

						<p>mulig relevant. Etter gjennomgang var ingen artikler aktuell basert på inklusjonskriteriene. Det var ingen evidens som støttet en konklusjon om hvilken metode i overlevering av pasienter mellom sykepleiere som var best og studien etterspør derfor videre studier innenfor områdene som går på nytten av ulike rapporteringsverktøy og metoder.</p>
--	--	--	--	--	--	--

## 10.3 Vedlegg 3: NSD vedtak

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

about:blank

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

Kun for dine ører

#### Referansenummer

750125

#### Registrert

05.01.2020 av Thorbjørn André Rydningen - try004@post.uit.no

#### Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

#### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Jan-Thore Lockertsen, jan-thore.lockertsen@uit.no, tlf: 90060669

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Thorbjørn André Rydningen, try004@uit.no, tlf: 91319577

#### Prosjektperiode

01.01.2020 - 30.06.2020

#### Status

04.01.2021 - Vurdert

### Vurdering (2)

---

#### 04.01.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 02.01.2021.

Vi har nå registrert 01.01.2022 som ny sluttdato for oppbevaring av personopplysninger. Lagringsperioden ble dermed utvidet med ett år. Vi gjør oppmerksom på at ytterligere forlengelse ikke kan påregnes uten at utvalget informeres om forlengelsen.

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

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Simon Gogl  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

### 08.01.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 8.1.2020 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:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://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 05.05.2020.

#### 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.

#### 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).

TSD – Tjenester for Sensitive Data er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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!

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

## 10.4 Vedlegg 4: Søknad om tilgang til forskningsfelt

### Søknad om tilgang til forskningsfelt

Jeg er student på masterutdanningen i sykepleie ved Universitetet i Tromsø. I mitt prosjekt vil jeg utforske hvilke erfaringer og opplevelser anestesisykepleiere har i forbindelse med ivaretagelsen av taushetsplikten. Fokuset vil være på opplevelser, erfaringer, tanker rundt egen yrkesutøvelse og ivaretagelse av taushetsplikten. Jeg ønsker å få gjennomført dette prosjektet hos dere, på [REDACTED]

Taushetsplikten er både lovpålagt, og godt fundamentert i anestesisykepleierens grunnlagsdokument. Å få dypere innsikt i hvordan anestesisykepleierne bidrar til å ivareta taushetsplikten, og hvilke tanker de har rundt temaet, kan gi dypere innsikt og bidra til videre forskning.

Jeg ønsker å få tilgang til minst 3 anestesisykepleiere med minst én med over 10 års erfaring, og én under som anestesisykepleier. Det er ønskelig med én fra hvert kjønn. Datainnsamlingen vil bli gjennomført via semistrukturerte individuelle intervju.

Prosjektet er planlagt gjennomført fra januar 2020 til mai 2020. Prosjektet er under veiledning av Jan-Thore Lockertsen ved Universitetet i Tromsø. Prosjektet er godkjent av NSD.

Håper å høre fra deg!

Vennlig hilsen  
Thorbjørn Rydningen

## 10.5 Vedlegg 5: Samtykkeskjema og informasjonsskriv

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### «Kun for dine ører»

Dette er spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med prosjektet er å utforske hvordan anestesisykepleiere ivaretar taushetsplikten under rapportering på en åpen oppvåkningsavdeling. Fokuset vil være på anestesisykepleierens opplevelse og tanker rundt egen yrkesutøvelse, og ivaretagelse av taushetsplikten.

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

Universitetet i Tromsø er ansvarlig for prosjektet.

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

Du får spørsmål om å delta fordi du er anestesisykepleier. I dette prosjektet er det ønskelig med deltakere med både over 10 års erfaring, men også mindre. Det er også ønskelig med minst én fra hvert kjønn. Det er tiltenkt tre deltakere i prosjektet.

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

Prosjektet vil bli gjennomført som et kvalitativt prosjekt med semistrukturerte individualintervju. Informasjonen du bidrar med vil bli tatt opp på lyd. Spørsmålene vil omhandle blant annet taushetsplikten, hvordan den ivaretas, og anestesisykepleierens opplevelse. Det er tiltenkt cirka 45 minutter til hvert intervju.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke tilbake ditt samtykke uten å oppgi grunn. Alle opplysninger om deg vil 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 skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Dine personopplysninger vil bli anonymisert med en tilfeldig bokstav som lagres på egen navneliste adskilt fra annen data. Datamaterialet vil bli lagret på en minnepenn som vil være innelåst og kryptert for å forhindre tilgang til uvedkommende. Du som deltar vil ikke kunne gjenkjennes i den endelige publikasjonen.

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

Prosjektet skal etter planen avsluttes mai 2020. Etter endt prosjekt vil sensitiv informasjon bli slettet. Opplysningene kan lagres inntil ett år ved utsatt prosjektavslutning.

### **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 Universitetet i Tromsø 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:

- Undertegnede på epost: [thorrydn@gmail.com](mailto:thorrydn@gmail.com)
- Telefon: 913 19 577

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig  
(Forsker/veileder)

*Eventuelt student*

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Kun for dine ører», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et individuelt intervju
- At jeg kan kontaktes via telefon ved behov for ytterligere opplysninger

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



## 10.6 Vedlegg 6: Intervjuguide

### Intervjuguide «Kun for dine ører»

**Tema:** *Taushetsplikten på oppvåkingsavdelingen?*

**Problemstilling:** *Hvordan ivaretar anestesisykepleieren taushetsplikten på en åpen oppvåkingsavdeling?*

#### **Innledningsfasen:**

Vil hilser og presenterer oss for hverandre. Jeg informerer informanten om prosjektets formål, innhold og dens rettigheter. Videre forklarer jeg hvordan intervjuet vil foregå, en som snakker om gangen, at jeg vil stille oppfølgingsspørsmål og at intervjuene vil bli tatt opp på UiO sin diktafonapp. Informanten får problemstillingen presentert, og tema for prosjektet. Deretter gir informanten litt grunnleggende informasjon vedrørende yrkesfaglig bakgrunn. Jeg informerer om at intervjuene vil bestå av åpne spørsmål, og at jeg vil stille oppfølgingsspørsmål hvis det skulle være noe jeg vil vite mer om. Deretter innhenter jeg informantens signatur på deltakelse, og at deres personopplysninger vil bli lagret i henhold til gjeldende personvern, og om rettigheter til å trekke seg når som helst. De får med seg egen kopi av informasjonsskrivet om prosjektet med kontaktinformasjonen min.

#### **Bakgrunn**

Alder

Ansiennitet

#### **Åpningsspørsmål**

Hvordan ivaretas taushetsplikten på oppvåkingsavdelingen?

#### **Temaspørsmål**

*Generelt*

- Hvordan ivaretas taushetsplikten på oppvåkingsavdelingen?
- Hvordan opplever du at taushetsplikten blir praktisert?
- Har du erfaringer hvor taushetsplikten var utfordrende å ivareta?
- Har du noen opplevelser fra praksis hvor taushetsplikten ble ivaretatt, eventuelt ikke?

### *Kultur*

- Hvordan er kulturen for å ivareta taushetsplikten på oppvåkingsavdelingen?
  - Er det fokus på taushetsplikten?
- Hvordan legger miljøet til rette for å ivareta taushetsplikten?

### *Identitet*

- Hvordan påvirker taushetsplikten deg som anestesisykepleier?
  - Utøvelse, identitet etc.
- Hva slags erfaring har du i forhold til bevisstgjøring av taushetsplikten?
  - Påminnelser?

### *Barrierer/utfordringer*

- Hva kan være utfordrende med taushetsplikten i dagens praksis?
- Hva kan være barrierer for å ivareta taushetsplikten?
- Hva fungerer bra?
- Hva kunne eventuelt vært gjort annerledes?

### **Avslutningsspørsmål**

Er det noe mer du vil tilføye?

Hvordan synes du det har vært å delta på dette intervjuet?

### **Avslutning av intervju:**

Etter at intervjuet er gjennomført blir informantene takket for sin deltakelse i prosjektet.

