



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet - Institutt for helse – og omsorgsfag

Strukturert overlevering i en risikosituasjon?

En kvalitativ studie om peroperativ rapport ved teamavløsning

Olivia Forgard

SYP 3902 - Masteroppgave i sykepleie, studieretning operasjonssykepleie

Mai 2022

Antall ord: 15830

Forord

Å skrive en masteroppgave har vært en lang og tidkrevende prosess. Det har vært oppturer og nedturer - og utfordringene har ikke uteblitt. Jeg synes det har vært veldig spennende og ikke minst utrolig lærerikt.

Jeg vil først og fremst trekke frem operasjonssykepleierne som ga meg tiden deres og stilte som informanter. Jeg er dypt takknemlig for åpenhet og tilliten dere gav meg.

Videre ønsker jeg å takke min kjære opponert, medstudent og kollega Ingeborg. Gleder og sorger har blitt delt over telefon, skitur, pauserom og hvor vi ellers møttes. Du har vært en uvurderlig hjelp! Takk til andre medstudenter og lærere for konstruktiv tilbakemelding og fine diskusjoner.

Operasjonssykepleier og universitetslektor ved UiT, Unni Igesund har vært min veileder, og jeg retter deg en stor takk for all tid, innspill, råd og ikke minst oppmuntrende ord.

Takk til Sunniva som har ofret lunsjpauser for råd og mentalt påfyll av energi.

Takk til Inga, Kristine og Fredrikke for korrekturlesing og faglige innspill.

Sist, men ikke minst retter jeg en takk til familie og venner som har hatt forståelse og tålmodighet for prioritering av arbeid denne våren.

Tromsø, mai 2022

Olivia Forgard

Sammendrag

Bakgrunn: Tidligere forskning viser at vaktskiftet på operasjonsstua er en kritisk fase for pasienten. Uheldige hendelser som gjenglemt utstyr kan oppstå ved kommunikasjonssvikt, og den muntlige rapporten man gir i vaktskiftet er viktig. Ved overlevering av pasient bør viktig informasjon ikke utebli i rapporten. Retningslinjer er utarbeidet for hvordan en god rapport kan sikres, og i Norge anbefales bruk av sjekklisten ISBAR. Det er ikke funnet forskning som har undersøkt hvordan den sterilt utøvende operasjonssykepleieren erfarer rapport situasjonen i Norge.

Hensikt: Å undersøke erfaringer den sterilt utøvende operasjonssykepleieren har relatert til rapporten hun/han gir eller får av sin kollega i forbindelse med overtakelse av arbeidet med pasienten i det sterile feltet.

Forsknings spørsmål: Hvilke erfaringer har den sterilt utøvende operasjonssykepleieren med muntlig rapportering i forbindelse med vaktskifte/avløsning i operasjonsteamet?

Metode: Studien har et kvalitativt design. Datainnsamling ble utført ved semistrukturerte individuelle intervju av fire operasjonssykepleiere. I arbeidet med analysen er Graneheim og Lundmans innholdsanalyse benyttet.

Resultater: Erfaringer den sterilt utøvende operasjonssykepleieren har med muntlig rapportering i forbindelse med vaktskifte/avløsning i operasjonsteamet kan oppsummeres under de fire kategoriene: Kvalitetssikre rapportinnhold, Teamets innvirkning på rapporten, Å skaffe seg oversikt før overtar samt utfordringer og mulige forslag til forbedringer.

Konklusjon: Studien viser at rapporten gis forskjellig, og det er ingen felles struktur eller mal på hvordan rapporten gis. Videre har teammedlemmer – og situasjonen for øvrig på operasjonsstua betydning for hva og hvordan rapporten blir gitt. De ikke tekniske ferdighetene operasjonssykepleieren har kan ha betydning for hvordan rapporten erfares.

Nøkkelord: Peroperativ rapport, overlevering, sterilt utøvende operasjonssykepleier, pasientsikkerhet, muntlig rapport, kvalitativ metode

Abstract

Background: Previous research shows that hand – off in the operating room is a critical phase for the patient. Unfortunate incidents such as forgotten equipment can occur in the event of communication failure, and the oral report given during the hand – off is important. When handing over a patient, important information should not be missing from the report. Guidelines have been prepared for how a good report can be ensured, and in Norway the use of the ISBAR checklist is recommended. No research has been found that has examined how scrub nurse experiences the oral report in Norway.

Aim: To investigate experiences scrub nurses has related to the report he/she gives or receives from his/her colleague in connection with handover in the sterile field.

Research question: What experiences does the scrub nurse have with oral reporting in connection with hand – off in the surgical team?

Methods: The study has a qualitative design. Data collection was performed by semi – structured individual interviews of four surgical nurses. In the work with the analysis, Graneheim and Lundman`s content analysis has been used.

Results: Experiences that the scrub nurse has with oral reporting in connection with hand – off in the surgical team can be summarized under the four categories: Quality-assured report content, The team`s impact on the report, Obtaining an overview before handover and Challenges and possible suggestions for improvements.

Conclusion: The study shows that the report is given differently, and there is no common structure or template for how the report is given. Furthermore, team members – and the situation in general in the operating room have an impact on what and how the report is given. The surgical nurse non – technical skills may have an impact on how the report is experienced.

Keywords: Peroperative report, handover, scrub nurse, patient safety, oral report, qualitative method.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt og forskningsspørsmål	2
1.3	Avgrensing av problemstilling	3
1.4	Oppgavens oppbygging	3
2	Tidligere forskning	4
2.1	Peroperativ overlevering	4
2.2	Kjennskap til operasjonsteamet	6
3	Teoretisk tilnærming	7
3.1	Operasjonssykepleierens funksjons- og ansvarsområder	7
3.2	Ikke - tekniske ferdigheter	8
3.3	SPLINTS	9
3.4	Overlevering ved skift	14
3.5	Sjekkliste	15
4	Metode	16
4.1	Forforståelse	16
4.2	Design og metode	17
4.3	Datainnsamling	18
4.3.1	Rekruttering av deltakere	18
4.3.2	Gjennomføring av intervju	19
4.3.3	Transkribering	20
4.3.4	Fremgangsmåte for å analysere data	20
4.4	Forskningsetikk	22
4.5	Metodediskusjon.....	23

5	Funn.....	26
5.1	Kvalitetssikre rapportinnhold	26
5.2	Teamets innvirkning på rapporten	28
5.3	Å skaffe seg oversikt før overtar	33
5.4	Utfordringer og mulige forslag til forbedringer	35
6	Diskusjon.....	38
6.1	Kvalitetssikre rapportinnhold	38
6.2	Teamets innvirkning på rapporten	38
6.3	Å skaffe seg oversikt før overtar	42
6.4	Utfordringer og mulige forslag til forbedringer	44
7	Avslutning	46
7.1	Oppsummering	46
7.2	Betydning for praksis.....	47
7.3	Videre forskning	47
	Referanseliste	48
	Vedlegg	I
	Vedlegg 1: PICOT- SKJEMA.....	I
	Vedlegg 2: SØKNAD TIL FORSKNINGSFELTET	II
	Vedlegg 3: DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT	IV
	Vedlegg 4: INTERVJUGUIDE.....	IX
	Vedlegg 5: GODKJENNING FRA NSD	XII

1 Innledning

Dette prosjektet setter søkelyset på den sterilt utøvende operasjonssykepleierens peroperative rapport ved overlevering av pasient - og anvendelse av kommunikasjonsverktøy i forbindelse med rapportering. Oppgaven er et videre arbeid fra en godkjent prosjektbeskrivelse utført høsten 2021.

I følge norsk lov om helsepersonell har operasjonssykepleierne dokumentasjonsplikt, og dokumentasjon skal føres i pasientens journal (Helsepersonelloven, 1999 §39-40). Man skal som operasjonssykepleier innhente informasjon om pasienten som er viktig for behandlingen (NSFs Landsgruppe av operasjonssykepleiere, 2015). Som operasjonssykepleier jobber man i par, en koordinerende operasjonssykepleier og en sterilt utøvende operasjonssykepleier (Steelman, 2015). Den sterilt utøvende operasjonssykepleieren formidler og innhenter informasjonen gjennom den muntlige rapporten. Rapporten skal bidra til å sikre kontinuitet i operasjonssykepleien, og gi beslutningsstøtte til den som overtar pasienten for å ivareta pasientsikkerheten (Dåvøy & Haugen, 2018).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I AORNs (Association of perioperative registered nurses) rapport om overlevering av pasient, kommer det frem at gjenglemt utstyr og andre uønskede hendelser peroperativt skjer i forbindelse med vaktskifte og rapportering (Johnson, Logsdon, Fournier & Fisher, 2013). Norsk pasientskadeerstatning har de siste seks årene behandlet 63 krav om erstatning fordi det er blitt glemt utstyr i pasienten under kirurgi. Hendelser der utstyr glemmes i pasienten skal ikke skje (NPE, 2021).

The Joint Commision har anslått at 80% av medisinske feil skyldes kommunikasjonssvikt som oppstår i forbindelse med pasient-overlevering. Dette sees spesielt i forbindelse med peroperativ overlevering. Kombinasjon av mangelfull informasjonsutveksling i vaktskiftet og dårlig dokumentering kan føre til store feil. Dette kan forbedres ved å bruke de enkelte helseforetakenes sjekklister tilpasset operasjonssykepleierens rapport (Johnson et al., 2013). Verdens helseorganisasjon og Helsedirektoratet anbefaler kommunikasjonsverktøyet ISBAR

(Identifisering, Situasjon, Bakgrunn, Aktuell tilstand, Råd) for å sikre den muntlige rapporten ved overlevering av pasienten (Helsedirektoratet, 2020).

Med overlevering menes at pasientinformasjon deles mellom ansvarlige helsepersonell, ofte fra en person til en annen. Eksempelvis kan overlevering være fra en sterilt utøvende operasjonssykepleier til en annen sterilt utøvende operasjonssykepleier. Den sterilt utøvende operasjonssykepleierens overlevering skjer i forbindelse med avløsning under en pågående operasjon eller i forbindelse med overtakelse av pasient ved vaktskifte (Johnson et al., 2013).

I min praksis som operasjonssykepleierstudent erfarte jeg stor variasjon i hvordan og hva som ble rapportert i det sterile feltet. Jeg fikk inntrykk av at enkelte hadde systematisert rapporten og innarbeidet en god rutine, mens andre ikke hadde noe systematikk. Det opplevdes sikrere å overta andres arbeid med pasienten når rapporten jeg fikk hadde en systematikk jeg kunne kjenne igjen. Det medførte at jeg fikk oversikt og en god start på arbeidet med pasienten. Disse ulike erfaringene skapte en nysgjerrighet. Jeg fant ikke tidligere forskning som undersøkte den sterilt utøvende operasjonssykepleierens erfaringer med den peroperative rapporten. Jeg ønsket å undersøke hvilke erfaringer sterilt utøvende operasjonssykepleiere i Norge har med den peroperative rapporten, og herunder anvendelse av verktøyet ISBAR. Helseforetaket der denne studien er gjort hadde valgt ISBAR som kommunikasjonsverktøy i forbindelse med muntlig rapport.

1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med prosjektet var å undersøke erfaringer den sterilt utøvende operasjonssykepleieren har relatert til rapporten hun/han gir eller får av sin kollega i forbindelse med overtakelse av arbeidet med pasienten i det sterile feltet. Resultatene kan brukes som grunnlag til å forbedre rapporten. Følgende forskningsspørsmål undersøkes:

Hvilke erfaringer har den sterilt utøvende operasjonssykepleieren med muntlig rapportering i forbindelse med vaktskifte/avløsning i operasjonsteamet?

1.3 Avgrensing av problemstilling

Min problemstilling omfatter kun den muntlige rapporten den sterilt utøvende operasjonssykepleieren er involvert i. Det betyr at rapporten som mottas fra sengepost til operasjonspersonell (operasjons- og anestesisykepleier) og rapporten som gis fra operasjonspersonell til personell på oppvåkning/intensivavdeling eller direkte til personell på sengepost ikke er inkludert i denne oppgaven. Oppgaven ønsker innsikt i den peroperative rapporten og har derfor inkludert utsagn både om å gi rapport, og ta imot rapport.

1.4 Oppgavens oppbygging

Jeg vil starte med å gjøre rede for bakgrunnen for valg av tema, hensikt og problemstilling. Videre presenteres tidligere forskning rundt tematikken, før den teoretiske tilnærmingen redegjøres for. Deretter vil den metodiske tilnærmingen til oppgaven beskrives, før jeg presenterer funnene fra intervjuene. Etter dette diskuteres funnene opp mot tidligere forskning og teoretisk tilnærming. Avslutningsvis oppsummeres resultatene, implikasjoner for praksis og videre forskning gjøres rede for.

2 Tidligere forskning

For å gjøre meg kjent med temaet gjorde jeg søk i Google, Oria og Google Scholar.

Interessante artikler bidro videre i prosessen med forståelse for aktuelle begreper og søkeord jeg kunne anvende i litteratursøk.

Jeg startet søket i Helsebiblioteket, og konsentrerte valg av litteratur øverst i kunnskapspyramiden ved å gjøre søk i UpToDate. UpToDate er et klinisk oppslagsverk som har samlet forskning på feltet, og presenterer anbefalinger og retningslinjer basert på dette. I utgangspunktet er det rettet mot leger. Jeg ville imidlertid ikke utelate dette oppslagsverket da det kan tenkes at man kan dra paralleller til sykepleien siden rapporten gis i samme kontekst, operasjonsstua.

Deretter valgte jeg å søke i databasene Cinahl og PubMed som er de største helsefaglige databasene i verden. PubMed er anerkjent innenfor medisinske artikler og dekker mange fagfelt som for eksempel medisin og sykepleie. Cinahl har referanser til engelskspråklige litteratur om sykepleie (Helsebiblioteket, u.å). For å strukturere og systematisere søket, brukte jeg skjemaet PICOT (Polit & Beck, 2020), se vedlegg 1. Jeg kombinerte søkeord for P (problem/populasjon) og I (intervensjon). Ulike synonymer for operasjonssykepleieren scrub nurs*, theater nurs*, peroperative nurs* og operating room nurs* ble kombinert med den boolske operatoren OR. Disse ble videre kombinert med I; synonymer for overlevering av informasjon som handoff og transfer*. Til denne kombinasjonen ble operatoren AND brukt. Her fikk jeg opp artikler som omhandlet både kommunikasjon, rapportering og pasientsikkerhet. Ved å lese litteraturlisten i rapporten til Johnson et al. (2013), fant jeg flere artikler som jeg også undersøkte, såkalt «snowballing» (Forsberg & Wengström, 2015). Søkeord som jeg plasserte under O-en (utfall) i PICOT skjemaet ble ikke benyttet i søket, men brukt under inklusjon av studier. O-en ble også viktig i undersøkelsen av operasjonssykepleiernes erfaringer og i utforming av intervjuguiden.

2.1 Peroperativ overlevering

I en amerikansk studie av Frasier, Pavuluri Quamme, Wiegmann og Greenberg (2020) hadde de som hensikt å forstå koordineringen og virkningen av peroperative rapporter. I tillegg var det ønskelig å se hvem som inkluderte resten av teamet i forbindelse med rapport, og hvem

som annonserte høyt at rapportering ville finne sted. Filmopptak ble benyttet på 10 lange operasjoner for å sikre overlevering. Deretter analyserte de filmklippene fra operasjonsstuer der deltakere i det kirurgiske teamet gir rapport til kollega. Resultatene viser at sterilt utøvende har færre overleveringer enn den koordinerende operasjonssykepleieren. Overleveringene skjedde ofte i perioden mellom hud-snitt til hud-lukking, og dårlig planlegging førte til at overleveringene oppstod på ugunstige tidspunkt med tanke på kirurgien. I tillegg skjedde ofte overleveringen samtidig for flere i det kirurgiske teamet. Det kunne forstyrre kirurgen. Det ble rapportert at forstyrrelser/andre aktiviteter foregikk samtidig, blant annet telling av kompresser eller instrumenter. Optimalisering av innholdet i overleveringsrapporten peroperativt ble anbefalt, likeså økt fokus på timing; når rapporten gis, og hvordan andre teammedlemmer involveres for å bedre den tverrfaglige kommunikasjonen (Frasier et al., 2020).

I studien av Agarwala (2022) anbefales anestesipersonell på operasjonsstuen å benytte en standardisert, formell overleveringsprotokoll, som både inkluderer skriftlig og muntlig kommunikasjon. Dårlig overlevering og dokumentasjonsfeil kan føre til fare for pasientsikkerheten. I dette oppslagsverket sies det at det er uklart hvorfor akkurat den peroperative overleveringen kan bidra til feil eller skader. Blant annet pekes det på at man oppholder seg i samme rom, og pasienten ikke fysisk skal flyttes. En forklaring kan være det det støyfulle miljøet som kan bidra til kommunikasjonssvikt og føre til at viktig informasjon forsvinner/utelates.

En sjekklister tilpasset operasjonssykepleiere i det sterile feltet, var et resultat fra Johnson, Logsdon, Fournier & Fisher (2013) rapport i USA. Rapporten sier at informasjonsoverføringen er viktig og kritisk med tanke på pasientsikkerheten. Overleveringsrapporten må være helhetlig, presis, konkret og klar. Rapporten kan inkludere hvilken operasjon som gjennomføres, pasientens allergier, medisiner, instrumentbord med utstyr, medisiner, vevsprøver, telling av kompresser/nåler/skarpe gjenstander. De involverte bør ha mulighet til å kunne spørre og respondere på spørsmål. Standardiserte tilnærminger reduserer faren for feil. I studien så man at kritisk informasjon som omhandlet operasjonspasienten ikke alltid ble kommunisert videre i vaktskiftet. Det kunne være detaljer rundt total mengde medikament, instrumenter i det sterile feltet, prøver eller kirurgisk telling. Årsaken skyltes blant annet støy.

2.2 Kjennskap til operasjonsteamet

Kang, Massey og Gillespie (2015) sin studie fra Australia gjorde strukturert observasjon av faktorer som påvirker de ikke – tekniske ferdighetene hos den sterilt utøvende operasjonssykepleieren. Undersøkelsen foregikk på to separate sykehus, og man benyttet skåringsverktøyet SPLINTS for vurdering av ikke-tekniske ferdigheter. I denne studien ser man at kjennskap til operasjonsteamet fører til bedre utførelse av ikke – tekniske ferdigheter, blant annet en effektiv kommunikasjon. Samtidig så man også at dårlig kommunikasjon kunne bidra til utilstrekkelig rapportinnhold. Siden medikamenter er del av rapporten, og rapporten kunne bli utilstrekkelig, så man at medikamentfeil oppstod. Dette svekket pasientsikkerheten. For å øke pasientsikkerheten anbefales økt fokus på ikke – tekniske ferdigheter i den sterilt utøvende rollen under operasjonssykepleier-utdanningen.

I en studie fra Storbritannia, utført av Nagpal et al. (2012) var hensikten å undersøke feil som oppstår i forbindelse med kommunisering og informasjonsoverføring i det kirurgiske pasientforløpet. Gjennom kvalitative intervju, ble leger og sykepleieres syn i forhold til rapportering pre, per – og postoperativt belyst. Resultatet viste at operasjonssykepleierne opplevde samarbeidet i teamet som dårlig, og dette førte til feil i kommunikasjon.

I en systematisk oversiktsartikkel utført i Storbritannia av Nagpal et al. (2010) var hensikten å få bedre oversikt over informasjon som ble delt på tvers av yrkesgrupper. Funn fra operasjonsstua viste kommunikasjonssvikt mellom operasjonssykepleierne. Studien fant også kommunikasjonssvikt i forbindelse med skifte av team-medlemmer. Artikkelen hadde søkelys på kommunikasjon, men omhandlet ikke spesifikt den sterilt utøvende operasjonssykepleierens erfaringer av muntlig rapport i vaktskifte.

Resultatet fra mitt litteratursøk viser at jeg ikke fant noen studier som undersøkte hva den sterilt utøvende operasjonssykepleierens erfaringer er i forbindelse med peroperativ pasientoverføring – og rapportgivning. Det kan tyde på at det eksisterer et kunnskapshull som krever at det samles empiri for å kunne svare på dette.

3 Teoretisk tilnærming

I dette kapitlet presenteres oppgavens teoretiske tilnærming. Jeg har valgt teori som kan bidra til å se funnene i en større sammenheng.

I følge Murphy (2015) bør menneskelige faktorer peroperativt undersøkes for å forbedre kommunikasjon og dermed øke pasientsikkerheten. Jeg har derfor valgt å fokusere på de «ikke - tekniske ferdighetene» samt bruk av sjekklister.

For å tydeliggjøre den sterilt utøvende operasjonssykepleierens rolle og ansvar i forbindelse med den peroperative rapporteringen, blir deler av funksjon – og ansvarsområdene til operasjonssykepleieren beskrevet.

3.1 Operasjonssykepleierens funksjons- og ansvarsområder

Den sterilt utøvende operasjonssykepleieren har i forbindelse med et kirurgisk inngrep ansvar for den sterile assistansen. Det innebærer at hun/han må ha dybdeforståelse for stegene i det kirurgiske inngrepet, og ved å organisere instrumentene som benyttes i operasjonen på en hensiktsfull måte slik at hun/han raskt og sikkert kan assistere kirurgen. Dette medvirker til god arbeidsflyt, og til at operasjon – og anestesitiden kortes ned (Steelman, 2015).

Den sterile assistansen foregår i det sterile feltet. For å unngå infeksjoner minimerer/eliminerer man pasientens eksponering for patogene organismer. Dette gjøres blant annet ved at den sterilt utøvende operasjonssykepleieren dekker inn operasjonssåret med sterile duker og benytter sterile instrumenter i såret. Personalet som jobber i det sterile feltet har steril påkledning (frakk og hansker) i tillegg til standard personlig verneutstyr (Spry, 2015).

Videre innebærer den sterilt utøvende operasjonssykepleierens oppgaver å forebygge skader på pasienten ved å ha kontroll på instrumenter, utstyr og kompresser (NSFs Landsgruppe av operasjonssykepleiere, 2015). Kontrollen kan blant annet oppnås ved kirurgisk telling. Det er en viktig oppgave hun/han gjør sammen med den koordinerende operasjonssykepleieren for å ivareta pasientsikkerheten (Tande et al., 2017). Oppdekking eller telling av kompresser er tekniske ferdigheter som den sterilt utøvende operasjonssykepleieren utfører (Steelman, 2015).

For et godt kirurgisk resultat er den sterilt utøvende operasjonssykepleierens assistanse i det kirurgiske feltet svært viktig, og man forlater sjeldent feltet i forbindelse med en operasjon. Dokumentasjonen foregår dermed i det sterile feltet, og utføres som muntlig rapport. Rapporten supplerer dermed den skriftlige dokumentasjonen. Den koordinerende operasjonssykepleieren som uten steril påkledning ikke er forhindret fra å dokumentere underveis i inngrepet, kan gjøre dette på vegne av den sterilt utøvende operasjonssykepleieren. Samarbeidet og kommunikasjonen mellom den sterilt utøvende og den koordinerende operasjonssykepleier blir derfor svært viktig for å kvalitetssikre rapporten (Steelman, 2015).

Tidspunktet for når den sterilt utøvende operasjonssykepleieren velger å rapportere er viktig, og dette må vurderes ut ifra operasjonsforløpet (Christensen, 2018). I hastesituasjoner, for eksempel ved stor pågående blødning, skal avløsning ikke skje (Tande et al., 2017). Den sterilt utøvende operasjonssykepleieren må da ha sin fulle oppmerksomhet i det kirurgiske feltet, og dermed vil en rapport ikke la seg gjennomføre.

3.2 Ikke - tekniske ferdigheter

I dette kapittelet gjør jeg rede for Flin, O'Connor og Crichton (2008) beskrivelser av ikke – tekniske ferdigheter. Jeg supplerer med den norske oversettelsen av verktøyet SPLINTS (The Scrub Practitioners`List of Intraoperative Non – Technical Skills) utarbeidet av (Mykkeltveit & Bentsen, 2017, 2020).

Ikke tekniske ferdigheter er et begrep som oppstod først innenfor luftfartsindustrien. Her viste etterforskning etter store ulykker at tekniske årsaker ikke var grunnen til ulykkene. Dermed startet man undersøkelse av hvilke andre faktorer som kunne forårsake feil. Gjennom gransking og undersøkelser så man at ulike menneskelige faktorer hadde betydning for sikkerheten (Flin et al., 2008).

Det var først sent på nittitallet helsesektoren satt søkelyset på uønskede hendelser. Med inspirasjon fra luftfartsindustrien begynte man å granske de ikke-tekniske ferdighetene. Evaluering av dette bidro til økt fokus på slike ferdigheter (Flin et al., 2008).

Begrepet benyttes ved identifisering, opplæring og evaluering av ferdigheter som er nødvendige der teammedlemmer med ulik yrkesbakgrunn og kompetanse skal kunne arbeide

godt sammen og løse oppgaver i høyrisikosituasjoner. Det er dermed aktuelt i et kirurgisk team ¹ (Rasmussen, Wangen & Torjuul, 2015).

Fiona Flin er en forsker og professor ved Universitetet i Aberdeen. Hun har forsket på menneskelige faktorer i høyrisikobrancher. Hun er en av forfatterne bak boken *Safety at the sharp end – a guide to non – technical skills*. Dette er en guide til teori og praksis av ikke tekniske ferdigheter, og benyttes i denne oppgaven. I denne boken defineres ikke – tekniske ferdigheter som:

« Kognitive, sosiale og mellommenneskelige ferdigheter» (Flin et al., 2008, s. 1).

I de kognitive ferdighetene inngår situasjonsbevissthet og beslutningstaking. Sosiale og mellommenneskelige ferdigheter er kommunikasjon, samarbeid og oppgaveløsning. Ansvar for ulike oppgaver i et kirurgisk team kan føre til ulik situasjonsforståelse. I kombinasjon med tidspress og interessekonflikter kan sjansen for uønskede hendelser øke. Ikke- tekniske ferdigheter kan påvirke hvordan ulike situasjoner håndteres. Ved tidlig å bli trygg på egne og andres ikke - tekniske ferdigheter, kan man fungere bedre i team (Mykkeltveit & Bentsen, 2020).

3.3 SPLINTS

I dette kapittel vil jeg gjøre rede for den norske oversettelsen av SPLINTS, utført av Mykkeltveit og Bentsen (2017, 2020). Den inkluderer begge rollene operasjonssykepleierne har, sterilt og koordinerende. For å utfylle, supplerer jeg med Flin et al. (2008).

I de siste årene er en rekke verktøy som evaluerer og vurderer de ikke-tekniske ferdighetene blitt utviklet. Blant annet er SPLINTS et eksempel på slikt verktøy.

Det har vist seg at slike verktøy bidrar til økt forståelse av ens opptreden og har betydning for sikkerhetskulturen (Flin et al., 2008; Mykkeltveit & Bentsen, 2020).

¹ Et kirurgisk team består av kirurg, operasjonssykepleier, anestesilege og anestesisykepleier. Teamsammensetningen kan variere men stort sett er det disse rollene som utfyller teamet (Oksavik, 2018).

Skjemaet SPLINTS er utarbeidet i Skottland, og er i utgangspunktet ment som en sjekklister for den sterilt utøvende operasjonssykepleieren. Det vil kunne bidra til å gi formelle rammer og felles språk for vurderinger av ikke- tekniske ferdigheter. Tradisjonelt har operasjonssykepleiere tilegnet seg ikke-tekniske ferdigheter gjennom erfaring. Skjemaet vil være til god hjelp for uerfarne operasjonssykepleiere ved blant annet å bidra til å bevisstgjøre seg de ikke- tekniske ferdighetene.

I forbindelse med den norske oversettelsen av SPLINTS, viste kartleggingen at beslutningstaking ikke var en prioritert ikke – teknisk ferdighet blant operasjonssykepleiere. Beslutningstaking blir derfor ikke beskrevet i denne oppgaven (Mykkeltveit & Bentsen, 2020).

Ferdighetene er delt inn i kategorier, og innenfor de ulike kategoriene kan man dele ytterligere inn i underkategorier:

Situasjonsbevissthet

Mykkeltveit og Bentsen (2020) omtaler situasjonsbevissthet som valg og forståelse av informasjon fra omgivelsene, slik at det gir mening i arbeidsmiljøet vårt.

Både Flin et al. (2008) og Mykkeltveit og Bentsen (2020) beskriver tre vesentlige momenter som inngår i situasjonsbevissthet.

Det første momentet handler om å innhente informasjon. I følge Flin et al. (2008) bør man innhente informasjon om kollegaer, instrumenter, alarmer og stemning ved å overvåke miljøet kontinuerlig. Med det menes å legge merke til hva som pågår, og oppdage eventuelle endringer i miljøet. Årsaker til at man ikke mottar informasjonen kan skyldes mangler på relevante opplysninger, eller misforståelse av opplysningene. Distraksjoner vil også ha en betydning på hvor mye man klarer å innhente informasjon. Videre nevner Mykkeltveit og Bentsen (2020) å ha fortløpende oversikt over situasjonen som en gunstig adferd for operasjonssykepleiere.

Neste moment er å gjenkjenne - og forstå informasjon. Flin et al. (2008) beskriver at den innkommende informasjonen må bearbeides for å forstås og kunne gi mening i den nåværende situasjonen. Man erkjenner og forstår situasjonen ved blant annet å vurdere og

sammenligne tidligere kunnskap og erfaring. Her vil strategier, eller såkalte mentale modeller ha en betydning. Med mentale modeller menes hvordan den enkelte kategoriserer minner og erfaringer, der forskjellige stikkord kan gi mening. Nyutdannede har færre mentale modeller å støtte seg til. De må dermed bruke mer tid og energi på å forstå mønstre. Erfarne har mentale modeller, men bruker energi på å fortolke ukjente situasjoner. Årsaker til at man oppfatter feil i situasjoner kan skyldes hukommelsestap, og svak eller feil bruk av mentale modeller. Gjenkjenne – og forstå informasjon er ifølge Mykkeltveit og Bentsen (2020) at operasjonssykepleieren reagerer relevant på endringer i kirurgens kroppsspråk eller stemmeleie.

Siste momentet handler om og forutse å være i forkant. I dynamiske arbeidsmiljø med stadige endringer må den enkelte arbeider tenke fremover for å unngå feil. Dette beskrives som å være i forkant. Man forstår situasjonen og hva som menes med den. Deretter bruker man kunnskap og erfaring fra tidligere, som bidrar til å tenke hvordan situasjonen fremover vil utvikle seg. Man kan simulere hva som videre vil oppstå, og unngår dermed overraskelser (Flin et al., 2008).

Å være i forkant er ifølge Mykkeltveit og Bentsen (2020) en forutsetning for at operasjonssykepleieren skal følge det kirurgiske forløpet på en sikker og effektiv måte. Det kan for eksempel dreie seg om en uforutsett blødning som fører til at den sterilt utøvende operasjonssykepleieren må være klar for å gjøre riktige prioriteringer.

Flin et al. (2008) oppgir den enkeltes konsentrasjon og oppmerksomhet som faktorer til påvirkning av situasjonsbevissthet. Mennesker har både arbeidsminne og langtidsminne. Arbeidsminnet er den delen av hukommelsen hvor informasjonen lagres og etter kort tid bearbeides. Erfaring vi har fra tidligere, lignende situasjoner er lagret i langtidsminet. For å forstå hva som skjer, sammenligner man arbeidsminnet med langtidsminet. En situasjonsbevissthet er avhengig av arbeidsminnet. Videre påvirkes arbeidsminnet av distraksjoner og forstyrrelser. Med ulike teammedlemmer og medisinsk tekniske utstyr skapes støy på operasjonsstua, og dette kan bidra til distraksjoner og forstyrrelser for den enkelte arbeider.

For å redusere dårlig situasjonsbevissthet kan man ifølge Flin et al. (2008) minimere distraksjoner og forstyrrelser, noe som krever samarbeid fra andre teammedlemmer. I tillegg

blir det oppfordret til å si ifra om usikkerhet. For personell på operasjonsstua kan situasjonsbevisstheten bedres ved blant annet bruke sjekklister (Flin et al., 2008).

På arbeidsplasser hvor man jobber i team, er det viktig å skape en felles forståelse ved å dele mentale modeller for oppgaver og situasjoner, samt ha felles mål. Videre er det viktig å være samkjørte og bevisste på hvem som har ansvar for hva (Flin et al., 2008).

Oppgaveløsning

Med oppgaveløsning sier Mykkeltveit og Bentsen (2020) at ressurser og aktiviteter skal organiseres. Dette vil kunne bidra til at individuelle og teamorienterte mål oppnås. Gjennom kontrollerte vurderinger opprettholdes standarder. Tre viktige momenter er aktuelle for oppgaveløsning.

Første momentet er planlegging og forberedning, og med dette menes det å sikre flyt i oppgavene som planlegges, og dermed unngå hensiktsløse avbrytelser. Dette kan operasjonssykepleieren blant annet gjøre ved å benytte rolige perioder til å forberede neste oppgave (Mykkeltveit & Bentsen, 2020).

Andre momentet handler om å iverksette og overholde standarder. Operasjonssykepleieren skal gjøre dette ved å følge lover, retningslinjer og praksis. Dette kan bidra til god praksis som igjen fører til at pasient – og personalsikkerheten ivaretas. Operasjonssykepleieren kan følge retningslinjene som er gjeldende for operasjonsstua, og oppfordre andre i teamet til å gjøre det samme (Mykkeltveit & Bentsen, 2020).

Det siste momentet handler om å håndtere stress. Man skal være rolig, og forstå krav og press fra andre medlemmer i teamet (Mykkeltveit & Bentsen, 2020).

Flin et al. (2008) sier at arbeidere som jobber i høyrisiko miljøer ofte opplever stress. Dette kan være linket opp til sikkerhetsutfall, der redusert produktivitet samt ulykker kan bli en konsekvens. Operasjonssykepleieres håndtering av stress har en stor betydning for teamet. Oppstår akutte situasjoner må operasjonssykepleieren kunne manøvrere flere oppgaver samtidig, og prioritere oppgavene i riktig rekkefølge. Ved uhensiktsmessige reaksjoner fra andre i teamet skal man beholde sin nøytrale fremtreden, og ikke reagere med sinne. Dette

kan operasjonssykepleieren vise ved å ha en nøytral stemmeføring, og unngå unødvendig heving av stemmen. Man kan bidra til å opprettholde en rolig stemning på operasjonsstua, men samtidig kunne heve stemmeleie om det haster. Dette uten å skape panikk (Mykkeltveit & Bentsen, 2020).

Kommunikasjon og teamarbeid

Flin et al. (2008) beskriver kommunikasjon som en viktig del av de ikke tekniske ferdighetene, og kommunikasjon har stor betydning for å etablere et godt teamarbeid. Det er fundamentalt for arbeidsplassen med tanke på effektivitet og sikkerhet.

Kommunikasjon er også et hjelpemiddel til å se hvilke oppgaver som er gjennomført, og spiller en stor rolle for å sikre at oppgaven er utført suksessfullt. Distraksjon eller bråk blir sett på som eksterne barrierer i kommunikasjon. Interne barrierer kan handle om motivasjon eller forventninger (Flin et al., 2008).

Flin et al. (2008) definerer teamarbeid som:

Et utskillbart sett av to personer eller flere som samhandler dynamisk, avhengig av hverandre og er tilpasningsdyktige mot et felles og verdsatt mål/oppdrag, som hver har blitt tildelt spesifikke roller/ funksjoner, og som har en begrenset levetid på medlemskap. (s.94)

I det kirurgiske teamet har alle sine spesialiteter, og arbeidsoppgavene er komplekse. Et team er mer enn summen av hverandres kompetanse. Dette forklares ved at i et team har man ofte bred variasjon av erfaringer og oppgaveferdigheter, slik et kirurgisk team tidligere ble beskrevet. Tegn på effektive team er at de støtter og respekterer hverandre – samt er fleksible på å tilpasse seg endringer i situasjonen (Flin et al., 2008). Felles forståelse i teamet bidrar til å sikre et ukomplisert kirurgisk forløp (Mykkeltveit & Bentsen, 2020).

Ut ifra modellen SPLINTS er det første momentet under kommunikasjon og teamarbeid å være trygg på seg selv. Dette handler om å tilpasse oppførsel som bidrar til effektivitet i teamarbeidet. Man gjør tiltak for at avklaringer gjennomføres. For en operasjonssykepleier kan det dreie seg om å tydelig gi beskjed ved endringer som har betydning for teamet (Mykkeltveit & Bentsen, 2017).

Neste moment er utveksle informasjon. Her er det viktig at informasjon som gis sikrer en felles forståelse blant teammedlemmene. Nødvendig informasjon kan for eksempel være at man informere om kirurgisk telling. I noen tilfeller er det også nødvendig med non – verbal kommunikasjon. Det er viktig at operasjonssykepleieren bruker dette når det er hensiktsmessig, og ikke lar det gå på bekostning av å bruke verbal kommunikasjon der det er mest fornuftig (Mykkeltveit & Bentsen, 2017). Operasjonssykepleiere kan for eksempel heve hodet og få blikk-kontakt med den som skal ta imot rapport. Får man kontakt gjennom blikket vil partene kunne gi et lite nikk som bekreftelse på at den er klar for å ta imot rapporten. Flin et al. (2008) beskriver tilbakemelding som essensielt for at budbringer skal vite at informasjon er mottatt. Den kan være verbal, non-verbal eller skriftlig. Den verbale kommunikasjonen kan blant annet foregå ved bruk av closed-loop, som er en anbefaling i det kirurgiske teamet. Kommunikasjonen utføres da i en lukket sløyfe. Budskapet går direkte til mottaker, og mottaker gjentar og bekrefter budskapet og viser at han har forstått beskjeden. Avsender hører samtidig sitt eget budskap med mulighet til korrigering.

Det siste momentet er å samhandle med andre i teamet. Blant teammedlemmene er utveksling av ideer og følelser samt utføre praktiske oppgaver en viktig faktor som kan bidra til bedre flyt i det kirurgiske forløpet. For operasjonssykepleieren kan det handle om å kommunisere til teammedlemmene – enten om det handler om endringer, eller behovet for å stoppe opp. Det kan også handle om å gi positive tilbakemeldinger til teammedlemmer (Mykkeltveit & Bentsen, 2017).

Operasjonssykepleiere som innehar de nevnte momentene som del av sine ikke – tekniske ferdigheter vil bidra til å øke kvaliteten på kommunikasjon og teamarbeid (Mykkeltveit & Bentsen, 2020).

3.4 Overlevering ved skift

På grunn av feil som følge av kommunikasjonssvikt ved overlevering relatert til vaktskifte, anbefaler Flin et al. (2008) at vaktskiftet mellom partene foregår ansikt til ansikt. I tillegg anbefaler de at en koordinerende person er til stede for oversiktens del og på grunn av viktigheten ved overleveringen. Videre bør man ha tid nok til å utveksle all relevant informasjon. Å overlevere så nært arbeidsfeltet som mulig blir også anbefalt. Avtroppende og

påtroppende personell må få med seg hva som blir sagt. Forstyrrelser fra telefoner og alarmer bør derfor unngås. Overleveringen bør være formel, forutsigbar og følge en formell mal. Sjekklistene kan være en effektiv guide samtidig som personellet har full oppmerksomhet på overleveringen.

Flin et al. (2008) anbefaler videre at råd om hva som skal overleveres skjer i form av skriftlige notater, eventuelt elektronisk nedfelt informasjon avtroppende teammedlemmer ferdigstiller, og gir til påtroppende medlem. Den påtroppende operasjonssykepleieren skal ikke være en passiv mottaker. Ved å muntlig gjennomgå sjekklisten, tydeliggjør man den skriftlige informasjonen.

3.5 Sjekkliste

For å sikre informasjon mellom kollegaer kan bruk av sjekklistene fungere som et nyttig kontrollverktøy. Det er viktig å ha god kommunikasjon slik at viktige opplysninger relatert til pasientbehandlingen blir brakt videre. For å ivareta pasientsikkerheten bør man tilrettelegge for god informasjonsflyt i praksis som kan sikre presis og relevant innhold (Dåvøy & Haugen, 2018). ISBAR er et verktøy for strukturering av kommunikasjon. For å sikre den muntlige kommunikasjonen mellom helsepersonell ble skjemaet ISBAR fra 2017 anbefalt av helsedirektoratet til å benyttes ved rapportgjennomføring (Helsedirektoratet, 2020). Sjekklisten ISBAR er et verktøy som brukes på tvers av avdelingene (eksempelvis operasjon til oppvåkning) i forbindelse med overlevering av pasientinformasjon. AORN stiller spørsmål om man bør fokusere mer på sjekklistene tilpasset operasjonssykepleierens sterile- og koordinerende rolle i forbindelse med overlevering av pasient (Johnson et al., 2013).

4 Metode

I mitt forskningsspørsmål ville jeg undersøke deltakernes erfaringer med muntlig rapportering gitt i operasjonsteamet. Med bakgrunn i litteratursøk jeg gjorde, kan det tyde på at det mangler empiri som beskriver operasjonssykepleieres erfaringer når det gjelder dette. Ved å inneha interessen for hvordan operasjonssykepleiere opplever -og erfarer disse situasjonene var kvalitativ metode et godt alternativ. I følge Malterud (2017) er kvalitativ metode gunstig når man skal beskrive, analysere og fortolke fenomener, og anbefales når menneskelig samhandling og erfaring undersøkes.

For å øke min forståelse av forskningsprosessen, har jeg reflektert fra begynnelse til slutt slik det anbefales av Malterud (2017). Det vil si fra utvikling av problemstilling, valg av metoder og teori, analyse og tolkning av funn samt drøfting av resultatene og implikasjoner for praksis og videre forskning.

4.1 Forforståelse

Gadamer og Jordheim (2003) sier at for å forstå noe nytt, og for at det skal la seg gjøre, må vi allerede ha en forståelse om noe annet, man har en forforståelse. Det kan handle om hvordan man samler, leser og tolker data (Malterud, 2017).

Innledningsvis i arbeidet med denne oppgaven var min forforståelse preget av erfaringer jeg hadde gjort meg i praksis som handlet om mine observasjoner av andres rapporteringer, hvordan jeg oppfattet kulturen i forhold til bruk av sjekklister -samt mine egne erfaringer i å motta og gi rapport.

Forforståelsen er muligens endret noe etter hvert som jeg fordypet meg i litteratur angående ikke -tekniske ferdigheter, og leste forskning tilknyttet den peroperative rapport - og bruk av kommunikasjonsverktøy. Etter hvert som min forforståelse endret seg, innså jeg at hva og hvordan rapport gis ikke nødvendigvis bare er avhengig av den enkelte operasjonssykepleieren, men at flere faktorer kunne spille en rolle.

I denne studien forsker jeg i eget felt som har sine fordeler og ulemper. Jeg er kjent med feltet jeg skal undersøke, og aktuell terminologi som brukes under rapporten er jeg også kjent med. Siden jeg har dette kjennskapet kan det ha bidratt til at informantene ikke har hatt behov til å

forklare eller utdype sine utsagn fordi informantene og jeg var kjente med fagområdet. Samtidig kan dette ha bidratt til at jeg har gått glipp av informasjon da jeg har tatt det for gitt at jeg forstår budskapet deres. Kanskje har jeg også vært opptatt av egen forforståelse, og ikke hatt nok fokus på det informantene sa og hva de mente med det de sa.

Jeg har selv stått i situasjoner der jeg har gitt og fått rapport i forbindelse med kirurgiske inngrep. Å være kjent med konteksten og temaet som skal undersøkes har sine fordeler. Det kan tenkes at informantene grunnet dette opplevde at det var lett å samtale med meg om temaet jeg undersøkte. Jeg opplevde at det var en god stemning i rommet og en god flyt i samtalen. Stemningen i rommet og vår felles operasjonssykepleiefaglig forståelse, resulterte i gode meningsutvekslinger som bidro til økt forståelse for den peroperative rapporten. En annen fordel er at jeg med bakgrunn i min operasjonssykepleierfaglige forståelse kan stille relevante spørsmål knyttet til temaet som undersøkes.

I forkant av intervjuene hadde jeg fordypet meg i tidligere forskning om temaet og teori om ikke – tekniske ferdigheter. Jeg hadde utarbeidet en intervjuguide basert på dette og mine erfaringer relatert til temaet. Jeg stilte med andre ord ikke med blanke ark i møte med informantene. Selv om informantene og jeg har en felles forståelse ved terminologien til operasjonssykepleierfaget, måtte jeg ta i betraktning at begrepet ikke – tekniske ferdigheter kanskje ikke var velkjent for alle informantene. Dette er fordi ikke – tekniske ferdigheter er et begrep som er tatt inn i operasjonssykepleierfaget i nyere tid. Det ble kort beskrevet i informasjonsskrivet som informantene hadde fått tilsendt før intervju. Spørsmål som var inspirert av teorien var likevel mulig for informantene å forstå og svare på, selv om de ikke hadde en helhetlig forståelse av teorien sådan. Desto viktigere var det å være bevisst min egen forforståelse for å unngå å påvirke informantenes svar.

Ved å være bevisst min forforståelse utfordret jeg meg selv gjennom hele forskningsprosessen ved å stille kritiske spørsmål til valg jeg tok underveis.

4.2 Design og metode

For å undersøke menneskers erfaringer kan intervju brukes som datainnsamlingsmetode. Jeg ønsket å utføre individuelle semistrukturerte intervju.

I forkant av intervjuet tenkte jeg igjennom hvor strengt jeg ville holde meg til intervjuguiden for å få relevante svar og overholde tidsrammen for intervjuet. Samtidig ønsket jeg å stille åpne spørsmål, og ba informantene utdype det som fremstod som relevant. Spørsmål jeg i

utgangspunktet ikke hadde forberedt, kunne dukke opp underveis. Dette var både fra meg som forsker, men også om informantene kom inn på spennende og relevant områder innenfor temaet. Slik bidro interessante og uventede svar på forskningsspørsmålet til et fyldig og variert datamateriale.

4.3 Datainnsamling

4.3.1 Rekruttering av deltakere

Jeg ønsket å benytte meg av et strategisk utvalg når det kom til informanter. Med strategisk utvalg menes at jeg valgte ut et begrenset antall personer som kunne svare på min problemstilling slik det anbefales av Malterud (2017). For å dekke erfaringer med rapporteringen, forutsatte det at informantene hadde erfaring med å gi og få muntlig rapport i den sterilt utøvende rollen. Utvalget kunne bestå av begge kjønn, erfaringer fra ulike spesialiteter samt kort og lang erfaring. Variasjonen i utvalget kunne bidra til å belyse og utdype problemstillingen bedre, og bidra til at funnene ble mindre entydige og at det dermed ikke ble trukket forhastede slutninger slik det anbefales av Malterud (2017).

Min erfaring tilsa at noen operasjonssykepleiere har innarbeidet seg rutiner på hvordan de rapporterer, mens andre ikke har det. Jeg vurderte også om nyutdannede og erfarne operasjonssykepleiere opplever rapporteringen ulikt, og om nyutdannede har behov for en lengre og mer utfyllende rapport.

Utvalget kom til å bestå av fire informanter med erfaring mellom fire til over tretti år. Informantene hadde erfaring med forskjellige spesialiteter. Alle informantene hadde erfaring med muntlig rapportering i det sterile feltet.

Jeg sendte søknad om tilgang til forskningsfeltet til ledere ved avdelingen hvor jeg planla intervjuene gjennomført (vedlegg 2). Det var ønskelig at leder var behjelpelig med å rekruttere informanter, ved å spre informasjon om prosjektet og formidle kontakt til meg. Informantene fikk tilsendt et informasjonsskriv per e-post (vedlegg 3) der det ble informert om studiens hensikt og hvilke rettigheter de hadde som informanter i samsvar med UiTs retningslinjer (UiT, 2020).

4.3.2 Gjennomføring av intervju

Fire individuelle intervju ble gjennomført. I forkant av intervjuene gjennomførte jeg et prøveintervju sammen med en medstudent og veileder. Dette var for å trygge meg selv i intervjusituasjonen, gjennomkjøring av intervjuguide, få testet teknisk utstyr og bruk av tidsbruk.

Av hensyn til informantene var det ønskelig og mest praktisk å utføre intervjuene i arbeidstiden. Dette var lagt inn som et ønske til forskningsfeltet, og i informasjonsskrivet til informantene. Jeg anvendte et egnet rom på sykehuset som jeg vurderte som trygt og skjernet fra operasjonsavdelingen. Kaffe ble servert, men på grunn av båndopptaker fulgte jeg Malterud (2017) råd om ikke å tilby noe å spise.

Mobilappen Nettskjema – diktafon ble brukt til lydopptak. Da det kan oppstå feil i forbindelse med bruk av appen hadde jeg en ekstra godkjent lydopptaker med (UiO, 2017).

Med utgangspunkt i Kvale, Brinkmann, Anderssen og Rygge (2009) var en tentativ intervjuguide utarbeidet (vedlegg 4). Intervjuguiden fungerte som en huskeliste. Muligheten for å revidere intervjuguiden ble vurdert underveis, og førte til mindre justeringer (Malterud, 2017).

Under intervjuet var jeg bevisst på å skulle gi informantene tid til å svare, og at taushet var akseptabelt. Jeg ville legge rette for at informantene fikk rom nok til å tenke. Jeg var bevisst at taushet under intervjuet kunne bidra til et bedre intervju. Informanten ville dermed få mulighet til å reflektere, og til selv å bryte tausheten med mulig viktig informasjon.

Intervjuet startet med en innledning hvor jeg var opptatt av å skape god stemning og forsøke å bygge tillitt mellom meg og informanten.

Videre var det i hoveddelen lagt opp til tre hovedfaser i intervjuet. Dette var for å lettere kategorisere emner som jeg mente var viktige for å besvare min problemstilling.

Etter endelse av hver fase oppsummerte jeg det vi snakket om, og ba informantene korrigere om det var noe jeg ikke hadde forstått korrekt. Dersom jeg selv var i tvil, kunne jeg for eksempel si: «forstår jeg deg rett om...».

Intervjuet som helhet ble avsluttet ved at jeg kort informerte om hva som skjedde videre med opptak og data, før jeg åpnet opp for at informantene kunne komme med spørsmål eller kommentarer. Jeg avsluttet med å takke informantene om deltakelsen.

4.3.3 Transkribering

Jeg startet med å høre igjennom lydopptaket, og transkriberte deretter dette og sjekket transkriberingen opp mot lydfilen. Med transkribering menes at data som man har innhentet gjennom lydopptak sammenfattes til tekst. Jeg startet transkriberingen allerede etter første intervjurunde. Årsaken var at erfaringen jeg gjorde meg etter første runde ble, som også Malterud (2017) hevder, en styrke til neste intervjurunde. Jeg ble oppmerksom på hvordan jeg stilte spørsmålene, og på uhensiktsmessige avbrytelser. Dette tok jeg med meg videre til neste intervju, som bidro til at intervjuene ble bedre for hver gang. Jeg var bevisst at transkripsjon av lydfil aldri vil kunne representere den virkelige samtalen med informanten. Målet var å ivareta meningsinnholdet på en pålitelig og gyldig måte. Ved transkribering skal alle momenter tas med fra lydopptak, og for at transkriberingen skal bli så nøyaktig som mulig forsøkte jeg i teksten å legge inn elementer som sukk og latter. På den måten gjenkjente jeg stemningen som var i rommet og jeg husket kroppsspråk og gester. Det førte til at jeg allerede da startet en meningsanalyse av hva som ble sagt, noe som også Kvale et al. (2009) benevner. Ved å endre dialekt til bokmål kan det hende jeg mistet noe av essensen da visse dialektord kan bidra til å forsterke noe som oppfattes som viktig/uviktig (Tjora, 2017). Ved transkripsjon av de første intervjuene tok jeg med bekreftende svar som jeg gav for å holde flyt i samtalen. Dette utelot jeg etter hvert fordi jeg så at det ikke hadde noen betydning for materialet.

4.3.4 Fremgangsmåte for å analysere data

De transkriberte intervjuene ble analysert ved bruk av Graneheim, Lindgren og Lundman (2017); (2004) innholdsanalyse. Graneheim et al. (2017) støtter en fenomenologisk tilnærming når det handler om manifest analyse. Jo mer man fortolker jo mer beveger man seg mot det latente. Jeg har valgt å holde meg til det manifeste som vil si tekstnært. En induktiv analyse kjennetegnes ifølge Graneheim et al. (2017) ved at man fortolker og undersøker subjektiviteten og der jeg som forsker er medvirkende. Slutninger trekkes fra det enkeltstående til det allmenne. Jeg valgte å gjøre en induktiv analyse fordi temaet mitt handler om noe jeg visste lite om, og jeg var derfor opptatt av hvilke erfaringer operasjonssykepleierne hadde. Underveis i analysen hadde jeg hele tiden problemstillingen fremme som en guide for analysearbeidet. Funnene jeg gjorde under analysen bidro til å gi

svar som ga mening for problemstillingen. Jeg forsøkte samtidig å være åpen for om resultatene fra dataene medførte at problemstillingen måtte revideres.

Alle lydfilene ble lyttet til flere ganger før jeg transkriberte de. Jeg skrev min helhetlige forståelse av intervju 1 og 2 etter at intervjuene var transkribert. For å utnytte ventetid før gjennomføring av intervju 3 og 4, startet jeg med å identifisere de meningsbærende enhetene samt kondensering av intervju 1 og 2. Meningsenhetene bestod av setninger og utsagn fra informantene med betydning for studiens problemstilling. Den kondenserte meningsenheten ble utformet ved å gjøre meningsenheten kortere, samtidig som kjernen i innholdet ble bevart. Samme fremgangsmåte ble brukt på intervju 3 og 4.

Jeg hadde utarbeidet en tabell med fire kolonner der jeg satte inn informant, meningsenhet, kondensert meningsenhet og kode. Koding blir beskrevet av Graneheim og Lundman (2004) som merkelappen til meningsenheten. Ved utvikling av koder på de første to intervjuene så jeg at flere av de samme kodene kunne brukes til resterende intervjuer. Der jeg ikke brukte samme kode laget jeg nye. Deretter kategoriserte jeg, ved å samle koder med lignende innhold. Imidlertid så jeg at det ble mange kategorier, og flere lignet hverandre. I utgangspunktet skal ingen data falle mellom to kategorier, og heller ikke passe inn i mer enn en kategori. Samtidig er mitt prosjekt å undersøke menneskers erfaring, og dette gjør at det ikke alltid er mulig å lage gjensidig utelukkende kategorier siden teksten sier noe om menneskers opplevelser (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen stopper ved kategorisering. Dette er fordi jeg ønsker å holde meg tekstnært uten videre abstraksjon av dataene.

For å organisere og analysere data fikk jeg anbefalt å laste de transkriberte intervjuene inn i verktøyet NVIVO fra UiT. Imidlertid erfarte jeg at det å ha intervjuene på papir, og heller jobbe parallelt i Word, følte mer tekstnært – og dermed mer oversiktlig.

Gjennom hele analyseprosessen beveget jeg meg frem og tilbake mellom helhet til delene og fra delene til helhet. Med det mener jeg at selv om meningsenhetene ble splittet opp til koder og kategorier, måtte jeg ofte vende tilbake til lydfilene og den transkriberte teksten.

Tabell 1 viser eksempler på analyseprosessen:

Informant	Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Kategori
1	«Så synes jeg det er viktig å få poengtert at jeg har en kompress i den (..), samtidig som jeg teller de andre kompressene. Og vise, en der også to tre fire, og totalt fem».	Viktig å poengtere hvor kompresser er, og samtidig telle og vise dem.	Viktig å telle og vise	Kvalitetssikre rapportinnhold
2	“Den som overtar må være interessert i å få rapport i alle fall. Det kan jo være litt sånn “jajaja, det er ikke så farlig – jeg ser”.	Må være interessert i å få rapport.	Interesse for rapporten	Teamets innvirkning på rapporten
4	“Jeg spør, jeg spør hvor mange (...) har du, hvor mange kompresser, stemmer brikkene? Da må man hale svarene ut i stedet for å få det presentert	Spør om hvor mange kompresser og om brikkene stemmer, og må hale ut svar i stedet for å få presentert.	Tilegne seg informasjon ved å spørre	Å skaffe seg oversikt før overtar
3	“Viss jeg står steril og blir avløst i vaktskifte så tror jeg at, uten å si det, men så blir det en litt sånn stillerappor. Den som kommer gjør seg kjent med hvilke brikker jeg har, hva som er på bakkbordet, hvor ting ligger og sånn, før den trør opp i feltet, der assistansebordet står. Der og tror jeg det er sånn stille rapportering for å få oversikt”	Avløsning med «stille rapport» der påtroppende operasjonssykepleier gjør seg kjent med utstyr på bordene.	Gjøre kjent med utstyr	Å skaffe seg oversikt før overtar

Tabell 1

4.4 Forskningsetikk

I dette prosjektet har det vært nødvendig å kjenne til Helsinkideklarasjonen, samt aktuelle lover som omfatter etikk. Helseforskningsloven (2008), Personopplysningsloven (2018) og Forskningsetikkloven (2017) har også vært viktige lover å kjenne til.

UiTs retningslinjer for personvern i forsknings – og studentprosjekt UiT (2020) har vært overholdt, og prosjektet ble meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD, 2016), se vedlegg 5.

I forbindelse med båndopptak inngikk stemmer i kategorien personopplysninger. All informasjon ble behandlet konfidensielt, som betyr at ingen opplysninger kan føres tilbake til deltakerne som ble intervjuet. For å anonymisere dataene erstattet jeg navn på informantene med et pseudonym og transkriberte alt til bokmål (Tjora, 2017). Opplysninger jeg fikk i forbindelse med intervjuet er underlagt taushetsplikten, og deltakerne ble oppfordret til å overholde taushetsplikten relatert til pasient og kollegaer (NSD, 2016).

Lagring, kryptering og sikkerhetskopiering av lydfile ble gjennomført med det samme intervjuene var foretatt, dette blant annet for å ivareta informantens personvern (Malterud, 2012). Opptaket ble kryptert, lastet opp og lagret kryptert i Nettskjema (UiO, 2017), som er i

samsvar med UiTs krav til lagring av data. De transkriberte intervjuene ble anonymisert og lagret i Office 365 (OneDrive) på UiT som krever to-trinns autentisering av Feide bruker. Personidentifiserende dokumenter som signert samtykkeskjema og koblingsnøkkel ble oppbevart innelåst og adskilt fra øvrige data i henhold til UiTs rutiner for helseforskning (UiT, 2020).

Lydfilene og personidentifiserende dokumenter slettes ved prosjektets slutt.

Det ble gjort en risikovurdering av prosjektet i samarbeid med veileder som er lagret hos studieleder ved Master i sykepleie.

4.5 Metodediskusjon

Jeg har benyttet meg av Graneheim og Lundman (2004) sin innholdsanalyse, og har valgt å bruke begreper og kriterier de bruker for å vurdere troverdigheten (trustworthiness) i en studie. Faktorer som er aktuelle for min studie er troverdighet (credibility), pålitelighet (dependability) og overførbarhet (transferability).

Troverdighet:

Graneheim og Lundman (2004) legger vekt på viktigheten av metode, utvalg – og datasamlingsprosedyrer, datamengde og nøyaktigheten i analyseprosessen for å oppnå et troverdig resultat. Jeg har så godt som det har vært mulig forsøkt å dokumentere fremgangsmåten min gjennom alle stegene i forskningsprosessen. Dette har jeg gjort for at leseren skal kunne vurdere troverdigheten i studien.

For å samle empiri om den peroperative rapporten vurderte jeg innledningsvis å gjøre fokusgruppeintervju. Fordi det er en kompleks metode å anvende samt egen manglende forskererfaring, valgte jeg individuelle intervju. Ved å velge individuelle intervju fikk informantene mer tid og rom til å dele sine erfaringer med meg.

En kvantitativ tilnærming med for eksempel tverrsnittundersøkelse som design kunne også vært et alternativ. Jeg ville da fokusert spesifikt på hva som ble rapportert ved å sende ut et spørreskjema der deltakerne kunne ha krysset av for en rekke alternativer. Antallet ville ved en kvantitativ tilnærming blitt vektlagt, og dataene ville blitt omformet til målbare enheter

som videre kunne blitt benyttet i statistiske analyser. Spørreskjema kunne vært sendt ut til forskjellige sykehus, og gitt mer generaliserbare data (Polit & Beck, 2020).

Graneheim og Lundman (2004) sier ved utvelgelse av informanter er det en styrke om de har variert erfaring. Jeg ønsket meg et strategisk utvalg, der variasjonen i utvalget kunne bidra til å belyse og utdype problemstillingen best mulig. Jeg fikk fire informanter med erfaring fra forskjellige spesialiteter, men fikk ingen nyutdannede operasjonssykepleiere i utvalget som medførte at jeg fikk den variasjon i erfaring jeg hadde ønsket.

I forbindelse med selve intervjuet og bruk av båndopptaker, kan det ha oppstått en svakhet. Maks lengde for opptak ved bruk av appen var 45 minutter. Dette gjorde at jeg måtte følge med på båndopptakeren når tiden nærmet seg slutt (UiO, 2017). Dette, men også i forbindelse med nytt opptak, følte jeg tok bort noe av den fulle oppmerksomheten jeg ønsket å ha i intervjuet. Informantene kan også ha blitt dratt ut av en god «flyt». Det skjedde at vi måtte stoppe opp mitt i et engasjerende tema fordi lydopptakeren stoppet grunnet tid. For å sikre meg avbruddet hadde jeg skrevet ned tematikken vi snakket om slik at jeg visste hvor tråden skulle tas opp igjen.

For meg har hele prosessen vært ny, og jeg har ingen erfaring med denne type arbeid fra tidligere. Jeg har skrevet forskningslogg for å sikre arbeidet i oppgaven. Tidsmessig har det blitt en begrensing med tanke på å gjennomføre empirisk arbeid, samt få tid nok til fordypning og modning relatert til litteratur og analysearbeidet.

Jeg har i denne oppgaven jobbet alene. Likevel var det viktig for meg å få støtte for valg underveis, og spesielt i forbindelse med analyseprosessen. Jeg har utformet spørsmål og tekstutkast som har blitt presentert for min veileder og for medstudenter i forbindelse med masterseminarer, og har fått innspill, nye spørsmål og fått bekreftet noen valg som førte meg videre i prosessen. Dette kan ha styrket troverdigheten i oppgaven.

Pålitelighet:

I følge Graneheim et al. (2017) har forforståelsen betydning for påliteligheten til en studie. Jeg forsøkte å være meg bevisst min egen forforståelse gjennom hele oppgaveperioden. Jeg prøvde også å være nøytral, og ikke prege informantene når det gjaldt min erfaring med

temaet. Var det utsagn jeg var i tvil om hva informantene mente, spurte jeg informantene på nytt for å unngå å misforstå.

Jeg valgte å holde meg til en manifest analyse, og valgte ikke å søke etter en dypere mening i svarene fra informantene mine. I følge Graneheim et al. (2017) kan en manifest analyse være en god start for uerfarne forskere. Dersom en utfører en latent analyse, kreves et høyere nivå av fortolkning og abstraksjon som kan føre til større utfordringer i å oppnå ekthet og troverdighet. For å gi leseren innsikt i min forskningsprosess og styrke oppgavens pålitelighet, har jeg synliggjort hvordan jeg trinnvis og metodisk har kommet frem til resultatene. I tillegg er flere sitater tatt inn i presentasjonen av funnene.

Overførbarhet:

På grunn av oppgavens omfang - og tidsbegrensinger ble kun fire intervju gjennomført. Dette er ifølge Malterud (2017) et for lite utvalg til å fremskaffe ny og generaliserbar kunnskap. Samtidig kan det tenkes at funnene kan antyde relevante behov for endringer som er gjenkjennbar, og som kan gi føringer for forbedringer i praksis. Det er ifølge Graneheim og Lundman (2004) uansett leseren selv som må vurdere om studien er overførbar til deres praksis.

5 Funn

I dette kapittelet presenteres resultatene fra datainnsamlingen. Resultatet i analysen slutter på et manifest nivå, med kategorier som det øverste nivå. Fire hovedkategorier beskriver sterilt utøvende operasjonssykepleiers erfaringer med den muntlige rapporten. Utsagn fra informantene presenteres i kursiv.

Kategorier som presenteres er:

- Kvalitetssikre rapportinnhold
- Teamets innvirkning på rapporten
- Å skaffe seg oversikt før overtar
- utfordringer og mulige forslag til forbedringer

5.1 Kvalitetssikre rapportinnhold

Alle informantene var opptatte av å kvalitetssikre innholdet i rapporten.

En informant sa at hun hadde laget seg en fast rutine på hva hun nevnte i forbindelse med rapporten, men de tre andre hadde ingen spesifikk mal de fulgte for å gi rapport. Felles for alle var at de hadde en bevissthet om at noe spesifikt alltid skulle nevnes. Hver enkelte hadde noen gjentakende punkter som alltid var med og som var viktige. Hvilke punkter som var gjentakende varierte fra informant til informant. Alle oppga at kompresser alltid skulle telles sammen som en del av rapporten. En informant sa om det ikke var i en avsluttende fase av operasjonen, foregikk tellingen med avløsende steril operasjonssykepleier. Videre fortalte hun at den koordinerende operasjonssykepleier ble inkludert i tellingen om det var ved avslutning, og det ikke kom noen og overtok. To av informantene inkluderte kirurgen i forbindelse med telling av kompressene. Den ene inkluderte alltid kirurgen, og hun ba alltid da om et bekræftende eller avkreftende svar når det gjaldt antallet kompresser som var i det sterile feltet. Imidlertid trodde en annen informant at telling av kompresser og utstyr av og til kunne overskygge resten av viktig rapportinnhold. Med dette mente hun at det ble fokusert på tellingen, men at man kunne stå igjen etter kollegaen var dratt og tenke "hva var det egentlig som ble gjennomgått nå?" Man stod igjen med en sikret telling av kompressene, men hadde ikke blitt informert om instrumenter som manglet eller var ute av det sterile feltet. Dette ble

beskrevet som en dårlig rapport. To av informantene oppga prioriteringen av å rapportere utstyr som man ikke så, som kanskje hadde falt ned på gulvet.

Tre av informantene hadde erfart at synlige gjenstander kvalitetssikret rapporten, og en informant beskrev det slik:

“Viss vi kan bruke en slik hylle eller luke i tellebrettet til alt av løse deler, så er det jo ganske godt å vite at når jeg overtar så; ja der er alt!» (Deltaker 1).

Videre oppga alle informantene at det var viktig å vise og gi beskjed hva de hadde av løspakket utstyr, om eventuelle avvik i brikken.

Tre av informantene oppga det som viktig å vise hvor mange nåler de hadde, og hvor de var i operasjonsforløpet. Det ble også oppgitt viktigheten av å vise hva man hadde av ekstrautstyr viss operasjonen ikke var en standard operasjon, men med mange små gjenstander. En av informantene fikk den koordinerende operasjonssykepleieren til å skrive ned på en lapp om noe utstyr manglet slik at det kunne rapporteres videre til den som skulle ta over.

To av informantene oppga at de brukte den koordinerende operasjonssykepleiere om man lurte på noe etter rapporten. Dette var i de tilfeller hvor man oppdaget mangler i rapportinnholdet, eller nye spørsmål oppstod som man ikke hadde vært oppmerksom på ved selve avløsningen. En informant uttrykte at hun regnet med den koordinerende operasjonssykepleieren hadde kontroll på hva den sterilt utøvende hadde i feltet:

“Jeg regner med at den som koordinerer, de to der, går igjennom samme rapport, borte på bordet sitt. At de sier sånn, ja hun har fått en ekstra pinsett og ekstrainstrumenter og sånn type ting” (Deltaker 3).

To informanter oppga at de rapporterte om medikamenter. En informant sjekket med den koordinerende hva som befant seg i de forskjellige beholderne/sprøytene av medikamenter. En annen kastet medikamenter viss hun ikke visste hva som var hva, og ba deretter om nytt medikament som da den koordinerende kontrollerte sammen med henne. Medikamenter som lå i blanke boller var ikke merket, og for en informant var det viktig å rapportere hva som var i de forskjellige sterile bollene. Hun beskrev det slikt:

“Så det er en ting som man må rapportere muntlig når jeg gir fra meg ting. Eller viss jeg ser at det ligger en sprøyte her, så kan jeg spørre, hva er det her, er det lokalbedøvelse? Så viss

jeg ser det er ting som er trukket opp av ting og tang, og er det vann i bollen - at jeg får vite hva, for blant er blankt. Men i alle sånne store runde boller der kan det være hva som helst og da er det ulikt om vi rapporterer eller ikke. Og hvis jeg ikke vet, da hiver jeg det i søpla” (Deltaker 3).

Elektronisk ble det av den koordinerende operasjonssykepleieren dokumentert hvem som hadde avløst, og her ble det også krysset av for at nåler, kompresser og utstyr var telt.

Samtidig fortalte en informant at hun ikke hadde noe garanti for at den som kommer og avløser deg teller alt, selv om det krysses av for at alt er telt.

Anestesisykepleier ble inkludert av en operasjonssykepleier for å sikre dem rapport om hva som var gitt av medikamenter i det sterile feltet.

5.2 Teamets innvirkning på rapporten

Det viste seg at alle i det kirurgiske teamet hadde på en eller annen måte betydning for hvordan og hva som ble gitt i rapporten av den sterilt utøvende operasjonssykepleieren.

Samarbeid og kommunikasjon med påtroppende/avtroppende sterilt utøvende operasjonssykepleier

Alle informantene var enige om viktigheten av at den som skal ta imot, eller gi rapport har full oppmerksomhet på rapporten og viser interesse og følger med på det som rapporteres.

Tre av informantene oppga at det var utfordrende om den som skulle motta rapport ikke fulgte med, ikke hadde fokus, eller viste liten interesse. Det opplevdes vanskelig å vite hvor mye man skulle gi av informasjon når ikke interessen for rapporten var til stede hos kollegaen. En informant mente det skyltes dårlig uvane og ikke høre ordentlig etter på rapporten. To informanter sa dette om interesse hos kollega:

Hvis de ikke er så interesserte i å vite hva jeg har av ekstrautstyr så, jaja. Man vil jo liksom ikke tre det nedover hodet deres viss de ikke er så interesserte” (Deltaker 2).

En annen snakket om at man kunne føle på det kollegiale presset. Det handlet om at man ikke ville bruke for mye av kollegaens tid, spesielt om det var slutten av arbeidsdagen og kollega

skulle hjem. Var man da påtroppende ble en ufullstendig rapport kompensert ved at den som overtok selv «fant ut av situasjonen».

En informant sa hun forsøkte å vente med å gi rapport til hun så at den påtroppende hadde kledd på seg sterile hansker og frakk, og var «klar» for rapport. Hun sa det slik:

“Jeg synes det er veldig viktig at jeg ikke gir rapport til en operasjonssykepleier som kler på seg frakk, eller får på seg hansker. Den som skal overta etter meg må gi meg full oppmerksomhet. Mange kan stresse, vil hjem, må rekke en buss – ok jeg begynner bare å gi rapport mens hanskene blir tatt på. Det med å ha fokus. Nå ser jeg hva du sier til meg, jeg er med, jeg følger deg. Det er viktig. Hvis man føler at man ikke har tilstedeværelsen der den skal være, da blir det en dårlig rapport” (Deltaker 1).

For å sikre seg at informasjonen var mottatt hos den sterilt utøvende operasjonssykepleieren som skulle overta i feltet, oppga en informant viktigheten med å ha blikk-kontakt samt få bekreftet at informasjonen var mottatt. *“Den blir mottatt, og helst bekreftet. At, ja, alt i brikken stemmer. Ja okei, så bra. Altså, det å ha blikket, jeg har med meg den operasjonssykepleieren som jeg faktisk gir rapport til”* (Deltaker 1).

Videre oppga tre av informantene at tidspunkt i operasjonsforløpet, kjennskap til operasjonen og til kollega hadde betydning for hva de rapporterte. Tidspunktet kunne handle om rapport om hva som ble gjort i feltet akkurat nå. I den forbindelsen måtte den avtroppende vite om operasjonen tillot fravær av hennes oppmerksomhet, eller om det var så kritisk at noe av rapporten måtte vente til en roligere fase i operasjonen. En informant oppga at en standard operasjon som både den avtroppende og den påtroppende hadde kjennskap til, ofte resulterte i kortere rapport. Den som ga rapport tenkte at den som overtok da visste hva som inngikk av standard utstyr, og man behøvde dermed ikke si mer enn at det var en standard operasjon. Kjennskapet til hverandre gjorde at man visste hva kollegaen ønsket å vite.

“Nei, man kjenner jo sine kollegaer på godt og vondt, og vet hva som er viktig for dem når de kommer på. Den ene bryr seg ikke om for eksempel om jeg sier jeg har (...), så går det rett inn og rett ut det andre øret. Mens noen, det er det aller viktigste for dem! Så man tilpasser rapporten ut ifra hvem som kommer på, og det er jo ikke bra, men jeg tror det er sånn man gjør det og jeg tror jeg gjør det selv” (Deltaker 3).

Rapporten som skulle gis bør være relevant, kort og nødvendig. Samtidig oppga tre av informantene at det som ble rapportert var tilfeldig uten en fast struktur. Dersom det var noe uvanlig eller noe ekstra som hadde skjedd oppga to av informantene at det ble rapportert. De samme informantene sa at de sjelden spurte om ekstra informasjon dersom operasjonen var kjent.

Samtidig nevnte en informant at det kanskje ikke var en selvfølge for nyutdannede alltid å vite hva som inngikk i en standard operasjon. Kjennskap til hverandre - og operasjoner, handlet om erfaringen man med tiden har gjort seg.

En informant oppga at hun ville bedt om grundigere informasjon om det var en ukjent operasjon, hvor hun ikke hadde kjennskap til forløp og utstyr. Samme informant mente også at det var fare for slurv ved at man tok lettere på ting når man var kjent med inngrepet.

En informant var opptatt av å gå gjennom utstyret sammen med den avtroppende operasjonssykepleieren ved å peke på og tydelig gi beskjed om hvor utstyr befant seg. På denne måten forhindret man at noe måtte letes unødvendig etter. Den påtroppende behøvde ikke å bekymre seg eller bruke energi på å lete etter utstyr eller kompresser i pasienten eller i søpla.

Telling av kirurgisk utstyr var sentralt hos alle informantene, og en av informantene opplevde tellingen sammen med den på/avtroppende sterilt utøvende operasjonssykepleieren som en form for felles agenda for rapporten. Tre informanter utrykte at begge parter hadde et ansvar i forbindelse med rapporten. Den avtroppende hadde et ansvar for å gi rapport med viktig og relevant innhold, men det var også et ansvar hos den som mottok å spørre om eventuelle uklarheter.

“Altså ansvaret ligger jo også hos meg som skal overta. Det blir vel mer der ansvaret ligger enn at jeg som skal gi fra meg ansvaret liksom. Jeg vet jo ikke hva, hva du har behov for, skjønner du. Jeg kan jo ikke stå å legge ut, også sier den påtroppende «men dette her vet jeg». Så ansvaret blir jo da, skal jeg overta noe som jeg er utrygg på så må jeg gi uttrykk for det”
(Deltaker 1).

Å kommunisere sine behov var et viktig ansvar man hadde ved overtakelsen. Tre av informantene oppga at de spurte den andre sterilt utøvende operasjonssykepleieren om det var noe de lurte på i forbindelse med overtakelsen, hvorav to av informantene mente man alltid

kunne spørre og det var stor takhøyde for det. En informant erfarte at situasjonen ikke alltid tillot snakk og spørsmål, og da måtte man vente eller la være å spørre.

“Også kan de (kirurg eller koordinerende operasjonssykepleier) si «ja, fikk du ikke rapport om det» også sier jeg sånn «nei det fikk jeg ikke» og det glemte jeg kanskje å spørre om, men jeg tenker det er den som gir ting i fra seg har det største ansvaret. Den som tar imot bør jo og ha en del punkt man går igjennom, men noen ganger glipper det jo” (Deltaker 3).

To informanter uttrykte ønske om å ha kontroll, og vite hva man tar over. En av disse uttrykte at hun ikke gikk inn i feltet før hun visste hva hun skulle ta over. Når det gjaldt selve ansvaret for pasienten i rapportsituasjonen tok man det for gitt at den ene hadde hovedansvaret. I utgangpunktet var dette den som hadde stått under operasjonen og skulle tre av. Først når den hadde tredd av, og den nye gikk inn i feltet ble det den sitt ansvar. Dette ble imidlertid ikke kommunisert eller uttrykt noen gang mellom de to sterilt utøvende operasjonssykepleierne. En informant pekte på utfordringer med det fysiske bytte, hvor en av operasjonssykepleiere går ut av det sterile feltet og den andre går inn i feltet. Selve byttet kunne være årsak til at man mistet oversikt eller at kirurger ble distraheret, og kunne være en årsak til at feil oppstod.

Koordinerende operasjonssykepleier - og anestesisykepleiers innvirkning på rapporten

Alle informantene oppga at de hadde et godt samarbeid og en god kommunikasjon med den koordinerende operasjonssykepleieren. To av informantene oppga at de brukte den koordinerende om det var noe man lurte på etter rapporten var ferdig, og den avtroppende var dratt hjem. Dette kunne være informasjon som man egentlig skulle fått fra den sterile avtroppende operasjonssykepleieren, men som ikke var blitt formidlet i rapporten.

Videre var dokumentasjonen på at utstyr stemmer et samarbeid mellom den koordinerende operasjonssykepleieren og den sterilt utøvende operasjonssykepleieren. Den koordinerende må krysse av i skjema på DIPS Arena.

Alle fire informantene hadde lite erfaring med anestesisykepleierens innvirkning på rapporten, men en informant oppga alltid medisinerbruk i det sterile feltet til anestesisykepleieren. En annen hadde flere ganger opplevd å bli distraheret i rapporteringssituasjonen på grunn av støy fra anestesipersonellet, men hun hadde da bedt dem om å dempe seg.

En informant oppga at hun kunne bli distraheret av den koordinerende operasjonssykepleieren i rapporteringssituasjonen. Dette syntes hun selv var forunderlig, da den koordinerende selv visste hvordan situasjonen var ved rapport i det sterile feltet. Den koordinerende kunne gi beskjeder når informanten skulle ta imot eller gi rapport, og det kunne igjen bidra til forglemmelser hos informanten.

Kirurgens innvirkning på rapporten

Tre av informantene mente rapporten som ble gitt var avhengig av hvem som var kirurg. En informant opplevde at det var forventninger fra kirurgen om å følge med i feltet hele tiden, og det gjorde det dermed vanskelig å skulle gi rapport til avløseren. Kirurgens innvirkning på rapporten ble beskrevet av en informant slik:

“Ja, kirurgavhengig. Ehm, sånn hvor mye kan jeg snakke før det blir dårlig stemning. Det har en del å si” (Deltaker 3).

Noen av informantene kommuniserte til kirurgene at vaktskiftet skulle oppstå. En gjorde det alltid, men da bevisst for å inkludere dem i deler av rapporten, og på den måten kvalitetssjekket instrumenter og utstyr. En annen mente informasjon til kirurg om avløsning ville forhindre at feil oppstod. Med dette mente hun at om kirurgen ble informert ville de bli bevisste endring og eventuell støy fra rapporten og dermed minimere risikoen for at det oppstod feil. Videre var det en som gjorde det av og til, da for å forebygge stress hos kirurgene, og på den måten “reddet” hun sin egen rygg fra å få kjeft. Flere ganger opplevde tre av informantene at støy på operasjonsstua gjorde kirurgene sure, og at det var den sterilt utøvende operasjonssykepleierne som fikk kjeft selv om det var den som snakket minst. Dette preget rapporten, og for å unngå støy ble innholdet minimalt.

Tre av informantene oppga kirurgene som element til støy i rapporten. Det kunne for eksempel dreie seg om at man skulle gi rapport til en påtroppende steril utøvende operasjonssykepleier, men at man ble avbrutt fordi kirurgen trengte noe i feltet. En annen opplevde, uavhengig av støy på operasjonsstua, at noen kirurger uansett ble irriterte ved rapport. De kunne kommentere rapporten, eller som informanten (Deltaker 3) selv sa: *“demonstrere at rapporten måtte bli ferdig”*. Dette førte også til en rapport med få ord.

Samtidig oppga en annen informant at om man fikk kommentarer av kirurgene om å bli ferdig med rapporten, handlet det om at man hadde overtatt i feltet på feil tidspunkt.

5.3 Å skaffe seg oversikt før overtar

Å skaffe seg oversikt over bord med utstyr ble beskrevet av tre informanter som viktig i forbindelse med vaktskifte, når en overtar ansvaret for pasienten og utstyr som benyttes i behandlingen. Oversikten handler om å vite hvor ting ligger siden man stort sett har øynene i operasjonssåret, og derfor må handle raskt både for kirurgiens gang, men også om noe akutt skulle oppstå. Videre gjør fokus i operasjonssåret at man har begrenset tid til å organisere utstyr, vite hvor ting ligger, og oppdage avvik i utstyr. Har man ikke oversikt oppga to av informantene en følelse av at det kunne bidra til feil. En informant opplevde stress ved mangel på oversikt ved overtagelsen. Lite oversikt førte til sure kirurger og utløste dermed en negativ spiral med ytterligere stress, noe som igjen førte til utfordringer rundt tilegnelse av oversikt ved rapporten.

Erfaring eller notere for å huske i et støyfullt miljø

Støy var et element alle informantene nevnte som en faktor til avbrytelse. Støy kunne handle om støyen fra medisinsk teknisk utstyr på stua, andre mennesker som snakket og flere beskjeder man får samtidig. Ved avbrytelse ble det påpekt at de måtte satse på hukommelsen, og at man husket på hva som skulle rapporteres. To informanter skrev ned viss det var noe de mente måtte rapporteres videre. Den ene oppga at hun gjorde det fordi man aldri visste hvor lenge en operasjon ville vare, og hun stolte ikke på seg selv om hun husket all informasjon som oppstod i disse timene. Slik uttrykte hun seg:

“Hvis det er store operasjoner med masse utstyr pleier jeg og å be om en steril tusj sånn at jeg både på begynnelse av operasjonen og eventuelt rett etter vaktskiftet skriver ned på den grønne duken hva er det vi har ekstra. At vi har ekstra (... ..). Jeg skriver liksom alt ned som er verdt å rapportere. Både for min egen husk, og for den som kommer selv om det er muntlig rapport, så er det lettere å huske” (Deltaker 3).

Konsekvensen av å måtte stole på minnet hadde ført til at informanten måtte ringe hjem til kollega som hadde gått av vakt for å få oppklaringer som ikke var rapportert. Hun trodde selv

dette handlet om kollega som hadde gitt rapport også glemte viktig informasjon ved lange operasjoner, eller på grunn av alle avbrytelser som oppstår.

En annen beskrev det slik: *“Man står der og så er det avbrytelse og så skjer det ting også ja, så går det nå, også blir det glemt”* (Deltaker 2).

Organiserer, spørre og se

Alle informantene snakket om viktigheten av å organisere og få oversikten over det sterile feltet ved overtakelse. Det ble viktig å ta seg tiden de trengte for å få god nok oversikt. Samtidig var det også en som allerede hadde en struktur på hvordan lage seg et kjapt oversiktsbilde. En av informantene beskrev hvordan hun organiserer utstyret for å få best mulig oversikt:

«Jeg synes nåleboksen er suveren. Der kommer alt av skarpe gjenstander, der går knivblad, der går kanyler, der går nåler. Også er det så fint at du har den tellemuligheten, altså en helt annen oversikt over nålene. Og det at man har da suturpakkene ved siden av. Så en kjapp gjennomtelling av suturnålene” (Deltaker 1).

Videre ble viktigheten av å spørre sin kollega som man får rapport fra en viktighet som kunne bidra til å danne seg oversikt. Å spørre etter informasjon fra kollegaen som gir rapport ble vurdert som viktig av informantene, i forbindelse med det å skaffe seg oversikt. En informant opplevde at det var stor takhøyde for alltid å kunne spørre kollegaer, og uttrykte det slik:

“Du forspør deg aldri, jeg føler du kan spør om alt. Og du får svar, det er ingen som tenker at; og herregud for et spørsmål, jeg har aldri opplevd det” (Deltaker 1).

Selv om tre av informantene flere ganger påpekte viktigheten av å spørre, snakket også en informant om å innhente informasjon stille. Med det menes at man ser over feltet man skal overta, og at man må bruke øynene ekstra. Informanten beskrev det slik:

“Jeg bruker øynene, jeg saumfarer eller jeg skanner bakkbordet og assistansebordet, egentlig før jeg spør om noen ting som helst” (Deltaker 3).

Ved å se over utstyr på bakkbord og assistansebord ble det beskrevet som en stille rapport som gjorde at man fikk oversikt:

“Hvis jeg står steril og blir avløst i vaktskifte så tror jeg at, uten å si det, men så blir det en litt sånn stillerapport. Den gjør seg kjent med hvilke brikker jeg har, hva som er på bakkbordet, hvor ting ligger og sånn, før den trør opp i feltet, der assistansebordet står. Og der og tror jeg det er sånn stille rapportering for å få oversikt” (Deltaker 3).

Av og til måtte man vente til en kritisk fase av operasjonen var over. Dette omhandlet blant annet å se om det passet å si noe, som igjen ble beskrevet som riktig “timing”. Riktig timing ble beskrevet av to som en vesentlig del av overtagelsen. Man må lese rommet, noe som innebar å vurdere hvor hektisk øyeblikket var, og hvordan stemningen var. Erfaringen bidrar til å kunne lese rommet godt. Når den ene informanten ble bedt om å forklare hva som mentes med å lese rommet ble følgende sagt:

“Du ser det. Om folk løper hit og dit for å hente ting til kirurgene, og om anestesi har det stilt og rolig. Og da står man jo bare og tenker “jaja, vi venter bare litt”. Men det har jo å gjøre med at man har jobbet i tusen år og man ser om det er hektisk eller ikke. Og det her med timing, og da må også den som kommer og ta over å se at ok, nå skal de til i en kritisk fase, da går de ikke bort og tar over. Da må den stå å vente. Den her smidigheten og litt sånn smooth, at du liksom venter til det kritiske er over, også kan man overta. Og så kan man jo orientere seg, da har du jo sett hvor ting og tang ligger” (Deltaker 4).

5.4 utfordringer og mulige forslag til forbedringer

Informantene pekte på utfordringer ved dagens rapporteringsordning, og hvordan det eventuelt kunne løses.

Standardisert system og sjekklister tilpasset det sterile feltet

Flere av informantene gav uttrykk for at et felles system og standardisering ville økt kvalitetssikringen av rapportinnholdet. Ved samtale om ISBAR og sjekklister ble det flere ganger nevnt synlig sjekklister tilpasset det sterile feltet. Tre av informantene mente en sjekklister ville øke kvalitetssikringen. En av informantene mente at rapporten kunne gis mer lavmælt dersom det var en sjekklister til stede, og at et stille miljø sikret kvaliteten. Minst mulig ord, men samtidig kvalitetssikret:

“Vi er jo veldig rutinert, og drevet i hva vi gjør. Det er veldig lett å gi ting videre. Men problemet er vel at det passer dårlig å snakke på en måte. Da skulle jeg nesten ønske vi hadde et sterilt skjema å krysse av for, og det finnes ikke, så tusjen blir min løsning som en sånn nødgreie. Litt sånn, ok jeg kan ikke si noe, men jeg har skrevet til deg. Se på det. Så det bruker jeg, men det vet jeg at det er mange som ikke gjør” (Deltaker 3).

En sjekkliste ville bidratt til at man unngikk å glemme rapportinnhold:

“Ja altså det er jo klart, det ville blitt mer systematisert, det ville jo blitt mer sånn, ok nå har vi faktisk ikke glemt noe fordi vi har krysset av på listen. Så ja, hvem som vet, kanskje det. Man hadde jo forsikret seg på en annen måte, det hadde man jo gjort. Liksom, åh Gud – glemte jeg å si det, skjønner du. Man kan jo tenke den tanken. Glemte jeg å si at, herlighet, vi har tre preparater inne i buk – glemte jeg å si det, skjønner du? Kontra det å ha en liste hvor du preparat, nåler, kompresser, blablabla – krysser av. Ja, kanskje det hadde vært en større kvalitetssikring” (Deltaker 1).

Tre av informantene satte imidlertid spørsmåltegn ved hvordan en sjekkliste kunne tas i bruk i det sterile feltet. Hvordan kunne man løse det rent praktisk? De samme tre informantene kom med hver sitt forslag til hvordan det eventuelt kunne løses. Blant annet nevnte en at sjekklisten kunne være sterilt innpakket og at man åpnet den sammen med resten av det sterile utstyret før operasjonsstart. En annen foreslo en liste på en tavle, hvor den koordinerende krysset av.

I tillegg ble det også nevnt av to informanter hvordan standardisert oppdekking kunne gi lettere oversikt, som igjen kunne bidra til økt fokus på rapporten.

Flere mente at dagens sjekkliste (ISBAR) ikke dekket hva informantene mente var viktig å rapportere i det sterile feltet.

“Men ISBAR skjema, nå har jeg det ikke foran meg, men det er noen felt hvor jeg tenker at.. Unødvendig, og noen felt er for dårlige. Det skulle vært mer ting å hake av på kanskje, men det er jo ikke et kontrollsystem for telling, det er jo et rapporteringsverktøy. Men det er jo et rapporteringsverktøy ut av operasjonsstua. Det er jo ikke et rapporteringsverktøy peroperativt, men det vet jeg finnes som heter ... nå husker jeg det ikke” (Deltaker 3).

Å ha et felles fokus og en forståelse for rapporten

Det kommer frem hos tre av informantene at det er lite fokus i avdelingen på rapporten man gir i det sterile feltet. En informant hadde opplevd at det nærmeste temaet som ble snakket om rundt den peroperative rapporten hos sterilt utøvende operasjonssykepleier var telling av kompresser. En annen mente operasjonssykepleierne ser på rapporten i det sterile feltet som utilstrekkelig, men at man ikke vet hvordan det skal løses. Det mangler kunnskap innad i kollegiet:

“Vi tar det opp på noen personalmøter at den som koordinere må bruke ISBAR mer, men det er lite snakk om hva den som står steril gjør for at det skal bli mer sømløst, det er mer at det er for lite snakk om- og det med at det er for lite kunnskap, man er enige om at det er et problem, men så vet man ikke hvordan man skal løse det. Også kommer man ingen veg da.”

(Deltaker 3)

Videre mente to at økt oppgaveinnsikt ville vært en fordel. Dette var spesielt med tanke på kirurgene som man jobber tett sammen med. Oppgaveinnsikt ville muligens økt kirurgenes forståelse for rapporten, og dermed bidratt til at man fikk rom for å gi ordentlig og god rapport ved avløsning. Det kunne muligens bidra å øke det felles ansvaret:

“Ja, og jeg tror veldig mange ikke har innsikt i faktisk hvor mye utstyr vi skal ha oversikt over. Jeg tror ikke de ser poenget med å rapportere at det mangler en pinsett. Og jeg tror ikke de tenker langt nok fremover at det blir deres oppgave å lete etter den, eller gjennomlyse pasienten viss den fortsatt er manglende på slutten. Så jeg tror de irriterer seg der og da. De tenker ikke så langsiktig når det gjelder rapport” (Deltaker 3).

En informant mente lite felles fokus og forståelse rundt rapporten kunne ha med tradisjon på arbeidsplassen. Med dette mente hun hva som settes søkelys på ved opplæring av nye operasjonssykepleiere rundt rapporten som gis i det sterile feltet. Hun snakket om at det hadde betydning om hvem man fikk som veileder i praksis, og hvordan man adapterte dens holdninger og praktikk i forbindelse med rapport.

6 Diskusjon

6.1 Kvalitetssikre rapportinnhold

Det var flere av informantene som oppga at de dokumenterte elektronisk via DIPS. Dette var et samarbeid mellom den sterilt utøvende operasjonssykepleieren som stod i det sterile feltet, og den koordinerende operasjonssykepleieren. Her ble det dokumentert hvem som hadde avløst hvem. Det ble også krysset av for at nåler, kompresser og utstyr var telt. I følge Christensen (2018) og Helsepersonelloven (1999) er man som operasjonssykepleier pliktig å dokumentere nødvendige og relevante tiltak, noe som her beskrives å utføres av informantene. Selv om man dokumenterer elektronisk var det et poeng som den ene informanten uttrykte, at hun ikke hadde noe garanti for at den som kom og avløste teller alt, selv om man selv krysser av for at alt er telt. Dermed kan man stille spørsmål om Christensen (2018) sine påpekninger, om at dokumentasjonen skal sikre kontinuitet i sykepleien som gis pasienten.

Tre informanter hadde erfaring med at synlige gjenstander var en faktor som bidro til å få kontroll over det man skulle overta. Medikamentbeholdning er en synlig gjenstand, og en informant tok alltid vare på den slik at hun kunne vise hvor mye de hadde brukt av medikamentet i det sterile feltet. De som rapporterte videre om medikamenter sa de ikke alltid visste hva som var i de forskjellige medikamentbollene fordi de var umerket. Enten var de kjent med standard medikament eller så kastet de medikamentene om de var usikre – og ba da om nye medikamenter. Anbefalinger fra AORN er at medikamenter merkes ved bruk i det sterile feltet (Hauk, 2018), og i Boytim og Ulrich (2018) studie så man at menneskelige faktorer som stress, distraksjoner og redusert oppmerksomhet var noe av årsakene til at medikamentfeil oppstod. Flin et al. (2008) beskriver operasjonsstua som et hektisk og dynamisk arbeidsmiljø, og det vil dermed kunne tenkes at merking av medikamenter bidrar til økt kvalitetssikring ved rapport.

6.2 Teamets innvirkning på rapporten

Flere beskrev støy som en faktor til avbrudd i rapporten. Dette kan tenkes at også vil bidra til en mindre nøyaktig dokumentasjon da flere påpekte at de glemte informasjon ved avbrudd. Flin et al. (2008) beskriver omgivelser med minst mulig distraksjon og støy som optimalt for rapportering. Som operasjonssykepleier jobber man i et kirurgisk team som er dynamisk og

endringer oppstår raskt (Mykkeltveit & Bentsen, 2020). Som noen av informantene også påpekte, er noe av jobben å ha fullt fokus i operasjonsfeltet. Det ble også av noen informanter opplevd en forventning fra kirurgen om at det fulle fokuset skulle være i operasjonssåret. Dermed er det aktuelt å stille spørsmål om hvor mye man kan forvente av en slik distraksjonsfri sone? Muligens å gi varsel til de andre i teamet om rapport – og vaktskifte ville forebygget distraksjoner? Det kan tenkes at på denne måten blir de andre team-medlemmene observant på rapporten, og støy minimeres. Dette støttes både av Flin et al. (2008) og Frasier et al. (2020) som beskriver viktigheten av involvering av andre team-medlemmer som essensielt for å unngå feil, og dette kan blant annet gjøres ved å annonsere at rapport snarlig vil oppstå. Felles situasjonsforståelsen bedres, og dermed kan man minimere distraksjoner. Viktighet av å involvere teammedlemmer kan muligens også forstås som et viktig element når NSFs Landsgruppe av operasjonssykepleiere (2015) peker på operasjonssykepleierens rolle til å skulle bidra til sikkert samarbeid og kommunikasjon i teamet.

Samarbeid og kommunikasjon med sterilt påtroppende/avtroppende operasjonssykepleier

Alle informantene hadde erfaring med interessen og engasjementet hos den som skulle gi eller ta imot rapport. Den sterilt utøvende operasjonssykepleierens interesse og oppmerksomhet hadde betydning for hvordan rapporten ble, noe som også støttes i et av de fem punktene Flin et al. (2008) fremhever som viktige i overleveringssituasjoner. Personen man skal gi rapport til skal ikke være passiv. Tilbakemelding er essensielt for at budbringer vet at informasjon er mottatt, og den kan være non-verbal, skriftlig eller ved muntlig beskjed (Flin et al., 2008). Videre peker Johnson et al. (2013) på at kommunikasjon av absolutt nødvendig informasjon ved pasientovertakelse peroperativt har kritisk betydning for pasientsikkerheten. Også Christensen (2018) beskriver at det kreves god kommunikasjon for å utføre nøyaktig dokumentasjon når den foregår muntlig. Nøyaktig dokumentasjon bidrar til å ivareta pasientsikkerheten. Med dette som grunnlag, samt ansvaret man har som operasjonssykepleiere til å innhente seg nødvendig informasjon om pasienten, er det et overaskende funn at flere informanter opplevde kollegaers manglende interesse for rapporten (NSFs Landsgruppe av operasjonssykepleiere, 2015). Det opplevdes vanskelig å vite hva man skulle gi av rapport når interessen ikke var til stede. En informant var derimot bevisst rapportsituasjonen og kollegaen som mottaker. Kommunikasjon hadde her en betydning for

hvordan hun sikret nøyaktig dokumentasjon muntlig til kollega. Hun var opptatt av at kollegaen hadde blikk-kontakt, og bekreftet at informasjonen var mottatt. Det blir beskrevet av Flin et al. (2008) som closed-loop, og man sikrer seg at informasjonen blir mottatt og forstått. Både Flin et al. (2008) samt egen praksis- og utdannelseserfaring anbefaler closed-loop i høyrisikomiljøer, som operasjonsstua er. Videre beskrev informantene kjennskap til den påtroppende eller avtroppende sterilt utøvende operasjonssykepleieren kunne ha betydning for rapporten. Visste man hva kollegaen allerede hadde av kunnskap om operasjonen kunne rapporten bli kort. Var man påtroppende, men hadde mye kjennskap til operasjonen, spurte man lite – man visste at det var en standard operasjon. Dette kan muligens forklares i Kang et al. (2015) studie. Et av funnene var at kjennskap til operasjonsteamet gjorde at den sterilt utøvende operasjonssykepleieren utøvde bedre ikke – tekniske ferdigheter. Ved kjennskap til hverandre blir man mer avslappet og kan dermed lettere utføre god kommunikasjon som blant annet innebærer utveksling av viktig rapportinnhold, og innsamle seg den nødvendige informasjonen (Flin et al., 2008; Mykkeltveit & Bentsen, 2020). Samtidig ble det også uttrykt av informantene at ønsket om å være kollegial kunne oppstå i rapportsituasjon. Dette kunne medføre lite rapportering da man ønsket å sende den som hadde stått i feltet hjem for å få fri. Dermed kan kjennskap både være positivt i form av at man føler seg trygg på hverandre, men på den andre siden vil muligens viktig informasjon gå tapt fordi man vil være kollegial.

Tre informanter uttrykte at begge parter hadde et ansvar når man skulle gi og ta imot rapport, og ansvaret går på å spørre ved uklarheter. Informant 1 mente ansvaret var på den som skulle ta imot, og at den måtte spørre om den ikke visste. Informant 3 påpekte midlertidig også på ansvar ved overtakelse, men at det var den som skulle gi i fra seg rapport – og pasienten, som hadde størst ansvar for å gi en utfyllende og god rapport. I følge NSF's Landsgruppe av operasjonssykepleiere (2015) skal man innhente opplysninger rundt pasienten for å sikre best mulig behandling. En informant sa hun ikke ville gå inn i feltet før hun visste hun hadde kontroll over det, og dermed kunne ta på seg ansvaret. Å innhente informasjon ble vesentlig før hun tok over ansvaret, noe som beskrives som god adferd under kategorien situasjonsbevissthet (Mykkeltveit & Bentsen, 2020).

Koordinerende operasjonssykepleiers og anestesisykepleiers innvirkning på rapporten

De fleste informantene oppga at de samarbeidet godt med den koordinerende operasjonssykepleieren. Dette var i forbindelse med forberedelse til å overta det sterile feltet, eller før man skulle gi fra seg rapport. Kompresstelling og sikre seg informasjon de var usikre på var en del av samarbeidet. Telling sammen med den koordinerende operasjonssykepleieren støttes av de nasjonale retningslinjene (Tande et al., 2017). Videre ansees selve tellingen som en teknisk ferdighet, men man må samtidig også inneha gode ikke- tekniske ferdigheter i forbindelse med tellingen (Kang et al., 2015). Disse ikke – tekniske ferdighetene kan være både ved tydelig beskjed om telling (kommunikasjon), vite når telling er mest hensiktsmessig (situasjonsbevissthet) og forholde seg til operasjonsstuens retningslinjer eller prioriterte arbeidsoppgaver (oppgavehåndtering) (Mykkeltveit & Bentsen, 2020).

Kirurgens innvirkning på rapport

I studien til Frasier et al. (2020) var et resultat hvordan andre teammedlemmer involveres for å bedre den tverrfaglige kommunikasjonen. I denne studien viste vaktskiftet og rapport hos den sterilt utøvende operasjonssykepleieren at kirurgen supplerte med viktig informasjon. Dette kunne for eksempel være viktigheten av bruken på et aktuelt instrument. Mine datamaterialer viste at de fleste informantene inkluderte kirurgen i rapporten, men i varierende grad. Blant annet inkluderte to informanter kirurgen ved telling av kompresser - det utgjorde en sikkerhet over hva man telte. I retningslinjen for kirurgisk telling påpekes det at hele det kirurgiske teamet skal tilrettelegge for at kirurgisk telling kan gjennomføres, og unngå gjenglemt utstyr (Tande et al., 2017). Flere av informantene beskrev at man måtte vurdere situasjonen og kanskje av og til begrense snakken for å unngå forstyrrelser i kirurgien. Det kunne blant annet være kirurgavhengig hvor mye man kunne snakke før det ble en dårlig stemning. Kirurg kunne bli sur ved for mye snakk, og dermed begrenset rapporten seg til få ord. Av og til gav man beskjed til kirurg om at rapport ville skje slik at de ble forberedt på støy som ville oppstå. Ved å bidra til en rolig stemning, og ved minimale forstyrrelser kan man si at den sterilt utøvende operasjonssykepleieren utøver en ikke teknisk ferdighet; å håndtere stress (Kang et al., 2015; Mykkeltveit & Bentsen, 2017). Videre kan reaksjonene i form av å begrense snakken muligens forklares med hva Mykkeltveit og

Bentsen (2017) beskriver som et kjennetegn på god adferd ved situasjonsbevissthet; man reagerer relevant på endringer i kirurgens kroppsspråk eller stemmeleie. Både Frasier et al. (2020) og Johnson et al. (2013) sier at rapporten man gir skal være presis, helhetlig og konkret. I Johnson et al. (2013) studie var det sett at kritisk informasjon rundt pasienten ikke alltid ble videreformidlet, og at de involverte bør ha mulighet til å spørre og respondere på spørsmål. Man kan undres om dette lar seg gjøre i de tilfeller hvor informantene oppga at innholdet i rapporten var avhengig av kirurg, og deres toleranse for hvor mye man snakket. Bli rapport situasjonen en utfordring om man må kombinere de ikke – tekniske ferdighetene «tilpasse snakk til minimal for kirurgens beste» og «innhente informasjon»? I studien til Song og Ballangrud (2022) settes det søkelys på hva kirurgene mente at snakk fra den sterilt utøvende operasjonssykepleieren kunne ha av betydning på kirurgien. Noen av kirurgene mente det var negativt, og kunne ha innvirkning for resultatene på operasjonen. I samme studie var det likevel andre kirurger som mente snakk fra teammedlemmer ikke var en negativ faktor, men det ble sett på som viktig at det sterilt utøvende operasjonssykepleieren timet når det var rom for å snakke. Timing av rapport vil diskuteres ytterlig i delkapittel 6.3.

6.3 Å skaffe seg oversikt før overtar

Erfaring eller notere for huske i et støyfullt miljø

Siden informantene mente erfaring spilte en rolle i hvordan lese stemning, kan muligens de mentale modellene som Flin et al. (2008) benevner forklare hvordan man etter hvert ser et mønster, og leser rommet. De mentale modellene hjelper å kategorisere minner og erfaringer, og forskjellige stikkord kan gi mening. Nyutdannede har færre mentale modeller å støtte seg til. De må dermed bruke mer tid og energi på å forstå mønster. Videre er situasjonsbevisstheten avhengig av arbeidsminnet og langtidsmminnet. Erfaringen man har bidrar til at situasjoner lagres i langtidsmminnet. Dette bidrar til at man raskere forstår hva som skjer, og man sammenligner arbeidsminnet og langtidsmminnet.

En situasjonsbevissthet er avhengig av arbeidsminnet, som påvirkes av distraksjoner, forstyrrelser og overlastet stimuli, og kan ofte oppstå på operasjonsstua. Alle informantene nevnte støy som distraksjon i rapporten. Støy gjorde at operasjonssykepleierne glemte det de skulle si, og de var avhengig av minnet sitt for at rapporten skulle inneholde viktige elementer. To av informantene sa de noterte ned det som var viktig for dem å rapportere videre. Den ene av disse informantene var den med minst erfaring, men noe som var

interessant var at den andre informanten var den som hadde lengst erfaring. Flin et al. (2008) sier at også de erfarne må bruke energi og tid på å forstå nye situasjoner, men med så lang erfaring vil det muligens tenkes at situasjonen ikke er ny. Muligens det handler om en kvalitetssikring, og erfaringen har bidratt til forståelse av viktigheten i å ikke utelate noe i rapporten? Når det gjelder oppgaveløsning, sier Mykkeltveit og Bentsen (2017) at det er en uhensiktsmessig adferd om man distraheres av andres utenomsnakk. Det er godt mulig det er en uhensiktsmessig adferd, men i rapporten til Johnson et al. (2013) ble det blant annet på grunn av støy, og dermed avhengig av minnet sitt, derfor viktig å ha en sjekkliste.

Organisere, spørre og se

Alle informantene oppga viktigheten av å organisere utstyr for å få oversikt i rapportsituasjonen. Ved å organisere utstyr hensiktsmessig, samt ved effektiv organisering av operasjonssykepleiers ansvarsområdet innehar man viktig adferd som Mykkeltveit og Bentsen (2017) anser som relevante i oppgavehåndtering. Dette samsvarer også med hva Dåvøy og Eide (2018) sier om ansvaret man har for organisering av funksjonelt ansvarsområde, som bidrar til å få oversikt over instrumentene som benyttes under operasjonen (Igesund & Eide, 2018). Det kan videre forklares ved hva informantene selv påpekte; ønske om å ha kontroll - og dermed lettere gi rapporten oppmerksomhet.

Informantene beskrev viktigheten av å spørre når man skulle danne seg en oversikt over rapportsituasjonen. Det ble også påpekt av flere ansvaret den enkelte hadde med å spørre viss noe opplevdes uklart av rapportinnholdet. Dette støttes av Flin et al. (2008), hvor et av punktene for å unngå dårlig situasjonsforståelse var å spørre om man var usikker på noe i situasjonen.

Ved å skaffe seg oversikt sa en av informantene at hun saumfarte og skannet rommet. Hun brukte øynene, og innhentet seg informasjon stille. Flin et al. (2008) beskriver situasjonsbevissthet som innhenting av informasjon om kollegaer, instrumenter og stemningen – man gjør en kontinuerlig overvåking av miljøet. Informanten mente at hun på denne måten utførte en form for stille rapport. Ved å skanne bakbordet og assistansebordet fikk hun informasjon om hva som fantes av utstyr. Videre skriver Flin et al. (2008) at man legger merke til hva som pågår og oppdager eventuelle endringer i miljøet. Endringer i miljøet er det flere av informantene som beskrev som viktig. Det handlet om å lese rommet,

og forstå når det ble viktig å tre inn i feltet og overta. Erfaringen man hadde gjort seg ville øke forståelse av når den riktige timingen for overtagelsen var. Etter funnene i Frasier et al. (2020) var anbefalingene deres å øke fokuset på timing; når skulle rapporten gis. Gjennom mine funn, ble det av flere informanter påpekt at ved å lese rommet kunne man gjøre riktig timing. Deretter ville rapporten bli gitt eller tatt imot på rett tidspunkt. Dette støttes også av Christensen (2018) som vektlegger betydningen av *når* man dokumenterer, samt viktigheten av hva operasjonssykepleieren gjør i å vurdere ut i fra situasjonen når det er aktuelt å dokumentere.

Flin et al. (2008) beskriver at situasjonsbevissthet blant annet handler om å innhente informasjon om stemningen. Stemningen i rommet beskriver noen av informantene som en del av å lese rommet. Ved å lese rommet oppfattet man om det var travelt, hektisk og nettopp hvordan stemningen var. En informant uttrykte at stemningen ikke var målbar, men likevel satte standard for hvordan rapporten ble.

6.4 utfordringer og mulige forslag til forbedringer

Standardisert system og sjekklister tilpassa det sterile feltet

ISBAR er kommunikasjonsverktøyet som blir beskrevet som anbefalt å bruke ved overlevering av pasient fra helsepersonell til helsepersonell (Helsedirektoratet, 2020). Arbeidsstedets egne retningslinjer skal følges når det gjelder dokumentasjon (NSFs Landsgruppe av operasjonssykepleiere, 2015).

Sykehuset der mine informanter jobbet hadde implementert ISBAR. I utgangspunktet ble skjemaet opprettet som et verktøy for å forbedre rapporten ved pasientoverføring fra operasjonsstua til postoperativ overvåkning/sengepost. ISBAR kortene var tenkt brukt som et verktøy for påtroppende sykepleier ved rapport, men det var ikke spesifisert at det skulle benyttes av den sterilt utøvende operasjonssykepleieren.

Ingen av informantene brukte ISBAR ved rapport - og vaktskifte. Årsaken var at de ikke opplevde dette skjemaet som dekkende for hva som skulle bringes videre av informasjon. Flere ga uttrykk for at de kunne tenke seg å ha en sjekklister, men som var tilpasset det sterile feltet. Når det ikke er noe fagprosedyre eller felles enighet på hvordan rapporten skal gis videre i det sterile feltet blir, som informantene også påpeker, rapporten varierende.

Å ha et felles fokus og forståelse for rapporten

Alle informantene oppga at det var lite fokus rundt den sterilt utøvende operasjonssykepleierens rapport i avdelingen. En informant uttrykte at det kunne ha mye med hva man var lært opp til, og hvilke veiledere man har hatt. Dette peker også Igesund (2016) på, som benevner at studentopplæringen påvirkes i stor grad av den kunnskapsbaserte erfaringen til den enkelte studieveileder når det ikke finnes en lik prosedyre eller retningslinje. Det kan tenkes at konsekvensen vil bli at rapporten i det sterile feltet kan oppfattes som mindre viktig. Siden kunnskapsbaserte vurderinger samt erfaring øker best praksis for pasienten kan det å følge en standardisert prosedyre forankret i kunnskapsbasert praktisk bidra til at operasjonssykepleieren sikrer kvalitet i praksis, og fjerner uønsket variasjon (Igesund, Overvåg & Rasmussen, 2021). Videre oppga flere av informantene at de trodde kirurgene ikke hadde forståelse for rapporten. Flin et al. (2008) sier at i et dynamisk miljø, som på en operasjonsstue, kan det være lett for teammedlemmer å forme forskjellige oppfattelser av den nåværende situasjonen, ofte uten at de er klar over det. Videre kan dette ofte føre til konflikt mellom teammedlemmene. Flin et al. (2008) påpeker viktigheten av å forstå rollene til hverandre i teamet, og støtte hverandre slik at de forskjellige arbeidsoppgavene til hvert enkelt teammedlem kan gjennomføres. Dermed kan det tenkes at ved å øke teammedlemmenes forståelse for rapporten vil kunne bidra til et mer effektivt team, noe som Flin et al. (2008) mener oppstår ved å ha et felles mål, åpenhet og en forståelse for hvilke oppgaver som må gjennomføres.

7 Avslutning

7.1 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg undersøkt hvilke erfaringer sterilt utøvende operasjonssykepleiere har med muntlig rapportering i forbindelse med vaktskifte/avløsning i operasjonsteamet.

Funnene viser at det kirurgiske teamet og situasjonen ellers har stor innvirkning på rapporten som blir gitt av den sterilt utøvende operasjonssykepleieren. Situasjonen preges av samtidighetsutfordringer, tidspress og distraksjoner/støy som påvirker rapporten og samarbeidet i operasjonsteamet. Den påtroppende sterilt utøvende operasjonssykepleieren gjør grep for selv å skaffe seg oversikt over utstyr/instrumenter som er i bruk for å kunne overta og for å unngå gjenglemt utstyr. Rapporten utføres forskjellig uten en felles mal/sjekkliste og preges av den enkeltes erfaring med inngrepet som pågår og personlige behov. Sjekklisten ISBAR anvendes ikke av den sterilt utøvende operasjonssykepleieren. I felles møter har en ikke kommet frem til felles løsninger og struktur, og flere av informantene ønsker økt fokus på rapporten man gir i det sterile feltet.

Jeg har diskutere de ikke – tekniske ferdighetene opp mot funnene mine. Det kan ha bidratt til mulige forklaringer på erfaringen den sterilt utøvende operasjonssykepleieren har gjort ved rapport i det sterile feltet. De ikke – tekniske ferdighetene kommunikasjon, teamarbeid, situasjonsforståelse og oppgavehåndtering påvirker den sterilt utøvende operasjonssykepleierens erfaring med rapporten.

Det er ikke tvil om at konteksten de jobber i – og personellet de jobber med, har stor betydning positivt og negativt. En operasjon har flere kritiske faser hvor den sterilt utøvende operasjonssykepleieren har en uvurderlig oppgave, og som kirurgen tidvis er fullstendig avhengig av. Det riktige tidspunktet for gjennomføring av rapporten kan se ut til å være vanskelig å finne. Som informantene påpekte er nok dermed begrepet «timing» essensielt for rapport i det sterile feltet.

Interessante funn som kan ha sammenheng med dette er at operasjonssykepleieren leser stemningen på operasjonsstua og tilpasser rapporten ut fra den. Samtidig hadde noen

informanter opplevd manglende interesse for rapporten fra enkelte kollegaer. Det synliggjør kompleksiteten i å skulle gi og ta imot rapport på en operasjonsstue. Det kan se ut som at det påhviler den enkelte operasjonssykepleier å finne en god og sikker måte å utføre rapporten på. Ikke tekniske ferdigheter har stor betydning for hvordan rapporten utføres. Bruk av sjekklister tilpasset rapporten i det sterile felt kan styrke kommunikasjonen, teamarbeidet, situasjonsforståelsen og oppgaveløsningen i denne sammenhengen.

7.2 Betydning for praksis

Informantene sier at ikke – tekniske ferdigheter tilegnes gjennom erfaring, noe som støttes av teorien til Mykkeltveit og Bentsen (2020) og Flin et al. (2008). Videre gir de uttrykk for at de har behov for mer kunnskap om dette. Økt satsing på simulering både i utdanningen og i praksis med øvelse i ikke-tekniske ferdigheter, vil kunne styrke operasjonssykepleiernes rapport. Det vil kunne bidra til både å forstå sine egne, men også andre teammedlemmers ikke – tekniske ferdigheter. Det kan tenkes at dette kan øke forståelse for den peroperative rapporten.

Resultatene i denne studien kan tyde på at en standardisert sjekkliste tilpasset det sterile felt kan føre til en mer oversiktlig rapportsituasjon og sikre innholdet i rapporten.

Ledere og operasjonssykepleiere med mastergrad har et særskilt ansvar i å initiere forbedringsarbeid i praksis. Ledere bør legge til rette for at det settes av tid til å utarbeide nødvendige prosedyrer/sjekklister som sikrer pasientens operative forløp. Å nyttiggjøre seg kunnskap fra forskning på området er et viktig grunnlag i forbedringsarbeidet.

7.3 Videre forskning

For videre forskning ville det vært interessant og fulgt opp studier på flere sykehus, og kanskje på mindre sykehus som omhandler tematikken. Ved bruk av andre metoder kunne man undersøkt hva andre sterilt utøvende operasjonssykepleieres rapportinnhold omfatter. Man kunne sett på hvordan bruken av ISBAR er i resten av landet, eventuelt om det har blitt laget tilpasning til den sterilt utøvende operasjonssykepleierens rapport. Hadde det blitt utarbeidet en slik sjekkliste ville det da vært interessant å undersøke operasjonssykepleiernes erfaring med den. Det ville også vært interessant og undersøkt hvordan nyutdannede operasjonssykepleiere opplever rapportsituasjonen.

Referanseliste

- Agarwala, A. (2022, 4.mars). Handoffs of surgical patients. I *UpToDate*. https://www-uptodate-com.mime.uit.no/contents/handoffs-of-surgical-patients?search=Handoffs%20surgical%20patient&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Boytim, J. & Ulrich, B. (2018). Factors Contributing to Perioperative Medication Errors: A Systematic Literature Review: 2.1 www.aornjournal.org/content/cme. *AORN journal*, 107(1), 91-107. 10.1002/aorn.12005
- Christensen, B. R. (2018). Dokumentasjon av operasjonssykepleie. I G. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 62-80). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dåvøy, G. & Eide, P. (2018). Funksjon - og ansvarsområde. I G. Dåvøy, P. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 28-34). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dåvøy, G. & Haugen, A. (2018). Pasientsikkerhet og trygg kirurgi. I G. Dåvøy, P. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 189-192). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Flin, R., O'Connor, P. & Crichton, M. (2008). *Safety at the Sharp End: A Guide to Non-Technical Skills* (1 utg.). Farnham: Farnham: CRC Press.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg. utg.). Stockholm: Natur & kultur.
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Frasier, L. L., Pavuluri Quamme, S. R., Wiegmann, D. & Greenberg, C. C. (2020). Evaluation of Intraoperative Hand-Off Frequency, Duration, and Context: A Mixed Methods Analysis. *J Surg Res*, 256, 124-130. 10.1016/j.jss.2020.06.007
- Gadamer, H.-G. & Jordheim, H. (2003). *Forståelsens filosofi : utvalgte hermeneutiske skrifter* (Cappelens upopulære skrifter, Ny rekke, bd. 45). Oslo: Cappelen.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today*, 56, 29-34. 10.1016/j.nedt.2017.06.002
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Hauk, L. (2018). Avoiding errors when preparing medications in the perioperative setting. *AORN J*, 107(3), P9-P11. 10.1002/aorn.12106
- Helsebiblioteket. (u.å). Alle databaser. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/?index=0>
- Helsedirektoratet. (2020, 30.april). Respons og kommunikasjon. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand/rutiner-for-rask-respons-ved-forverret-tilstand#virksomheter-bor-sikre-at-muntlig-kommunikasjon-mellom-helsepersoneller-systematisk-og-strukturert>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_3

- Igesund, U. (2016). Studenters deltakelse i kunnskapsbasert fagutvikling. Pilotprosjekt i steril-assistanse ved videreutdanning i operasjonssykepleie. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 12(1), 115-128. 10.7557/14.3778
- Igesund, U. & Eide, P. (2018). Oppdekking av instrumenter på assistanse - og instrumentbord. I G. Dåvøy, P. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (s. 374-380). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Igesund, U., Overvåg, G. & Rasmussen, G. (2021). Trygg kirurgi - oppdekking og organisering av instrumentbord til operasjon: en scoping review. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 1-33. 10.4220/Sykepleienf.2021.84445
- Johnson, F., Logsdon, P., Fournier, K. & Fisher, S. (2013). SWITCH for Safety: Perioperative Hand-off Tools. *AORN J*, 98(5), 494-507. 10.1016/j.aorn.2013.08.016
- Kang, E., Massey, D. & Gillespie, B. M. (2015). Factors that influence the non-technical skills performance of scrub nurses: a prospective study. *J Adv Nurs*, 71(12), 2846-2857. 10.1111/jan.12743
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg. InterView[s] learning the craft of qualitative research interviewing). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Murphy, E. (2015). Patient Safety and Risk management. I J. Rothrock (Red.), *Alexander's care of the patient in surgery* (s. 16-46). St.Louis: Elsevier Mosby.
- Mykkeltveit, I. & Bentsen, S. B. (2017). SPLINTS-no. Hentet fra http://www.nsflos.no/Filer/Posts/2020_Mai/SPLINTS-no.pdf
- Mykkeltveit, I. & Bentsen, S. B. (2020). Den norske versjonen av SPLINTS (SPLINTS-no)- et instrument for å utvikle og vurdere ikke tekniske ferdigheter hos operasjonssykepleiere. *Nordisk sykeplejeforskning*, (3), 176-184. 10.18261/issn.1892-2686-2020-03-04
- 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 Qual Saf*, 21(10), 843-849. 10.1136/bmjqs-2012-000886
- Nagpal, K., Vats, A., Lamb, B., Ashrafian, H., Sevdalis, N., Vincent, C. & Moorthy, K. (2010). Information Transfer and Communication in Surgery A Systematic Review. *Ann Surg*, 252(2), 225-239. 10.1097/SLA.0b013e3181e495c2
- NPE. (2021, 25.februar). 6,5 millioner kroner i erstatning etter gjenglemte utstyr. Hentet fra <https://www.npe.no/no/Helsepersonell/statistikk/temaartikler/erstatningettergjenglemte-utstyr/#>
- NSD. (2016). Fyll ut meldeskjema for personopplysninger. Hentet fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger>
- NSFs Landsgruppe av operasjonssykepleiere. (2015). *Operasjonssykepleierens ansvar - og funksjonsbeskrivelse*. Hentet fra <https://nsflos.no/wp-content/uploads/2016/01/Operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse.pdf>
- Oksavik, W. S. (2018). Samarbeid i team. I G. A. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg. utg., s. 203-216). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition.; International edition. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rasmussen, G., Wangen, M. G. & Torjuul, K. (2015). Ikke-tekniske ferdigheter i utøvelsen av operasjonssykepleie. *Non-technical skills in operating room nursing practice*, (4), 397-410.
- Song, L. & Ballangrud, R. (2022). Betydningen av sterilt utøvende operasjonssykepleiers ikke-tekniske ferdigheter for pasientsikkerheten: En deskriptiv kvalitativ studie av operasjonssykepleieres og kirurgers erfaringer. *Inspira*, 17(1), 1-20. 10.23865/inspira.v17.3523
- Spry, C. (2015). Infection Prevention and Control. I J. C. Rothrock (Red.), *Alexander`s care of the patient in surgery* (s. 69-123). St.Louis: Elsevier Mosby.
- Steelman, V. (2015). Concepts basic to perioperative nursing. I J. Rothrock (Red.), *Alexander's Care of the Patient in Surgery* (s. 1-15). St.Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Tande, M., Tiberg, E., Mykkeltveit, I., Danielsen, L., Helleland, I. & Christiansen, M. (2017). Kirurgisk telling - anbefalt rutiner for telling av utstyr under kirurgi. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/kirurgisk-telling-anbefalte-rutiner-for-telling-av-utstyr-under-kirurgi>
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- UiO. (2017, 31.august 2021). Nettskjema-diktafon-appen. Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- UiT. (2020). Rutiner for helseforskning - Helsefak og UNN. Hentet fra https://uit.no/forskningsrutiner/helsefak/rutine?p_document_id=666435&fbclid=IwAR3r5XgOIVCSIQHN0e3OsquSVxY3IAzkWIGQk_HBmA8ic8sJ1hOCit-3i9s

Vedlegg

Vedlegg 1: PICOT- SKJEMA

P (patient/population)	I (intervention/influence or exposure)	O (Outcome – of consequence in which we are interested?)
<i>Sterilt utøvende operasjonssykepleiere</i>	<i>Peroperativ informasjonsoverføring</i> <i>Per/intraoperativ rapport</i>	<i>Pasientsikkerhet</i> <i>Unngå informasjonssvikt som kan resultere i skader og komplikasjoner</i>
Theater nurs* Peroperative nurs* Scrub nurs* Operating room nurs*	Report* Hand – off communication Peroperativ communication Hand off report Transfer*	Patient safety Patient outcome Avoid sentinel events: Avoid stab wound Avoid Medication error Avoid retained surgical instruments

Vedlegg 2: SØKNAD TIL FORSKNINGSFELTET

Avdelingsleder ved operasjonsavdelingen

Søknad om tilgang til forskningsfeltet.

Dette er en forespørsel fra undertegnende som er mastergradsstudent ved Universitetet i Tromsø, institutt for helse og omsorgsfag. Jeg ber om tillatelse til å gjennomføre intervju av operasjonssykepleiere, og ber samtidig om hjelp til rekruttering av deltakere ved operasjonsavdelingen. I januar 2022 skal jeg starte i arbeid ved xx-seksjon, og dermed er det ønskelig at informanter fra xx ikke deltar i prosjektet. Kun informanter som i forbindelse med det kirurgiske inngrep gjør seg erfaringer med avløsning vil være aktuelle som informanter. Veilederen i mitt prosjekt er Unni Igesund.

Tema for oppgaven er: Peroperativ rapport

Forskningsspørsmålet er: *Hvilke erfaringer har den sterilt utøvende operasjonssykepleieren med muntlig rapportering i forbindelse med vaktskifte/avløsning i operasjonsteamet?*

Hensikten med studien er å undersøke erfaringer den sterilt utøvende operasjonssykepleieren har relatert til den muntlige rapporten hun/han gir til sin kollega i forbindelse med overtakelse av arbeidet med pasienten i det sterile feltet. Resultatene kan brukes som grunnlag til å forbedre rapporten.

Formålet med prosjektet er å anvende data som samles til å utarbeide en masteroppgave. I tillegg vil det være aktuelt å utarbeide en artikkel i etterkant av prosjektslutt som baserer seg på de anonymiserte dataene.

I den anledning ønsker jeg å intervju tre til fire operasjonssykepleiere som har erfaring med å gi rapport ved avløsning/vaktskifte i den sterilt utøvende funksjonen. Intervjuets varighet er ca.60 minutter. Av hensyn til deltakerne og for å sikre rekruttering til prosjekter, er det ønskelig at intervjuet gjennomføres i arbeidstiden til deltakerne.

Intervjuene krypteres ved opptak og lagring ved bruk av Diktafonappen til Nettskjema (UiO) som tilfredsstillende UiTs krav til sikker lagring av data. Lydfilene blir transkribert og slettet ved prosjektslutt. All informasjon vil bli behandlet konfidensielt, det vil si at ingen av opplysningene jeg får vil kunne føres tilbake til deltakerne som intervjues eller til institusjonen. Opplysninger jeg får i forbindelse med intervjuet er underlagt taushetsplikten, og deltakerne oppfordres også til å overholde taushetsplikten relatert til pasient og kollegaer. Intervjuene planlegges gjennomført januar, med forbehold om godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD).

På forhånd tusen takk!

Spørsmål kan rettes til undertegnede på telefon: xxx, eller epost: xxx.

Med vennlig hilsen Olivia Forgard

Vedlegg 3: DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET

Tema: Peroperativ rapportering

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor hensikten med studien er å undersøke erfaringer den sterilt utøvende operasjonssykepleieren har relatert til den muntlige rapporten hun/han gir til sine kollegaer i forbindelse med overtakelse av arbeidet med pasienten i det sterile feltet. Resultatene kan brukes som grunnlag til å forbedre rapporten.

I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg er mastestudent innenfor fagfeltet operasjonssykepleie ved Universitetet i Tromsø, institutt for helse og omsorgsfag. Formålet med dette prosjektet er å bruke data som samles til å skrive en masteroppgave. I tillegg vil det være aktuelt å bruke de anonymiserte dataene til å utarbeide en artikkel i etterkant av at prosjektet er avsluttet. I dette prosjektet ønsker jeg å intervju operasjonssykepleiere om deres erfaring rundt pasientoverføring peroperativt.

Resultatene kan bidra til økt forståelse for den sterilt utøvende operasjonssykepleierens muntlige rapport. I oppgaven undersøkes også operasjonssykepleierens erfaringer med bruk av ISBAR som kommunikasjonsverktøy. Resultatene kan om mulig anvendes til å forbedre den muntlige rapporten og forhindre informasjonssvikt som sikrer pasienten.

Mitt forskningsspørsmål er følgende:

Hvilke erfaringer har den sterilt utøvende operasjonssykepleieren med muntlig rapportering i forbindelse med vaktskifte/avløsning i operasjonsteamet?

Den sterilt utøvende operasjonssykepleieren har både tekniske og ikke tekniske ferdighetene. I forbindelse med peroperativ rapport ønsker jeg å se på de ikke -tekniske ferdighetene. Dette er ferdigheter som blant annet omhandler kognitive ferdigheter, (situasjonsbevissthet og beslutningstaking) samt sosiale og mellommenneskelige ferdigheter, kommunikasjon, samarbeid og oppgaveløsning.

For de som kan tenke seg å delta, og ønsker fullverdig informasjon kan man ta kontakt med Olivia Forgard og få tilsendt prosjektskisse.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT, institutt for helse og omsorgsfag er ansvarlige for undersøkelsen.

Min veileder er universitetslektor Unni Igesund.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Til denne undersøkelsen ønsker jeg tre til fire operasjonssykepleiere som har jobbet som sterilt utøvende operasjonssykepleier, og har erfaring med muntlig rapport i forbindelse med avløsning/vaktskifte i operasjonsteamet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Som metode har jeg valgt å gjøre intervjuundersøkelse som vil ha en varighet på ca. 60 minutter. Vi blir sammen enige om tidspunkt som er aktuelt for deg. Det vil undersøkes om muligheten for å kunne gjøre intervjuet i arbeidstiden. Jeg vil under intervjuet stille spørsmål som innebærer muligheten til å dele erfaringer du har hatt ved overlevering av informasjon til kollega i forbindelse med avløsning/vaktskifte av operasjon.

Opplysningene blir registrert som notater og lydopptak.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg kommer kun til å benytte dine opplysninger til formålene du har fått beskjed om, og prosjektet overholder UiTs retningslinjer for personvern i forsknings- og studentprosjekt

Alle opplysninger behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Lydfilene fra intervjuet tas opp kryptert og lagres kryptert i UiOs nettskjema som oppfyller krav til bruk av databehandler. Transkriberingen blir gjennomført av meg Olivia Forgard, og vil kun være tilgjengelig for meg og min veileder. Den transkriberte teksten blir anonymisert og jeg kommer til å erstatte navn og kontaktopplysningene dine med fiktive navn, og lagre navnelisten innelåst. Dette er for å sikre at uvedkommende får tilgang til personopplysningene. Alt innhold i det transkriberte materialet vil bli lagret i Office 365 (OneDrive) på UiT noe som krever to-trinns autentisering av Feide bruker.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Alle personopplysninger, navnelister og lydfiler slettes når prosjektet er gjennomført og bestått i juni 2022. Kun de transkriberte og anonymiserte intervjuene lagres videre etter prosjektslutt juni 2022. Deltakerne eller institusjonen vil ikke kunne bli gjenkjent i masteroppgaven.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til 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?

Er du villig til å delta i intervjuundersøkelsen, er det fint om du signerer den vedlagte samtykkeerklæringen og legger den i svarkonvolutt som medfølger.

Har du noen spørsmål kan jeg kontaktes på:

- Tlf.: xxx eller e-post: xxx
- Min veileder Unni Igesund kan kontaktes på mail: xxx Tlf.: xxx

Vårt personvernombud: xxx

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost: xxx eller på telefon: xxx.

Med vennlig hilsen

Olivia Forgard

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet:

«Hvilke erfaringer har den sterilt utøvende operasjonssykepleieren med muntlig rapportering i forbindelse med vaktskifte/avløsning i operasjonsteamet?» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervjuundersøkelsen

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

Jeg samtykker til at anonymiserte data kan anvendes til utarbeidelse av fagartikkel

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: INTERVJUGUIDE

Tema: Peroperativ Rapport

Hvilke erfaringer har den sterilt utøvende operasjonssykepleiere med muntlig rapportering i forbindelse med vaktskifte/avløsning i operasjonsteamet?

Innledningsfase

Jeg starter med å hilse på informantene, hvor jeg introdusere meg som masterstudent innenfor fagfeltet operasjonssykepleie, og at det er jeg som skal intervju. Jeg informerer at jeg gjør notater underveis og vil benytte lydopptaker som de får beskjed om når startes. For å skape trygghet, men også for å sikre så presist datamateriale som mulig, ber jeg deltakerne ikke nøle om de har noen spørsmål underveis, eller er usikre på mine spørsmålsformuleringer. Jeg ber dem også gi beskjed om de har behov for pause.

Jeg ber informantene ikke benevne navn på pasienter eller kollegaer, og heller ikke dato eller tid til situasjoner som nevnes. Dette for å bevare taushetsplikten.

Videre forteller jeg om hensikten som er å undersøke informantenes erfaring med peroperativ muntlig rapportgiving. Jeg vil si litt om hvordan man i dag jobber peroperativt med rapportering, og at jeg er blitt nysgjerrig gjennom utdanningen på at det gjøres ulikt. Videre kan jeg nevne at jeg ikke finner mye om dette temaet i litteraturen, og er derfor nå nysgjerrig på hvilke erfaringer de har. Forhåpentligvis kan denne måten bidra til at situasjonen ufarliggjøres. I denne forbindelsen minner jeg informantene på at de kan trekke seg fra prosjektet når som helst.

Ved erfaring av selve overleveringen, kommer jeg til å ha fokus på erfaringen til både den som gir rapport, og den som tar i mot.

Isbar og ikke – tekniske ferdigheter er strukturer jeg ønsker svar på. Det kommer til å være en dialog hele vegen, og dersom informantene selv kommer inn på tematikken, kan jeg bruke de spørsmål jeg allerede har ferdiglaget i intervjuguiden for å få utfyllende svar. Kommer de ikke inn på tematikken, vil jeg spørre spørsmålene fra temaene utover i intervjuet.

Før jeg starter intervjuet, vil jeg spør informantene om de har noen spørsmål eller kommentarer. Deretter informeres informantene om at jeg nå ønsker å høre mer om deres erfaring som sterilt utøvende sykepleier og muntlig rapport i vaktskifte, og i den forbindelse vil lydopptaker skrus på.

Hoveddel

Lydopptaker skrus på.

Introduksjonsspørsmål til rapportering:

Jeg ønsker å starte med et åpent spørsmål rundt rapport, og om deltakerne her kan gi meg eksempler. Disse eksemplene kan kanskje åpne opp for at det blir naturlig å stille spørsmål jeg allerede har laget.

- *Kan du fortelle om en operasjon hvor du stod i det sterile feltet, og ga muntlig rapport til avløser?*

Situasjonsbevissthet

- *Hva tenker du at må du ha oversikt over før du overleverer pasient og bord med utstyr til din kollega?*
- *Hvordan skaffer du deg denne oversikten?*
- *Gjøres noe i forkant av overtagelsen? Sammen med noen? Har den koordinerende operasjonssykepleieren en betydning?*
- *Er det andre i teamet som kan ha en betydning? Og på hvilken måte i så fall?*
- *Hvordan tenker du at avbrytelse fra andre i operasjonsteamet kan påvirke rapporten du skal gi/ta i mot?*
- *Kan du si litt om en situasjon der du tok imot rapport? Hva er viktig for deg når du kommer å ta over?*
- *Hvordan oppleves situasjonen?*
- *Synes du det er noen utfordringer eller risiko?*

Kommunikasjon og samarbeid

- *Hvordan kan din avløsende kollega ha betydning for rapporten som blir gitt?*
- *Hvordan oppleves samarbeidet? Og hvordan påvirker det deg evt.?*

- *Hva gjorde at det evt. ikke fungerte?*
- *Hvem har ansvar for pasienten i forbindelse med vaktskifte?*

Oppgavehåndtering og sjekkliste

- *Isbar er et skjema som noen benytter seg av, hvilke erfaringer har du til bruk av dette? Hva er det du evt. liker med skjemaet?*
- *Hvordan kunne du brukt ISBAR i felt? Er det andre måter du kunne sikret deg informasjon?*
- *Kunne du tenke deg å dele litt av dine evt. rutiner? Har du feks noen strategier for hvordan du viderefører informasjon?*
- *Er du fornøyd med denne strukturen eller er det noe du savner?*
- *Det finnes noen som har laget (SWITCH) som er rettet mot operasjonssykepleiere, kjenner du til dette?*
- *Tenker du at rapporten kan forbedres? Har du forslag til tiltak som kan forbedre rapporten?*
- *Hvordan kan en sjekkliste bidra til å sikre at relevant informasjon blir overført? Evt. hvorfor ikke?*

Evt. oppfølgingsspørsmål:

- *Hva anser du som en god muntlig rapport, har du noen eksempler?*
- *Hva anser du som en dårlig rapport? Eks?*

Avslutning

Mine spørsmål er gjennomgått, og i den forbindelsen vil jeg avslutte med å spørre om det er noe informantene mener er viktig og som de ønsker å tilføye, som det ikke er snakket om.

Deretter slås begge lydopptakere av.

Jeg informerer deretter om hva som skjer videre med tanke på datamaterialet fra intervjuet; transkribering, anonymisering og analyse, samt om innsyn, retting/sletting og å kunne trekke seg.

Jeg avslutter med å takke for deltakelsen, og spør om det er mulig å ta kontakt om det vil være behov for det etter transkriberingen er gjort.

Vedlegg 5: GODKJENNING FRA NSD

17.04.2022, 12:02

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



Vurdering

Referansenummer

838289

Prosjekttittel

Peroperativ rapportering

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Unni Igesund, [REDACTED]

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Olivia Forgard, [REDACTED]

Prosjektperiode

08.12.2021 - 20.06.2022

Vurdering (1)

19.01.2022 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 19.01.2022. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet. Om prosjektansvarlig ikke svarer på invitasjonen innen en uke må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.06.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

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

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/615039b0-7f2b-4ef4-8e11-1c89d253c177>

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester 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

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

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

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

Personverntjenester 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).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

