



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

## **Preoperativ hygiene til elektive og ø-hjelpspasienter**

En tematisk analyse av sykepleiernes erfaringer

Nora Turner og Tone Engen-Tøllefsen.

Masteroppgave i sykepleie - studieretning operasjonssykepleie, SYP 3902

2. November 2022.

Antall ord: 18 884.

# Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon .....	1
1.1	Bakgrunn og problemstilling .....	2
1.2	Hensikt og forskningsspørsmål .....	3
1.3	Begrepsavklaring og avgrensing .....	3
1.3.1	Det perioperative forløpet .....	5
1.3.2	Preoperativ hygiene.....	7
1.4	Tidligere forskning .....	7
1.4.1	Effekten av preoperativ dusj eller vask .....	8
1.4.2	Ø-hjelpskirurgi medfører høyere risiko og koster samfunnet mer .....	8
1.4.3	Preoperativ informasjon kan medføre kortere sykehusinnleggelser .....	9
1.4.4	Sykepleiermangel og økt arbeidsmengde medfører risiko for pasienten .....	9
1.4.5	Preoperativ angst og følelser knyttet til inngrepet .....	9
1.5	Gjennomgang av prosedyrer.....	10
2	Teoretisk tilnærming .....	10
2.1	Forforståelse .....	10
2.2	Hermeneutikk .....	11
2.3	Teoretisk utgangspunkt.....	11
2.3.1	Meleis overgangsteori .....	12
2.3.2	I et større perspektiv .....	13
2.3.3	Overgangsprosessen .....	13
2.3.4	En overgang er en prosess over tid.....	14
2.3.5	Faktorer som påvirker overgangen.....	14
2.3.6	Sykepleieintervensjoner .....	15
2.3.7	Prosess- og resultatindikatorer .....	16
3	Design og metode.....	16
3.1	Vitenskapelig forankring .....	16

3.2	Metode .....	16
3.2.1	Semistrukturert intervju.....	17
3.2.2	Utvalg og rekruttering .....	17
3.2.3	Utvikling av intervjuguide og pilotintervju.....	19
3.2.4	Forskningsetiske overveielser .....	20
3.2.5	Studiens begrensninger .....	20
3.2.6	Gjennomføring av semistrukturert intervju.....	21
3.2.7	Transkripsjon.....	22
3.3	Analyse av datamaterialet.....	22
3.3.1	Refleksiv tematisk analyse .....	23
3.3.2	Refleksivitet som premiss .....	23
3.3.3	Hvordan oppnå refleksivitet? .....	24
3.3.4	Personlig refleksivitet - vår forforståelse .....	24
3.3.5	Faser i refleksiv tematisk analyse.....	26
4	Funn og diskusjon .....	30
4.1	Tema 1: To vidt forskjellige utgangspunkt.....	30
4.1.1	Subtema 1: Ulike forutsetninger gir ulik grad av forberedthet .....	30
4.1.2	Subtema 2: Ulikt hygienisk utgangspunkt. ....	36
4.1.3	Subtema 3: Ubehag og smerter kompliserer overgangen.....	38
4.2	Tema 2: Prosedyrer som verktøy og kilde til usikkerhet.....	40
4.3	Tema 3: Å være i forkant og til rett tid.....	45
4.4	Implikasjoner for praksis .....	48
5	Avslutning .....	49
	Referanseliste .....	51
	Vedlegg .....	54
	Vedlegg 1 - Intervjuguide .....	55
	Vedlegg 2 – Godkjenning NSD .....	58

Vedlegg 3 – Informasjonsskriv/ samtykkeskjema .....	60
---	----

## Forord

Dette prosjektet har fått ligge og modne over flere år ettersom vi var ferdigutdannede som operasjonssykepleiere i 2017. Etter hvert kjente vi på en økende interesse for å ferdigstille prosjektskissen, som den avsluttende eksamensoppgaven i operasjonssykepleie den gang besto av. Infeksjonsforebygging utgjør en vesentlig del av operasjonssykepleierens ansvarsområde, og vi fikk gjennom vår arbeidserfaring en utvidet interesse for dette. Vi opplevde å ha et prosjekt som potensielt kunne oppleves relevant, nyttig og spennende.

Det er omtrent ett år siden vi begynte å tenke tanken om å fullføre utdanningen med en mastergrad. Vi bestemte oss tidlig for å gjøre dette arbeidet sammen, da vi har en god og ærlig tone, som betinger i mange års erfaring som kollegaer, studiekamerater og venner. Dette innebærer ikke at prosjektet bare har vært en rosenrød epoke, da det tidvis har opplevdes som en tung og overveldende prosess. Men, - vi har klart det! Med stor hjelp av hverandres støtte, og den nærmeste familie som heiagjeng.

Vi vil først og fremst takke våre informanter som frivillig og åpensinnet har brukt av deres dyrebare tid, og velvillig delt av sine erfaringer. Vi har opplevd deres betraktninger som lærerike og verdifulle, og ville ikke kunne utført vår forskning uten disse.

Vi vil også rette en takk til kollegaer og ekskollegaer for gode innspill og råd. En ekstra takk rettes til vår pilotinformant som ga oss en lærerik erfaring i hvordan man *ikke* skal utføre et kvalitativt forskningsintervju. Det var en erfaring verdt sin vekt i gull.

Lederne våre fortjener også en stor takk for tilrettelegging og koordinering av fridager, slik at vi begge har fått mulighet til å jobbe mest mulig sammen i denne perioden.

Sist, men ikke minst, vil få takke vår veileder, ph.d., Jan-Thore F. Lockertsen. Han har hjulpet oss holde fokus, og gitt oss gode og konstruktive tilbakemeldinger gjennom prosessen.

Tromsø, 02.11.2022

Nora Turner og Tone Engen-Tøllefsen

# 1 Introduksjon

Verdens helseorganisasjons (WHO's) globale rapport om infeksjonsforebygging og kontroll (2018) beskriver at en av syv sykehuspasienter i høy-inntektsland vil oppleve en eller annen form for helsetjeneste-assosiert infeksjon. For den enkelte pasient kan dette medføre forlenget sykehusopphold, varige funksjonsnedsettelse, og i ytterste konsekvens prematur død (WHO, 2022). Postoperative sårinfeksjoner utgjør omtrent 20 % av alle helsetjeneste-assosierte infeksjoner, og er den gruppen som medfører de største samfunnsøkonomiske utgiftene (WHO, 2022). Det er derfor av stor viktighet å forebygge postoperative sårinfeksjoner, både for pasienter og samfunnet.

Nyere forskning belyser at en multimodal tilnærming gir best evidens for å forebygge postoperative sårinfeksjoner (Anderson D.J. & Sexton D.J., 2022). Dette innebærer blant annet preoperativ optimalisering av ernæringsstilstand hos underernærte, adekvat antibiotikaproylaks, infeksjonssanering, huddesinfeksjon, samt hårklipping i stedet for barbering (Anderson D.J. & Sexton D.J., 2022).

På sykehuset møter operasjonspasienten flere yrkesgrupper som vil være involvert i hans/hennes kirurgiske behandling. De har til felles at de jobber for å ivareta pasienten best mulig mens han/hun er innlagt på sykehuset, i det perioperative forløpet<sup>1</sup>. Ulike pasienter har ulike behov, og enten pasienten innlegges elektivt<sup>2</sup>, eller i all hast som øyeblikkelig hjelp, har han/hun krav på å bli sett, møtt, hørt og ivaretatt på best mulig måte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1 a, 2-1 b)

I sykepleier- og operasjonssykepleierrollen utgjør infeksjonsforebygging en omfattende del av arbeidshverdagen. Sykepleierne gjør kunnskapsbaserte vurderinger, og planlegger utførelsen av preoperative tiltak hos operasjonspasienten. Tiltakene har som målsetning at pasientene skal gjennomgå det perioperative forløpet med best mulig utfall, og minst mulig risiko for komplikasjoner, deriblant postoperative sårinfeksjoner.

Som helsepersonell har man et særskilt ansvar, jamfør helsepersonelloven § 4 (1999):

*“Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet*

---

<sup>1</sup> Perioperativ forløp: Tiden rundt et operasjonsforløp

<sup>2</sup> Elektiv operasjon: Planlagt operasjon

*og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig*". Som operasjonssykepleier skal man i tillegg "*kunne anvende kunnskaper og ferdigheter for å ivareta pasientsikkerheten i risikofylte overganger i det perioperative forløpet*" (Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning, 2022, § 18 b).

## **1.1 Bakgrunn og problemstilling**

Vi er to operasjonssykepleiere som tidligere har jobbet som sykepleiere på kirurgisk sengepost, og har slik klargjort mange pasienter til små og store kirurgiske inngrep. Som operasjonssykepleiere ivaretar vi nå pasientene fra de ankommer operasjonsavdelingen, til de trilles ut til oppvåkningsavdelingen etter endt operasjon eller prosedyre. Som operasjonssykepleiere har vi erfart en tendens til at ø-hjelpspasientene oftere kommer mer synlig tilsmusset til operasjonsavdelingen enn de elektive pasientene. Vi erfarte som sykepleiere på sengepost at man ofte sto i skvis mellom mange arbeidsoppgaver som skulle utføres på kort tid. Ø-hjelpspasientene<sup>3</sup> kunne ofte kreve mer kompleks hjelp, smertelindring og tilrettelegging enn den elektive pasienten preoperativt. Vår erfaring fra sengepost var slik at ø-hjelpspasientene var mer krevende å få hygienisk ren og klargjort til operasjon.

Etter innledende systematiske artikkelsøk fant vi lite forskning som sammenlignet disse pasientgruppene opp mot hverandre, og dette vekket nysgjerrigheten vår for valg av forskningstema. Vi fant mye forskning om kommunikasjon og hvordan sykepleieren kan trygge pasienten preoperativt, men lite om hvordan preoperativ sykepleie og hygieniske forberedelser kan arte seg ulikt hos ø-hjelpspasientene fra de elektive pasientene. Vi fant imidlertid en del forskning som viser at ø-hjelpspasienter kan ha høyere mortalitet og komplikasjonsfare (Havens et al., 2015).

Vi valgte slik å utforske hvilken erfaring sykepleiere har med preoperativ hygienisk klargjøring av elektive og ø-hjelpspasienter, samt få innblikk i ulikhetene og utfordringene de kunne møte på under den preoperative hygieniske klargjøringen.

---

<sup>3</sup> Pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp

## 1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

Selv om pasientene skal gjennom mange av de samme forberedelsene, kan den elektive pasienten og ø-hjelpspasienten oppleves som to vidt forskjellige pasientgrupper, i og med at de stiller med helt ulike utgangspunkt. Hovedfokuset i forskningen vår er den preoperative hygieniske klargjøringen, men vi kommer ikke utenom andre klargjøringstiltak ettersom alle disse henger tett sammen med hverandre, i og med at pasienten er et individ med flere, sammensatte behov.

Vi vil belyse hvorfor ø-hjelpspasienten eventuelt *ikke* gjennomgår de samme preoperative hygieneforberedelsene som den elektive pasienten, samt beskrive hvordan ulike preoperative forutsetninger kan påvirke pasientens totale perioperative forløp. Vi tenker dette kan være nyttig kunnskap i pasientbehandling, og under utviklingen av nye fagprosedyrer.

Vi har slik begrenset oss til følgende fire forskningsspørsmål:

*“På hvilke måter oppleves det ulikt å preoperativt hygienisk klargjøre ø-hjelpspasienten i forhold til den elektive pasienten?”*

*“Hvilke utfordringer hos ø-hjelpspasienten kan sykepleieren møte på under den preoperative hygieniske klargjøringen?”*

*“Hvordan oppleves prosedyrer som verktøy for sykepleieren i den preoperative hygieniske klargjøringen av ø-hjelpspasienten?”*

*“Hvordan forholder sykepleieren seg til det å ikke vite når pasienten skal inn til operasjon?”*

## 1.3 Begrepsavklaring og avgrensning

Som sykepleier- og operasjonssykepleier er infeksjonsforebygging av stor betydning, og tiltak som rettes mot forebyggingen av postoperative sårinfeksjoner vil være i direkte gevinst for pasienten og hans/hennes rekonvalesens. En postoperativ sårinfeksjon defineres som en infeksjon som oppstår i, på, eller nært området for kirurgisk snitt, innen 30 dager etter prosedyren, eller innen 90 dager etter at pasienten har fått et proteseimplantat (FHI, 2019). Infeksjonen kan sitte overfladisk eller dypt, og behandlingen kan omfatte alt fra lokal salvebehandling, til intravenøs antibiotikabruk, reoperasjoner og intensivopphold (WHO, 2022).



Elektive operasjonspasienter er de pasientene som allerede er i et behandlingsforløp. De har hatt time hos fastlege, blitt henvist til spesialisthelsetjenesten, gjort diagnostiske undersøkelser, og til sist, blitt klarert av anestesilege og kirurg som kandidat for kirurgisk intervensjon.

Ø-hjelpspasienten kommer uplanlagt til sykehuset. Årsaken kan være en skade eller sykdomsprosess. Hos noen kan dette være en akutt forverring av en kjent tilstand, mens hos andre kan dette være et ukjent, nyoppstått medisinsk problem eller skade. Kvalifisert personale vil i akuttmottaket triagere ø-hjelpspasientene ut fra alvorlighetsgrad av skade eller sykdom, og deretter angi hastegrad av inngrep utfra hvor snarlig pasienten trenger kirurgisk behandling.

Når vi omtaler ø-hjelpspasienten i denne studien, vil vi begrense oss fra den akutt alvorlig syke pasienten som trenger livbergende kirurgisk behandling. Disse vil av åpenbare grunner ikke gjennomgå preoperative forberedelser på lik linje med elektive pasienter, og infeksjonsforebygging blir i slike sammenhenger nedskalert når tiden er avgjørende for å berge liv. Vi vil i vår forskning undersøke premissene rundt den øvrige ø-hjelpspasienten, som om akutt ankommer sykehuset, som deretter må vente en gitt tid før han/hun kan motta kirurgisk behandling. Noen pasienter må på grunn av høy hastegrad snarlig ivaretas av operasjonsteamet, men mange ø-hjelpspasienter må vente fra timer opp til flere døgn. Dette kan være grunnet lavere hastegrad, begrenset operasjonskapasitet, manglende preoperative forberedelser, samt andre høyere prioriterte pasienter som må gå foran.

**Figur 1:** Eksempler på kirurgiske inngrep og hastegrad:

Definisjon og hastegrad av inngrep	<i>Eksempler</i> på inngrep:
Livbergende/ nødkirurgi (dette vil vi <i>ikke</i> belyse)	<i>Akutt keisersnitt, akutte livstruende blødningstilstander.</i>

Annen ø-hjelpskirurgi (ikke livbergende)	<i>Appendektomi<sup>4</sup>, femur collum fraktur<sup>5</sup>, ileus<sup>6</sup>.</i>
Elektiv kirurgi	<i>Innsetting av hofteprotese, stabile ryggprolaps, lumpektomi<sup>7</sup>, bukplastikk, kjente aneurismer<sup>8</sup>.</i>

Preoperativ hygiene er et stort og omfattende tema, og utgjør en viktig del av pasientens preoperative forberedelser. Med hygienisk preoperativ klargjøring mener vi prosedyrer som har med vask eller dusj av kroppen for å redusere hudens naturlige mikrobielle flora i forkant av operasjonen (WHO, 2018).

Vi omhandler her ikke desinfiseringen av operasjonsfeltet som blir gjort inne på operasjonsstuen av operasjonssykepleier umiddelbart før operasjonsstart.

Vi undersøker heller ikke spesielt hygieniske forberedelser på barn, da denne pasientgruppen vanligvis ikke er representert på ordinære kirurgiske sengeposter.

Vi har besluttet å ikke gå nærmere inn på sykepleiernes erfaringer med kognitivt svekkede operasjonspasienter. Vi anser denne pasientgruppen som for etisk og juridisk kompleks i forhold til vår forsknings begrensede omfang.

### **1.3.1 Det perioperative forløpet**

Vi opplevde at definisjonen “perioperativt forløp” appellerte godt til vår forskning. Begrepet får fram en helhetstenkning ved å inkludere alle fasene pasientene gjennomgår, - fra de får en diagnose som krever kirurgi, til inngrepet og den postoperative fasen regnes som et tilbakelagt stadium (Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing, 2012). For pasienten innebærer dette planleggingen, forberedelsene, behandlingen, prosedyrene, pleien

---

<sup>4</sup> Kirurgisk fjerning av blindtarmsvedhenget.

<sup>5</sup> Lårhalsbrudd

<sup>6</sup> Tarmslyng

<sup>7</sup> Brystbevarende kirurgi

<sup>8</sup> Utposning av pulsåre

og omsorgen han/hun møter av det involverte helsepersonellet både før, under og etter sin operasjon.

Den *preoperative* fasen omhandler tiden og forberedelsene hos pasienten *før* operasjonen, når det er besluttet at operasjonen skal utføres. Denne fasen kan være kort eller lang, alt ettersom hva hastegraden for kirurgien er. Den preoperative fasen for en ø-hjelpspasient kunne være betydelig kortere enn for en elektiv pasient.

Den *peroperative* fasen starter idet pasienten ankommer operasjonsavdelingen, og varer til pasienten blir overflyttet til oppvåkning- eller intensivavdeling. I den peroperative fasen blir pasienten ivaretatt av det kirurgiske personalet, og innebærer alle forberedelser og tiltak rettet mot pasienten inne på operasjonsrommet både før, under og umiddelbart etter kirurgi.

Den *postoperative* fasen er tiden pasienten bruker på sin rekonvalesens etter kirurgi. Denne kan innebære både den umiddelbare oppvåkingsfasen, de postoperative liggedøgnene på sykehus, samt når pasienten er utskrevet til sitt bosted, men likevel forholder seg til bandasjer og utstyr og andre tiltak knyttet til det operative inngrepet. Dette er særlig aktuelt i dag da stadig flere kirurgiske prosedyrer kan utføres dagkirurgisk. Pasienter kan slik gjennomgå relativt store inngrep, og likevel reise hjem samme dag. Eventuell postoperativ oppfølging utføres av fastlege og/eller hjemmesykepleie.

Vi opplever at betegnelsen “perioperativ” underbygger den felles innsatsen alle instanser i de pre-, per- og postoperative fasene utgjør for å sikre best mulig resultat for pasienten: At pasienten skal gjennomgå hele det perioperative forløpet med en god opplevelse, godt kirurgisk resultat, og fravær av komplikasjoner. Operasjonssykepleieren skal kunne analysere det perioperative pasientforløpet og sikre kontinuitet i operasjonssykepleie (Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning, 2022, § 5 d), samt “*ivareta pasientsikkerheten i risikofylte overganger i det perioperative forløpet*” (Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning, 2022, § 18 b). Som operasjonssykepleiere er vi også “pasientens advokat” og stiller således pasientsikkerheten svært høyt.

Dette medfører at operasjonssykepleieren må ha dialog med både det pre- og det postoperative teamet for å sikre at pasienten får best mulig tilrettelagt pleie for å unngå postoperative komplikasjoner.

### 1.3.2 Preoperativ hygiene

Sykepleierne på kirurgiske sengeposter forbereder pasientene til kirurgi ved å følge preoperative sjekklister. De har blant annet ansvar for å tilse at pasientene er velinformerte om inngrepet, er ren, og har gjort alle nødvendige prosedyrer slik at de har minst mulig risiko for komplikasjoner i det perioperative forløpet.

Ved å utføre en preoperativ dusj eller vask, vil man midlertidig redusere pasientens normale mikroorganismer på hudoverflaten (WHO 2018). Bakterier er en viktig del av hudens immunforsvar, men vil i en kirurgisk sammenheng potensielt kunne utgjøre livsfare for pasienten. Når huden penetreres av en kirurgisk skalpell, vil skalpellen, samt kirurgenes hender og utstyr, bli kontaminert og dermed dra med seg bakterier fra pasientens normale hudflora ned i kroppens sterile hulrom. Her vil “sunne” hudbakterier, potensielt kunne gi alvorlige konsekvenser for pasienten, og i verste fall død (WHO 2022).

Preoperativ dusj eller bad regnes i internasjonale guidelines som en av flere viktige momenter for å unngå kirurgiske sårinfeksjoner (WHO 2018). Helsepersonelloven §4 (1999) stadfester at helsepersonell er pålagt å yte faglig forsvarlighet og gi omsorgsfull hjelp. Norsk sykepleieforbunds yrkesetiske retningslinjer (2019) fremholder at sykepleieren skal holde seg oppdatert innen eget fagområde, og slik bidra til at ny kunnskap benyttes i praksis. For å oppnå dette må sykepleiere- og operasjonssykepleiere arbeide kunnskapsbasert (Polit & Beck, 2021).

### 1.4 Tidligere forskning

Vi utførte tidlig litteratursøk etter relevant forskning. Vi gjennomførte flere søk underveis i analyseprosessen, etter hvert som vi oppdaget temaer som kunne utforskes nærmere. Vi brukte medisinske databaser som “UptoDate”, “Cinahl”, “PubMed”, “NORA”, “Cochrane” og “Helsebiblioteket”. Vi brukte egnede sjekklister fra Helsebiblioteket.no (u.å.) for kritisk vurdering av artiklene. Vi oppdaget flere aktuelle artikler ved å undersøke referanselisten i den relevante litteraturen. Vi benyttet oss av ulike søkeord og kombinasjoner av disse, se tabell 2 nedenfor.

**Tabell 2:** Eksempler på benyttede søkeord

Perioperativ*, preoperativ* preoperativ*, postoperativ*, sykepleie*	Perioperative*, preoperative*, peroperative*, postoperative*, nursing*.
--	--

Dusj*, bad*, hudrengjøring*, hygiene*, huddesinfeksjon*	Bath*, shower*, wash*, hygiene*, skin disinfection*
Postoperativ sårinfeksjon*/ POSI, risikofaktor*, helsetjenesteassosiert infeksjon*, HAI, infeksjonsforebygging*	Postoperative surgical site infection*/ POSI, surgical site infection*, SSI, hospital acquired infection*/ HAI, infection prevention*, risk factors*
Ø-hjelpskirurgi*, hastekirurgi*, akutt kirurgi*, ikke-elektiv kirurgi*	Emergency*, trauma*, non-elective*, elective* surgery*,

#### 1.4.1 Effekten av preoperativ dusj eller vask

Bonneville et al (2013) undersøkte i sin kontrollstudie bakteriefloraen på henholdsvis 62 elektive- og ø-hjelpspasienter som skulle gjennomgå hoftekirurgi. De fant slik ut at en preoperativ dusj var nødvendig for å redusere skadelig bakterieflora på pasientens hud. De utførte bakteriologiske prøver fra hudområder nært operasjonsfeltet før og under kirurgi. Bakterieprøvene viste at kun huddesinfeksjon på operasjonsstuen (uten preoperativ dusj) ikke fjernet skadelige mikroorganismer i pasientens lyskeområde. Dette *kanne* disponere for postoperative sårinfeksjoner.

Forskning kan per dags dato ikke konkludere om preoperativ dusj med antimikrobiell såpe er bedre praksis enn vanlig dusjsåpe. WHO (2018) hevder likevel at preoperativ dusj eller bad har moderat evidens, og utgjør god klinisk praksis for alle pasienter som skal gjennomgå kirurgiske prosedyrer (WHO 2018).

#### 1.4.2 Ø-hjelpskirurgi medfører høyere risiko og koster samfunnet mer

En stor amerikansk retrospektiv kohortstudie fra 2015 (Havens et.al) belyser at ø-hjelpskirurgi i seg selv medfører signifikant høyere mortalitet og risiko for komplikasjoner enn elektiv kirurgi. Dette støttes også av kliniske oppslagsverk (Anderson D.J. & Sexton, D.J., 2022). De sammenlignet data fra omtrent 67 000 pasienter som gjennomgikk generell elektiv kirurgi og generell ø-hjelpskirurgi. 48% av alle ø-hjelpsopererte pasienter fikk en eller annen form for postoperativ komplikasjon, mens den elektive operasjonspasienten hadde komplikasjonsrate opp mot 28%. De oppdaget også at pasienter som gjennomgikk ø-

hjelpskirurgi var i gjennomsnitt eldre, og hadde flere komorbide<sup>9</sup> tilstander og kroniske sykdommer enn elektive pasienter.

En stor amerikansk studie (Haider et al., 2014) postulerer at forebyggende screeninger kan redusere mengden ø-hjelpsoperasjoner. De undersøkte blant annet data fra over 600 000 pasienter, og brukte økonomiske modeller for å beregne kostanden av å omgjøre en andel av ø-hjelpsoperasjonene om til elektiv kirurgi. For å oppnå dette foreslo de å innkalle selekterte deler av befolkningen til screening for tykktarmskreft, samt ultralyd for å avdekke eventuelle abdominale aortaaneurismer i en tidlig fase. De hevder i sin forskningsartikkel at reduksjon av ø-hjelpskirurgi kan bespare samfunnet for store økonomiske kostnader, og trolig vil dette overskride den økonomiske ulempen økt screening og ultralyd medfører (Haider et al., 2014). Det vil også gagne pasienten å ha elektiv kirurgi, da dette er forbundet med mindre risiko for komplikasjoner og død (Anderson D.J. & Sexton, D.J., 2022).

#### **1.4.3 Preoperativ informasjon kan medføre kortere sykehusinnleggelser**

En britisk studie (Thomas et al., 2022) viser at pasienter som gjennomgår “fotskole” før elektiv fotkirurgi har signifikant kortere sykehusopphold. De fremhever her informasjon og forberedthet som mulige årsaker.

#### **1.4.4 Sykepleiermangel og økt arbeidsmengde medfører risiko for pasienten**

En skandinavisk kohortstudie (Jansson et al., 2019) belyser at det er sammenheng mellom sykepleiermangel, økt arbeidsmengde for sykepleieren og ventilator-assosiert pneumoni og mortalitet. Tross at dette er forskning fra en intensivavdeling, tenker vi at dette kan være gjeldende også for sykepleiere på sengepost og pasienter i det perioperative forløpet. Lignende funn er også belyst i andre studier (Daud-Galotti et al., 2012).

#### **1.4.5 Preoperativ angst og følelser knyttet til inngrepet**

Det er belyst (Svensson et al., 2016) at en høy andel operasjonspasienter opplever angst i den preoperative fasen. Dette kan påvirke pasientens perioperative forløp, da det er vist at preoperativ angst kan assosieres med økt behov for postoperativ smertelindring, senere mobilisering og lengre sykehusopphold (Svensson et al., 2016). En svensk deskriptiv studie (Svensson et al., 2016) belyser at operasjonspasienten kan gjennomgå flere komplekse følelser i forkant av inngrepet, og at sykepleieren kan ha en viktig funksjon i å fremme håp

---

<sup>9</sup> Forekomst av flere ulike sykdommer simultant

hos pasienten. Forskerne intervjuet tjue pasienter som skulle gjennomgå dagkirurgiske inngrep, og oppdaget da at pasienten opplevde en stor variasjon av følelser knyttet til det perioperative forløpet. Følelsen av håp opplevdes av mange pasienter som av stor verdi, da han/hun enklere kunne balansere frykt og uro med håp. De foreslår at en designert sykepleier med kompetanse på mestringsstrategier kontakter pasienten i forkant av innleggelsen, og slik undersøker hvilke følelser pasienten opplever tilknyttet den perioperative perioden. Ved å gjøre dette kan pasienten i forkant av inngrepet få etablert realistiske forventninger, dempe eventuell usikkerhet, og slik få redusert mulig angst.

## **1.5 Gjennomgang av prosedyrer**

Vi finner kun en anbefaling fra Folkehelseinstituttet (2022) om at alle preoperative pasienter skal ha huddesinfeksjon etter virksomhetens retningslinjer, samt at synlig tilskitnet hud alltid skal vaskes først og desinfiseres før penetrasjon. Det foreligger med andre ord ingen nasjonal norsk retningslinje eller prosedyre for hvordan pasienten nøyaktig skal hygienisk forberedes, - dette er opp til hvert helseforetak å avgjøre.

Vi gjorde tidlig en grundig gjennomgang av alle prosedyrene vi fant om preoperativ sykepleie i vårt helseforetak. Vi oppdaget at det var store sprik i prosedyrene, både interhospitalt i helseforetaket og intrahospitalt mellom de ulike avdelingene. Vi oppdaget at det enkelte steder var beskrevet at «elektive pasienter skal dusje ...», uten at ø-hjelpspasienten var nevnt.

## **2 Teoretisk tilnærming**

### **2.1 Forforståelse**

Ethvert individ har en forforståelse. Forforståelse dannes av det man har med seg av erfaringer, oppfatninger, holdninger, innsikt og fordommer (Gadamer & Jordheim, 2003). For å forstå noe, må man ha en forforståelse (Gilje, 2019). Forforståelsen er med å forme hvordan man tilnærmer seg et fenomen, både bevisst og ubevisst. Man vil tilnærme seg fenomenet med ulike øyne ut fra hvilken forforståelse man har. Forforståelsen er i konstant endring og påvirkes av alle erfaringene man gjør seg fra det levde livet.

Allerede fra nyfødtstadiet vil et menneske ha befatning med hygiene. Hvordan hver og en forholder seg til fenomenet hygiene er individuelt. For at pasienten skal kunne utføre preoperativ hygienisk klargjøring, må han/hun ha en forforståelse av hva hygiene er, og

hvorfor det gjøres. Man forstår fenomenet ut fra egen forståelseshorisont; egne erfaringer, oppfatninger og innsikt.

Sykepleieren har en helt annen forutsetning for å forstå preoperativ hygiene i motsetning til pasienten. Sykepleieren har i sin utdanning tilegnet seg en mer inngående forståelse og kunnskap om hva hygiene er, og hvordan hygienetiltak kan forebygge sykdom og skade hos pasienten. Sykepleieren må være bevisst på at den kirurgiske intervensjonen innebærer en infeksjonsrisiko for operasjonspasienten, og ha kunnskap om hvordan preoperative tiltak kan redusere denne risikoen.

Vi går inn i denne studien med den forforståelsen vi har ervervet oss gjennom egne erfaringer, studier og jobb. Dette kan påvirke hvordan vi bearbeider dataene våre på. Vår forforståelse er en motivasjon for forskningen vår, og kan derfor begrense oss dersom vi ikke er bevisst hvordan egen forforståelse påvirker vår fortolkning av data (Malterud, 2017).

## **2.2 Hermeneutikk**

Hermeneutikk handler om menneskers fortolkning, og hvordan dette kan gi en dypere mening og inngående forståelse i eksempelvis en tekst, et kunstverk eller en handling (Gilje, 2019). Hermeneutisk filosofi ville vært overflødig dersom alt var klart og tydelig. Det er først når noe er uklart eller misforstått at de hermeneutiske spørsmålene dukker opp (Gilje, 2019). En av hermeneutikkens store filosofer i nyere tid er tyske Hans-Georg Gadamer (1900-2002). Gadamer mener tolkningsarbeidet starter med en omfattende forforståelse av fenomenet, og at det er umulig å komme inn i en hermeneutisk sirkel uten forforståelse (Gilje, 2019). Den hermeneutiske sirkelen er Gadamers forklaring på forståelse som en prosess, hvor man skal forstå helheten ut fra delen, og delen ut fra helheten (Gadamer & Jordheim, 2003).

Pasienten og sykepleieren må ut fra sin forforståelse forstå hva som inngår i preoperativ hygienisk klargjøring; hva det innebærer, samt hvorfor og hvordan det gjøres. Dette utgjør delene av helheten, hvor forståelsen alltid beveger seg fra helheten, til delene, og tilbake til helheten (Gilje 2019, s. 156). Forforståelsen er i kontinuerlig endring, og helhetsforståelsen blir stadig utvidet ettersom mer delforståelse tilegnes. Dette gjør at man får en stadig dypere forståelse av meningen (Kvale og Brinkmann, 2021).

## **2.3 Teoretisk utgangspunkt**

Vi hadde innledningsvis en åpen og utforskende tilnærming til forskningstemaet, og var dermed avventende med å velge teoretisk utgangspunkt for analysen. Vi stilte oss åpne til



hvilke temaer vi kunne oppdage gjennom vår analyse, og valgte teoretisk utgangspunkt etter å ha lest gjennom vårt datamateriale. Dette er i tråd med at kvalitativ forskning er en hermeneutisk prosess, hvor hvert ledd fører til endringer i forskerens kunnskap og forforståelse, som igjen påvirker forskerens valg og arbeidsprosess. Vi vurderte ulike teoretiske rammeverks egenskaper, og hvorvidt disse kunne hjelpe oss med å gi mening, relevans og en større forståelse av våre forskningsdata.

### 2.3.1 Meleis overgangsteori

Vi benytter oss av Meleis overgangsteori (2010). Dette er en mellomnivåteori (*middle range theory*), og er derfor smalere i rekkevidde og mer spesifikk enn såkalte store teorier (*grand theories*) (Dreyer & Norlyk, 2022). Det lave abstraksjonsnivået og dens begrensede rekkevidde medfører at den er tilpasset sykepleieforskning, er praktisk og «klar til bruk», uten å nødvendigvis å behøve ytterligere fortolkning og tilpasning. Vi opplevde at Meleis overgangsteori (2010) traff forskningen vår godt, og at dens rammer virket potensielt å kunne yte dybde og mening til våre data, samtidig som den virket å være interessant, virkelighetsnær og relevant. Den begrensede rekkevidden medfører at den først og fremst er relevant for mennesker som gjennomgår helserelaterte overganger.

Afaf Ibrahim Meleis (f. 1942) er en egyptisk-amerikansk sykepleieforsker, som under hennes arbeid med støttegrupper for vanskeligstilte, teoretiserte at *overganger* det enkelte individ gjennomgår innebar stor betydning for å forstå selve målet med sykepleie (Meleis, 2010, s xv). En overgang innebærer forandring hos mennesket; man går fra en stabil habituell tilstand til en ny stabil tilstand, - hvor overgangen er den dynamiske prosessen mellom de to fasene. Den nye tilstanden vil være preget av hvordan overgangen forløp seg, og hva den innebar for det enkelte menneske (Meleis 2010, s 79-80).

Meleis overgangsteori (2010) fremholder en holistisk filosofi, hvor pasienten blir sett på som et komplekst individ med unike behov, hvor både pasientens mentale og fysiske velvære må tas hensyn til og ivaretas. Teorien bidrar som et verktøy til sykepleieren for å forstå og analysere hvilke behov pasienten har, og slik hvordan sykepleieren kan iverksette tiltak knyttet til disse (Meleis 2010).

Sykepleiere har gjennom hele sin yrkestradisjon ivaretatt og samhandlet med mennesker som på grunn av sykdom og kriser gjennomgår kritiske faser, *overganger*, i livet. Ved å ha inngående kunnskap om overgangene, kan sykepleieren forutse hvordan overganger og dets

risikoer potensielt kan påvirke pasientens liv. Gjennom sykepleieintervensjoner kan man identifisere og forebygge risikofaktorer knyttet til overgangen hos den enkelte pasient. Dermed kan man forsterke eller gjenopprette pasientens velbehag, funksjon og egenomsorg, og slik påvirke resultatet for best mulig utfall for pasienten (Meleis, 2010, s xv).

### **2.3.2 I et større perspektiv**

På grunn av økt levestandard og fremgang i helsevitenskapen lever mennesker nå lengre enn tidligere. Stadige forskningsgjennombrudd medfører nye måter å bekjempe uhelse, - og mange sykdommer man tidligere døde av, kan man nå leve med. Fremskritt i kirurgisk teknikk har ført til en økning av inngrep som kan utføres dagkirurgisk, slik at pasientene får kortere inneliggende tid på sykehus før de må reise hjem. Dette stiller høyere krav til pasientens evne til ivaretagelse av egen helse (Strand et al., 2022).

Det er forventet en betydelig økning i antallet og andelen eldre i befolkningen framover. Eldre i dag har bedre funksjon enn tidligere, men mange lever med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne (Strand et al., 2022). Forskning peker på at den typiske pasienten som behøver ø-hjelpskirurgi er i den eldre alderskategorien (Parmar et al., 2019). I Norge står vi nå i de nærmeste årene foran en eldrebølge, hvor det forventes en betydelig økning av antall eldre over 65 år (Strand et al., 2022). Uten å finne konkrete data på dette, er det betimelig å forestille seg at dette kan medføre en økning av ø-hjelpskirurgi.

### **2.3.3 Overgangsprosessen**

Meleis (2010) definerer en overgang som en prosess som trigges av en kritisk hendelse eller endring hos individet eller dets omgivelser. Hendelsen eller triggeren som igangsetter overgangen kan være indre eller ytre, kortvarig eller langvarig, forventet eller uventet. Deler av individets liv vil i ulik grad bli påvirket, og intensiteten og påvirkningen av hendelsen vil endre seg underveis i prosessen, også påvirket av hvilke andre hendelser som skjer i personens liv (Meleis 2010, s 26-27).

I løpet av livet vil alle mennesker gjennomgå ulike overgangsfaser. Hos pasienten kan dette eksempelvis være overgangen fra frisk til akutt eller kronisk syk, tap av kroppsfunksjon, kroppsdel eller sykehusinnleggelse. Det kan også være «naturlige» prosesser som overgangen fra barn til voksen, menopause eller graviditet. En overgang kan slik klassifiseres som de “ustabile” periodene i livet som eksisterer mellom de mer stabile periodene (Meleis 2010).

Meleis (2010, s 39- 41) har definert fire ulike typer overganger utfra hvilke triggere som starter overgangen, og hvilke prosesser som kan igangsettes hos individet; utviklingsbetinget-, situasjonsbetinget-, helse-/ sykdomsrelatert- og organisatorisk.

I vår forskning vil vi belyse hvordan sykepleieren i den preoperative fasen kan bruke overgangsteori til å tidlig forutse risiko hos den enkelte operasjonspasient. Vi vil også beskrive hvordan overgangene kan arte seg ulikt mellom den elektive pasienten og ø-hjelpspasienten. Operasjonspasientene vil gjennomgå både situasjonsbetingede- og helse-/ sykdomsrelaterte overganger i sitt perioperative forløp.

Situasjonsbetingede overganger innebærer at pasienten befinner seg i en ny situasjon og må erverve ny kunnskap. For pasienten vil dette innebære tilegnelsen ny rolle i en ny situasjon, eksempelvis fra pasientens bosted og vante miljø, til en pasientrolle som sykehusinnlagt. Helse-/ sykdomsrelaterte overganger vil her være overganger knyttet til pasientens sykdom og helse, eksempelvis fra frisk til alvorlig syk.

#### **2.3.4 En overgang er en prosess over tid**

Triggeren som igangsetter overgangen, er statisk (Meleis, 2010). Enhver overgang kjennetegnes av å være en *dynamisk prosess* formet av *tid*. I vår forskning vil overgangen starte idet pasienten får en diagnose som krever kirurgi, eller når han/hun innlegges akuttinnlegg på grunn av en ulykke eller nyoppstått sykdom. Overgangen avsluttes når den oppleves som et tilbakelagt stadium hos pasienten, og en ny hverdag har manifestert seg. En prosess vil også medføre en *endring* for pasienten. Dette kan innebære endring av identitet, rolle, relasjoner, evner og reaksjonsmønstre (Meleis 2010, s. 41). Dersom en kvinne gjennomgår mastektomi<sup>10</sup> på grunn av en brystkreftdiagnose, vil dette kunne føre til en ny og fremmed følelse av egen kropp og identitet. Eget selvbilde endres, og intimitet og relasjon til en eventuell partner kan oppleves utfordrende dersom hun ikke opplever nok støtte.

#### **2.3.5 Faktorer som påvirker overgangen**

Meleis (2010) har identifisert flere faktorer som kan påvirke alle typer overganger. Alle disse kan sykepleieren påvirke gjennom sine intervensjoner. En viktig faktor er hvordan pasienten ilegger overgangen en *mening*, og hvordan han/hun ser på overgangen fra sitt perspektiv.

---

<sup>10</sup> Kirurgisk fjerning av brystkjertelvev

Dette kan betinges i eksistensielle og kulturelle fortolkninger hos pasienten, samt følelser rundt overgangen, eksempelvis å finne mening i det som kan være vanskelig.

*Forventninger* til overgangen kan påvirkes av pasientens tidligere erfaringer, og slik fremme håp og mot, men også uklare eller urealistiske forventninger. Det å føle seg usikker og ikke vite hva man skal forvente, kan medføre økt stress og ubehag (Meleis 2010, s. 43).

*Kunnskaps- og ferdighetsnivå* er også sentralt i overgangsteori. En overgang vil kreve tilegnelse av ny kunnskap. Dette kan være alt fra informasjon om sykdom og aktuelle intervensjoner, samt hvordan forebygge forverring (Meleis 2010, s. 43). Det kan også være å tilegne seg erfaringskunnskap i hvordan håndtere en brukket arm i gips, eller hvordan utføre en preoperativ hygienisk dusj før operasjonen. Det kan videre innebære å lære seg å leve med, og akseptere en ny hverdag i en ny rolle.

*Omgivelsene* påvirker også overgangen. Sosial støtte fra familie og nære venner, sykepleiere og støttegrupper fremholdes av Meleis (2010) som viktige ressurser for å gi pasienten støtte gjennom overgangen. En rollemodell eller mentor kan også være til stor nytte for å «glatte ut» overgangen for pasienten, og slik fungere som en veiviser (Meleis, 2010, s. 43-44).

Det kreves omfattende *nivåer av planlegging* for å sikre en best mulig overgang for pasienten. Ved brå og uventede overganger, slik som hos ø-hjelpspasienten, må man planlegge underveis i prosessen slik at optimale forberedelser for hver fase oppnås. For å kunne planlegge godt, må sykepleieren utføre en grundig identifisering av aktuelle utfordringer, samt hvilke behov pasienten kan ha (Meleis 2010).

Det vil også være essensielt for sykepleieren å ivareta pasientens *emosjonelle og fysiske velbehag*. Pasienten kan føle på et bredt spekter av følelser knyttet til en overgang, som krisereaksjoner og vanskelige emosjoner. Pasienten kan også havne i en rollekonflikt, der han/hun før anså seg som en ressursperson, men nå befinner seg i en situasjon der som pleietrengende og avhengig av hjelp. Fysisk ubehag og smerte vil også påvirke pasientens kapasitet til å tilegne seg ny kunnskap og forståelse, samt oppleve mestring av situasjonen (Meleis 2010).

### **2.3.6 Sykepleieintervensjoner**

Meleis (2010, s. 46-47) beskriver tre sykepleieintervensjoner som er særlig terapeutiske for å hjelpe pasienten gjennom sin overgang: Ved å kartlegge aktuelle faktorer som kan påvirke

overgangen, kan sykepleieren utføre en *vurdering av pasientens beredskap*. Slik kan sykepleieren skape en individuell profil som viser hvor beredt pasienten er til å gjennomgå den aktuelle overgang.

Sykepleieren må også forsikre seg om at pasienten er *forberedt* til overgangen. Her fremholdes undervisning og veiledning som sentrale begrep for å sikre pasientens forståelse, og dermed skape realistiske forventinger, samt forebygge misforståelser.

Sykepleieren kan også bidra med *rollesupplering*, slik at pasienten føler seg trygg og kan mestre sin nye rolle, enten dette er «pasient», «rullestolbruker» eller «nyoperert».

### **2.3.7 Prosess- og resultatindikatorer**

En sykepleier kan benytte seg av prosess- og resultatindikatorer for å vurdere hvorvidt overgangen er vellykket for pasienten eller ikke (Meleis 2010). Det er viktig at sykepleieren identifiserer hvilke prosessindikatorer som kan påvirke pasienten positivt eller negativt. Ved å ha denne kunnskapen kan sykepleiere gjøre tidlige intervensjoner for å tilstrebe et godt resultat for pasienten (Meleis 2010, s. 61).

Meleis (2010) beskriver tre universelle resultatindikatorer for å kunne vurdere overgangsprosessen, og hvordan den påvirker pasientens sluttresultat. Pasienten må *mestre nye ferdigheter i sin nye rolle*. Negative følelser som stress bør slippe tak, slik at en mer *subjektiv følelse av velbehag* tar plass. I tillegg vil et godt resultat avhenge av hvorvidt pasienten har *positive samspill* knyttet til sykehusinnleggelsen.

## **3 Design og metode**

### **3.1 Vitenskapelig forankring**

Vi har valgt et kvalitativt design med hermeneutisk tilnærming. Noe av det som kjennetegner kvalitativ forskning er at den er fleksibel, og vokser fram kontinuerlig mens forskeren har en pågående analyse av data (Polit og Beck, 2017). Vår forståelse og nysgjerrighet rundt tematikken endret og utviklet seg i takt med analyseprosessen. Dette medførte at vi underveis i forskningen måtte justere både problemstilling og forskerspørsmål.

### **3.2 Metode**

Ettersom vi innledningsvis fant lite relevant litteratur som kunne svare på problemstillingen vår, valgte vi å benytte oss av kvalitative intervju for å undersøke om sykepleiernes erfaringer

samsvarte med våre opplevelser tilknyttet den preoperative hygienen. Kvalitative intervju kan brukes i forskningsformål for å få fram informantenes empiriske kunnskap om typiske opplevelser av et tema (Kvale & Brinkmann, 2021).

### **3.2.1 Semistrukturert intervju**

Vi utførte fire semistrukturerte intervju med sykepleiere fra kirurgiske sengeposter. Videre benyttet vi oss av en refleksiv tematisk analyse for å drøfte våre funn i lys av relevant teori. Et semistrukturert intervju er en mellomting mellom en helt åpen samtale og en lukket spørreskjemasamtale, hvor intervjuguiden fungerer som rettesnor for hvilke temaer som skal belyses (Kvale & Brinkmann, 2021).

Ved å benytte oss av semistrukturert intervju kunne sykepleierne relativt fritt fortelle fra egne opplevelser. Samtidig hadde vi spørsmål klar for å gå inn på de temaene vi anså som viktige for å belyse problemstillingen. For oss følte det trygt å ha noen spørsmål forberedt da vi følte oss nye og usikre i intervjurollen. Ulike former for kunnskap læres på ulike måter, og intervjuteknikk kan slik ikke læres av kun å lese teori, men også utvikles som praktisk øvelse (Stigen, 1991).

Som mennesker er man selvfølgelig individer med redskaper til å forstå ut fra tradisjon og levd liv, hvor forståelsen avhenger av visse fordommer (Gadamer & Jordheim, 2003). Vi prøvde å være bevisste vår rolle som intervjuer. At intervjuguide og interesse for tema var farget av vår forforståelse; våre kunnskaper og erfaring som menneske, sykepleier og operasjonssykepleier.

### **3.2.2 Utvalg og rekruttering**

For å få variasjon i våre data, intervjuet vi informanter fra ulike kirurgiske avdelinger og sykehus. Vi var interessert i å belyse vår problemstilling fra flere perspektiv, slik at vi potensielt kunne få et mest mulig rikholdig og variert datamateriale. På grunn av stor geografisk avstand var det ikke alle intervjuene som lot seg fysiske gjennomføre ansikt til ansikt. Vi fikk slik gjennomført enkelte intervju på "Microsoft Teams"<sup>11</sup>. Elektroniske møter fikk sin renessanse under den globale covid-19-pandemien (Tjønndal & Fylling., 2021), og en stor andel yrkesaktive har nå blitt vant til å delta i nettmøter.

---

<sup>11</sup> Elektronisk kommunikasjons- og samarbeidsplattform

Utvalget av informanter består av sykepleiere som jobber på kirurgiske sengeposter, da disse har erfaring med hygienisk klargjøring av operasjonspasienter. Vi valgte følgende inklusjon- og eksklusjonskriterier:

**Tabell 3:** Inklusjons- og eksklusjonskriterier:

<b>Inklusjonskriterier:</b>	<b>Eksklusjonskriterier:</b>
Sykepleier på kirurgisk sengepost	Ren dag-/ eller nattstilling
Vårt regionale helseforetak	Ledere
≥ 75 % stilling	Administrative stillinger
Tredelt turnus	

Disse kriteriene mente vi kunne sikre oss at sykepleierne hadde rikholdig og variert erfaring ettersom preoperativ hygienisk klargjøring skjer døgnet rundt, og ulike vaktkategorier kunne medføre ulike utfordringer for sykepleieren. Vi ønsket også at sykepleieren hadde en relativt høy stillingsprosent for å sikre mest mulig regelmessig erfaring. Videre hadde vi ingen videre føringer for kjønn, etnisitet, religion eller antall års erfaring. Vi ser at noen av disse punktene *kan* ha innvirkning på gjennomføringen av preoperativ hygiene, men vi vurderte at vi ikke kunne være for snever i frykt for å ekskludere store mengder informanter. Vi tenkte også at dersom vi kun rekrutterte sykepleiere med mange års erfaring kunne vi miste relevante erfaringer til mindre erfarne sykepleiere. Vi ekskluderte sykepleiere som jobbet i ren dag- og nattevaktstilling, samt ledere og sykepleiere som jobbet i administrative stillinger (Polit og Beck, 2017).

Vi hadde initialt tenkt å bruke *snowballing* som rekrutteringsmetode. Snowballing er ifølge Polit og Beck (2017) en rekrutteringsmetode hvor informanten rekrutterer nye informanter innenfor deres nettverk. Snøballen “ruller”, og slik treffer man flere informanter. Vi prøvde innledningsvis å rekruttere gjennom denne metoden, men erfarte at vi måtte sende ut gjentagende forespørsler, uten at vi fikk rekruttert informanter. Vi kontaktet dermed avdelingssykepleiere ved ulike kirurgiske sengeposter i vårt helseforetak, hvorpå de rekrutterte sykepleiere på vegne av oss.

### 3.2.3 Utvikling av intervjuguide og pilotintervju

Intervjuguiden skal inneholde stikkord om tema vi vil informantene skal si noe om (Malterud, 2017). Vi opplevde dette som en omhyggelig og tidvis krevende prosess, hvor vi jobbet systematisk i forsøk på å kvalitetssikre spørsmålene (Polit & Beck 2017).

Vi forsøkte å sette oss inn i informantens sted, og prøvde å forestille oss hvordan enkelte ord og spørsmål kunne oppleves for informanten. Det var viktig for oss å få informantene til å forstå at hensikten vår ikke var å stille de til veggs, eller kontrollere deres kunnskaper og kompetanse (Polit & Beck 2017, Kvale & Brinkmann 2021). Av samme årsak unngikk vi hvorfor-spørsmål, da disse kan oppleves konfronterende og direkte. Vi prøvde å stille åpne spørsmål for å få fram mest mulig av sykepleiernes egne erfaringer, men samtidig pensle informantene inn på essensen i det vi ønsket å vite noe mer om.

I intervjusammenheng er det av stor betydning at det blir brukt en ordlyd som begge parter har lik forståelse av. Dette for å unngå misforståelser, og for å oppnå en mest mulig felles forståelse (Polit & Beck, 2017, s. 515). I denne intervjusettingen var både informanter og intervjuere sykepleiere, og vi hadde slik et felles faggrunnlag og fagspråk. Dette gjorde det enklere for oss å tilnærme oss informantens livsverden og språk. Det var likevel viktig for oss å være åpen for at informantene kunne avvike fra våre fordommer, og prøvde slik å ha en mest mulig åpen tilnærming til informantene.

Når vi anså intervjuguiden som ferdigstilt, valgte vi å teste spørsmålene og oss selv i intervjurollen ved å ha et pilotintervju. Vi rekrutterte en tidligere sykepleierkollega med flere års erfaring fra kirurgisk sengepost. Dette var en *svært lærerik* erfaring, og vi følte pilotintervjuet satt oss rett tilbake i startgropen som intervjuere. Enkelte av spørsmålene var direkte vanskelig å svare på for pilotinformanten. Intervjudialogen ble tidvis stakkato, og det ble mye pause og komikk ettersom vårt forbedringspotensiale som intervjuere åpenbarte seg. Vi innså at noen av spørsmålene ledet oss til svar som ikke ga relevans for oppgavens tema, samt ga innblikk i viktigheten av å ha en mer logisk rekkefølge og oppbygning av intervjuguiden (Polit & Beck 2017, Kvale & Brinkmann 2021). Etter pilotintervjuet var gjennomført reviderte vi derfor intervjuguiden med ny og rikere erfaringsforståelse (se vedlegg 1).



### **3.2.4 Forskningsetiske overveielser**

For å ta vare på intervjudata valgte vi å bruke håndholdt lydopptager. Lydopptak av person regnes som personopplysninger (Polit & Beck 2017, Kvale & Brinkmann 2021), og vi søkte derfor Norsk senter for forskningsdata/ NSD om tillatelse til å innhente personopplysninger i form av lydopptak med signert samtykke (vedlegg 2).

Det er krav om at informantenes deltagelse baserer seg på et informert, frivillig, forståelig og dokumenterbart samtykke (Polit & Beck 2017). Informantene ble opplyst skriftlig og muntlig om at de kunne trekke seg fra studien når som helst før studiets sluttdato (se vedlegg 3). Dette ville ikke ha noen form for konsekvenser for den enkelte informant (Malterud, 2017). Vi informerte om at intervjuene ble tatt opp med håndholdt lydopptaker. Lydopptakeren ble oppbevart innelåst og utilgjengelig for andre enn oss forskere. Vi slettet lydfilene straks de var gjennomlyttet og transkribert. Intervjuene ble lagret bak en to-trinns-verifisert passordbeskyttet folder, - kun tilgjengelig for oss forskere. Det signerte samtykket til den enkelte informant ble oppbevart innelåst på et annet sted enn lydopptakene. Informantene ble tilbudt å gjennomlese de sitatene vi hadde valgt ut før oppgavens innlevering.

Enkelte intervju ble gjort elektronisk gjennom Teams. Vi valgte da å ikke benytte oss av videoopptak, da vi antok at dette kunne føles ubehagelig og utleverende for informanten (Tjørndal & Fylling, 2021). Vi tok slik kun opp lyd med hjelp av den håndholdte lydopptakeren, mens vi samtidig kunne visuelt kommunisere med informanten, slik som tradisjonelle ansikt-til-ansikt-intervju.

Datamateriale skal være anonymisert og informantene skal ikke kunne bli gjenkjent (Malterud, 2017). Ved å inkludere informanter fra hele helseforetaket styrker vi den enkeltes anonymitet. Vi har også utelatt dialektsspråk, identifiserende navn eller andre gjenkjennbare beskrivelser som fremkom i intervjuene.

### **3.2.5 Studiens begrensninger**

Vi ser at studien kan ha begrensninger ettersom vi har intervjuet få informanter fra kun et helseforetak. Vi kunne kanskje fått større variasjon i data dersom vi hadde rekruttert flere informanter fra ulike helseforetak.

Vi ser også at vår uerfarenhet som forsker og intervjuer kan begrense studien. Tross av å lese litteratur om intervjueteknikk og spørsmålsformulering, kom vi fort til erkjennelsen av at dette er en praktisk øvelse som krever mye praktisk trening. Under transkriberingen la vi merke til

at mulige spontane oppfølgingsspørsmål ble oversett, noe som trolig tilskrives vår uerfarenhet og mangel på fleksibilitet i intervjurollen. Vi erfarte at vi i stor grad fikk mer rikholdig data fra informantene når de kunne fortelle mer eller mindre fritt om et tema.

Rekruttering av informanter gjennom deres ledere er også noe som kan begrense studien. Avdelingssykepleier kan med sin forforståelse velge å forespørre de ansatte han/hun anser som best egnet til intervjuet, og dermed velge ut ansatte som ansees som spesielt dyktig i temaet vi belyser.

Vi kunne også valgt å bruke andre metoder for å belyse problemstillingen. Ved å bruke fokusgruppeintervju kunne man kanskje fått en større diskusjon om erfaringene rundt temaet. Andre metoder, eksempelvis en mixed method-studie<sup>12</sup> med spørreskjema, kunne også vært interessant for å belyse problemstillingen.

### **3.2.6 Gjennomføring av semistrukturert intervju**

Før informantene ankom intervjusettingen kontrollerte vi at alt utsyr fungerte, og at vi hadde medbrakt informasjonsskriv til informanten, intervjuguide, skrivesaker og notatblokk. Intervjuets lokalisasjon var et egnet, nøytralt sted, uten forstyrrende elementer. Noen intervju ble gjort fysisk, mens andre ble utført over Microsoft Teams. Informantene fikk komme med egne ønsker om intervjulokalisasjon, og vi stilte oss fleksibel for å imøtekomme dette. Intensjonen vår var å skape en tryggest mulig ramme rundt intervjusituasjonen.

Vi opplevde allerede etter første intervju at vi var ganske opphengt i intervjuguiden, og dette gav en mindre dynamisk intervjuopplevelse enn vi hadde håpet på. Derfor forsøkte vi å fristille oss med fra intervjuguiden ved de neste intervjuene, slik at opplevelsen ikke ble like rigid. Vi opplevde det som utfordrende å stille åpne nok spørsmål, som samtidig omhandlet spesifikke tema. Vi erfarte at vi ble tryggere i intervjurollen etter hvert som vi fikk praktisk øvelse, dette i tråd med Aristoteles tanker om at teknisk kunnskap er noe man må erfare for å mestre.

I og med at vi er forskere med en vitenskapelig kompetanse var vi bevisst på det asymmetriske maktforholdet mellom intervjuer og informant (Kvale og Brinkmann, 2021). Asymmetrien kan også forsterkes da vi som operasjonssykepleiere har en avansert kunnskap

---

<sup>12</sup> Mixed-method: Kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ analyse i samme studie.

om smittevern og infeksjonsforebygging. I tillegg er vi to som utfører intervjuet, mens informanten bare er én. Vi forsøkte dermed å plassere bord og stoler slik at vi ikke begge to var plassert rett ovenfor informanten, da dette kunne forsterke asymmetrien. Vi prøvde å ha en mest mulig omgjengelig tone og åpent kroppsspråk, og startet intervjuene med å ønske informantene velkommen og takke for deres deltakelse. I de fysiske intervjuene var vi, som informantene, kledd i hvit uniform. Dette er også med på å redusere asymmetrien.

### **3.2.7 Transkripsjon**

Vi transkriberte hvert intervju fortløpende, og alltid før neste intervju. Dette for å ha informantens kroppsspråk, uttrykk og våre spontane fortolkninger av det som ble sagt friskt i minnet. Dette motvirket også sammenblanding av usagt informasjon fra hver informant. Etter transkriberingen lyttet vi gjennom hele intervjuet, samtidig som vi leste det transkriberte tekstmaterialet. Dette for å sikre oss mest mulig korrekt skriftlig gjengivelse av det som ble sagt, samt at fenomener som latter, sukk, nøling og pauser ble adekvat beskrevet. Vi noterte ned refleksjoner etter hvert intervju, deriblant hvilke spørsmål som førte til rikholdige svar, og hva vi burde gjøre annerledes i de påfølgende intervjuene. Malterud (2017) sier man oppdager fort hvilke spørsmål som får informantene til å åpne seg om sin historie når man transkriberer selv.

Intervjuene ble gjennomført våren 2021 i løpet av en periode på seks uker. Man skal intervjuer så mange man opplever nødvendig for å få belyst problemstillingen (Kvale og Brinkmann, 2021). Det ble naturlig for oss å stoppe søken etter flere informanter etter fire intervju. Vi opplevde da å inneha store mengder relevant data, og følte etter det fjerde intervjuet at en ny intervjurunde nødvendigvis ikke ville tilføre noe nytt. Ved færre intervju kan man vie mer tid og ressurser til analysen, ved å gå mer i dybden på det enkelte intervju (Kvale og Brinkmann, 2021, Malterud 2017).

## **3.3 Analyse av datamaterialet**

I kvalitativ forskning har man som regel store mengder med data. Forskeren må arbeide seg gjennom alt datamaterialet for å finne fram til de elementene som har potensiale til å gi ny kunnskap. Uerfarne forskere bør følge andres analysemetoder fremfor å skape sin egen. Dette vil være en kvalitetssikring av metoden da andre forskere kan bruke samme metode for å se om de oppnår lignende resultater (Malterud, 2017).

### 3.3.1 Refleksiv tematisk analyse

Tematisk analyse har vært en kjent kvalitativ analysemetode i flere år, og det finnes flere ulike versjoner skapt av ulike forskere opp gjennom tiden. Virginia Braun og Victoria Clarke er to professorer i psykologi som jobber ved universitetene ved Auckland og Bristol. De beskrev i 2006 sin første versjon av tematisk analyse, og denne har vært omfattende benyttet i kvalitativ forskning<sup>13</sup>. Siden da har de utgitt flere artikler hvor de beskriver sin versjon av tematisk analyse. Det var etter hvert kritikk om at metoden kunne tolkes for åpen og fleksibel, og at det slik var vanskelig å få en felles konsensus om metoden (Braun og Clarke, 2022). De har derfor videreutviklet metoden, og har av dette år utgitt en lærebok i *refleksiv tematisk analyse*<sup>14</sup>, hvor forskerens *refleksivitet* ligger som et gjennomgående premiss under hele den refleksive tematiske analysen.

### 3.3.2 Refleksivitet som premiss

*Reflexivity involves a disciplined practice of critically interrogating what we do, how and why we do it, and the impacts and influences of this on our research.*” ‘

- Braun og Clarke, 2022, s 5.

Vi kan ikke forstå data uten forforståelse (Gadamer & Jordheim, 2003). Når vi som kvalitative forskere utfører- og videre systematisk analyserer intervjudata, bruker vi oss selv som instrument for å fortolke det informantene forteller oss. Vi må slik være kontinuerlig kritisk og vurderende til egen posisjon, og hvordan våre verdisyn, kunnskap, erfaringer og interesser påvirker vår fortolkning av data. I refleksiv tematisk analyse anses forskerens subjektivitet som en styrke og redskap i fortolkningen av data (Braun og Clarke, 2022). Begreper som forskerbias<sup>15</sup> anses her som ikke relevant, da en ren objektiv fortolkning ikke er et oppnåelig mål. Dårlig utført refleksiv tematisk analyse kan i stedet betraktes som underutviklet, grunn eller overfladisk. I motsatt ende beskriver adjektiver som overbevisende, rik, kompleks, dyp eller nyansert en god benyttelse av metoden (Braun og Clarke, 2022, s. 8).

---

<sup>13</sup> Sitert 35182 ganger bare i 2021 ifølge Google Scholar:

<https://scholar.google.com/citations?user=otoYzF8AAAAJ&hl=en>

<sup>14</sup> “*Thematic analysis – A practical guide*”, 2022, Virginia Braun og Victoria Clarke

<sup>15</sup> Når forskningen blir feil eller skjevutviklet på grunn av forskerens subjektive holdninger;

[https://snl.no/bias\\_i\\_forskning](https://snl.no/bias_i_forskning)

Forskeren bruker sin subjektive forforståelse og kunnskap som drivstoff til forskningen, hvor ingenting passivt dukker opp av datasettet, men aktivt graves frem av forskeren gjennom bruk av teori og systematisk analyse som verktøy. Forskeren med sin refleksivitet blir dermed et instrument i egen forskning (Braun og Clarke, 2022).

Refleksivitet skjer kontinuerlig gjennom hele forskningsprosessen, og vil aldri ha et endepunkt (Braun og Clarke, 2022). Dersom vi gjennomfører analysen på et senere tidspunkt kan vi regne med å oppdage andre sider ved dataene, ilegge de andre betydninger og slik fortolke dataene annerledes. Dette i premiss med at vår forforståelse er i konstant endring, og at vi som individer og forskere dermed stadig vil være i utvikling jamfør den hermeneutiske sirkel (Gadamer & Jordheim, 2003; Gilje 2019).

### **3.3.3 Hvordan oppnå refleksivitet?**

Gjennom hele forskningsprosessen har vi begge notert ned tanker, stikkord og refleksjoner i hver vår notatbok. Braun og Clarke (2022) anbefaler bruk av en “reflexive journal” for lettere bevisstgjøre egen forforståelse, og hvordan den påvirker vår fortolkning av data. De anbefaler å notere ned refleksjoner, samt stille seg selv spørsmål om ens initiale responser, eksempelvis *“hvorfør har jeg denne responsen? Hva kan dette bety for forskningen min?”* (Braun og Clarke, 2022, s. 17-19). Underveis i forskningsprosessen tok vi frem notatbøkene som utgangspunkt for å diskutere egne refleksjoner med hverandre. Vi følte dette var svært nyttig for å oppdage og ta del i hverandres like og ulike nyanser og perspektiver. Det var også av interesse å se hvordan refleksjonene våre utviklet seg etter hvert som vi kom lengre ut i analyseprosessen. Spørsmål og refleksjoner vi anla stor verdi ved forskningens startpunkt, ble underveis nedprioritert til fordel for andre poeng vi anså av større betydning.

### **3.3.4 Personlig refleksivitet - vår forforståelse**

Vår interesse for infeksjonsforebygging beror på vår fagkunnskap fra bachelorutdanningen i sykepleie, samt videreutdanningen i operasjonssykepleie. Vi anslår begge å inneha en holistisk tilnærming til pasienten og sykepleiens funksjon, og har begge jobbet kunnskapsbasert med pasienter i hele det perioperative forløpet.

Som sykepleiere har vi bistått pasienten med preoperativ hygienisk klargjøring. Man måtte vurdere hvorvidt hver enkelt pasient forsto hvordan og hvorfor han/hun skulle utføre dusjen, og om han/hun trengte hjelp til dette. Iblant var preoperativ hygiene utfordrende. Dette kunne være på grunn av kognitiv status, smerter, ubehag og bluferdighet. Enkelte ganger forsto man

at hygiene var noe pasienten ikke innebefattet seg med i det daglige. Alle disse erfaringene preger vår for forståelse av hvor utfordrende det kan være for sykepleieren å få pasienten hygienisk klargjort før kirurgi.

Videre har vi vært med på å behandle og gi omsorg til pasienter med kirurgiske sårinfeksjoner. Mange av disse pasientene sitter godt i minnet da de kunne ha lange sykehusopphold med flere kirurgiske sårrevisjoner, intravenøs antibiotikabehandling og komplekse sårstell. Noen måtte være innlagt i flere uker med avansert sårbehandling, noe som hindret pasientens fysiske utfoldelse. Disse pasientene kunne være svært syke og medtatte på grunn av feber og infeksjon. Sårene kunne være smertefulle, væske og avgi vond lukt, og slikt utgjøre et stort sanseubehag for pasienten. Enkelte pasienter synes det var vanskelig å forholde seg til såret, og kunne uttrykke fortvilelse, frustrasjon og utmattelse.

Vi har erfart hvor utfordrende det kan være i en hektisk arbeidshverdag å ta ansvar for en ø-hjelpspasient som akutt innlegges. Planer man la i starten av vekten måtte man regne med kunne endres på. Vi erfarte at ø-hjelpspasienter kunne medføre en økt arbeidsbelastning for den enkelte sykepleier, og man kunne iblant stå i skvis over hva man skulle prioritere. Vi erfarte også at høyt arbeidspress over tid medføre høy slitasje og sykefravær blant personalet. For lite sykepleiere på jobb medførte også at man måtte prioritere hvilke arbeidsoppgaver som måtte utføres, og hvilke man måtte se bort ifra. Av og til måtte hygienisk klargjøring nedprioriteres til fordel for akutte situasjoner med andre pasienter.

Som operasjonssykepleier erfarer vi både å ta imot rene, forberedte pasienter, men også pasienter som er synlig tilsmussede. Noen av disse trenger ytterligere hudrengjøring på operasjonsstuen før huddesinfeksjon kan utføres. Som operasjonssykepleier har man et særlig ansvar for infeksjonsforebygging. Operasjons- og anestesisykepleieren som tar imot operasjonspasienten, innehar en rolle som pasientens portvakt. Gjennom dialog med pasienten, visuell inspeksjon og gjennomføring av sjekklister for trygg kirurgi<sup>16</sup>, etablerer man om pasienten er klarert for det aktuelle inngrepet. Dersom man oppdager avvik må man konferere med kirurg og anestesilege hvorvidt pasienten skal opereres på nåværende tidspunkt. Dette kan oppleves som etisk vanskelig da pasienten i verste fall risikerer å ikke opereres samme dag.

---

<sup>16</sup> Trygg kirurgi sjekklister: En proaktiv, systematisk sjekklister for å forebygge risiko ved kirurgi.

### 3.3.5 Faser i reflektiv tematisk analyse

Refleksiv tematisk analyse er et fleksibelt verktøy for forskeren, og det er naturlig å hoppe frem og tilbake mellom de ulike fasene etter hvert som man utvikler mer inngående kunnskap om forskningstemaet. Refleksiv tematisk analyse har seks faser som vi presenterer raskt nedenfor.

#### Fase én: Bli kjent med datamaterialet.

Braun og Clarke (2022) understreker at denne fasen er tidkrevende, og man må sette av tid til dypdykking ned i materialet. Man må samtidig kritisk anse informasjonen som data, og ikke lengre kun informasjon. Ved å gjøre dette blir man godt kjent med materialets mangfold, og kan oppdage elementer man opplever som interessante eller fascinerende med bakgrunn i forskningsspørsmålet. Man kan her også identifisere mulige mønster som går igjen på tvers av datamaterialet. Vi var allerede godt kjent med rådataene da vi selv utførte datainnsamlingen og den påfølgende transkripsjonen av alle fire intervju. Det var viktig for oss å ikke vektlegge spørsmålene fra intervjuguiden for mye, da disse var påvirket av vår tidligere forforståelse.

Vi leste aktivt gjennom alt tekstmateriale, og markerte områder i teksten vi mente kunne ha betydning for forskningen vår. Vi noterte også stikkord i margen og i hver vår loggbok. Vi gjorde mesteparten av dette arbeidet hver for oss, slik at vi innledningsvis var utsatt for minst mulig av den andres påvirkning, og dermed stod fritt til å oppdage egne refleksjoner om datamaterialet. Vi leste gjennom intervjuene flere ganger, og stilte samtidig kritiske spørsmål til dataene våre. Når vi følte at vi hadde en god kjennskap til dataene, lagde vi hvert vårt tankekart med hva vi mente var sentralt i materialet. Vi satt oss deretter sammen og diskuterte våre funn. Vi opplevde da å se nye sider ved samme data, og opplevde vi satt igjen med en større, felles forståelse. Vi fikk slik innledende tanker til hva dataene omhandlet, samt hvilke utsagn som utpekte seg i forhold til våre forskningsspørsmål.

#### Fase to: Koding.

I refleksiv tematisk analyse er kodene den minste enheten av analysen, og disse skal danne grunnmuren for analysearbeidet (Braun og Clarke 2022). Koding er en organisk prosess som reduserer datamengden og gjør dataene mer oversiktlig og håndterbar. Kodene skal ikke være lagd på forhånd, men i stedet skapes av forskeren når han/hun aktivt leser gjennom datamaterialet, - med forskerspørsmålene og tilknyttet teori som utgangspunkt. Koding er slik en subjektiv prosess da det er vi som forskere som velger ut hvilke sitater vi opplever som

nyttige, samt navngir koden i tråd med vår fortolkning og forståelse. Dersom et sitat kan forstås til å omhandle flere momenter, kan man kode samme sitat til flere kodegrupper (Braun og Clarke 2022).

Man gir hver kode et mest mulig konkret kodenavn. Braun og Clarke (2022) anbefaler at kodenavnet ikke favner for bredt, men heller så presist som mulig forteller leseren hva det aktuelle ekstraktet handler om.

Vi valgte å benytte oss av et kvalitativt digitalt analyseverktøy, NVIVO. Braun og Clarke (2022) argumenterer med at det ikke finnes fasitsvar på om håndskreven koding er bedre enn kvalitative dataanalyseprogrammer. De understreker at dataprogrammet kun er et verktøy for forskeren, og at det er forskeren selv som foretar selve analyseprosessen. Vi opplevde NVIVO som svært nyttig når vi etter hvert i analyseprosessen skulle sortere de ulike kodede tekstekstraktene i egne bolker. Dette for å visuelt muliggjøre skapelsen av temaer. Sitatene la seg oversiktlig under sin bestemte kode, og man kunne slik vurdere om enkelte koder skulle fjernes, flyttes på, slås sammen eller segregeres.

Når vi hadde kodet ferdig tekstmaterialet begynte vi å se nærmere på kodene våre. Koder som var for unike med få sitater var kanskje kodet for snevert, og vi måtte da se på om koden kunne slås sammen med en annen kode som lignet. Andre koder inneholdt igjen veldig mange sitater, men fortalte lite om hva tekstekstraktet handlet om. Disse vurderte vi som for brede og generelle, og vi arbeidet for å få disse redusert i mindre og mer konkrete koder. Vi gikk så gjennom de ulike kodene igjen for å se om de ga oss mening, og om det tilegnede kodenavnet stemte overens med dataekstraktene.

Braun og Clarke (2022) fremholder at kodingen i refleksiv tematisk analyse *aldri* kan kalles fullført, da forskeren alltid vil kunne oppdage nye elementer ved sitt datamateriale. Man skal heller selv subjektivt selv vurdere når “nok er nok”, og slik gå videre til neste fase hvor man leter etter tema.

### Fase tre: Danne initiale tema.

I refleksiv tematisk analyse skal et tema samle sammen et vidt spekter av data som er forent av en felles idé eller mening. Disse kan være åpenbare eller mer subtile, men samtidig ha klare grenser for hva det inkluderer og ekskluderer (Braun og Clarke 2022). Temautvikling er



en prosess hvor forskeren bruker seg selv som redskap, med sine ressurser og begrensinger, til å arbeide fram temaene fra det kodede materialet.

I den innledende fasen studerte vi alle kodenavnene og de tilhørende sitatene. Vi jobbet både i NVIVO-programvaren, og med penn og papir. Ved å flytte rundt på og organisere kodenavnene som lignet hverandre, og samtidig skape avstand mellom de som skilte seg ut, oppdaget vi enkelte tydelige mønstre blant de kodede dataene. Vi ga disse initiale temaene navn etter hva vi opplevde de fortalte oss. Vi brukte tankekart for å illustrere hvordan kodene hang sammen, og det ble slik lettere å se mønstre i dataene enn når man kun så de oppstilt i NVIVO. Noen koder vurderte vi som ikke relevante, og de samlet vi i en egen “diverse-kategori”.

Videre anbefaler Braun og Clarke (2022) at forskningen ikke bør gape over for mange tema, men akkurat nok til at de sammen forteller en historie i bakgrunn av forskningsdataene. Man trenger ikke ha et eller flere subtema under hvert tema, men kun der man opplever det vil styrke det dataene forteller. Har man for mange tema eller subtema risikerer man at analysen blir fragmentert med lite mulighet for analytisk dybde.

#### Fase fire: Utvikle og gjennomgå tema.

I denne fasen skal man på ny reengasjere seg med de kodede ekstraktene, samt gjennomgå hele datasettet på ny. Man skal både kontrollere at de initiale kodegruppene er praktisk og levedyktig, og samtidig vurdere om man må omgruppere eller endre på sammensetningen for at kodene skal ha intern og ekstern validitet<sup>17</sup>. I tillegg skal man sette søkelys på å utvikle en rik og nyansert analyse som besvarer forskerspørsmålene (Braun og Clarke 2022).

Braun og Clarke (2022) fremhever at temaene må være såpass distinkte at de lett kan skilles fra hverandre, men samtidig må de stå sammen som en naturlig helhet. Alle temaene må gi en viss mening sammen, og svare som en helhet på forskerspørsmålene.

Dette var en tidkrevende prosess som innebar flere runder med systematisering, flere tankekart og reorganisering. Vi leste gjennom hele datasettet på ny for å se etter sitater som var relevant, men som vi hadde glemt å kode. Vi vurderte så hvert enkelt tema, og spurte oss

---

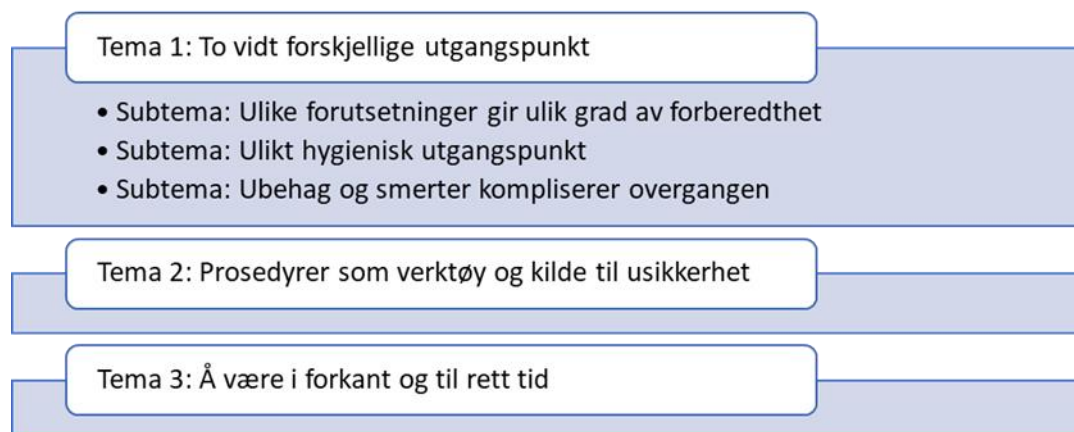
<sup>17</sup>Begreper som gjenspeiler om resultatene av en studie er pålitelige og meningsfylte

selv om temaet var godt nok støttet av data, om det var distinkt fra de andre, og hadde lik mening innad. Underveis i denne prosessen oppdaget vi nye sider av datamaterialet, og vi satt igjen med andre navn på temaene enn vi hadde tidligere i analyseprosessen. Vi valgte blant annet å skrinlegge et initialtema, for deretter å forfremme en kode til et nytt isolert tema.

#### Fase fem: Raffinere, definere og navngi tema.

Denne fasen handler om å skrive fram temaene. Man skal skrive noen setninger om hva hvert enkelt tema omhandler. Braun og Clarke (2022) mener det er nyttig å spørre seg selv om hvert enkelt tema kan gi et klart svar på; hva temaet handler om, hvilken måte temaet avgrenser seg, hvordan det er spesifikt og unikt, samt hva det bidrar til i den helhetlige analysen. Denne prosessen kan være med på å klargjøre om temaet fremstår som definert, og at alle temaene sammen skaper en flyt og mening. Man skal i denne fasen også navngi hvert tema. Et godt temanavn utgjør en kort frase som fanger essensen samtidig som det engasjerer leseren (Braun og Clarke 2022).

Vi jobbet mye med de ulike temaene vi hadde valgt. Etter å inngående studering av hvert enkelt tema, endte vi opp med tre hovedtema; “to vidt forskjellige utgangspunkt”, “prosedyrer som verktøy og kilde til usikkerhet”, og til sist “å være i forkant og til rett tid”. “To vidt forskjellige utgangspunkt” ble videre delt inn i tre subtema, se figur nedenfor:



#### Fase seks: Rapport av funn.

I refleksiv tematisk analyse pågår analyseprosessen også mens forskeren beskriver og diskuterer sine funn. Braun og Clarke (2022) hevder slik at det ideelle vil være å ha et felles funn- og diskusjonskapittel, slik at analyseprosessen illustreres mest mulig som en helhet. Vi opplevde dette som en naturlig og organisk måte å formidle vår analyseprosess, da de utvalgte sitatene kan stå sammen med vår analytiske fortolkning. Vi kommer derfor til å skrive våre funn og diskusjon sammen i neste kapittel, fremfor å stykke disse opp i to separate kapitler.

## 4 Funn og diskusjon

Temaene har som formål å fortelle en historie, hvor sykepleiernes erfaringer med hygienisk preoperativ klargjøring går som en rød tråd gjennom alle temaene. Vi vil belyse ulikhetene mellom elektive og ø-hjelpspasienter, samt belyse hvordan den preoperative hygieniske klargjøringen utgjør en viktig del av pasientens situasjonelle- og helse-/sykdomsovergang.

### 4.1 Tema 1: To vidt forskjellige utgangspunkt

Vi fant mange beskrivende sitater om hvordan ø-hjelpspasienter kan arte seg ulikt fra elektive pasienter. Vi valgte derfor å ha som hovedtema “*to vidt forskjellige utgangspunkt*”, da dette går igjen som hovedfunn under alle de tre påfølgende subtema.

#### 4.1.1 Subtema 1: Ulike forutsetninger gir ulik grad av forberedthet

De fleste informantene omtalte de elektive pasientene som i et strømlinjeformet forløp. De hadde gjennomgått utredning, diagnostisering og videre beslutning om kirurgisk behandling før de ankom sengeposten. Informantene hadde for det meste positive erfaringer med preoperativ hygienisk klargjøring av denne pasientgruppen. Tidsperioden fra diagnose til sykehusinnleggelse hadde gjerne hatt en viss varighet, og pasienter kunne i denne tiden motta og tilegne seg relevant informasjon.

*«De elektive pasientene har vært på hofteskole og kneskole. Googlet og gjort seg klar. De vet at denne uka skal jeg opereres. De har vært på utredning for hvorfor de skal ha den her operasjonen.»*

Informant 1 impliserer her at forberedelsene i forkant av innleggelsen gjør de elektive pasientene mer mentalt forberedt til det perioperative forløpet. De har hatt tid til å lese tilsendt informasjon, rådføre seg med venner og bekjente, samt søke etter informasjon på internett. De

elektive pasientene kan dermed ha en del forkunnskap om hva de skal gjennomgå. Preoperativ undervisning kan være av stor nytteverdi. Det er belyst at preoperativ undervisning *kan* resultere i raskere mobilisering, samt færre liggedøgn på sykehus for pasienten (Thomas, 2021).

Meleis (2010) beskriver at sykepleieren kan lette pasientens overgang ved å kartlegge pasientens kunnskapsbehov og mental forberedthet. Har pasienten realistiske forventninger, vil også problemer forutsees. Sykepleieren kan slik hjelpe pasienten til å forberede seg på kjente vanskeligheter som den aktuelle perioperative overgang kan medføre. Dette krever kunnskap om inngrepet og dets tilhørende risiko, samt hvordan pasientens omgivelser og indre faktorer er med på å påvirke overgangen (Meleis, 2010).

Den elektive pasienten vil på grunn av et visst tidsopphold mellom verifisert operasjon og dato for innleggelse, inneha bedre tid og forutsetninger til å tilegne seg relevant kunnskap. Dette kan ved innleggelse forenkle sykepleierens preoperative informasjon og samhandling med pasienten, da de elektive pasientene allerede har et kunnskapsgrunnlag som sykepleieren kan bygge videre på. Under den preoperative dialogen kan sykepleieren forsikre seg om at pasienten er beredt overgangen (Meleis 2010). Dette innebærer å undersøke om pasienten har forstått informasjonen riktig, eller om forventningene er realistiske eller beror på misforståelser. Man kan i denne dialogen besvare og lytte til den enkelte pasients spørsmål og undringer. Sykepleieren kan slik bistå til at den enkelte pasient tilpasser seg pasientrollen, samt kan veilede hvordan han/hun skal forholde seg til sykehusomgivelsene i det perioperative forløpet (Meleis 2010).

Informant 2 utdyper videre om den elektive pasienten:

*«De elektive pasientene har egne preoperative dager, vi kaller det flytdager. Da kommer de inn 1- 3 uker før operasjon. De snakker med sykepleier, turnuslege, kirurg og anestesilege. De får sykepleieinformasjon. Den ansvarlige sykepleieren for flytdagene er ikke på avdelingen i det hele tatt. De er tatt helt ut, så de trenger ikke tenke på de andre tingene. Når de elektive pasientene kommer kvelden før til oss [innlegges kirurgisk sengepost], så kan det være de har lest informasjonen og har noen spørsmål. Så går man ofte igjennom forventningene, fri mobilisering, ernæring, alle de her tingene som må være fremst i hodet på dem, i tillegg til de fysiske forberedelsene. Det er veldig kontrollerte forhold på de elektive pasientene.»*

Her beskrives det at pasienten har mye informasjon som må bearbeides og forstås i forkant av operasjonen. Ettersom den elektive pasienten har mottatt informasjon og/ eller undervisning en viss tid før innleggelse, vil dette være porsjonert slik at det ikke blir en mental

overbelastning for pasienten. Ved å ha en egen preoperativ dag en tid i forkant av operasjonen, vil den elektive pasienten ha tid og anledning til å notere ned spørsmål og mentalt forberede seg på den perioperative overgangen han/hun skal gjennom. Den elektive pasienten er i dialog med flere ulike helseprofesjoner i forkant av inngrepet. Dette kan eksempelvis være kirurg, anestesilege, sykepleier og fysioterapeut. Formålet med dette vil være både diagnostisering, evaluering av pasientens ressurser og informasjonsformidling. Viktige vurderinger hos helsepersonellet vil være hvorvidt pasienten er i stand til å gjennomgå inngrepet uten forhøyet risiko, eller om det er faktorer hos pasienten som bør korrigeres i forkant for å minimere en slik risiko. Dette kan eksempelvis være røykestopp, medisinjusteringer, vektendring eller sjekk av tannstatus med påfølgende infeksjonssanering (Anderson & Sexton., 2022). Det vurderes også om det er behov for tilpasninger i omgivelsene rundt pasienten. Dette kan innebære praktisk tilrettelegging av pasientens hjem, kontakt med hjemmesykepleie, opptrening og ivaretagelse av "livet rundt". Gjennom å bruke Meleis (2010) overgangsteori kan man teoretisere at god tid i den preoperative fasen muliggjør en tilrettelagt og forutsigbar overgang hos pasienten. Sykepleiere kan, ved å kjenne til overgangen, planlegge og sette i gang relevante tiltak hos den enkelte pasient. God tid i forkant av inngrepet muliggjør en kapasitet for sykepleieren og annet helsepersonell til å ta i betraktning flere dimensjoner hos pasienten og hans/hennes liv. Pasientens overgang skjer ikke i et vakuum, men vil være påvirket av pasientens omgivelser, omsorgspersoner, samt hvilke andre overganger pasienten simultant gjennomgår (Meleis, 2010). Andre bekymringer kan fremstå som viktigere for pasienten enn den perioperative overgangen han/hun selv skal gjennomgå. Pasienten bør sees på som et komplekst individ, hvor flere brikker må være på plass for at overgangen kan oppleves som god eller vellykket.

Ø-hjelpspasienten kan ha en vesentlig kortere preoperativ fase enn den elektive pasienten. Ø-hjelpspasientene kan samhandle med mye av det samme helsepersonellet og profesjonene som de elektive pasientene, men dette vil være komprimert til en mye kortere tid i forkant av operasjonen. Sykepleierne må derfor planlegge og prioritere hvilke tiltak som haster mest for ø-hjelpspasienten, da det iblant kan være umulig å gjennomføre alle de preoperative forberedelsene før operasjonen. For å vite hva som haster mest må sykepleieren ha god kjennskap til hvilke risikoer den perioperative overgangen kan innebære for ø-hjelpspasienten, samt betydningen av den enkelte preoperative sykepleieintervensjon (Meleis, 2010). Ø-hjelpspasienten er allerede i en uventet og overveldende situasjon, og vil ha andre forutsetninger til å tilegne seg ny kunnskap enn den elektive pasienten. Sykepleieren må

derfor kartlegge ø-hjelpspasientens behov på en mer omfattende måte enn den elektive pasienten, da dette nødvendigvis ikke er gjort på forhånd før innleggelsen.

Ved en akutt sykehusinnleggelse vil ikke ø-hjelpspasienten ha samme mulighet til å planlegge og forutse hvordan den postoperative rekonvalesenstiden hjemme blir. For å sikre en best mulig overgang til hjemmet må dette planlegges og tilrettelegges under innleggelsen (Meleis 2010). Har pasienten nær familie eller andre omsorgspersoner som kan bistå? Burde hjemmesykepleie involveres? Har pasienten eller hans/hennes nære utfordringer som de trenger hjelp til å løse? Dette kan være bekymringer pasienten har allerede i det preoperative forløpet, og det er derfor viktig at disse blir adressert.

Informantene var samstemte i å beskrive godt innarbeidede rutiner, prosedyrer og sjekklister for mottak av elektive pasienter, og uttrykte å ha trygghet i hvilke gjøremål og forberedelser den elektive pasienten skulle gjennomgå. Når sykepleieren tar imot elektive pasienter, er en stor del av det preoperative arbeidet kvalitetssikring. Informantene beskrev at de sjekket om pasienten hadde forstått det han/hun hadde lest, og blitt informert om tidligere. Jmfør Meleis overgangsteori (2010) vil det være av stor viktighet at pasienten har realistiske forventninger til overgangen, og at eventuelle uklarheter ryddes opp i. Vi kjente oss godt igjen i sykepleiernes beskrivelser; de fleste elektive pasienter kom ren og forberedt til avdelingen, med en god forståelse av hva de skulle gjennomgå.

Alle informantene beskrev at ø-hjelpspasientenes utgangspunkt opplevdes ulikt fra de elektive pasientene. Denne annerledesheten handlet mye om at ø-hjelpspasientene ikke var forberedt på det de skulle gjennomgå, og at det innebar en brå omveltning å bli akutt innlagt.

Det var flere informanter som nevnte at de møtte ø-hjelpspasienten på et senere tidspunkt enn den elektive pasienten. Dette medførte at de ikke hadde samme flyten i den preoperative klargjøringen, og måtte innledningsvis bruke tid på å undersøke hvilke forberedelser som var gjort og ikke gjort.

*«... Mens ø-hjelpspasienten er det akuttmottaket som mottar. Og de tar innkomst, turnuslegen snakker med pasientene der nede. De gjør undersøkelser før de kommer opp, også tar kanskje vi imot dem sånn halvveis forberedt, og ofte så vet jo ikke vi, er det to timer eller er det en dag før de skal inn til operasjon? Innstillingen er litt annerledes, vi eier kanskje ikke den innkomsten».*

Informant 2 forteller her noe om at sykepleieren på sengepost må skaffe seg oversikt over hva som skal gjøres med ø-hjelpspasienten, og hva som allerede er gjort. Det er sykepleiere og

leger på en annen avdeling som har tatt imot ø-hjelpspasienten. Dermed vet man ikke hvordan pasienten har blitt møtt, eller hva slags informasjon han/hun har fått. Det er derfor av særdeles høy viktighet å få en god rapport av sykepleieren som overflytter pasienten.

Jamfør Meleis overgangsteori (2010) vil sykepleieren på sengepost innledningsvis være uviten om hvordan ø-hjelpspasienten opplever sin overgang, hvilke faktorer som påvirker han/henne, og hvilke andre simultane prosesser som pågår i pasientens liv. Sykepleieren må gjennom rapport, pasientens journal og dialog med pasienten, prioritere hvilke sykepleietiltak som skal utføres, og samtidig utforske hvilke andre prosesser og livshendelser som påvirker pasientens overgang.

Informantene var samstemte i sin oppfatning av hvordan ø-hjelpspasientens manglende forberedelse hadde negativ innvirkning på hans/hennes mentale kapasitet og innstilling.

*“Mens disse ø-hjelpspasientene, de har jo på en måte ikke den forkunnskapen om det de skal gjennom, og det gjør jo også at de har en litt annen innstilling til det, at de kanskje føler seg litt sykere enn det de egentlig er. For mange er det jo veldig traumatisk å havne på sykehus og noen blir jo kanskje mer sykeliggjort og av det”.*

Informant 4 beskriver at ø-hjelpspasienten kan ha en traumatisk opplevelse av det å bli innlagt på sykehus. De kan ha en reell redsel for eget liv og helse, og kan kjenne på en frykt for det ukjente. Med bakgrunn i Meleis overgangsteori (2010) tenker vi dette kan ha sammenheng med hvordan ø-hjelpspasienten mangler mental forberedelse, og slik ikke opplever kontroll over seg selv eller situasjonen. Angst kan trigge kroppslige reaksjoner som svimmelhet, konsentrasjonsvansker, hjertebank og opplevelse av åndenød (Svensson et al., 2016), noe som igjen påvirker pasientens mentale kapasitet til å tilegne seg ny informasjon. Svensson (2016) foreslår at sykepleieren kan redusere pasientens angst ved å lære pasienten mestringsstrategier, og slik bedre håndtere normale, men ubehagelige følelser. De elektive pasientene har, grunnet lengre forberedelsestid, hatt mulighet til å luften og drøfte sine bekymringer og vanskelige følelser på et tidligere tidspunkt. Ø-hjelpspasientene må derimot håndtere all frykt og emosjonelle påkjenninger innenfor et mye kortere tidsrom.

Vi har i Norge en voksende populasjon eldre befolkning, og de fleste ø-hjelpsinnleggelses er mennesker over 65 år. Dette er en faktor som kan gjøre ø-hjelpspasienten mer kompleks enn den elektive (Strand, 2022).



belyser i sin forskning at forebygging av ø-hjelpskirurgi kan utgjøre en besparelse for pasient, helsevesen og samfunn, ettersom ø-hjelpskirurgi i seg selv medfører en økt risiko for komplikasjoner og død for pasienten. Ettersom vi lever stadig lengre, vil vi også leve lengre med kroniske, behandlingstrengende sykdommer. Ved å ha et velutviklet og forebyggende helsevesen, vil man ha forutsetning til å tidligere oppdage tilstander som krever kirurgi, før disse blir akutte.

Ø-hjelpspasientene kan ha akutte og komplekse behov, som vil være av stor viktighet å få ivarett på et tidlig stadium. Den elektive pasienten kan også ha sammensatte behov, men disse vil for det meste være avklart og tatt stilling til før pasienten innlegges. Vi illustrerer dette med et eksempel:

*En eldre mann venter på en elektiv hofteoperasjon. Han involverer familie og helsevesen for å utnytte tiden i forkant av inngrepet godt. Han er bekymret for sin demente kone, og kontakter derfor kommunens hjemmetjeneste. Etter et kartleggingsmøte organiserer de et korttidsopphold på sykehjem for kona mens han er sykehusinnlagt. De får også tilbud om tilsyn og assistanse av hjemmesykepleiere når han er kommet hjem fra sykehus, da han en tid vil forventes å være noe fysisk redusert, samt vil trenge hjelp med bandasjeskift. Hjelpemiddelsentralen har også blitt kontaktet for montering av forhøyet dosete og trappehåndtak, slik at han kan være best mulig i stand til å mestre den nye hverdagen som hofteoperert. Han er også i dialog med sine voksne barn, og de blir enige om å besøke og hjelpe han og moren litt ekstra i tiden etter operasjonen. Den eldre mannen har lagt bekymringen for kona mer til side, og han føler seg nå relativt trygg på at dette skal gå bra. Han føler seg støttet av familien og helsevesenet, og kjenner på en følelse av håp om en mindre smertefull fremtid med "ny hofte". - Dette eksempelet er ment for å illustrere hvordan den elektive pasienten har helt andre forutsetninger til det perioperative forløpet enn ø-hjelpspasienten.*

Vi gjennomgår videre et ø-hjelpsforløp:

*"En eldre mann innlegges sykehuset med ambulansse. Han har falt og knekt lårhalsen. Han har store smerter, føler seg kvalm og redd. Han blir bedt om å faste i tilfelle han kan opereres samme dag. Han får telefonkontakt med sin datter for å få henne til å passe på sin demente kone. Datteren skulle egentlig på jobb, men sier det ikke er noe å tenke på. Han kjenner på en dårlig samvittighet. Han håper at kona har det bra, og at dette ikke gjør henne enda mer forvirret. Han er usikker på hva som skal skje, og hvordan en operasjon vil påvirke han, samt hvor lenge han vil måtte oppholde seg hjemmefra. Han tenker tanker som at dette kan*



*innebære slutten på et selvstendig liv ...*” - Vi ønsker her å illustrere hvordan ø-hjelpspasienten kan ha mange simultane bekymringer, og at en overgang aldri skjer i et vakuum, men samtidig som andre prosesser og overganger skjer i pasientens liv, jamfør Meleis overgangsteori (2010).

Både elektive- og ø-hjelpspasienter er ikke *bare* en “operasjonspasient”. De er komplekse individer, med tilhørende behov for å bli sett og ivaretatt som menneske, individ, familiemedlem og samfunnsborger.

#### **4.1.2 Subtema 2: Ulikt hygienisk utgangspunkt.**

Informantene opplevde de elektive pasientene som mer innforstått med de preoperative forberedelsene som skulle gjøres:

*«Det er også i det skrivet, med tegning, - fokuser på disse punktene. Det står også at de ikke skal ha smykker, klokke eller neglelakk på seg til operasjon. Vi går jo gjennom informasjonsskrivet sammen med dem. Det er jo ikke slik at «i pakken her så har du masse skriv du skal lese», - vi forklarer det også».*

Informant 3 forklarer hvordan informasjonsskrivet blir anvendt i dialogen mellom sykepleier og pasient. Pasienten får ved innleggelse utlevert skriftlig informasjon om inngrep, forberedelser og opptrening. Hos den elektive pasienten kan dette være tilsendt i brevform eller digitalt i forkant av sykehusinnleggelsen. Innholdet i informasjonsskrivet blir i den preoperative informasjonen systematisk gjennomgått av sykepleieren under muntlig dialog med pasienten. Informanten beskriver at han/hun gjennom dette kan forsikre seg om at pasienten har en realistisk forventning til det skal gjennomgås, samt korrigere eventuelle misforståelser. Et godt møte mellom sykepleier og pasient kan også bidra til at pasienten føler seg tryggere i pasientrollen. Sykepleieren kan her også observere, samt kartlegge pasientens funksjonsnivå, for deretter avtale med pasienten eventuell bistand til preoperativ hygienisk forberedelse. Gjennom dialog med pasienten kan sykepleieren bistå til at han/hun gjennomgår en best mulig overgang, med minst mulig risiko (Meleis, 2010). Sykepleieintervensjoner vil her være å berike pasientens kunnskap og ferdigheter, skape realistiske forventninger, samt forsøke å tilknytte en opplevelse av mening til forberedelser og inngrep (Meleis 2010). I og med at alle informantene jobbet på kirurgiske sengeposter, oppga alle å ha omfattende erfaring med den hygieniske klargjøringen av operasjonspasienten. I hovedsak ble den

elektive pasienten betegnet som oppegående og selvhjulpen, noe som forenklet den preoperative hygienen for sykepleierne.

*“... for det meste gode erfaringer med preoperativ hygienisk klargjøring. Ja, spesielt av de elektive pasientene. De har vi jo på en måte forberedt på forhånd og at de skal igjennom dette her, så de er jo godt forberedt på hva de skal igjennom, og som regel ganske oppegående og klare. Og hjelper godt til under klargjøring, og er lett å veilede”.*

Informant 4 beskriver å ha gode erfaringer med den preoperative hygieniske klargjøringen av den elektive pasienten. Ettersom den elektive pasienten har mer forhåndskunnskap om hva han/hun skal gjennomgå, kan man anta at han/hun har større forutsetning til å sette seg inn i de hygieniske forberedelsene. For at pasienten skal mestre den preoperative hygieniske klargjøringen på egen hånd, er det en høy viktighet at den preoperative informasjonen er forstått. De elektive pasientene har også tid og anledning til å kontakte avdelingen for råd og veiledning dersom noe er uklart. Mange elektive pasienter hadde slik gode forutsetninger for å gjennomføre de hygieniske forberedelsene på egen hånd. Dette vil være ressursbesparende for sykepleieren, samt trolig oppleves mindre sjenerende for pasienten.

En pasient som innlegges på sykehus grunnet akutt sykdom, traumer eller uhell, har av naturlige årsaker ikke hatt anledning til å forberede seg noe særlig. Forutsetningen for å dusje, kle seg i rene klær og pakke koffert er ikke alltid til stede, og vil heller ikke være av prioritet for pasienten.

*«Ø-hjelpspasienten, noen av de kan komme inn ganske tilgriset av diverse årsaker, eller at dem ... Ikke alle da, men det er litt annerledes med dem. Altså noen kommer rett i fra ... Kanskje de har vært på arbeid, eller de har vært på fotballtrening, eller de har ligget hjemme lenge».*

Informant 1 forteller om hvordan ø-hjelpspasientene kan innlegges uten noen form for hygienisk forberedelse. Et viktig infeksjonsforebyggende tiltak innebærer å redusere operasjonspasientens mikrobielle hudflora til et minimum før operasjonen (Anderson & Sexton 2022).

Dette gjelder især for ø-hjelpspasienten, som av naturlige årsaker lettere kan være tilgriset av sårpatogene organismer, eksempelvis jord og avføring (Haider et al., 2015).

I tillegg til å bistå pasienten med preoperativ hygiene, må også sykepleieren øke pasientens kunnskaps- og ferdighetsnivå, slik at pasienten forstår viktigheten av de preoperative

hygieniske tiltakene (Meleis 2010).

Andre viktige tiltak i preoperativ infeksjonsforebygging vil være god håndhygiene, rent pasient- og sengetøy, fjerning av pasientens neglelakk, smykker, ringer og piercinger, tannpuss og god munnhelse (Anderson & Sexton 2022).

I det perioperative forløpet kan den preoperative infeksjonsforebyggingen ha store konsekvenser for pasientens overgang, da manglende preoperativ hygiene kan medføre en økt fare for postoperative sårinfeksjoner (Bonnevialle et al 2013). En postoperativ sårinfeksjon vil i seg selv medføre store negative konsekvenser for pasienten og hans rekonvalesens, og kan i de verste tilfeller true pasientens liv og helse (Anderson & Sexton 2022).

Forebygging av postoperative sårinfeksjoner vil også redusere unødvendig antibiotikabruk, og slik utvikling av antibiotikaresistens (WHO 2022). Antibiotikaresistens utgjør en global trussel mot menneskeheten, og det er av høy viktighet å begrense antibiotikabruken til kun nødvendig behandling (WHO 2022). Adekvat preoperativ hygienisk klargjøring vil slik være et viktig ledd i kampen mot antibiotikaresistens.

#### **4.1.3 Subtema 3: Ubehag og smerter kompliserer overgangen.**

Informantene var samstemte i at ø-hjelpspasienten ofte hadde smerter og ubehag i den preoperative fasen.

*«Ja, smerter og ubehag. De kommer jo ikke inn to timer etter de begynte å få vondt. Oftest har jo ø-hjelpspasienten ligget hjemme i flere dager og hatt vondt, så de er jo utslitte».*

.....

*“Ø-hjelpspasienten har jo mye mere vondt. Da er det jo fokus på å prøve å få de stabilisert før man får de til operasjon. Å få de smertefri og få de ... Blodtrykket og ... Få de fastende og oppvæsket og alt det her, så det er fokuset. Vi begynner ikke å pushe de i dusjen når de ligger og har 8 på VAS<sup>18</sup>. Det, det gjør vi ikke».*

Informant 2 forteller om sine opplevelser med ø-hjelpspasienten, og beskriver hvordan smerter og ubehag kan medføre utmattelse hos ø-hjelpspasienten, - allerede før han/hun ankommer sykehuset.

---

<sup>18</sup> VAS – visuell analog skala, målemetode for å gradere subjektive symptomer eller plager.

Når smerter, ubehag, angst og uro herjer i kroppen til pasienten, vil det være utfordrende å få til gode overganger. Pasienten kan ha fysiske og mentale behov som må ivaretas før andre forberedelser kan gjennomføres. Meleis overgangsteori (2010) understreker viktigheten av at pasienten opplever et fysisk- og mentalt velbehag, og at smerter og ubehagelige følelser kan vanskeliggjøre overgangen. Pasienten er ikke mottagelig for verken informasjon eller dusj dersom han ynker seg i smerter, eller er livredd for narkosen. Sykepleieren må gjennom sine intervensjoner lindre pasientens smerter, og samtidig hjelpe pasienten med å mestre følelser som frykt og redsel. Svensson et al (2016) sin undersøkelse viste at sykepleieren kunne fremme følelsen av håp for å hjelpe pasienten håndtere frykt- og angstfølelser. Dette kan være håp om at operasjonen blir vellykket, fjerning av sykdom eller skade, redusering av smerter eller ubehag, eller håp om en bedre hverdag etter operasjonen.

Informantene forteller at ø-hjelpspasienten også kan ha mer medisinsk utstyr, og slik være mer ressurskrevende å få dusjet.

*«Vi prøver jo å få de aller fleste igjennom dusjen. Nå vet jeg at det ikke skjer ... Ø-hjelpspasientene har gjerne mer vondt. De har mer ubehag, de har mer utstyr.»*

.....

*«En ø-hjelpspasient er mer ressurskrevende å få gjennom dusjen.»*

Informant 3 setter ord på hvordan ulikhetene mellom ø-hjelpspasienten og den elektive pasienten kan medføre ulik hygienisk klargjøring. Ø-hjelpspasienten kan ha mer ubehag og vondt, ha mer utstyr tilkoblet, og derfor være mer utfordrende å få hygienisk klargjort enn den elektive pasienten. Der den elektive pasienten lettere kan ha mulighet til å dusje på egen hånd, kan ø-hjelpspasienten behøve både smerte- og kvalmestillende medikamenter, få pakket inn eventuelt medisinsk utstyr som ikke tåler vann, samt kanskje fysisk hjelpes i den preoperative dusjen. Han/hun kan være såpass sliten og medtatt at dusjen kan oppleves som en ekstra byrde i tillegg til å være syk. Den preoperative klargjøringen kan også innebære økt ressursbruk for sykepleieren. Pasientens behov kan innebære at én sykepleier hjelper ø-hjelpspasienten i dusjen, mens en annen rer nytt sengetøy på pasientens operasjonsseng. På grunn av disse ekstra omstendighetene oppleves det muligens at de generelle preoperative rutineene ikke alltid passer helt med virkeligheten.

Når sykepleieren hjelper pasienten med preoperativ hygienisk klargjøring, kan sykepleieren benytte denne situasjon til å gjøre en rekke relevante observasjoner. Sykepleieren kan eksempelvis observere pasientens respirasjon, sirkulasjon, funksjonsnivå og hudstatus.

Jamfør Meleis overgangsteori (2010) vil det være av høy viktighet at pasienten forstår *meningen* med den preoperative hygienen. Dersom pasienten tenker at han/hun må dusje kun fordi det er “rutine”, kan en omfattende preoperativ dusjeprosedyre oppleves unødvendig og ubehagelig. Her må sykepleieren hjelpe pasienten med å tilegne seg pasientrollen, og forklare pasienten på en forståelig måte hvorfor hans/hennes hverdagsklær og uvaskede hud kan innebære en infeksjonsrisiko.

Kommunikasjon med pasienten var trukket fram som en av de viktigste sykepleieroppgavene for å lindre pasientens følelsesmessige ubehag.

*“Men jeg tenker at med å oppdatere pasienten om hva som skjer ... At man ikke går inn og prater med pasienten, det blir mer ... De blir frustrerte av det. De føler de blir glemt, eller at de ikke får informasjon. Så det er viktig å bare gå innom pasienten. Selv om du kanskje ikke har noe nytt, men å bare si at «nei, jeg har enda ikke hørt noe, men skal jeg henge opp litt væske? Ivareta dem. Det forebygger en del spørsmål, eller behov da. Man dekker informasjonsbehovene”.*

Informant 1 beskriver at selv små dialoger kan hjelpe pasienten håndtere den uvisse ventetida, som kan medføre både emosjonelle og fysiologiske belastninger. Man kan forebygge mye preoperativ angst med bare å være til stede og innen rekkevidde for pasienten (Svensson et al., 2016). Denne ventefasen kan utgjøre en anledning til å bli bedre kjent med pasienten, og slik finne ut av hvilke motivasjons- og mestringsstrategier pasienten kan fokusere på dersom følelser som frykt og redsel oppstår. Det er kanskje lettere å åpne seg om vanskelige følelser når sykepleieren på eget initiativ oppsøker pasienten, enn om han/hun må påkalle sykepleieren og dermed føle seg mer til bry. Sykepleieren kan her undersøke om pasienten føler seg forberedt til pasientrollen, operasjonen og det postoperative forløpet. Dette er i tråd med Meleis overgangsteori, med at sykepleieren gjennom sine intervensjoner undersøker pasientens beredskap, forberedthet og hjelper han/hun med å tilpasse seg sin nye rolle (Meleis 2010).

## **4.2 Tema 2: Prosedyrer som verktøy og kilde til usikkerhet**

Prosedyrer utgjør en viktig del av pasientsikkerheten ettersom de beskriver hvordan og hvorfor oppgaver konkret skal utføres. Korrekte prosedyrer er nyttige verktøy i sykepleierens arbeidshverdag, og er med på å kvalitetssikre at pasienter får lik og korrekt behandling (Nylenna, 2018).

Alle informantene brukte prosedyrer aktivt i sin utførelse av sykepleie. Enkelte beskrev at de frigjorde seg fra prosedyrene etter hvert som de gradvis utviklet sin erfaringskompetanse. Den erfaringsbaserte kunnskapen og håndlaget supplerte den initiale forståelsen av prosedyren. Som uerfaren sykepleier trenger man prosedyren som en veiviser, og for å føle seg trygg i utførelsen må man utføre prosedyren flere ganger. Dette kan også forklares med *kunnskapsbasert praksis*, hvor konteksten utgjør den preoperative hygieniske klargjøringen (HENVIS). Sykepleien anvender seg av *forskningsbasert kunnskap* som prosedyren er utarbeidet fra. Den *erfaringsbaserte kunnskapen* er det han/hun har opparbeidet seg av erfaring angående hygienisk klargjøring. Samtidig må sykepleieren inneha *brukerkunnskap*, altså kjennskap til pasienten og slik bidra til *brukermedvirkning* ved tilrettelagt informasjon og veiledning (Helsebiblioteket, u.å).

Prosedyrer opplevdes av alle informantene som svært viktig, og mange brukte disse for å forsikre seg om at man utførte prosedyren rett. En av informantene beskrev tilgjengelighet som viktig i bruken av prosedyrer:

*“Lommekortene fungerer veldig godt. Små påminnelser som man har, også må det tas opp med jevne mellomrom, tenker jeg, det er jo sånn som alt av rutiner, man har jo noen stykker [personell] som er ny eller usikker eller studenter, så det må holdes fokus på det som man tenker er viktig. Men det er klart at å ha hjelpemidler i lomma, det fungerer”.*

Informant 2 forklarer hvordan sykepleierne hadde komprimerte lommeversjoner av enkelte prosedyrer lett tilgjengelig. Disse lommekortene var praktiske da sykepleieren hadde de lett for hånden, og ikke trengte å logge seg inn på PC, eller bla i en perm for å vite hvorfor og hvordan noe skulle gjøres. Informanten beskrev lommekort som et hjelpemiddel som forenklet arbeidshverdagen og som støttet arbeidsflyten til sykepleierne.

Hjelpemidler som støtter sykepleierens arbeidsflyt, vil videre gagne pasientens perioperative overgang. Pasienten vil kunne oppleve sykepleierens trygghet og ro under prosedyrene som betryggende, og slik føle seg sett og ivaretatt i rollen som pasient (Meleis, 2010).

Ut fra et smittevernsperspektiv bør slike lommekort være laget i et materiale som tåler desinfisering. Hvis ikke kan slike lommekort utgjøre en smittefare ved at sykepleieren bruker samme prosedyrekort fra pasient til pasient. Et annet viktig aspekt med slike lommekort vil være å holde disse oppdaterte til enhver tid. Dersom det tilkommer endringer i prosedyrene må dette kommuniseres og endres hos alle som bærer kortene.

De andre informantene forholdt seg for det meste til elektroniske prosedyrer som befinner seg på sykehusets nettverk. De måtte slik bruke tid på å logge seg inn på PC for å kunne lese prosedyren. Dette medførte at prosedyrene opplevdes som noe utilgjengelig. De fleste informantene beskrev det kunne være tidkrevende og vanskelig å navigere i de elektroniske prosedyrene. Det kunne derfor også være vanskelig å vite hvor man fant korrekt prosedyre.

Enkelte inngrep, eksempelvis implantatkirurgi, medfører økte krav til preoperativ hygiene, og kan slik innebære en utvidet preoperativ hygieneprosedyre. Dette må da komme tydelig frem av prosedyren, slik at formålet og viktigheten blir forståelig, samt en begrunnelse på hvorfor prosedyren kan avvike fra andre avdelinger. Andre hygienetiltak som vil være ulik fra avdeling til avdeling vil være neglerens ved håndkirurgi, eller ekstra navlerengjøring ved kirurgi i abdomen, - noe som også kan komme tydelig fram av prosedyren.

Som operasjonssykepleier har vi rutiner på å dokumentere prosedyreavvik. Dette er aktuelt når det ikke er *tid* til preoperativ huddesinfeksjon av pasienten inne på operasjonsstuen. Et eksempel på dette er katastrofe-keisersnitt, hvor tiden inntil barnet er forløst, utgjør en direkte fare for både mor og barn. I slike situasjoner spør man kirurgen direkte om det er tid til huddesinfeksjon. Vi tenker at dette også kan være god praksis på sengepostene. At prosedyren alltid bør være gullstandarden man strekker seg etter; - at pasienten preoperativt skal hygienisk klargjøres etter prosedyre, uansett om det er en ø-hjelpspasient eller elektiv pasient. Dersom man av naturlige årsaker ikke klarer å få pasienten hygienisk klargjort, bør man likeledes også dokumentere dette, samt konferere dette med den ansvarlige kirurgen i forkant av inngrepet. Pasienten kan da eksempelvis få en nerveblokkade for å bli adekvat smertelindret og i stand til en tilrettelagt hygienisk preoperativ vask. En standardisert dokumentasjon på manglende utført preoperativ hygienisk klargjøring kan også forenkle smittesporingsarbeid dersom pasienten skulle være uheldig å få en postoperativ sårinfeksjon.

For å ha prosedyrer som støtter sykepleiernes arbeidsflyt, må de være lette å forstå, systematiske, kortfattet, logiske og enkel å bruke. Flere av informantene beskrev en del usikkerhet knyttet til prosedyrene.

*“Men så har det jo vært litt usikkerhet rundt ... For før var det slik at vi brukte Hibiscrub [antiseptisk hudvaskmiddel]. Og da var det slik at da kunne klargjøringen vare i 12 timer i stedet for 6 timer slik det gjør nå. Men nå har vi fått beskjed om at nei, Hibiscrubben, den skal vi ikke bruke. Før kunne vi klargjøre pasientene, altså få*



*dem i dusjen på kvelden, enten på avdelingen eller, ja at dem dusjet på kvelden på avdelingen, da trengte vi ikke å klargjøre de på morgenen. Men nå er vi gått bort ifra det. Og det virker som det har vært litt usikkerhet rundt det, hva som egentlig er den rette måten å gjøre det på.”*

.....

*“Nei, altså det er derfor jeg blir usikker, for vi har ikke fått noe begrunnelse. Jeg tenker Hibiscrubben, den var jo, altså det var jo i dusjen, det er den såpa, er ikke det bedre enn de klutene? Det er jo slike tanker jeg har hatt da. At jeg syntes det var merkelig.”*

Informant 1 deler sin erfaring rundt usikkerhet angående en konkret prosedyre. Her blir merarbeid og mangel på begrunnelse trukket fram som elementer som gjorde denne prosedyreendringen uforståelig, og dermed oppsto usikkerhet om endringen var riktig. Det kommer tydelig fram her at sykepleierne ikke har fått en begrunnelse for *hvorfor* desinfeksjonsmiddelet er erstattet av et annet. I tillegg utgjør denne endringen merarbeid for sykepleieren, da han/hun risikerer å måtte klargjøre pasienten flere ganger dersom pasienten ikke blir operert innenfor angitt virkningstid av desinfeksjonsmiddelet.

I en hverdag med stadige krav til effektiv drift og økonomiske besparelser, samsvarer ikke merarbeidet denne prosedyreendringen medfører med arbeidsflyten til sykepleierne. Dersom mer ressurskrevende metoder viser til en bedre smitteforebyggende effekt, burde dette begrunnes godt under implementeringen. I tillegg burde sykepleierbemanningen økes tilsvarende etter hvert som flere, eller mer tidkrevende arbeidsoppgaver tilkommer. For å ivareta pasienten i dens komplekse perioperative overgang, må det være nok sykepleiere på jobb slik at dette er mulig. Jansson (HENVIS) og Daud (HENVIS) belyser også i sin forskning at sykepleiemangel og økt mengde arbeidsoppgaver for sykepleiere, medfører en økt risiko for sykehusinfeksjoner. Selv om deres forskning har undersøkt intensivavdelinger, tenker vi likevel at dette også *kan* gjelde kirurgiske sengeposter.

Enkelte pasienter kan på grunn av smerter eller handicap være avhengig av omfattende hjelp av sykepleieren for å få gjennomført preoperativ hygiene. Det kan være av stor hjelp for sykepleieren da å få hjelp av flere pleiere i stedet. Dette kan også gjøre det mindre smertefullt for pasienten ved at prosedyrer tar kortere tid, og at snuing eller forflytning kan gjøres mest mulig skånsomt.

Flere av informantene beskrev at pasienter kunne stille spørsmål ved prosedyrene, noe som medførte usikkerhet hos både pasientene og sykepleierne.



*“Det skaper usikkerhet blant pasienter som er gjengangere på andre avdelinger, og som kommer til oss, også sier vi noe, også ... «men det [vaske seg med et bestemt såpemiddel] måtte jeg ikke der, hvorfor må jeg det her?»”*

Informant 3 deler sin erfaring med pasienter som hadde opplevelser fra andre avdelinger og andre sykehus. I og med at prosedyrer i helsevesenet blir utarbeidet lokalt, kan dette medføre et mangfold i anbefalinger av hvordan samme oppgave skal utføres (Nylenna, 2018). Dette mener vi kan medføre store variasjoner i beskrivelser av hvordan en prosedyre skal utføres, og slik være uheldig for pasientsikkerheten. Vi mener prosedyrene ville vært av bedre kvalitet dersom de hadde vært direkte nedtegnet fra nasjonale overordnede prosedyrer. Lokale tilpasninger kunne vært tydelig begrunnet med hvorfor den lokale prosedyren avviker fra norm, eller vektlegger andre momenter enn den nasjonale prosedyren. Dette mener vi kunne medført en økt kvalitetssikring, spesielt ettersom mange sykehusavdelinger er avhengig av utstrakt vikarbruk.

Vi tror at mer samkjørte og like prosedyrer vil medføre at sykepleiere blir tryggere i utførelse av preoperativ hygienisk klargjøring. Pasienten vil da oppleve tilnærmet lik praksis uansett hvilken avdeling eller sykehus han/hun er innlagt på. Dersom enkelte avdelinger har andre prosedyrer, må årsaken til dette komme tydelig frem, slik at både sykepleier og pasient forstår denne begrunnelsen. Usikkerhet vil være en negativ faktor i pasientens overgang, og tiltak rettet for å motvirke dette vil kunne være til hjelp for pasienten (Meleis, 2010).

Når prosedyrer skal utformes vil det være av stor betydning å være bevisst på arbeidsflyten til den som skal utøve prosedyren.

Nettsiden helsebiblioteket.no har tidligere forsøkt å lage et felles, nasjonalt prosedyrenettverk. Etter 01.01.18 opphørte dette nettverket, og det finnes i dag ikke noe nasjonalt nettverk for produksjon av felles kunnskapsbaserte fagprosedyrer. På deres nettside ligger det fortsatt en meny med maler for hvordan man kan utarbeide og oppdatere kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Slik vi ser det kunne dette vært en fin arena, hvor forskjellige kvalifiserte fagpersoner i fellesskap kunne jobbet kunnskapsbasert for å utvikle overordnede nasjonale fagprosedyrer. Dette hadde i vårt tilfelle medført at den preoperative hygieniske klargjøringen kunne fremstått som mer likeverdig for alle operasjonspasienter, uansett om pasienten er elektiv eller ø-hjelp, eller innlagt i sør eller nord.

### 4.3 Tema 3: Å være i forkant og til rett tid

Flere informanter medgir at det er en utfordring å vite når man skal begynne den preoperative hygieniske klargjøringen av ø-hjelpspasienten. De beskriver også at å følge med på operasjonsoversikten kan være en støtte til deres planlegging.

*“Ja, som regel pleier vi å si, at hvis vi ser på nummereringa på operasjonsprogrammet at de står som nummer 1 og 2, så pleier vi å klargjøre ø-hjelpspasientene. Også venter vi til de andre har fått nummer, også følger vi med litt underveis. For klargjøringen varer jo bare i 6 timer. Så det er veldig kjedelig å putte de gjennom dette her flere ganger enn nødvendig”.*

Informant 4 forteller om hvordan operasjonsprogrammet benyttes som rettesnor for å kunne planlegge når preoperative sykepleietiltak skal iverksettes. De fleste informantene opplevde operasjonsprogrammet som et viktig verktøy, men at dette kun var veiledende da det fort kunne endre seg. Pasienter som var høyt prioritert kunne bli skjøvet lengre ned i prioritering på grunn av at andre, sykere pasienter måtte ha forrang.

Informantene beskrev at det var utfordrende at ø-hjelpspasienten ikke hadde noe eksakt klokkeslett å forholde seg til. Ettersom det også for noen er et tidsvindu på hvor lenge en hygienisk klargjøring er holdbar, er det forståelig at den preoperative hygieniske klargjøringen ikke bør iverksettes verken for tidlig eller for sent. Blir pasienten hygienisk klargjort for tidlig, kan det medføre at desinfeksjonsmidlene mister sin effekt. Gjøres det for sent risikerer man at tidsnød medfører at pasienten ikke blir rengjort adekvat, eller at effekten forringes ved at desinfeksjonsmidlene ikke får virket tilstrekkelig lenge.

Dersom den hygieniske klargjøringen må gjøres på nytt, kan det medføre ekstra lidelse for pasienten. For en syk og medtatt pasient kan en ny runde preoperativ hygiene kunne medføre smerter, ubehag, nedkjøling og eksponering. For sykepleieren medfører dette ekstra arbeidsoppgaver i en allerede travel arbeidshverdag, især i de tilfellene pasienten trenger assistanse av en eller flere sykepleiere. Timingen av preoperativ hygiene utgjør slik en stor utfordring for sykepleierne, hvor både for tidlig eller for sen utførelse kan ha negative konsekvenser for pasientens overgang.

I tråd med Meleis overgangsteori (2010) er det viktig at sykepleieren erkjenner at den preoperative hygienien utgjør et viktig punkt i pasientens overgang. Pasienten må forstå hensikten med hygienetiltakene, og at meningen er å redusere risikoen for postoperative sårinfeksjoner. Det vil også være ressursbesparende dersom pasienten er innforstått med at ventetid kan forventes, samt risikoen for at klargjøringen kan måtte gjentas. Dette kan føre til

minst mulig diskrepans mellom pasientens forventninger og opplevd virkelighet. Dersom pasienten ikke har realistiske forventninger, kan han/hun oppleve mistillit til sykepleieren og den perioperative prosessen. Sykepleieren kan risikere å bruke tid og ressurser på å beklage og realitetsorientere, samt forsøke å ivareta håp hos pasienten. Dette gjelder både for elektive- og ø-hjelpspasienter, men især ø-hjelpspasienten da den har et mer usikkert tidsskjema, og ikke samme planlagte operasjonskapasitet som den elektive pasienten.

Kommunikasjonen mellom sykepleierne på sengepost og anestesi- og operasjonsavdelingen var noe alle informantene var opptatte og avhengig av.

*“Vi har jo som regel kontakt med ø-hjelpskoordinator som gir oss informasjon, eller som ringer opp og sier at nå er den pasienten strøket. Men min erfaring er at jeg føler det skjer i vel siste liten. Når vi kan sitte med operasjonsprogrammet på pc-en, også ser vi bare at dette ikke kommer til å gå. Her har det kommet på fem ø-hjelpspasienter, og jeg har tre elektive pasienter på avdelinga som venter på operasjon. Så skjønner man jo at den pasienten ikke blir operert, men allikevel så skal man drøye helt til klokka liksom blir fem på tolv [23.55]. Så ringer de, “nei, beklager, det blir i morgen. Du kan gi pasienten mat fram til midnatt også må han faste igjen”. Det har jeg hatt endel dårlig erfaring med. Men jeg skjønner jo også på en måte deres synspunkt at det plutselig kan skje en åpning, og da er det kjedelig hvis den pasienten ikke er klar. Ja, det er veldig trasig, at de skal ligge å vente så lenge, det er det.”*

Informant 4 sin beskriver sin erfaring med dialogen med ø-hjelpskoordinator. Alle informantene ønsket en bedre kommunikasjon, samhandling og koordinering mellom avdelingene. Dette spesielt for å kunne planlegge slik at man kunne være i forkant med den preoperative hygieniske klargjøringen.

Pasienten er avhengig av vellykkede prosesser i hele det perioperative forløpet. For at samarbeidet mellom de perioperative avdelingene skal bli best mulig, er det viktig at helsepersonellet forstår hvordan de forskjellige avdelingene avhenger av hverandre, og at man har en god innsikt i hverandres arbeidsoppgaver. Pasientens preoperative opplevelser kan prege pasientens per- og postoperative resultat og rekonvalesens. Likeledes kan selve operasjonen og det som skjer i den peroperative fasen på operasjonsstuen påvirke pasientens postoperative fase og rekonvalesens. Avdelingene er slik gjensidig avhengig av hverandre, og pasienten er avhengig av en kontinuitet på tvers av avdelingene for å få en mest mulig glidende overgang (Meleis, 2010).

I overgangsfaser er kommunikasjon mellom pasientens nøkkelpersoner essensiell (Meleis, 2010). Når pasienten går fra pre- til peroperativ fase, vil han/hun begi seg inn i et kritisk

skille, hvor veien videre enten kan gå bedre eller verre. Pasienten går i de fleste tilfeller fra en relativt stabil preoperativ tilstand, til en potensielt kritisk og farlig tilstand som narkosen og kirurgien kan innebære. Ved større operative inngrep er pasienten totalt prisgitt kompetansen til det kirurgiske teamet, samt funksjonen til avansert medisinskteknisk utstyr.

En best mulig pasientovergang krever god planlegging av sykepleieren. (Meleis, 2010). For å kunne planlegge må sykepleieren vite *når* han/hun skal iverksette hygienetiltakene hos pasienten. Kommunikasjon mellom pasientens nøkkelpersoner vil da være av stor viktighet. Den som koordinerer operasjonsprogrammet, må ha en dialog med sykepleierne på sengepost. Meleis (2010) sier at tidslinjen for planlegging er viktig. For sykepleieren er det avgjørende å ha et tidspunkt å forholde seg til, for å i det hele tatt kunne ha forutsetning for å være i forkant med de preoperative forberedelsene. Sykepleierne vi intervjuet hadde mange andre arbeidsoppgaver i tillegg til klargjøring av operasjonspasientene, og de hadde ikke alltid anledning til å logge på en PC for å sjekke om operasjonsrekkefølgen hadde endret seg.

Enkelte ganger blir pasientens operasjon kansellert eller flyttet til neste dag. Dette vil ifølge Meleis (2010) være et kritisk punkt i pasientens forløp. Pasienten må starte helt på nytt med den hygieniske klargjøringen, og må kanskje i tillegg bearbeide emosjoner som skuffelse, frustrasjon og usikkerhet (HENVIS?). Sykepleieren må motivere og individuelt tilrettelegge for at pasienten skal gjennomføre en ny runde med preoperativ hygienisk klargjøring, venting og fasting.

Ettersom flere informanter beskrev kommunikasjonen mellom avdelingene som direkte mangelfull, var det naturlig å diskutere hvordan denne dialogen kunne forbedres. Mange foreslo tverrfaglig samarbeid, hospitering og fokus-uker på tvers av avdelingene. Dette kunne innebære tema som infeksjonsforebygging eller gjennomgang av pasientforløp. Alle tiltak som rettes mot pasienten i de ulike operative fasene er med på å påvirke pasientens overgangsresultat. Kjennskap til hvilke faktorer som hemmer og fremmer overgangen, vil være av stor betydning for å sikre et best mulig resultat for pasienten, og støtter slik Meleis overgangsteori (2010) for å forstå sykepleiers funksjon.

Informantene nevnte preoperative sjekklister for å verifisere at pasienten var klarert og forberedt til det kirurgiske inngrepet. De preoperative sjekklisterne var per intervjudato fortsatt i papirformat, og medfulgte papirene pasienten hadde med seg til operasjonsstuen.

Informantene beskrev at den hygieniske klargjøringen vanligvis ble dokumentert som en

oppsummering i sykepleier rapporten. De stilte seg positiv til å bruke elektroniske sjekklister, da disse kunne være en nåtidsindikator for sykepleierne og ø-hjelpskoordinatoren, og slik bespare telefonforstyrrelser og unødig dialog. Sykepleieren kunne da dokumentere når pasienten var dusjet og klargjort, hvorpå ø-hjelpskoordinatoren har muligheten til å undersøke dette i sanntid uten å ringe avdelingen.

For å avrunde temaet “å være i forkant og til rett tid”, tenker vi også det er betimelig at sykepleiermangelen nevnes. Det skrives kronikker om at det i år mangler 7000 sykepleierstillinger (Hafstad, 2021), og at mangelen vil øke år for år. Sykepleiermangelen i helsevesenet er velkjent, og med en stadig økende eldre befolkning (Strand, 2022), vil mangelen av kyndig helsepersonell med tiden utgjøre et betydelig samfunnsproblem. En av informantene foreslo oppgaveglidning under de preoperative hygieneprosedyrene, ved at grundig opplærte helsefagarbeidere kunne bistå pasienten i dette. Dette er noe som absolutt kan undersøkes, men vi tenker det er vel så viktig å utdanne flere sykepleiere, og ikke minst, beholde sykepleiere i jobb. En adekvat bemanning på sengepostene øker helseforetakenes utgifter, men vil muligens redusere den samfunnsøkonomiske kostnaden ved at færre pasienter får postoperative sårinfeksjoner.

#### **4.4 Implikasjoner for praksis**

Vi ser at studien vår er for beskjeden og smal til å kunne gi grunnlaget til store og absolutte konklusjoner. I kvalitativ sammenheng vil den også være av begrenset størrelse ettersom vi kun har intervjuet fire sykepleiere i ett helseforetak. Vi mener likevel det empiriske datamaterialet kan gi grunnlag for videre forskning på en rekke områder, og slik være med på å tilrettelegge for en enda bedre ivaretagelse av ø-hjelpspasientene, samt identifisere, og dermed forebygge risikofylte overganger for ø-hjelpspasientene.

Andre implikasjoner for praksis vi mener er relevante:

- I sykepleiers grunn- og videreutdanning kan det perioperative forløpet løftes frem for å belyse viktigheten av helhetlig, holistisk sykepleie.
- Man kunne under utdanningen benytte Meleis overgangsteori for en bedre fremstilling av pasientens komplekse utfordringer, og slik illustrert hvordan sykepleieteori kan være et nyttig hjelpemiddel for sykepleieren.

- Bedre kommunikasjon, samhandling og koordinering mellom avdelingene vil trolig forbedre sykepleiernes forutsetning for å planlegge og være i forkant til rett tid.
- Undervisning, hospitering og erfaringsutveksling på tvers av avdelingene kan øke forståelsen for hverandres arbeidshverdag, og bidra til kunnskapsutveksling og gjensidig lagfølelse.
- Utvikling av et nasjonalt prosedyrenettverk kunne kvalitetssikret en mer lik utførelse av prosedyrer.
- Ved å se på oppgaveglidning kan sykepleiere fritas mange oppgaver som i utgangspunktet ikke krever fagutøvelsen. Dette kunne hatt innvirkning på underbemanning og sykepleiermangel, især med overhengende eldrebølge og krav til effektivisering.
- Kan ø-hjelpspasienter som blir liggende lenge å vente på operasjon klassifiseres som øyeblikkelig hjelp, eller burde det vært en annen organisering av disse pasientene?

Gjennom vår forskning foreslår vi at det trengs ytterligere forskning på:

- Forebygging av en del sykdomsfremkallende ø-hjelp ved fokus på helsesjekk undersøkelse og screening.
- Hvordan sykepleieren kan minimere sårbarhet og risiko i overganger for ø-hjelpspasienten, slik at disse forutsees og forebygges best mulig.
- Den uklare operasjonspasienten og dertil sykepleierens utfordringer.

## 5 Avslutning

Vi undret innledningsvis på hvordan den preoperative hygieniske klargjøringen kunne arte seg ulikt hos ø-hjelpspasienten i forhold til den elektive operasjonspasienten. Vi kan på bakgrunn av vår forskning antyde at det *er* preoperative forskjeller i klargjøring av elektive og ø-hjelpspasienter, og at disse forskjellene er komplekse og sammensatt. Forskjellene går i hovedsak ut på at ø-hjelpspasienten har et annet preoperativt utgangspunkt enn de elektive pasientene, samt at ø-hjelpspasienten har et kortere tidsvindu for å få gjennomført alle de preoperative forberedelsene. Ø-hjelpspasienten har en forhøyet infeksjons- og komplikasjonsrate, og økt mortalitet. Tiltak rettet i reduksjon av disse vil være av stor nytteverdi for individ og samfunn.

Det kan innebære en kompleks oppgave for sykepleieren å ivareta og klargjøre pasienten i forkant av operasjonen, især hos ø-hjelpspasienten. Å tilrettelegge for at pasienten skal mestre helse-/sykdoms- og situasjonelle overganger, krever inngående kunnskap, ferdigheter, tverrfaglighet, kommunikasjon og engasjement av alle i det perioperative forløpet, inkludert pasienten selv.

Et perioperativt forløp uten tilleggsbyrden av en postoperativ sårinfeksjon vil være av fundamental betydning for pasienten. Dette fordrer god og tilrettelagt innsats, og ikke minst infeksjonsforebyggende tiltak i alle ledd, fra alle aktører som er involvert i det pasientnære arbeidet. Fravær av infeksjon vil ikke bare komme pasienten til gode, men også ha store samfunnsnyttige goder ettersom pasienten kan komme raskere tilbake til arbeid eller funksjon, og samtidig utgjøre en mindre belastning av helsevesenet.

Prosedyrer oppleves som et viktig hjelpemiddel i sykepleierens utføring av daglige oppgaver, og kan være med på å støtte sykepleiernes arbeidsflyt. Prosedyrens tilgjengelighet kan påvirke hvor ofte og hvordan prosedyren blir brukt. Prosedyreendringer som ikke begrunnes trekkes frem som en kilde til usikkerhet. Ulikheter mellom de kirurgiske avdelingenes preoperative hygieneprosedyrer kan også skape tvil om egen praksis, og skape usikkerhet hos pasient og sykepleier. Vår forskning insinuerer at endring av prosedyrer bør forankres i praksis, samt at variasjoner mellom ulike preoperative hygieneprosedyrer bør ha en tydelig begrunnelse.

Kommunikasjon og samarbeid på tvers av avdelingene vurderes som svært viktig for den helhetlige omsorgen av operasjonspasienten, og svakheter i denne kan vanskeliggjøre sykepleierens planlegging og prioritering. For at sykepleierne skal ha forutsetning for å ivareta adekvat preoperativ hygienisk klargjøring av ø-hjelpspasientene, må de kunne gjøre dette i forkant, da især ø-hjelpspasienten kan ha sammensatte behov som må ivaretas.



## Referanseliste

- Anderson D.J. & Sexton, D.J. (2022). *Overview of control measures for prevention of surgical site infection in adults*. Post. TW (Ed.), UpToDate. Waltham, M.A. Accessed on November 02. 2022. URL: <https://www-uptodate-com.mime.uit.no/contents/overview-of-control-measures-for-prevention-of-surgical-site-infection-in-adults#H4019022927>
- Bonnevialle, N., Geiss, L., Cavalié, L., Ibnoukhatib, A., Verdeil, X., & Bonnevialle, P. (2013). *Skin preparation before hip replacement in emergency setting versus elective scheduled arthroplasty: Bacteriological comparative analysis*. *Orthop Traumatol Surg Res*, 99(6), 659-665. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2013.04.004>
- Daud-Gallotti, R.M., Costa, S.F., Guimarães, T., Padilha, K.G., Inoue, E.N., Vasconcelos, T.N., da Silva C.R.F, Barbosa, E.V., Figueiredo, W.B., Levin, A.S. *Nursing workload as a risk factor for healthcare associated infections in ICU: a prospective study*. *PloS one*, 2012, Vol.7 (12), p.e52342-e52342. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0052342&type=printable>.
- Dreyer, P., Martinsen, B., & Norlyk, A. (2022). *Sykepleiens superhelter: Sykepleieteoretikere som styrker klinisk praksis*. Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2010) *Basale smittevernrutiner i helsetjenesten - veileder for helsepersonell*. Publisert 19.02.2010. Oppdatert 08.06.2022. URL: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/09.-basale-smittevernrutiner-i-hels/?term=&h=1>
- Folkehelseinstituttet. (2019, november) *Definisjoner – helsetjenesteassosierte infeksjoner*. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/helseregistre/nois/norsk-oversettelse-av-de-europeiske-definisjonene-som-inngar-i-nois-november-2019-pdf.pdf>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning. (2021) *Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning*. (FOR-2021-10-26-3095) Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2021-10-26-3095/§18>
- Gadamer, & Jordheim, H. (2003). *Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter* (Vol. 45, p. 122). Cappelen.
- Gilje, N. (2019). *Hermeneutikk som metode: ein historisk introduksjon*. Samlaget.
- Hafstad, A. (2021, 19. Oktober) Sykepleiermangel: *Lever i krise - blir ikke prioritert*. Sykepleien. [Sykepleierne leverer i krise, men det tas ikke grep om sykepleiermangelen \(sykepleien.no\)](https://www.sykepleien.no)
- Haider, A. H. , Obirieze, A. , Velopulos, C. G. , Richard, P. , Latif, A. , Scott, V. K. , Zogg, C. K. , Haut, E. R. , Efron, D. T. , Cornwell, E. E. , MacKenzie, E. J. & Gaskin, D. J. (2015). *Incremental Cost of Emergency Versus Elective Surgery*. *Annals of Surgery*, 262 (2), 260-266. doi: 10.1097/SLA.0000000000001080.



Havens, J. M. , Peetz, A. B. , Do, W. S. , Cooper, Z. , Kelly, E. , Askari, R. , Reznor, G. & Salim, A. (2015). *The excess morbidity and mortality of emergency general surgery*. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 78 (2), 306-311. doi: 10.1097/TA.0000000000000517.

Helsebiblioteket (u.å) *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 2. November 2022 fra [Kunnskapsbasertpraksis.no - Helsebiblioteket](https://kunnskapsbasertpraksis.no)

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64) Lovdata <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>

Jansson, Syrjälä, H. P., & Ala-Kokko, T. I. (2019). *Association of nurse staffing and nursing workload with ventilator-associated pneumonia and mortality: a prospective, single-center cohort study*. *The Journal of Hospital Infection*, 101(3), 257–263. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.12.001>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.utgave. Gyldendal.

Malterud. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg., p. 254). Universitetsforl.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.

Norsk sykepleierforbund (2019) *Norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer*. Opprinnelig årstall 1983. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nylenna, M., (2018, 22. januar). *Faglige anbefalinger i helsetjenesten har som formål å kvalitetssikre og standardisere virksomheten. Også betegnelsene på slike anbefalinger bør kvalitetssikres og standardiseres bedre*. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, ISSN: 0807-7096, Vol: 138, Issue: 2 [Veileder, retningslinje, prosedyre | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](https://www.tidsskriftet.no/2018/01/veileder-retningslinje-prosedyre)

Parmar, Law, J., Carter, B., Hewitt, J., Boyle, J. M., Casey, P., Maitra, I., Farrell, I. S., Pearce, L., & Moug, S. J. (2019). *Frailty in Older Patients Undergoing Emergency Laparotomy: Results From the UK Observational Emergency Laparotomy and Frailty (ELF) Study*. *Annals of Surgery*, 273(4), 709–718. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003402>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63) Lovdata <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§2-1a> <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§2-1b>

perioperative. (n.d.) *Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing*. (2012). Retrieved November 2 2022 from <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/perioperative>

Polit, & Beck, C. T. (2021). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition.; International edition.). Lippincott Williams & Wilkins.

Stigen. (1991). Aristoteles (2. udg., p. 236). Tano.

Strand, B.H., m fl. (2022) Helse hos eldre i Norge. Folkehelseinstituttet. Publisert 17.09.2014  
Oppdatert 17.06.2022. URL: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>

Svensson, M., Nilsson, U., & Svantesson, M. (2016). *Patients' experience of mood while waiting for day surgery*. Journal of Clinical Nursing, 25(17-18), 2600-2608.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.13304>

Thomas, T., Khan, S., Saldanha, K., Ballester, J. S., Stott, R., & Morgan, S. (2022). *Foot school: Preoperative education before day case elective foot and ankle surgery reduces the length of stay after surgery*. Foot (Edinb), 50, 101893-101893. URL:  
<https://doi.org/10.1016/j.foot.2021.101893>

Tjønndal, A., & Fylling, I. (2021). *Digitale forskningsmetoder* (1. utgave. ed.). Cappelen Damm akademisk.

W.H.O. (2018) *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*, 2nd ed, World Health Organization. Retrieved 25.09.2022 from  
<https://www.who.int/publication/i/item/global-guidelines-for-the-prevention-of-surgical-site-infection-2nd-ed>

W.H.O. (2022) *Global report on infection prevention and control*. World Health Organization. Retrieved 23.05.2022 from  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>

## Vedlegg

# Vedlegg 1 - Intervjuguide

## Intervjuguide

*Problemstillingen:*

**Blir den preoperative hygienen til ø-hjelpspasienten ivaretatt på samme måte som hos den elektive operasjonspasienten?**

*Hvilke erfaringer gjør sykepleiere på kirurgisk sengepost seg når de klargjør den ikke-akutte ø-hjelpspasienten til kirurgi?*

### Presentasjon av oss og tema (5-10 min)

- Ønske velkommen og takke for at vedkommende tok seg tid til å stille opp.
- Rask presentasjon av oss og hvem vi er.
- Fortell kort om tema og problemstilling, og at vi ønsker å gjennomføre semistrukturerte intervju med flere sykepleiere for å belyse problemstillingen best mulig.
- Begrepsavklaringer og presiseringer:
  - Elektive pasienter og den «ikke-akutte» ø-hjelpspasienten. Begrense oss fra nødkirurgi.
  - Preoperativ hygiene: Vi beskriver kort hva som inngår i dette. Operasjonsfelt avgjør hva som har betydning.
  - Ikke fokus på hvilke rengjøringsmidler som brukes eller hvordan selve prosedyren blir utført.
- Informere om at det tas lydopptak (eventuelt videoopptak), og at det gjøres korte notater underveis. Vi kommer til å transkribere lydopptaket og trekke ut elementer for å belyse problemstillingen vår.
- Garantere anonymitet og overholdelse av taushetsplikt.
- Intervjuet får ingen konsekvens for informanten som person og arbeidstaker.
- Fortell hva som gjøres med datamaterialet etter prosjektet er avsluttet.
- Opplyse om at informanten har rett til å trekke seg når som helst frem til analysen er gjennomført.
- Anslå tidsaspekt for intervjuet (totalt 30-60 minutter).
- Bli raskt litt kjent, bryte isen. Skape en trygg atmosfære.

- Informerer om at lydopptak startes -

### Introduksjon og problemstilling: (5-10 min)

- Helt generelt, hva tenker du når du hører begrepet preoperativ hygiene?*
- Hva er grunnen til at det er anbefalt at pasienter må dusje eller vaske huden før operasjon?*

- Er det andre faktorer du tenker er viktig for å ivareta en god preoperativ hygiene hos pasienten?

## **Hoveddel:** (20-30 min)

### **Egne erfaringer:**

- Kan du si sånn omtrentlig hvor mange operasjonspasienter du er med å klargjøre i løpet av uken?
  - Hvordan er fordelingen ø-hjelp og elektiv?
- Føler du deg like trygg på preoperativ forberedelse av disse to pasientgruppene? Evt. Hvorfor/hvorfor ikke?
- Erfarer du at du ubevisst eller bevisst gjør forskjell i klargjøringen av disse?
- Hvilke faktorer hos pasienten vanskeliggjør god preoperativ hygiene?
- Hvis du tenker på pasientens ivaretagelse av egen hygiene, hva tenker du er den største prehospitalt forskjellen på den elektive kontra ø-hjelpspasienten?
  - Kan du komme med eksempler?
- Har du opplevd å levere fra deg pasienter til operasjon som ikke er ren/ har utført preoperativ hygiene?
  - Hvis ja, kom med eksempler. Hva skjedde?

### **Kultur, holdninger, rutiner og ledelse:**

- Føler du at avdelingsledelsen eller avdelingens kultur og holdninger har fokus på preoperativ hygiene på generell basis? Utdyp og gi eksempler.
  - Opplever du at det skilles på disse to pasientgruppene? Utdyp gjerne.
- Hva tenker du avdelingen eller helseforetaket kan gjøre for å fremme at pasienten, både elektiv og ø-hjelp, får utført god preoperativ hygiene?
- Hvordan dokumenterer du at preoperativ hygiene er utført?
- Hva tenker du om preoperative elektroniske sjekklister som kvalitetssikring?
  - Hvilke forskjeller har denne kontra sjekklister i papirform?
- Hvordan var opplæringen din med tanke på klargjøring av operasjonspasienter?  Hva ble det fokusert på?
- Har du opplevd avvik knyttet til preoperativ hygiene har vært tema i din avdeling? Hvis ja, fortell gjerne om dette.
- Har du noen innspill til hvordan avdelingen kan ha et godt fokus på preoperativ hudhygiene til alle pasienter?

**Prosedyrer:**

- Hva sier avdelingens rutiner om preoperativ hygiene, og hvor tilgjengelig er disse?*
- Hva tenker du når du leser denne setningen? (viser informanten en prosedyre for preoperativ hygiene som kun nevner elektive pasienter, se vedlegg XX):*
  - Hva tenker du om klargjøringen av ø-hjelpspasienten ut fra denne setningen?*
  - Hva kan valg av ord gjøre med deg som sykepleier?*
  - Hvilke konsekvenser ser du for deg dette kan medføre?*
- Har du noen innspill for å få en god preoperativ prosedyre som inkluderer alle pasienter?*

**Oppsummering og avslutning: (5-10-min)**

Vi oppsummerer kort det viktigste som er kommet fram og om informanten er enig i dette eller ønsker å tilføye noe. Oppklaring av eventuelle uklarheter.

- Hvis du skulle oppsummere det vi har snakket om, hva ville hovedpoengene være?*
- Er det noe du synes vi ikke har vært innom som du vil tilføye angående dette temaet?*
- Hvordan opplevde du å bli intervjuet?*
- Hva kan vi gjøre annerledes?*

- Informerer om at lydopptaket stoppes -

Etter informanten har forlatt rommet tar vi en rask debriefing av intervjuet, spontane reaksjoner og tanker, samt gjennomgang av notater tatt underveis. Eventuelt tilføre tilleggsopplysninger som ikke er notert ned.

# Vedlegg 2 – Godkjenning NSD

[Meldeskjema](#) / [Hvilke erfaringer gjør sykepleiere seg når de klargjør elektive og ø-hjel...](#) / Vurdering

## Vurdering

Referansenummer	Type	Dato
417812	Standard	17.03.2022

### Prosjekttittel

Hvilke erfaringer gjør sykepleiere seg når de klargjør elektive og ø-hjelpspasienter til kirurgi? En kvalitativ studie med fokus på preoperativ hygiene.

### Behandlingsansvarlig institusjon

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

### Prosjektansvarlig

Jan-Thore Lockertsen

### Student

Tone Engen-Tøllefsen og Nora Turner

### Prosjektperiode

14.03.2022 - 02.11.2022

### Kategorier personopplysninger

Alminnelige

### Rettslig grunnlag

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 02.11.2022.

[Meldeskjema](#)

### Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

### DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

### 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.

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

### 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 behandles til nye, uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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.

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).

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/fulle-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!



## Vedlegg 3 – Informasjonsskriv/ samtykkeskjema

### Vil du delta i forskningsprosjektet:

«Hvilke erfaringer gjør sykepleiere seg når de klargjør elektive og ø-hjelpspasienter til kirurgi?

En kvalitativ studie med fokus på preoperativ hygiene.»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere på kirurgiske sengeposter gjør seg når de klargjør elektive og non-elektive pasienter hygienisk til kirurgi. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Ø-hjelpspasienten har en større risiko for postoperative sårinfeksjoner, og har dermed økt risiko for antibiotikabehandling, reoperasjoner og flere liggedøgn på sykehus. Infeksjonsforebygging er derfor av stor betydning for pasienten som individ, men også rent samfunnsøkonomisk da man er tjent med at mennesker holder seg arbeidsfør og friske så langt det er mulig.

Vi ønsker å se på hvilke erfaringer du som sykepleier på kirurgisk sengepost har gjort deg når du klargjør pasientene, med særskilt fokus på om det oppleves forskjellig å klargjøre en ø-hjelpspasient kontra en elektiv operasjonspasient.

Vi ønsker å se på likheter og ulikheter mellom sykepleiernes erfaringer, og undersøke elementer som fremmer god preoperativ hygiene, samt faktorer som kan hemme.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UIT- Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet.

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

Sykepleiere ved kirurgiske avdelinger spiller en vesentlig rolle i pasientens hygieniske preoperative forberedelser, og vi ønsker *din* innsikt i hva *du* opplever som viktig når du klargjør ø-hjelpspasienter og elektive pasienter til kirurgi.

Vi ønsker å intervju sykepleiere som jobber tredelt turnus i minimum 75%-stilling. Antall års arbeidserfaring er ikke relevant, ei heller kjønn, etnisitet eller religion.

Vi rekrutterer informanter ved å forhøre oss med sykepleierkollegaer som «sprer ordet» (snowballing), og videresender denne forespørselen til kandidater de mener kunne tenke seg å delta i en intervjusetting. Vi håper å få tak i 5-6 informanter på denne måten.

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

Du vil få delta i et individuelt intervju, hvor du som informant har en uforstyrret samtale med oss (masterstudenter Tone og Nora) med en tidsramme på 30-60 minutter.

Intervjuet er ikke ment som en utspørring eller test i dine sykepleiefaglige kunnskaper. Vi ønsker at du deler av dine erfaringer og opplevelser knyttet til hygienisk forberedelse av ulike typer operasjonspasienter.

### **Det er frivillig å delta**

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

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

For å dokumentere intervjuet vil vi bruke lydopptak. Dersom vi har et videointervju vil det kun være lydfilen av dette som tas vare på i et gitt tidsrom. Lydfilen sendes kryptert til nettsky straks intervjuet er over ved hjelp av UiO's nettskjema, som er kvalifisert for sensitivt materiale. Vi vil også bruke en håndholdt lydopptaker som back-up i tilfelle app/ nettverk svikter.

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

Det du forteller oss kan med andre ord ikke spores til deg som person eller ansatt, og vil ikke ha noen konsekvenser for deg som arbeidstaker.

Lydfilene vil kun være tilgjengelig for undertegnede og vår prosjektansvarlig bak totrinnsverifisert skytjeneste. Vi vil ikke ta opp lyd av navn eller data som kan identifisere deg.

**Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?** Lydfilen slettes straks intervjuet er transkribert.

Samtykkeerklæringen samt håndholdt lydopptaker oppbevares i låst skap fram til prosjektet er over, se punkt nedenfor.

Opptaket av intervjuet og alle opplysninger vi har om deg vil bli slettet etter prosjektets slutt, planlagt primo november 2022.

**Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?** Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT- Norges arktiske universitet, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

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

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

- UiT, prosjektansvarlig og lektor, ph.d Helsevitenskap; Jan-Thore Lockertsen, e-post: [redacted] tlf [redacted].

- Masterstudent Tone Engen-Tøllefsen, e-post: [REDACTED], tlf: [REDACTED].
- Masterstudent Nora Turner, e-post: [REDACTED], tlf: [REDACTED].
- Vårt personvernombud: e-post: [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no), tlf: 776 46 322 [REDACTED].

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

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 532 11 500.

Vi håper at nettopp **du** har interesse for å delta i vårt forskningsprosjekt!  
Ta kontakt med Tone Engen-Tøllefsen eller Nora Turner på tlf eller mail ovenfor.

Med vennlig hilsen

Jan-Thore Lockertsen,

*Lektor, ph.d. Helsevitenskap*

Tone Engen-Tøllefsen og Nora Turner.

*Masterstudenter i operasjonssykepleie*

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet

**«Hvilke erfaringer gjør sykepleiere seg når de klargjør elektive og ø-hjelpspasienter til kirurgi?**

**En kvalitativ studie med fokus på preoperativ hygiene.»**, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju.
- at mine opplysninger og data behandles frem til prosjektet er avsluttet.
- den anonymiserte dataen fra intervjuet kan brukes til utforming av en forskningsartikkel etter endt oppgave

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

---

----- (Signert  
av prosjektdeltaker, dato)

