



Det helsevitenskapelige fakultet

Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med skriftlig elektronisk rapport ved kirurgiske inngrep?

Gunn Anita Vasshaug

Masteroppgave i Operasjonssykepleie

16.259 ord

SYP-3902

Mai 2021



Sammendrag

Bakgrunn:

Florence Nightingale har, siden hennes nitidige arbeid med systematisering av både sykepleie og generelle helse- og samfunnsproblemer startet, preget sykepleiefagets dokumentasjon og satt standard for nøyaktighet. Forsker har latt seg overraske over den store variasjonen i operasjonssykepleieres skriftlige dokumentasjon og stiller seg undrende til om sykepleiedokumentasjonen påvirkes i for stor grad av tradisjoner, egne meninger og integrerte normer.

Formål:

Formålet med studien er å få ny kunnskap om operasjonssykepleieres dokumentasjonspraksis ved skriftlig rapport fra operative inngrep.

Metode:

Studien har en kvalitativ tilnærming med bruk av to fokusgrupper medd til sammen 11 deltakere. Det er benyttet tematisk tverrgående analyse i form av systematisk tekstkondensering for å analysere det transkriberte tekstmaterialet som kom fram i fokusgruppeintervjuene.

Funn:

Tre hovedkategorier av funn fremkom etter analyse av materialet:

1. Dokumentasjonens betydning
2. Pasientsikkerhet
3. Standardisering av dokumentasjon

Konklusjon:

Resultater fra denne studien viser at måten operasjonssykepleiere i dag dokumenterer på og hva de dokumenterer, har utviklingsmuligheter til å kunne få økt nøyaktighet og til å kunne bli mer entydig, uavhengig av hvilket omsorgsnivå pasienten befinner seg på.

Nøkkelord: Operasjonssykepleiedokumentasjon, elektronisk dokumentasjon, klassifikasjonssystemer

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Formål og hensikt og problemstilling.....	2
2	Bakgrunn for valg av tema	2
2.1	Dokumentasjon av operasjonssykepleie i praksis	3
2.1.1	Operasjonssykepleieres dokumentasjon av sentrale, selvstendige arbeidsoppgaver	4
2.1.2	Juridiske krav for sykepleiedokumentasjon	7
2.1.3	Faglige krav og prinsipper for sykepleiedokumentasjon	7
2.1.4	Sykepleiedokumentasjon.....	9
2.1.5	Klassifikasjonssystemer versus fraser	9
2.1.6	Dokumentasjon og pasientsikkerhet.....	11
2.2	Teoretisk forankring og tidligere forskning.....	13
3	Metode.....	14
3.1	Hermeneutikk	15
3.2	Fokusgrupper	16
3.2.1	Utvalg	16
3.2.2	Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene	17
3.2.3	Transkribering	19
3.3	Analyse	20
	Tabell 1: Eksempel på kondensering	22
3.4	Forforståelse	24
3.5	Litteratursøk.....	25
	Tabell 2: Søkestreng, litteratursøk	25
3.5.1	Manuelt søk	26
3.6	Forskningsetiske overveielser.....	26
3.6.1	Etikk i fokusgrupper.....	27

4	Funn.....	28
4.1	Demografiske data.....	28
	Tabell 3 – Demografiske data	29
4.1.1	Oppsummering av demografiske data.....	30
4.2	Funn fra fokusgrupper	30
4.2.1	Å dokumentere det som er gjort – og å ha «ryggen fri»	30
4.2.2	Pasientsikkerhet og utsatt dokumentasjon.....	36
4.2.3	Standardisering av dokumentasjon.....	39
5	Drøfting	40
5.1	Dokumentasjonens betydning.....	40
5.2	Pasientsikkerhet og utsatt dokumentasjon.....	42
5.3	Standardisering av dokumentasjon	44
6	Forskningskvalitet	46
7	Konklusjon	47
	Referanseliste	49
	Vedlegg 1: Søknad om tillatelse til å gjennomføre masterprosjekt i OPIN-klinikken.....	55
	Vedlegg 2 – Svar fra stedlig leder OPIN-klinikken	57
	Vedlegg 3: Svar fra NSD	59
	Vedlegg 4: Info-skriv med samtykkeerklæring.....	61
	Vedlegg 5: Intervjuguide.....	64
	Vedlegg 6: Skjema – demografiske data.....	66

Forord

I dette mastergradsprosjektet, har jeg studert operasjonssykepleieres dokumentasjonspraksis i forbindelse med kirurgiske inngrep. Jeg har mange års erfaring som sykepleier i en travel kirurgisk avdeling der dokumentasjon som gjelder det enkelte pasientforløp utføres av den som har hatt ansvar for pasienten i løpet av vekten. Dette er også i tråd med hva studenter undervises om i bachelorutdanning i sykepleie (Moen, Hellesø, & Berge, 2008).

Gjennom utdanningen master i operasjonssykepleie med påfølgende arbeidet som operasjonssykepleier, har jeg fått ny kunnskap om dokumentasjon fra et teoretisk ståsted. Dette har inspirert meg til å undersøke hva som er viktig å dokumentere rundt et kirurgisk inngrep.

Jeg er blitt klar over at samme type informasjon fra samme type inngrep formuleres på svært ulike måter. De ulike rapportene kan ha et gyldig og «sant» innhold, men de kan også virke upresise og til en viss grad ufullstendige. Inntrykket jeg har fått av mitt nye spesialfags måter å dokumentere på har gjort meg nysgjerrig på operasjonssykepleieres erfaringer med deres egen dokumentasjonspraksis og hva de anser som viktig og nødvendig å dokumentere.

Å skrive en masteroppgave er en lærerik prosess der jeg som helt ny forsker er blitt utfordret både faglig og akademisk. For å få dette til har jeg vært avhengig av gode støttespillere. Jeg vil rette en stor takk til fagbibliotekar Grete Overvåg for uvurderlig hjelp under søkeprosessen og bibliotekar Jan Frode Kjensli for gode råd og veiledning i samme prosess. Tusen takk til alle som stilte opp som deltakere i fokusgruppeintervjuene slik at jeg fikk funn og analysere! Takk til gode kollegaer for støtte og innspill. Tusen takk til venner og den fine familien min som har holdt ut med meg i denne tiden hvor jeg har vært i en egen «boble».

Til slutt vil jeg takke min mentor, min veileder og motivator under hele prosessen, førsteamanuensis Ranveig Lind.

Harstad, mai 2021

Gunn Anita Vasshaug

1 Introduksjon

Florence Nightingale (1820-1910) har, siden hennes nitidige arbeid med systematisering av både sykepleie og generelle helse- og samfunnsproblemer startet, preget sykepleiefagets dokumentasjon og satt standard for nøyaktighet (Nightingale, 2000). Hun var sterkt opptatt av hvordan sykepleiere og leger kommuniserte opplysninger om pasientene, og poengterte betydningen av at informasjonen nedtegnes og overføres til neste vakt. Statistiske data ble utviklet basert på hennes skriftlige dokumentasjon og med støtte i slike fakta kunne hun begrunne ressursbehov og vise resultater av iverksatte forordninger. Nightingales grunnleggende arbeid og ideer gjenfinnes i dag i epidemiologiske oversikter og i «minste datasett» om sykepleie. Minste datasett er et utvalg av definerte opplysninger fra standardisert dokumentasjon av helsehjelp, for eksempel personopplysninger, kontakt, helseproblem og tiltak. «Minste datasett kan bidra til ressursplanlegging i forhold til reelle hjelpebehov, eller tilrettelegge for å synliggjøre sykepleieres helsehjelp lokalt, nasjonalt og internasjonalt» (Quivey, 2008, ss. 21-22).

Allerede i 1877 skrev Rikke Nissen om sykepleiedokumentasjon «Om sygeberetning m.m.» (Nissen, 1877/2000). I tråd med arven etter Nightingale, poengterte hun betydningen av å observere nøyaktig og overlevere konkrete pasientopplysninger videre. Nissen presiserte at dokumentasjonen skulle overleveres legen i form av sygeberetning. «Sygeberetninger» er ikke journaler. Disse skulle legene skrive, selv om sykepleierne skulle nedtegne sine egne observasjoner. Både Nightingale og senere Nissen viser at sykepleiere har lange tradisjoner i å rapportere om sin pasientpleie. Quivey (2008) beskriver utviklingen av sykepleiedokumentasjon fra ca. 1870 og frem til 2000-tallet da det ble lovfestet dokumentasjonsplikt, og arbeidet med integrasjon av sykepleiedokumentasjon i EPJ (elektronisk pasientjournal) ble intensivert. Denne utviklingen har hatt betydning for dagens dokumentasjonspraksis, og viser at omfanget og betydningen av sykepleieres dokumentasjon har økt med tiden. Quivey slår fast at innføringen av EPJ har stimulert til faglig utvikling av sykepleiedokumentasjonen og for tilrettelegging av en mer dynamisk fremstilling av denne type informasjon. Det ble forventet at innføring av EPJ skulle gjøre dokumentasjonen «enklere og mer oversiktlig». Arbeidet med innføring av EPJ i Norge, startet ved årtusenskiftet. Den første veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ ble utgitt i 2002 av Norsk Sykepleieforbunds Forum for IKT og Dokumentasjon (NSFID) (NSF's faggruppe for E-helse, 2017).

Mange sykepleiere slet likevel med å forstå hva som skulle dokumenteres og hvordan, selv etter at EPJ ble innført. Redaktøren i Sykepleien, Bart Tholens (2016) skrev i en nyhetsartikkel at «sykepleiernes hang til bableprosa» ikke forsvant med EPJ, sannsynligvis fordi datasystemene gir rom for bruk av fritekst. Han mente at «Om sykepleierne hadde hatt en felles og entydig måte å uttrykke seg på, hadde andre hatt lettere for å høre på dem. Men det er langt fram» (ibid., s. 1). Ved innføring av standardiserte kataloger tas det sikte på å dokumentere uten bruk av fritekst. Dette kan ha en positiv betydning og innvirkning på sykepleiernes rolle i behandlingsskjeden, og kan styrke vår profesjonalitet i forhold til andre yrkesgrupper. Men det kan også føre til tap av vesentlig informasjon av kvalitativ art.

1.1 Formål og hensikt og problemstilling

Formålet med studien er å få ny kunnskap om operasjonssykepleieres dokumentasjonspraksis ved skriftlig rapport fra operative inngrep.

Det arbeides nasjonalt via NSF og internasjonalt med å implementere internasjonal klassifikasjon for sykepleiepraksis (ICNP® - International Classification for Nursing Practice). Dette beskrives nærmere i pkt. 2. Det er foreløpig uklart om operasjonssykepleiere vil ha nytte av et slikt dokumentasjonsverktøy. På bakgrunn av dette, har jeg valgt følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med skriftlig elektronisk rapport ved kirurgiske inngrep?

- Hvordan reflekterer de rundt begrunnelsene for sin dokumentasjonspraksis?
- Hvilke refleksjoner gjør de seg om nye måter å dokumentere på?

2 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har latt meg overraske over den store variasjonen i operasjonssykepleieres skriftlige dokumentasjon. Under studiet har jeg i veiledet praksis blitt kjent med de ulike sykepleieres særegne vektlegging av hva de synes er viktig å få med, men som andre igjen ikke gjør noe poeng av å dokumentere. Påvirkes sykepleiedokumentasjonen i for stor grad av tradisjoner, egne meninger og internaliserte normer blant sykepleierne? Jeg har også undret meg over

hvordan dette kan gjøres mest korrekt også for å imøtekomme faglige og juridiske krav. Man kan også stille spørsmål ved om sykepleiedokumentasjon bør ses på i et helhetlig perspektiv der fokus på kvalitet og kontinuitet bør styre hva sykepleieren skal dokumentere og når. Et annet aspekt er om måten å dokumentere på virker inn på pasientsikkerheten og i så tilfelle hvilke implikasjoner dette har.

Sykepleiedokumentasjon omfatter de nedtegnelsene vi sykepleiere til enhver tid gjør i pasientjournalen. Helsejurist Olav Molven beskriver dokumentasjon slik:

Dokumentasjon av helsehjelp er en fortløpende registrering av det som skjer av betydning for pasienten i et sykdoms-, utrednings-, behandlings- og pleieforløp. Å dokumentere innebærer kort uttrykt å skrive ned eller på annen måte registrere observasjoner, prosedyrer, funn, overveielser og tiltak, herunder resultatene og virkningen av disse mv. Dokumentasjonen skal primært være orientert mot å gjengi fakta, men kan og bør også omfatte vurderinger (Molven, 2019, s. 198).

Sykepleiedokumentasjon kan sees på som et kommunikasjonsmiddel og et bindeledd mellom faggruppene som gir helsehjelp. Molven sier at formålet med dokumentasjon først og fremst skal være å ivareta pasientsikkerheten. Alt som nedtegnes skal bidra til kvalitet og kontinuitet i den helsehjelpen som ytes (ibid.).

Når jeg senere i oppgaven omtaler sykepleiedokumentasjon mener jeg også å inkludere dokumentasjon av operasjonssykepleie.

2.1 Dokumentasjon av operasjonssykepleie i praksis

Operasjonssykepleiere har i likhet med all sykepleiepraksis lang tradisjon med å dokumentere sykepleie. Tidligere skjedde dette via håndskrevne notater ved hvert vaktskifte som etter hvert ble scannet inn i pasientjournalen, via stadig flere og mer moderne plattformer med ulike elektroniske journalsystemer. Foruten faglige krav og prinsipper og lovpålagte og juridiske krav til dokumentasjon er det pr. i dag lagt få overordnede føringer for hvordan operasjonssykepleiedokumentasjon skal utføres.

2.1.1 Operasjonssykepleieres dokumentasjon av sentrale, selvstendige arbeidsoppgaver

Lovverket pålegger operasjonssykepleiere å dokumentere tiltak som er faglig relevant for pasientbehandlingen og det som oppfattes som sentrale, selvstendige arbeidsoppgaver.

Operasjonssykepleieres sentrale selvstendige oppgaver anses først og fremst og være av forebyggende art for å sikre pasienten mot ytterligere lidelse eller skade som inngrepet i seg selv utgjør. Disse oppgavene kan være i form av forsvarlig leiring for å unngå trykk-, strekk- og nerveskader, infeksjonsforebyggende tiltak, hypotermiforebygging og forsvarlig kontroll av kirurgiske instrumenter og kompresser, samt medisinteknisk utstyr (Christensen, 2018) (NSFLOS, 2016) (Heizenroth, 2015).

Operasjonssykepleierens terapeutiske ansvar omfatter fire funksjoner: forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende ansvar. I denne forbindelse beskrives i operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse, pkt. 4.1, bokstav f.:

Sikrer pasienten ved å forebygge ytterligere skade og lidelse enn det behandlingen/undersøkelsen utgjør i seg selv, for eksempel i forhold til:

- forsvarlig leiring for å unngå trykk-, strekk-, og nerveskader
- utøvelse av infeksjonsforebyggende tiltak i forhold til pasient, personell og utstyr
- forebygge hypotermi
- forsvarlig kontroll og håndtering av instrumenter, kompresser osv., samt av medisinsk teknisk og teknisk utstyr (NSFLOS, 2016)

2.1.1.1 Forebygging av leiringsskader

Leiringsskader oppstår oftest fordi tilstrekkelige forebyggende tiltak ikke har vært iverksatt. Målet med leiring av pasienten på operasjonsbordet er å gi kirurgen optimal tilgang uten å overskride kroppens fysiologiske og anatomiske grenser. I tillegg til å sørge for opprettholdelse av adekvat respiratorisk funksjon og blodsirkulasjon, jevn fordeling av kroppsvekt og uhindret administrasjon av anestesi, skal pasienten også leires på en måte som forebygger trykk-, strekk- og nerveskader (leiringsskader). Som operasjonssykepleier må man forstå de anatomiske og fysiologiske endringene som skjer ved leiring av pasienten på operasjonsbordet. Disse endringene påvirkes av mange indre og ytre faktorer i tillegg til

faktorer som er spesielle for operasjonspasienten. Når man planlegger leiring av operasjonspasienten må man ta hensyn til type inngrep, varighet, anestesimidlenes virkning og type leiring. Indre faktorer som kan spille inn er alder, andre sykdommer som for eksempel diabetes, ernæringsstatus, mobilitet og kroppstemperatur. Ytre faktorer kan være type underlag/madrass, friksjon og fuktighet som oppstår mellom to flater og skyveeffekt, som vil si at pasienten sklir på operasjonsbordet ved leiringsendring peroperativt (Hansen & Brekken, 2018) (Heizenroth, 2015).

2.1.1.2 Hygiene og forebygging av infeksjoner

Sanitet og hygiene ble for alvor satt på dagsorden tidlig på 1800 tallet. Samtidig som Florence Nightingale snakket om hygienens betydning ved stell av syke, og den ungarske legen Semmelweis, ved hjelp av systematiske studier, viste at en kunne redusere forekomsten av barsel-feber på hospitalene ved å desinfisere hendene med klorkalk (Eide & Lockertsen, 2018). Den skotske kirurgen Lister videreutviklet Louis Pasteurs ideer om å desinfisere omgivelsene med karbolsyre, og denne teknikken, senere kalt «antiseptikk», ble sett på som et gjennombrudd for den moderne kirurgi. Den «aseptiske» teknikken ble etterhvert etablert ved at en ved hjelp av varme med sterilisatoren kunne drepe alle mikrober (ibid.).

Smitteoverføring og smittespredning skjer ved hjelp av flere faktorer og disse faktorene omtales ofte som smittekjeden. Smittekjeden består av flere ledd som kan føre til infeksjon og smitte: smittestoff, smittekilde, utgangsport, smittevei (-måte), inngangsport og smitemottaker. Smitteforebygging skjer ved brudd i smittekjeden. Infeksjonsforebygging baseres også på tverrfaglig samarbeid hvor det likevel stilles høye forventninger til operasjonssykepleieren som har utfyllende kunnskaper på dette fagområdet (Spry, 2015).

2.1.1.3 Forebygging av hypotermi

Utsiktet hypotermi (kjernetemperatur mindre enn 36°C) er en av de vanligste komplikasjonene ved kirurgi og en av operasjonssykepleiers viktige oppgaver er å redusere faren for temperaturfall hos operasjonspasienten. Nedkjøling medfører ubehag og kan gi økende blødningstendens, økt fare kardiovaskulære komplikasjoner (hjerteinfarkt, arytmier), økt fare for trykksår, postoperativ sårinfeksjon og dårligere sårtilheling. Pasientene taper varme ved ulike mekanismer. Noen er kalde ved ankomst til operasjonsavdelingen.

Anestesimidler kan føre til at temperaturen senkes med 0,8-1,6°C i løpet av den første timen, men faller deretter langsommere. Varmen ledes også fra pasienten til et kaldt operasjonsbord. Samtidig foregår fordampning fra munnhule og luftveier, hudoverflate og sårhule - mer ved lavere luftfuktighet. Operasjonsstuens kontinuerlige luftavtrekk fører til at oppvarmet luft rundt pasienten byttes ut med ny, kald luft.

Det er en kontinuerlig prosess å forhindre utilsiktet hypotermi der operasjonssykepleieren må ha kjennskap til de fysiologiske konsekvensene ved hypotermi, hvordan varmeutveksling skjer mellom kroppen og omgivelsene rundt og hvilke tiltak som skal settes i verk.

Forebygging av hypotermi krever et tverrfaglig samarbeid der alle parter har ansvar for å kvalitetssikre sine prosedyrer. På operasjonsavdelingen utfører vi varmebevarende og varmetilførende tiltak. Varmebevarende tiltak består av å tilpasse stuetemperaturen til minimum 21°C hos voksne og 24°C hos barn. Temperatur under 24°C vil gjøre at pasienten taper varme. Unntaket er pasienter med brannskade der stuetemperaturen bør være over 30°C.

Varmetilførende tiltak, som gir pasienten så mye varme at kjernetemperaturen økes, settes i verk dersom inngrepet eller situasjonen tilsier at pasienten står i fare for å bli hypoterm (Rothrock, 2015), (Eide P. H., 2018).

2.1.1.4 Forsvarlig kontroll og håndtering av instrumenter, kompresser, medisinteknisk utstyr

Gjenglemte kompresser, nåler eller instrumenter etter kirurgisk inngrep er en komplikasjon med potensielt store konsekvenser for pasienten. Operasjonssykepleier sikrer pasienten mot at dette skjer gjennom telling av kompresser før inngrepet starter, før sårhuler lukkes og etter inngrepets slutt. I tillegg telles disse ved personalbytte for eksempel ved vaktskifte.

Kompresser som brukes i åpne hulrom har røntgenråd, slik at disse lettere kan gjenfinnes ved hjelp av røntgenstråler dersom hulrommene er lukket og en etter telling ser at en eller flere kompresser mangler. Telling av nåler og ekstra instrumenter og utstyr kontrolleres ved utlevering og etter inngrepets slutt. Telling og kontroll skjer på en slik måte at den visualiseres, høres og bekreftes av begge operasjonssykepleierne (McCarthy, 2015). Etter at det er bekreftet dokumenterer den koordinerende operasjonssykepleieren at utstyr, instrumenter, nåler og kompresser stemmer.

2.1.2 Juridiske krav for sykepleiedokumentasjon

Lov om helsepersonell og Lov om pasient- og brukerrettigheter forplikter, ifølge Moen et al. (2008) sykepleierne i forhold til dokumentasjon i pasientjournalene.

Lov om helsepersonell § 39 (1999) sier følgende om dokumentasjonsplikt:

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet helsepersonell. [...]

Lovgivningen følges gjerne av forskrifter som Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet. Forskrift om pasientjournal (2019) har som formål å bidra til at

- a) pasienter ved hjelp av relevant og nødvendig dokumentasjon kan gis helsehjelp av god kvalitet, inkludert effektive og gode pasientforløp
- b) personvernet ivaretas, inkludert pasientens rett til informasjon og medvirkning
- c) helsehjelpen kan kontrolleres i ettertid

For alle som dokumenterer i pasientens journal er det viktig å ha in mente at pasienten også har rett til innsyn i sin egen journal (Pasient-og-brukerrettighetsloven, 1999). Dette stiller krav til måten det dokumenteres på, og innebærer at man må formulere seg tydelig og korrekt. Ved en pasientklage vil journaldokumenter gjennomgås og de kan bli brukt i en eventuell rettssak. Det ovenstående kan forstås slik at det som blir dokumentert skal være konkret og lett forståelig, bidra til kvalitet og kontinuitet i den helsehjelpen som blir gitt, for på den måten å ivareta pasientsikkerheten.

2.1.3 Faglige krav og prinsipper for sykepleiedokumentasjon

Operasjonssykepleiernes dokumentasjonsplikt er også redegjort for i operasjonssykepleiernes landsgruppe (NSFLOS) (2016):

Sikrer kontinuitet i sykepleien til pasienten ved å dokumentere operasjonssykepleien som utføres. Dokumentasjonen skal inneholde alle nødvendige og relevante tiltak (Lov om helsepersonell §§39, 40) og skal følge gjeldende system og retningslinjer for dokumentasjon ved arbeidsstedet.

Operasjonssykepleiere har altså et selvstendig ansvar for det de dokumenterer, og eventuelt også for det de unnlater å dokumentere. I tillegg til å dokumentere hvilke tiltak som er iverksatt, bør også årsaken til at de valgte tiltakene er iverksatt fremkomme. For operasjonssykepleiere kan det som oppfattes som særlige spesifikke selvstendige tiltak, være av forebyggende art, som forebygging av hypotermi, leiringsskader og infeksjoner (Christensen, 2018). I den praktiske gjennomføringen av arbeidet under pågående operativt inngrep, utføres dokumentasjonen som regel av den koordinerende operasjonssykepleieren. Hen har mange hensyn å ta, og skal til enhver tid ha oversikt over situasjonen på operasjonsstua. Selv om det i pasientjournalforskriftens § 7 (2019) står at pasientjournalen skal «føres fortløpende og uten ugrunnet opphold etter at helsehjelp er gitt» (Christensen, 2018), kan det i praksis være utfordrende å dokumentere kontinuerlig og derfor må man ha søkelys på *når* i forløpet det er mulig og mest hensiktsmessig å dokumentere.

Operasjonssykepleie rettes både mot det direkte og det indirekte arbeidet med å gjøre det beste for pasienten. Det direkte pasientrettede arbeidet består i å «observere, vurdere og tolke pasientens behov for sykepleie før, under og etter det kirurgiske inngrepet, og iverksette og dokumentere hensiktsmessige tiltak» (Eide & Dávøy, 2018). Det indirekte pasientrettede arbeidet består i å tilrettelegge for at det kirurgiske inngrepet skal bli mest mulig vellykket. Operasjonssykepleiere har også et terapeutisk ansvar (NSFLOS, 2016). Dette ansvaret får direkte konsekvenser for pasienten fordi det er en pasientnær funksjon, som innebærer helhetlig pleie og omsorgsfull hjelp i forhold til pasientens ulike behov.

Dokumentasjon av operasjonssykepleie følger pasienten videre i systemet og kan få konsekvenser for videre sykepleie, oppfølging og behandling. På samme måte kan også operasjonssykepleieren benytte seg av pasientopplysninger dokumentert i journalen før operasjonen fordi disse opplysningene på lik linje kan få konsekvenser for det som skal skje inne på operasjonsstua (Christensen, 2018). Noen eksempler på dette: En pasient har tidligere vært operert i buken og skal til en diagnostisk laparascopi. Som operasjonssykepleier kan man forberede seg på at denne pasienten med sannsynlighet kan ha adheranser som kan medføre at den planlagte kikhullsoperasjonen konverteres til åpen kirurgi. Da bør utstyret være lett tilgjengelig og pasienten leiret på en slik måte at hen vil tåle lengre operasjonstid. Operasjonssykepleieren forbereder seg også mentalt og utstyrmessig dersom en pasient som opereres som øyeblikkelig hjelp står på antikoagulantia der en kan forvente økt fare for blødninger. Dette bringer oss videre til at dokumentasjon, dersom den er oppdatert og riktig kan sees på som en informasjonskanal, og bidra til økt pasientsikkerhet i hele pasientforløpet.

Som sykepleier vil vi bruke deler av pasientjournalen som informasjonskilde for å planlegge og utføre sykepleie til pasienten. Informasjonen som hentes kan brukes for å orientere oss om hva som har betydning for å kunne yte forsvarlig sykepleie (Moen, Hellesø, & Berge, 2008).

Pasientjournalen skal «synliggjøre den helsehjelpen pasienten har mottatt. Den skal være et arbeidsredskap for samarbeidende personell, og den skal være et juridisk dokument med høy etterrettelighet» (Moen, Hellesø, & Berge, 2008, s. 217).

2.1.4 Sykepleiedokumentasjon

Det finnes flere etablerte dokumentasjonssystemer for bruk i helsevesenet. Den mest kjente er DIPS (Distribuert Informasjons og Pasientdatasystem i Sykehus), som trolig er den ledende leverandøren av e-helsesystemer til norske sykehus. (Sandvand & Vabo, 2007). DIPS Arena er den nye generasjonen av DIPS, og sies å ha et moderne brukergrensesnitt der det utvikles støtte for kliniske prosesser og for strukturert informasjon. I den forbindelse innføres MetaVision, en elektronisk kurveløsning som blir en integrert del av pasientjournalen. Den gir oversikt over pasientenes ulike parametere for eksempel temperatur, puls, blodtrykksmålinger, medisindoser, laboratoriesvar og observasjoner. Også hvilken behandling som er gitt, skal gis samt andre opplysninger med relevans for det videre pasientforløpet. Det elektroniske kurvesystemet har funksjonalitet som i stor grad grenser til, og til dels overlapper funksjonaliteten i DIPS Arena. Når begge systemene tas i bruk, skal klinikerne få en mest mulig helhetlig prosess- og beslutningsstøtte gjennom hele pasientforløpet. I følge ansvarlig person i Helse Nord for opplæring i bruk av MetaVision for operasjonssykepleiere, er systemet i liten grad tilpasset operasjonssykepleiernes dokumentasjon. Vedkommende hadde likevel tro på at MetaVision er et godt dokumentasjonsverktøy for operasjonssykepleie. Det arbeides dessuten med å finne en felles plattform for hvordan operasjonssykepleiere i UNN skal bruke MetaVision i forhold til dokumentasjonen i Dips, for å unngå unødvendige dobbeltføringer.

2.1.5 Klassifikasjonssystemer versus fraser

Klinisk kommunikasjon er utveksling av budskap mellom to eller flere aktører, og det er en gjensidig prosess der meldinger blir utvekslet enten verbalt eller nonverbalt (Heyn (red.), 2018). Kommunikasjonsmetoden ISBAR har vært testet ut for å sikre at riktig og viktig

informasjon følger pasienten fra et ledd til et annet i helsevesenet. «ISBAR er et strukturert kommunikasjonsverktøy for muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell om pasientobservasjon og behandling» (ibid.), for eksempel ved overlevering av pasient til oppvåkningsavdelingen etter operasjon. Forkortelsen står for: I: Identifikasjon. S: Situasjon. B: Bakgrunnsinformasjon. A: Aktuell tilstand før og nå. R: Forslag til løsning, råd, oppsummering.

Det finnes flere kode- og klassifikasjonssystemer med standardiserte og kodede ord, begreper og uttrykk som tidligere var ment til bruk for dokumentasjon av sykepleietiltak (Moen, Hellesø, & Berge, 2008). Med disse systemene kunne man ved å søke på kodede begreper hente ut og sammenstille data til faglige og administrative formål.

Tidligere forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund (NSF), Eli Gunhild By sa i 2016 at «NSF er optimistiske med tanke på fremtiden» og er opptatt av å få gode EPJ-systemer som understøtter sykepleiernes arbeidsprosesser til beste for pasientene. Derfor mener NSF at det må innføres et felles fagspråk for sykepleiedokumentasjon, og denne intensjonen står fast nå fem år senere. Systemet gir muligheter til å uttrykke detaljerte vurderinger, intervensjoner og resultater som vil kunne gi grunnlag for uttak av statistikk (By, 2016).

NSF har i flere år jobbet med å implementere internasjonal klassifikasjon for sykepleiepraksis (ICNP® - International Classification for Nursing Practice). Hovedmålet med ICNP er, ifølge Laukvik med flere (2017) å forbedre sykepleie over hele verden. «Terminologien legger til rette for at man kan uttrykke sykepleiediagnose, sykepleietiltak og pasientresultat». Bruk av ICNP vil også kunne danne grunnlag for uttak av data til videre forskning og bruk til utviklings- og styringsformål (NSF's faggruppe for E-helse, 2017). Dette vil bidra til at vi kan jobbe mer kunnskapsbasert, og øke pasientsikkerheten og kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen. Sykepleiernes del av det tverrfaglige samarbeidet kan dermed bli styrket.

I Norge er det professor Mariann Fossum ved Universitet i Agder som styrer arbeidet med implementeringen av ICNP (International Council of Nurses, 2019). Hensikten er å etablere et nasjonalt nettverk for å integrere og bruke ICNP® gjennom utdanning, forskning og klinisk praksis. Verdens helseorganisasjon (WHO) har anerkjent ICNP® til bruk for klassifisering av pasientdata og kliniske aktiviteter innenfor området sykepleie samt i beslutningstaking og

utvikling av retningslinjer for å forbedre helsetjenesten og bidra til kommunikasjon og statistisk rapportering på tvers av nivåene i helsetjenesten.

ICNP beskrives slik:

The International Classification of Nursing Practice (ICNP®) er et verktøy for kommunikasjon av informasjon. Terminologien legger til rette for å uttrykke sykepleiediagnose, sykepleietiltak og pasientresultat og begrepssettet er designet for å være en integrert del av den globale informasjonsinfrastrukturen. ICNP®-begrepene kan kodes og på den måten kan man bruke data som er samlet til å analysere pasientutfall, planlegge og administrere sykepleien og til å fremsette økonomiske prognoser for helsetjenesten (ibid).

Fraser er for eksempel et forhåndsdefinert standardisert dokument som kan brukes ved standardiserte kirurgiske inngrep. Innsettelse av kneprotese eller hofteprotese eller sectio er eksempler på slike inngrep. Hver av disse inngrepene har hvert sitt forhåndsdefinerte dokument som ved to tastetrykk kan hentes frem ved dokumentasjon. I dette dokumentet kan en på en rask og enkel måte føye til eller trekke fra de opplysningene som er spesielt og individuelt for dette inngrepet.

2.1.6 Dokumentasjon og pasientsikkerhet

Utgangspunktet for all sykepleie er den situasjonen pasienten er i. Dette gjelder også sykepleie til operasjonspasienten. En operasjonspasient defineres av Moesmand & Kjøllesdal (2004) som:

Pasienter som på grunn av sin helsetilstand må gjennomgå undersøkelser og behandling som medfører at de midlertidig mister/fratas kontroll over egen situasjon. Dette vil oftest gjelde pasienter som gjennomgår et kirurgisk inngrep.

Operasjonspasienten er ofte i en sårbar situasjon med en følelse av at noen andre overtar kontrollen over ens liv. Det er ikke bare ved avgjørende, livstruende situasjoner at pasienten er sårbar. Sårbarheten kan også skyldes at han har begrenset mulighet til å opprettholde sin integritet innenfor personlig sfære (ibid.). Noen opplever både maktesløshet og tap av kontroll i en fremmed situasjon.

Det kirurgiske pasientforløpet, eller det perioperative forløpet, består av preoperativ-, peroperativ- og postoperativ fase. Den preoperative fasen begynner når beslutningen om operasjon er tatt, tidspunkt for operasjon er bestemt og planleggingen av inngrepet er startet (ibid.). Den preoperative fasen er det tidsrommet pasienten oppholder seg i operasjonsavdelingen inkludert selve det kirurgiske inngrepet. Her må pasienten forholde seg til hele operasjonsteamet. Den postoperative fasen kan vare fra timer til dager. I denne fasen skal pasientens fysiske tilstand stabiliseres og eventuelle postoperative smerter, ubehag og kvalme lindres. Gradvis skal pasienten gjenvinne kontroll over sin egen situasjon. Etter opphold på oppvåkning/intensiv blir pasienten sendt til sengepost for videre oppfølging før hjemreise (ibid.).

I løpet av disse fasene blir pasientene, som beskrevet over, flyttet eller overført mellom de ulike avdelingene. Spesielt kan pasientoverføring fra operasjonsavdeling til overvåkning-/intensivavdeling være risikofylt med tanke på pasientsikkerhet. Dette skyldes blant annet at samtidig som informasjons- og ansvarsoverføring skal skje, kan pasienten trenge overvåking av vitale funksjoner (Reine, 2018).

Et overordnet mål for helsetjenesten er et pasientforløp som på en effektiv måte ivaretar pasientsikkerheten. Selv om både anestesi- og kirurgiteknikkene de senere år er sikrere enn før og komplikasjoner og dødsfall i forbindelse med anestesi og kirurgi er drastisk redusert, oppstår det likevel fra tid til annen komplikasjoner. Dette kan ofte skyldes problemer knyttet til samhandling og kommunikasjon (ibid.).

Ulike faggrupper på de ulike avdelingene kan ha ulike forventninger til overføringssituasjonen. Dette kan føre til dårlig kommunikasjon og ufullstendige rapporter. Utelatelse av viktig pasientinformasjon kan i verste fall føre til pasientskade (ibid.). Fullstendig og nøyaktig informasjon og dokumentasjon bidrar til sikrere informasjonsflyt og at helsepersonell får den informasjon som trenges for å ivareta pasienten på en god måte.

Et av tiltakene som er satt i gang for å øke pasientsikkerheten i slike overføringer er kommunikasjonsverktøyet ISBAR. Det har vært testet ut for å sikre at riktig og viktig informasjon følger pasienten fra et ledd til et annet i helsevesenet. Dette er viktig for pasientsikkerheten (se pkt. 2.1.5).

2.2 Teoretisk forankring og tidligere forskning

I tillegg til å bygge på lovverk, operasjonssykepleie og sykepleiefaglig tenkning, er nyere forskning viktig i dette forskningsprosjektet. Stor nøyaktighet preger fagfeltet operasjonssykepleie, som nøye observasjoner av pasienten før, under og etter inngrepet. Dette er pasientnær sykepleie. Professor i sykepleie og filosof Ingunn Elstad er særlig opptatt av sykepleieres nøyaktighet i observasjon og deres ansvar for å følge med pasienten. Hun sier at det spesielle med sykepleieobservasjonen er at den er kontinuerlig, i «sann tid», i pasientens tid. Sykepleieren kan se, vurdere, forstå og handle ut fra sin kunnskap og forståelse. Elstad legger vekt på at sykepleieobservasjonen blir utviklet som en kroppslig vane, og som Nightingale sier, en «second nature» (Elstad, 2014). Elstads sykepleietenkning, som også er inspirert av Florence Nightingale og Kari Martinsen, vil i denne studien bli anvendt til å drøfte studiens funn.

Ved innføringen av moderne kirurgi i perioden 1867-1880 ble faglært sykepleie avgjørende fordi sykepleierne fikk ansvar for anestesi og antiseptikken, og senere aseptikken. Dette er «teknisk sykepleie» som ble legedelegert til sykepleierne, og bidro til at leger og sykepleiere fikk et tettere samarbeid (Elstad, 2014). Denne «medisinske modellen» var todelt.

Sykepleieren hadde på den ene siden fortsatt en underordnet assistentfunksjon i forhold til legen, mens hun på den andre siden hadde hovedansvaret for at pasientene kom seg etter inngrepet. Modellen bidro til at sykepleiefaget utviklet seg sterkt og ga sykepleierne et større kunnskapsgrunnlag til å kunne forstå sykdommers utvikling, konsekvenser og logikken i behandlingsformene (ibid.).

I sammenheng med nåtidens observasjoner av pasienter til operasjon, har både anestesisykepleieren og operasjonssykepleieren observasjon av pasienten som en kontinuerlig aktivitet. Særlig gjelder dette å observere endringer hos pasienten. Elstad, som sykepleier og forsker, er opptatt av at sykepleiere må forstå og observere i direkte kontakt med pasienten, og ikke kun gjennom målinger og registreringer (ibid.). For anestesi-observasjoner kan man i moderne overvåkning støtte seg på digitalt registrerte og lesbare registreringer. Disse er for en stor grad lagret og dermed etterprøvbare, noe som er et krav som Elstad knytter til observasjon opp mot dokumentasjon: «Observasjonane som skal dokumenterast, skal vere «gyldige og etterprøvbare», og det som ikkje er dokumentert, skal reknast som *ikkje utført*» (ibid., s. 78). Etterprøvbarhet kan imidlertid være problematisk for observasjoner operasjonssykepleieren gjør av kropp, av leiring og av endringer. Med referanse til

Thomassen (2012), sier Elstad at dette har å gjøre med at pasientens tilstand ikke er statisk og man må følge med på endringene med nøyaktige observasjoner. Det kan være forandring til det verre eller til det bedre eller også uten endring, det må også følges med på.

Operasjonspasienten overvåkes for vitale parametere fra hjerter, lunger og nervesystem. Men kroppen, med alle instrumenter tilkoblet, må fremdeles følges med et aktivt og søkende blikk. Når observasjonene blir som en «second nature» som nevnt tidligere med henvisning til Nightingale, da går observasjonene ut over det å registrere data eller resultat av målinger (ibid.). Da handler observasjoner om å lete etter og fange opp tegn til endringer mens disse kanskje bare er i en sped begynnelse. Nettopp i overvåkingssituasjoner med tilgjengelige elektroniske, kontinuerlige målinger, mener Elstad at man ikke må undervurdere den praktiske kunnskapen som innebærer evne til å se og å skjelne noe fra noe annet, å sanse med øynene og med hendene og derved utfylle bildet målbare verdier gir om pågående endringer.

En virkelig observant sykepleier kan formidle verdifulle fakta etter sin observasjon i motsetning til oppfatninger som formidles av en mindre observant sykepleier, ifølge Nightingale (2000). Dette understrekes av viktigheten av å vite hva og hvordan observere og å vite forskjell på hvilke tegn som viser bedring og hvilke som ikke gjør det og hvilke tiltak som i så fall må settes i verk (ibid.).

3 Metode

I enhver studie er det forskningsspørsmålet som bestemmer metoden. I denne studien har jeg valgt en kvalitativ tilnærming gjennom bruk av fokusgrupper med operasjonssykepleiere for å kunne belyse og svare på forskningsspørsmålene.

Som forskere må vi velge en metode som gir oss svar på det vi ønsker å vite. Mens kvantitativ forskning søker objektive fakta i form av målbare enheter, får kvalitativ forskning frem subjektiv og intersubjektiv mening i menneskelige forhold, hvordan noe henger sammen, hva som blir tenkt, sagt, gjort og erfart (Elstad, 2014).

Kvalitativ forskning skiller seg derfor fra kvantitativ forskning ved forståelse i stedet for forklaring, nærhet til forskningsmaterialet og en åpen interaksjon mellom forsker og informanter (Tjora, 2017). Et slikt forstående perspektiv er hermeneutisk, og det er vanlig å si at kvalitative studier forholder seg til et fortolkende paradigme, der forskeren har fokus på deltakernes erfaringer. I kvalitativ forskning er man derfor interessert i å samtale med mennesker som har førstehånds erfaring med fenomenet som skal studeres (Polit & Bech,

2020). Operasjonssykepleierne jeg intervjuer kan sies å ha førstehånds erfaring med sin dokumentasjonspraksis og jeg ønsker å få utdypende kunnskaper om deres overveielser over hva som bør dokumenteres ved kirurgiske inngrep. Kvalitativ metode er derfor en god tilnærming.

3.1 Hermeneutikk

Hermeneutikk handler om forståelse og er vesentlig ved fortolkning av data i en undersøkelse. Hermeneutikk kommer av det greske ordet «hermeneutike», som betyr tolkningskunst. I denne studien vil hermeneutiske fortolkningsprinsipper bidra til å sikre gyldige fortolkninger av transkribert tekst fra fokusgruppeintervjuer. Et av disse prinsippene er frem- og tilbakeprosessen mellom deler og helhet, ofte fremstilt som den hermeneutiske sirkel. Den hermeneutiske sirkel illustrerer hvordan forståelse som prosess arter seg, fra helhetsforståelse via delforståelse, til ny helhetsforståelse. Forståelsen endrer seg over tid, men blir ikke avsluttet (Kvale & Brinkmann, 2015).

Også i klinisk praksis som sykepleier anvendes hermeneutisk tenkning. Man forstår noen nye tegn til endring hos pasienten på bakgrunn av det allerede forståtte. Elstad (2014, s. 87) uttrykker dette som at en foreløpig forforståelse er inngangen til å forstå mer:

For å kunne gi trygg sjukepleie må vi forstå; for å forstå må vi utføre sjukepleie til pasienten, samtale og observere. Det er ein sirkel: For å kunne forstå må vi allereie forstå. For å kunne pleie må vi allereie pleie.

Når sykepleieren møter pasienten, har hen med seg en forforståelse om hvordan tilstanden til pasienten er og hva vedkommende trenger. Denne forforståelsen kan bli enten bekreftet, endret, justert eller forkastet fordi sykepleieutøvelsen endrer forståelsen. Forståelsen blir til forforståelse for nye handlinger som igjen blir endret. Denne praktisk, hermeneutiske arbeidsmåten i sykepleie er derfor i mitt arbeid med studien nyttig og overførbar inn i tyding av tekster som utlegger praksisnær sykepleie. Hermeneutisk tenkning er derfor vesentlig i analysen av studiens forskningsmateriale.

3.2 Fokusgrupper

Fokusgrupper er en rasjonell metode for innhenting av kvalitative data når vi vil utforske fenomener som gjelder felles erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (Malterud, 2012). Hensikten med denne samtaleformen er å kunne utvikle ny kunnskap på bakgrunn av de erfaringer informantene deler med hverandre og med moderator, som leder gruppen. Det er i interaksjonen man søker å frembringe data, ved at deltakerne stimulerer og inspirerer hverandre. Muligheten øker for å få fram flere aspekter av informantenes opplevelser av fenomenet man undersøker, når dette fenomenet er noe alle deltakerne i gruppa kjenner til (Tjora, 2017). En stor fordel ved fokusgruppeintervju er at det er effektivt. Som forsker får du på kort tid synspunkter fra flere mennesker samtidig (Polit & Bech, 2020). Polit & Bech hevder at interaksjonen og gruppedynamikken kan føre til dypere meningsuttrykk. Det er nettopp interaksjonen i gruppene som kan få fram noe nytt, på tvers av det enkelte gruppemedlems syn. Man skal likevel være oppmerksom på at dynamikken i gruppen kan fremme en gruppekultur som kan hemme individuelle tanker og meninger. Særlig kan dette være en risiko der et eller flere gruppemedlemmer har en sterk posisjon i miljøet gruppen er sammensatt fra. Moderator må derfor være årvåken og trekke inn andres synspunkter, men også gjøre utvalget med omtanke.

3.2.1 Utvalg

Homogenitet innen gruppene vil kunne styrke gruppedynamikken på flere måter. Samtidig må man balansere homogeniteten mot variasjonen blant deltakerne, både innad i gruppene og mellom gruppene (Malterud, 2012). Ut fra opplysninger oppgitt i tabell 3A under demografiske data, var deltakerne i fokusgruppene i denne studien homogene med hensyn til arbeidssted, deltakelse på type operasjoner og bruk av samme type dokumentasjonssystem. Fokusgruppene var delvis heterogene med hensyn til deltakernes alder og antall år de hadde praktisert som operasjonssykepleiere. Gruppemedlemmene kan i samtalen oppleve gjenkjennelse og derfor også identifisere seg med hverandres erfaringer. En annen fordel er at når gruppemedlemmene kjenner hverandre fra før, er de trygge på hverandre og det kan bli lettere å få fri flyt i diskusjonen. Deltakerne kan diskutere og snakke om sine erfaringer og gi tilbakemeldinger på hverandres uttalelser (ibid.). Moderators utfordring i kjente grupper er at hen må være ekstra våken, og gjerne stille kritiske spørsmål hvis samtalen dreies bort fra temaet.

Det er vanskelig å bestemme eksakt hva det optimale antall deltakere i hver fokusgruppe bør være. Dersom gruppene har mange deltakere, kan det innebære større variasjon og bredde. Samtidig øker kravene til moderators evne til å styre samtalen (Malterud, 2012). Dersom en fokusgruppe skal vare ca. 1 time og alle deltakerne skal få komme til orde, drøftet min veileder og jeg oss fram til at i dette prosjektet ville det være relevant å ha to fokusgrupper med 4 – 6 deltakere. Dette ble ansett som å være overkommelig både for å kunne styre samtalen godt, få involvert alle deltakerne og med tanke på bearbeidelse av datamaterialet. Operasjonssykepleierne som skulle inngå som informanter ble tilfeldig valgt ut av avdelingsleder etter følgende inkluderingskriterier: Fast ansettelse som operasjonssykepleier, varierende alderssammensetning og antall år som operasjonssykepleier. Et viktig eksklusjonskriterium som ble meldt muntlig til den som skulle gjøre utvalget, var å ikke inkludere operasjonssykepleiere som hadde noen form for lederposisjon, fordi dette med nødvendighet ville påvirket maktbalansen i gruppen og derfor kunne gi et kvalitativt dårligere innhold.

3.2.1.1 Intervjuguide

Det ble tidlig i prosessen utarbeidet en semistrukturert intervjuguide (se vedlegg 5) og denne har nøye sammenheng med studiens problemstilling. Intervjuguiden er basert på forskningsspørsmålene, og eksisterende kunnskap om rapportering i sykepleiefaget. I mindre grad ble det spesifikt funnet forskning om dokumentasjon i operasjonssykepleie, utover det lærebøker bidrar med (Christensen, 2018). Spørsmålene ble formulert som utforskende, åpne og ikke konstatende. Eventuelle stikkord og oppfølgingsspørsmål var klare på forhånd for å få utdypende svar og for å komme videre i intervjuet dersom det stoppet opp. Jeg hadde også drøftet med fokusgruppens sekretær hvordan vedkommende kunne skyte inn forløsende spørsmål. Kvale og Brinkmann (2015) vektlegger betydningen av å få frem så mange forskjellige synspunkter som mulig i fokusgruppen gjennom en åpen og ikke-styrende intervjustil.

3.2.2 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene

Fokusgruppeintervjuene ble avholdt på et forhåndsbestilt skjermet møterom like utenfor informantenes arbeidssted/operasjonsavdeling på et universitetssykehus i Nord-Norge. Det er

tre sykehus i Universitetssykehuset Nord Norge HF. Akkurat dette sykehuset ble valgt fordi operasjonssykepleierne ikke er seksjonert, det vil si at alle deltar på alle type inngrep; gastro, urologi, ortopedi, gynekologi og øre-nese-hals. I tillegg er dette det eneste sykehus av disse tre som ikke bruker ferdige fraser i sin elektroniske skriftlige dokumentasjon. Informantene, som var tilfeldig forespurt av avdelingsleder etter gitte inklusjonskriterier, hadde i forkant fått utdelt informasjonsskriv med signaturfelt for skriftlig informert samtykke (se vedlegg 4). De to fokusgruppeintervjuene med totalt 11 informanter ble gjennomført i september 2020. Data som framkom i disse intervjuene dannet grunnlaget for resultatet i denne studien. I forkant av fokusgruppeintervjuene fylte informantene ut et skjema for å kartlegge demografiske data som alder, erfaring som sykepleier, erfaring som operasjonssykepleier og erfaring med elektronisk dokumentasjon (se vedlegg 6). Siden andelen av menn er lav i denne faggruppen, ble ikke kategorien *kjønn* etterspurt med tanke på identifiserbarhet. Disse dataene er oppsummert i tabell 3 under punkt 4, Funn.

I følge Malterud (2012) ledes fokusgruppeintervjuet av en moderator, som styrer samtalen og tiden, i samarbeid med en sekretær som tar notater om samhandling, klima og stemning. Å moderere en fokusgruppe er et håndverk som må læres og øves på forhånd (ibid.). Min veileder, førsteamanuensis Lind har ustrakt erfaring fra bruk av fokusgrupper i flere forskningsprosjekt og var derfor moderator på første fokusgruppeintervju mens jeg var sekretær. I det andre fokusgruppeintervjuet byttet vi oppgaver. Slik sikret vi kvaliteten på gjennomføringen av intervjuene ved at jeg som forsker, i tillegg til grundig teoretisk innlesing, fikk opplæring i hvordan disse kunne og burde gjennomføres. Vi hadde også på forhånd øvd på å innlede til samtalen, ved å gi hver enkelt deltaker ordet for presentasjon. Så selv om vi hadde fått skriftlige demografiske data om det samme, ba jeg deltakerne oppgi alder, hvor lenge de hadde vært sykepleiere og hvor mange års erfaring de hadde fra operasjonssykepleie, som en innledning til samtalen. De oppga også tidligere arbeidssted dersom dette var andre operasjonsavdelinger ved andre sykehus enn det de arbeidet ved nå. Etter denne innledningen hadde alle hatt ordet og «hørt» sin stemme i rommet, og dette fungerte fint som «trygghetsskapende teknikk» i begge fokusgrupper.

Deretter informerte moderator om formålet, hvordan og hvorfor lydopptaker benyttes og hvordan materialet som kommer frem i løpet av intervjuet blir behandlet og oppbevart og til slutt slettet. Deltakerne ble også informert om hvordan fokusgrupper skal foregå: at en deltaker får første spørsmål og at en annen følger opp og så går ordet mellom dem, eventuelt med moderator som katalysator dersom samtalen går i stå. Deltakerne i begge fokusgruppene

forsto umiddelbart denne «prosedyren». Jeg hadde likevel forberedt innledningsspørsmål som var ment som «ufarlige oppvarmingstema», og disse fungerte etter hensikten i begge grupper.

Det ble tilstrebet å oppnå en god interaksjon mellom deltakerne i intervjuet, slik at de kunne bygge på hverandres utsagn. Når kjernespørsmålene ble stilt bidro alle deltakerne med sine erfaringer, og dersom noen uttrykte noe helt nytt som ingen av de andre hadde erfart, steg temperaturen og engasjementet ytterligere hos deltakerne. Jeg hadde planlagt et omtrentlig tidsforbruk på hvert spørsmål. Det holdt i varierende grad. Noen kjernespørsmål tok noe mer tid, andre litt mindre. Moderators oppgaver var å holde tråden i drøftingene og oppfatte når det kunne passe å introdusere neste spørsmål. Spørsmålene var i liten grad overlappende for det innhold som allerede hadde fremkommet. Det neste spørsmål brakte derfor fram nye aspekter. Samtalen ble avrundet med henvisning til respekt for avtalt tid, og fokusgruppens sekretær som hadde forholdt seg rolig i ytterkant av gruppen, fikk stille et kort spørsmål til slutt. Som en avslutning fikk informantene komme med tilbakemeldinger rundt sine opplevelser av å ha deltatt i fokusgruppen.

Etter fokusgruppeintervjuene, når deltakerne hadde forlatt rommet, memorerte vi hva som hadde kommet fram og noterte umiddelbare inntrykk og reaksjoner. Hensikten med dette var at det kunne tenkes å bli verdifullt i den senere analysen. Sekretær hadde også notert stikkord under lytting på gruppenes engasjerte diskusjon, og disse ble gjennomgått og tatt vare på til analysen av transkripsjonene.

3.2.3 Transkribering

Transkripsjon, her overføring fra lydfil til skriftlig tekst, må foregå nøyaktig og ordrett (Larsen, 2017). Kvale & Brinkmann (2015) sier at ved transkribering blir intervjusamtalene strukturert slik at de er bedre egnet for analyse, og at struktureringen i seg selv er analysens begynnelse. Ved å utføre denne tidkrevende jobben selv, vil materialet ha stor gjenkjennelsesverdi og det blir lettere å gjengi materialet skriftlig. Som deltaker i samtalen er det stor sannsynlighet for at jeg husker momenter som kan være med på å oppklare uklarheter eller som kan ha betydning for meningen i teksten (Malterud, 2017). Dette kan spille en stor rolle ved redigering av teksten og styrker validiteten på analysematerialet.

Transkriberingen ble gjennomført av meg som forsker umiddelbart etter at fokusgruppeintervjuene var avsluttet. Pauser ble markert med tomme intervaller i teksten.

Også nonverbal kommunikasjon ble markert i teksten (for eksempel rakk opp hånda, inntok en offensiv holdning, sukk, latter, lyder som «mmm»). Lydfilene ble gjennomgått og sammenlignet med det skriftlige materialet flere ganger for å sikre nøyaktigheten. Til slutt ble de gjennomgått en gang av veileder, som en kvalitetssikring. Lydfilene ble transkribert direkte på bokmål for å ivareta anonymiseringen med tanke på dialekter og å lette lesingen. Der det siteres direkte fra fokusgruppene skrives disse i kursiv. Hver informant har fått sin spesifikke kode, som er oppbevart adskilt fra transkripsjonsmaterialet. Det transkriberte råmaterialet bestod av 37 sider med linjeavstand 1.

3.3 Analyse

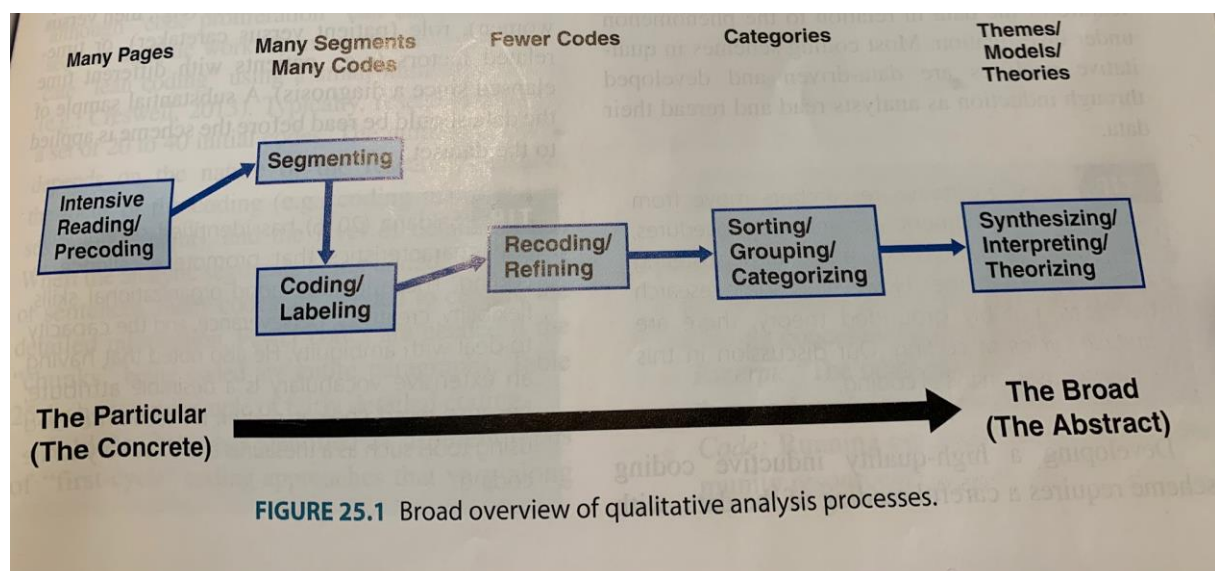
Å analysere innebærer å arbeide saklig og grundig med teksten som intervjuene er blitt til, gjennom mange systematiske skritt. Slik kan analysen frembringe det som blir studiens funn. Selv om man går inn i analysearbeidet med åpenhet, vil analysen også formes av det jeg allerede vet, altså min forforståelse, andres forskning og teoretiske perspektiver. Når vi starter arbeidet med analysen må vi vite omtrent hvor vi ska, selv om vi ikke helt vet hva vi vil finne (Malterud, 2017). Den enkeltes informants historie kan brukes til å vinne kunnskap som kan gjelde for flere, enten ved å lese historien på tvers, eller ved å løfte frem fenomener fra den enkelte som kan lære oss noe om andre. Analyse av data innebærer som regel dekontekstualisering og rekontekstualisering. Dekontekstualisering gir oss mulighet til å løfte ut deler av stoffet og se nærmere på det sammen med andre elementer av materialet som sier noe av det samme. Ved rekontekstualisering skal vi sikre oss at svarene vi har lest fra et dekontekstualisert materiale, stemmer med sammenhengen det ble hentet fra. Delene skal slik valideres opp mot helheten (Malterud, 2017).

For å analysere resultatene som kom frem i fokusgruppene har jeg valgt å benytte tematisk tverrgående analyse i form av systematisk tekstkondensering. Dette er en analysemetode som er utviklet med tanke på at jeg som ny forsker skal kunne gjennomføre den på en systematisk og overkommelig måte. Denne foregår i fire trinn. Trinn 1 består i å få et helhetsinntrykk, og ved første gangs gjennomlesning identifisere foreløpige temaer. Her har jeg valgt å holde meg til et tekstsegment som et tema. Trinn 2 består i å organisere de delene av materialet vi skal studere videre, finne meningsbærende enheter og sortere disse videre i kodegrupper. I tredje trinn skjer en kondensering fra kode til abstrahert meningsinnhold, hver kodegruppe deles i subgrupper. I fjerde trinn settes bitene sammen igjen – rekontekstualiseres. «Vi skal

sammenfatte det vi har funnet i form av fortolkede synteser som grunnlag for nye beskrivelser og begreper som kan deles med andre» (Malterud, 2017, ss. 99-112).

Kvalitativ analyse kan ifølge Polit & Beck (2020) være svært utfordrende fordi det ikke finnes standardiserte regler for hvordan gjennomføre disse. Dermed vil det være utfordrende for forskeren å presentere sine funn på en måte der validiteten kommer tydelig frem. I tillegg er det ofte store mengder data (i dette tilfellet 37 sider transkriberte intervjuer) som må leses, leses om, kodes og kodes om, analyseres og tolkes.

I bildet av figur 1 nedenfor forklarer Polit & Beck (2020) hvordan en går fra intensiv lesning av mange sider og prekoding til segmentering og koding via færre koder til sortering i grupper/kategorier og til slutt hovedtema(er). Dette samsvarer med den tematiske analysemetoden i form av systematisk tekstkondensering nevnt ovenfor. Figuren antyder en mer lineær analyseprosess enn det som ofte er vanlig. Likevel gir figuren en bred oversikt over felles sekvenser i analyse av kvalitative data og illustrerer at kvalitative forskere går fra en massiv mengde data til mindre, mer generelle enheter av forståelse (ibid.).



Figur 1 -

I fokusgruppeintervjuene ble det stilt åpne spørsmål, og deltakerne valgte delvis selv hvor de ville ta diskusjonen. Derfor anser jeg det som vanskelig å kode avsnitt for avsnitt i teksten

men koder heller tema for tema avhengig av hvilket spørsmål som ble stilt. Hver gang et spørsmål blir stilt, utløser det mye tekst som ses på som en kodeenhet.

I tabellen under viser jeg eksempler på tekstkondensering. Fordi hele datamaterialet er et større segment med tekst enn det jeg får plass til i en tabell, vises kun et par eksempler. Disse er imidlertid fra begge fokusgruppene for man skal også kunne se interaksjonen innad i gruppene.

Tabell 1: Eksempel på kondensering

Tekst fra fokusgruppeintervjuer	Tekstkondensering/ meningsbærende enheter	Koding av meningsbærende enhet	Dekontekstualise -ring	Syntese/ Rekontekstualise -ring
<p>Hva synes dere er viktig å dokumentere?</p> <p><u>Fokusgruppe 1:</u> <i>B1: Jeg synes jo det er viktig.... Jeg synes faktisk det der med telling, at vi har telt og skrevet under på at alt er tatt ut og at vi gjør det, det synes jeg er viktig. [...]</i></p> <p><i>C1: Ja. Jeg synes jo det er viktig å dokumentere leiring, altså hvis noe skjer.</i></p> <p><i>D1: Vi skal dokumentere det vi gjør med pasienten.</i></p> <p><i>A1: Ja vi skal jo det.</i></p> <p><i>D1: Og da blir det fort en novelle [latter]</i></p> <p><u>Fokusgruppe 2:</u> <i>B2: Masse</i></p> <p><i>D2: Men jeg tror jo samtidig at vi alle som jobber på... eller er operasjonssykepleiere har et lite fokus på hva som er det viktigste, for eksempel det med leiring som vi absolutt må dokumentere. Og det tror jeg jo vi alle gjør. Tenker jeg.</i></p> <p><i>E2: Og observasjoner.</i></p> <p><i>D2: Ja og observasjoner og spesielt det med leiring for å forebygge alle disse trykkskadene og alle skader. For det er jo sånn fokus på i utdanningen på det,</i></p>	<p>Telling er viktig og at vi har skrevet under på at alt er tatt ut.</p> <p>Dokumentere leiring hvis noe skjer</p> <p>Dokumentere det vi gjør</p> <p>En novelle</p> <p>Operasjonssyke-pleiere har fokus på det som er viktigst å dokumentere Spesielt leiring</p> <p>Observasjoner, spesielt leiring, forebygge trykkskader Fokus i utdanningen</p>	<p>Telling Dokumentasjon</p> <p>Dokumentasjon av leiringstiltak</p> <p>Dokumentasjon av alle tiltak</p> <p>For mye dokumentasjon?</p> <p>Dokumentasjon av leiringstiltak</p> <p>Kunnskapsbasert observasjon og forebygging</p>	<p>Forsvarlig kontroll og håndtering av instrumenter, kompresser o.l.</p> <p>Forebygging av leirings-skader</p> <p>Sentrale, selvstendige oppgaver</p> <p>Ulik dokumentasjon</p> <p>Forebygging av leirings-skader</p> <p>Forebygging av leirings-skader</p>	<p>Pasientsikkerhet</p> <p>Pasientsikkerhet</p> <p>Pasientsikkerhet</p> <p>Standardisering</p> <p>Pasientsikkerhet</p> <p>Standardisering Pasientsikkerhet</p>

<p>grunnutdanningen. Så det tror jeg jo at alle gjør.</p>				
<p>B2: Jo, men så har jeg også overtatt dokumenter ifra noen hvor det står... altså du har gyn-leie med armene inn til siden og ganske mye polstringer. Og dere vet jo, det er jo omfattende. Og så overtar jeg rapporten og så står det dokumentert fra den som har skrevet ferdig: gyn-leie. Punktum. [...]</p>	<p>Overtatt dokument fra andre Omfattende leie Det står gyn-leie punktum</p>	<p>Dokumentasjon om leiring av gyn-pasient</p>	<p>Forebygging av leirings-skader</p>	<p>Standardisering Pasientsikkerhet</p>
<p>B2: Preparater, diatermi B2: Plateplassering, og om de har brukt diatermi, hvilken diatermi</p>	<p>Preparater Diatermi; plateplassering, type</p>	<p>Dokumentasjon av tiltak som iverksettes</p>	<p>Sentrale, selvstendige oppgaver</p>	<p>Pasientsikkerhet</p>
<p>B2: Blodtomhet. Om vi har gjennomgått Trygg Kirurgi i teamet, om det er sjekket ID</p>	<p>Blodtomhet, sjekk av ID, Trygg Kirurgi i teamet</p>			
<p><u>Fokusgruppe 1:</u> R1: Kan jeg bare spørre til det der med temperatur, når du sa over eller under der, er det norm-tempen du...</p>	<p>Temperatur, over/under norm?</p>	<p>Dokumentasjon av temperatur over eller under 36°C</p>	<p>Forebygging av hypotermi</p>	<p>Pasientsikkerhet</p>
<p>B1: Over 36 og under 36, det er det som er normen...</p>	<p>Over 36 °C er norm under operasjonen</p>		<p>Forebygging av hypotermi</p>	<p>Pasientsikkerhet</p>
<p>R1: 36 er normen under operasjon. D1: Det er den som står i Trygg Kirurgi-skjemaet.</p>	<p>Det står i Trygg Kirurgi</p>	<p>Dokumentasjon av temperatur i skjema for Trygg Kirurgi</p>	<p>Forebygging av hypotermi</p>	<p>Pasientsikkerhet</p>
<p>A1: Det er pre-definert, ja. Og den gir oss en indikasjon om vi faktisk kan fortsette. Fordi at det har vært noen tilfeller der pasienten ved operasjonsstart... leiringen har tatt tid og det er litt sårne ting som gjør at de faktisk da har stoppet operasjonen og utsatt det til dagen etterpå fordi at de har ikke vært tilfredsstillende nok temperert.</p>	<p>Predefinert Gir indikasjon om operasjon kan starte eller utsettes hvis ikke tilfredsstillende temperatur</p>	<p>Dokumentasjon om operasjonsstatus basert på temperatur</p>	<p>Konsekvenser av hypotermi</p>	<p>Pasientsikkerhet</p>
<p>Hvilken betydning tenker dere operasjonssykepleie-dokumentasjonen har for andre?</p>				
<p>B1: Jeg har tenkt på at det er ingen som leser den. Jeg tar og dokumenterer, og en av grunnene til at jeg dokumenterer det er at hvis det skulle skje noe galt at jeg har ryggen fri for det som jeg har gjort. Jeg tenker det er ingen som leser den her.</p>	<p>Ingen leser den. Dokumenter bl.a. fordi dersom det skjer noe har jeg ryggen fri</p>	<p>Dokumentasjonen har ikke betydning for andre enn en selv</p>	<p>Ikke betydningsfull</p>	<p>Dokumentasjonens betydning</p>
<p>D2: Ingen leser den. Nei, jeg føler heller ikke det. Bortsett fra en gang, da hadde vi en sånn sectiopasient, en</p>	<p>Ingen leser den. Bortsett fra da en elektiv pasient fikk</p>	<p>Dokumentasjonen har betydning kun ved postoperative komplikasjoner</p>	<p>Lite betydningsfull</p>	<p>Dokumentasjonens betydning</p>

<p><i>elektiv, og som fikk postoperativ sårinfeksjon. [...]</i></p> <p><i>E2: Men jeg tror de vil se på den på oppvåkningen.</i></p> <p><i>D2: Der gjør de det?</i></p> <p><i>E2: Ja det tror jeg.</i></p> <p><i>D2: Ja kanskje, jeg vet ikke.</i></p> <p><i>E2: Gjør dere ikke det på intensiv?</i></p> <p><i>R2: Vi gjør... på oppvåkningen, ikke minst der, for der får man jo ofte... i hvert fall i Tromsø så hadde vi ofte tre og noen ganger fire pasienter i slengen på hver sykepleier. Så syntes jeg det var helt vesentlig.</i></p>	<p>postoperativ sårinfeksjon</p> <p>Tror de vil lese den på oppvåkningen</p> <p>Eller på intensiv?</p> <p>På oppvåkningen leses den da vi ofte har flere pasienter samtidig. Det er vesentlig</p>	<p>Dokumentasjonen kan ha betydning for oppvåkning og/eller intensiv</p> <p>Dokumentasjonen har vesentlig betydning på oppvåkningen</p>	<p>Betydningsfull</p> <p>Betydningsfull</p>	<p>Dokumentasjonens betydning</p> <p>Dokumentasjonens betydning</p>
--	---	---	---	---

3.4 Forforståelse

Som forsker er det, ifølge Malterud (2017), noen spørsmål vi bør tenke over før man tilnærmer seg forskningsfeltet, som tidligere erfaring, faglig perspektiv og ståsted, teoretisk referanseramme og forventninger til funn. Hun sier videre at «forforståelsen er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet», og den må være synlig gjennom hele studien.

Forforståelsen omfattes av forventninger, erfaringer og tillærte teorier og begreper som vi til vanlig ikke tenker over. Vi må likevel prøve å tenke over om noe av dette kan hindre oss i å forstå. Som forsker skal jeg studere og analysere transkribert tekst fra to fokusgruppeintervjuer. Disse tekstene kan ikke studeres ut fra min tilfeldige forforståelse uten at denne undersøkes kritisk med tanke på gyldighet og hvordan den har oppstått (Elstad, 2014).

Etter mange års erfaring som sykepleier på sengepost, gjennom veiledet praksis under utdanningen som operasjonssykepleier og tre års erfaring som operasjonssykepleier, ser jeg ikke bort fra at min forforståelse kan bidra til å farge min fortolkning av forskningsmaterialet. Jeg har derfor gjennom hele arbeidsprosessen med studien vært meg min forforståelse bevisst, og har redegjort grundig for valg i studien der min forforståelse er tilskrevet betydning.

3.5 Litteratursøk

I denne fasen etableres empiriske data som skal systematiseres, fortolkes og sammenfattes i analysen. En forutsetning for utvikling for ny kunnskap er relevante og rike data. Allerede i denne fasen starter første trinn av analysen, og fortsetter videre i skriveprosessen (Malterud, 2017).

Til dette prosjektet har jeg foretatt litteratursøk i SweMed+ (mest for å finne norske/nordiske ord og norske/nordiske/engelske mesh-termer), Cinahl og PubMed databaser. Søkene ble i søkemotoren avgrenset til perioden 2015 – 2020 for å finne nyeste forskning på området siden det er forsket og skrevet mye om dokumentasjon fra mange år tilbake. Søkene ble videre gjort på norsk og engelsk. Etter flere prøvesøk med påfølgende justeringer i flere omganger ble det endelige databasesøket gjennomført i september 2020. Søkene endte opp med henholdsvis 5 treff i databasen Cinahl og 6 treff i databasen PubMed.

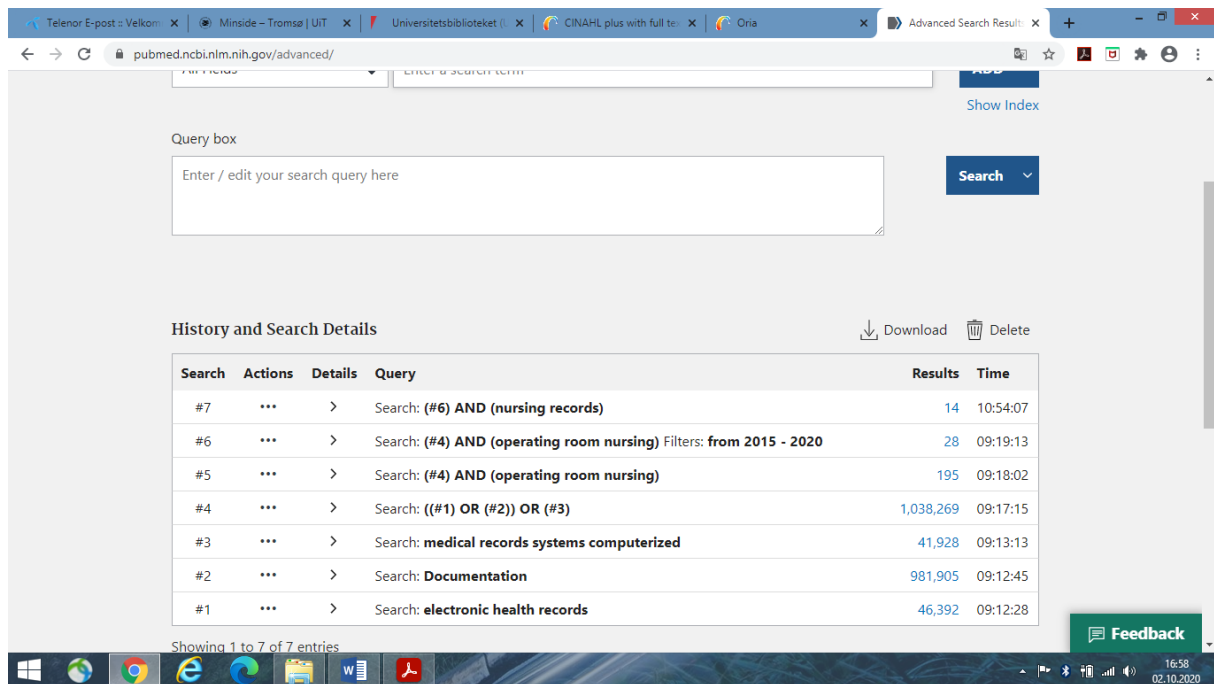
Oversikt over søkeord i tabellen under som er satt opp etter anbefaling av

Universitetsbibliotekar ved UiT. OR er brukt for å kombinere søkeordene i samme kolonne og AND er brukt for å kombinere søkeord mellom kolonnene. Søkeordene ble først forsøkt søkt på alene og siden i kombinasjon. Det jeg opplevde var at når man brukte andre ord enn Mesh ved søking (for eksempel Scrub Nurse i stedet for Operating room nursing) utgjorde søket liten eller ingen forskjell. Disse ble derfor utelatt i det siste søket. Ordene i tredje kolonne var tenkt brukt dersom søkene måtte spisses ytterligere. Dette skulle vise seg ikke bli nødvendig i databasen Cinahl, men måtte brukes i databasen PubMed.

Tabell 2: Søkestreng, litteratursøk

Elektronisk dokumentasjon	(Operasjons)sykepleie	Implementering/erfaringer
Operasjonssykepleiedokumentasjon	Operasjonssykepleie	Implementering
Elektronisk dokumentasjon		Erfaringer
Klassifikasjonssystemer	Operating room nursing (Mesh)	Implementation
Electronic perioperative nursing documentation	Scrub Nurse	Experiences
Classification systems	Operating Nurse	Qualitative studies OR
Electronic health records (Mesh)	Theatre Nurse	qualitative research
Documentation (Mesh)	Surgical Nurse	Interview
Electronic dokumentation		
ICNP		
Nursing records		
Medical records systems computerized		
Nursing information		
Standardized nursing language		

Eksempel på søkestreng i databasen Cinahl kan sees under:



Figur 2 - eksempel på søkestreng i databasen Cinahl

3.5.1 Manuelt søk

I tillegg til databasesøket beskrevet ovenfor, har jeg gjort manuelle søk der jeg gikk gjennom referanselistene til de inkluderte artiklene fra databasesøkene for å se om det kunne dukke opp relevante studier som ikke ble fanget opp i databasesøkene. Dette ble gjort ved å lese abstraktene i disse artiklene, og det endte opp med å inkludere en artikkel. Artikler brukt i disse referanselistene var fra før 2015 eller ble ikke funnet relevant for å kunne gi svar på spørsmålene i problemstillingen.

3.6 Forskningsetiske overveielser

Helsinkideklarasjonens viktigste prinsipp er at i all forskning som omfatter mennesker skal hensynet til individet alltid gå foran hensynet til samfunns- eller forskningsnytt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014).

Studien ble godkjent av klinikkensjefen ved operasjons- og intensivklinikken ved UNN Harstad (vedlegg 1 og 2). Fordi studien ikke omfatter pasienter, men helsepersonell, og heller ikke

berører pasientsensitive data, faller den utenfor Helseforskningslovens bestemmelser. Den er derfor ikke meldepliktig til REK.

Informert samtykke er et ufravikelig prinsipp, ifølge Tranøy (1992). Deltakerne i denne studien ble informert om studiens formål og hensikt, og det ble presisert at de hadde anledning til å trekke seg fra studien når som helst, uten å måtte oppgi grunn, og uten at det fikk konsekvenser. Deltakerne ble informert om å gi beskjed om sitt samtykke direkte til meg som forsker for at den enkelte deltakers medvirkning i fokusgruppen skulle være konfidensiell. Helt anonym deltakelse vil det aldri bli i fokusgrupper når de som deltar kjenner hverandre. Deltakerne ble oppfordret til ikke å snakke om innholdet fra fokusgruppen overfor andre og ikke henviser til hverandres utsagn.

Et annet sentralt punkt innen forskningsetikken er konfidensialitet og vern av personopplysninger. Formålet i tidligere Lov om behandling av personopplysninger (2000) ble beskrevet i § 1 som: «... å beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger. Loven skal bidra til at personopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvern hensyn, herunder behovet for personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet på personopplysninger». Denne loven ble sist endret 15.06.18, og § 1 beskriver nå gjennomføring av personvernforordningen innen EØS (2018).

Det ble gjort digitalt lydopptak av to fokusgruppeintervju. Dette ble gjort ved via en ny forskningsapp på privat iPhone (nettskjema TSD fra UiO). Som backup ble også veilederens Sony Digital Voice Recorder brukt. Disse opptakene ble slettet umiddelbart etter at fokusgruppeintervjuene var ferdig, og sjekket at det originale opptaket fungerte optimalt. De originale lydopptakene ble deretter transkribert og anonymisert, og til slutt slettet.

3.6.1 Etikk i fokusgrupper

Samhandlingen i fokusgruppene kan føre til uforutsigbare situasjoner som utfordrer forskeren til å måtte ivareta en eller flere deltakere på en etisk forsvarlig måte. Det kan eksempelvis være å minne deltaker(e) på å holde seg til temaet for fokusgruppe-diskusjonen (Malterud, 2012).

Det fordres etisk dømmekraft av den som mentorere en fokusgruppe, og en evne til å oppfatte en situasjon som *moralsk betydningsfull*. Den moralske bedømmelsen vil også kreve

en moralsk aktverdig handling, som for eksempel å anerkjenne en deltakers bidrag, men samtidig åpne opp for andres synspunkter. Etisk dømmekraft kan derfor ha betydning i alle ledd i forskningsprosessen i en fokusgruppestudie (Malterud, 2012).

Under presentasjon av sitater fra fokusgruppene, har jeg valgt å presentere disse som en sekvens av samtalen. Dette for å bedre illustrere interaksjonen mellom deltakerne og den betydning interaksjonen har for å frembringe ny kunnskap. Dette perspektivet anses som forskningsetisk viktig, og i tråd med Belzile og Öberg (2012) av stor betydning å rapportere om.

4 Funn

Funnene i studien er å anse som sluttproduktet i analysen. I dette kapittelet presenteres funn fra fokusgruppeintervjuene og en oversikt over demografiske data i tilknytning til deltakerne. Funnene fra fokusgruppene blir i drøftingsdelen diskutert opp mot teori og forskningslitteratur. Det er i denne prosessen gjort nye litteratursøk i databaser for å gi diskusjonen et løft.

4.1 Demografiske data

Ved fokusgruppens begynnelse fikk alle deltakerne utdelt et skjema hvor de ble bedt om å fylle ut noen demografiske data (se vedlegg 6). Dette for å kunne se på homogenitet og heterogenitet i gruppesammensetningen og i hvilken grad disse eventuelt ville kunne påvirke resultatet av funnene. (Tabell 3).

Tabell 3 – Demografiske data

Alder	
25-35 år	0
36-45 år	2
46-55 år	7
Over 55 år	2
Erfaring som sykepleier FØR spesialutdanning:	
2-4 år	4
5-10 år	2
10-15 år	2
Over 15 år	3
Erfaring med elektronisk dokumentasjon som sykepleier:	
Ja	8
Nei	3
Erfaring som operasjonssykepleier:	
0-4 år	2
5-10 år	4
10 – 15 år	0
Over 15 år	5
Erfaring med elektronisk dokumentasjon som operasjonssykepleier:	
Ja	11
Har du i så fall kjennskap til/brukt ferdige fraser?	
Ja:	5
Nei:	6
Nei	0

Kartlegging av demografiske data gir meg som forsker mer sammenfattende data. Gruppene er homogene i forhold til alder da syv av informantene er i alderen 46-55 år, to i alderen over 55 år og to i alderen 36-45 år. Det betyr at de har lang arbeidserfaring og dermed har de sannsynligvis lang erfaring innenfor området dokumentasjon. Når det gjelder erfaring som sykepleier FØR spesialutdanning kan man se at gruppen er heterogen. Fire av informantene hadde jobbet 2-4 år som sykepleier før de tok spesialutdanningen, noe som kan bety at de ganske fort bestemte seg for å utdanne seg videre. To hadde jobbet 5-10 år, to 10-15 år og tre hadde jobbet over 15 år før de tok spesialutdanning. Tre av deltakerne hadde ikke erfaring fra tidligere arbeid med elektronisk sykepleiedokumentasjon, men hadde dokumentert på papir med ulike fargekoder for ulike vakter (dag, aften, natt).

4.1.1 Oppsummering av demografiske data

En av svakhetene med opplysningene i skjemaet om demografiske data er at det ikke kommer frem av skjemaet hvem som har kjennskap til bruk av fraser og hvem som faktisk har brukt fraser. Det kan skyldes spørsmålsstillingen, men det viser seg at av de fem som har svart at de har kjennskap til/brukt ferdige fraser, har kun fire kjennskap til disse mens en hadde brukt fraser tidligere.

Vi kan avslutningsvis lese av tabell 3 at seks informanter av elleve har under 10 års erfaring som operasjonssykepleier mens fem har over 15 års erfaring. Disse er jevnt fordelt over de to gruppene. Felles for alle disse er at de har erfaring med elektronisk dokumentasjon som operasjonssykepleiere. Alle deltakerne er dermed homogene i forhold til det viktigste spørsmålet, nemlig om de har erfaring med elektronisk dokumentasjon fra sitt virke som operasjonssykepleiere. Begge gruppene innehar derfor en felles forståelse over fenomenet som skal studeres. Siden flere av operasjonssykepleierne hadde erfaring med dokumentasjon i papirform før spesialutdanningen, kan man konkludere med at elektronisk operasjonssykepleiedokumentasjon for disse deltakerne, er av forholdsvis ny dato.

4.2 Funn fra fokusgrupper

I analysen har jeg kommet fram til følgende hovedfunn:

1. Dokumentasjonens betydning
2. Pasientsikkerhet
3. Standardisering av dokumentasjon

I presentasjonen av funn fra fokusgruppene velger jeg å ta med fortløpende dialog som eksempel, og for å validere resultatene. Deltakerne i fokusgruppene ble tildelt en bokstav og et tall. For eksempel A1 betyr deltaker A i fokusgruppe 1, B2 betyr deltaker B i fokusgruppe 2.

4.2.1 Å dokumentere det som er gjort – og å ha «ryggen fri»

I begge fokusgruppene ble arbeidets gang på operasjonsstua løftet fram som prioritet foran dokumentasjon. Og som dokumentasjon ble først og fremst rapport trukket fram, men deltakerne kom raskt inn på de viktige, men nesten automatiserte handlingene knyttet til leiring, til utstyr, til puter og andre avlastende hjelpemidler. Interaksjonen i gruppene satte

deltakerne raskt i kontakt med små og store tiltak de utførte, eller historier knyttet til enkeltpasienter som de illustrerte sin erfaring med. Diskusjonen gikk derfor varm rundt å prioritere å dokumentere pasientens leie under operasjonen med tanke på forebygging av leiringsskader. Arbeidsfordelingen mellom operasjonssykepleierne framsto som «innforstått» og derfor ble dokumentasjon av leiring først behandlet på samme måte: som en taus fordeling. Imidlertid ble det klart at handlingene rundt leiring krevde sin nøyaktighet og sitt tempo, og derfor ventet dokumentasjonen til inngrepet var i gang.

Diskusjonene om viktighet av leiring av pasientene og forebygging av leiringsskader opptok en stor del av diskusjonene i fokusgruppene:

D2: Men jeg tror jo samtidig at vi alle som jobber på... eller er operasjonssykepleiere har et fokus på hva som er det viktigste, for eksempel det med leiring må vi absolutt dokumentere. Og det tror jeg jo vi alle gjør. Tenker jeg.

E2: Og observasjoner.

D2: Ja og observasjoner og spesielt det med leiring for å forebygge alle disse trykkskadene og alle skader. For det er jo sånn fokus på utdanningen på det, grunnutdanningen. Så det tror jeg jo at alle gjør.

Eksempler og egenopplevde hendelser ble løftet frem for å understreke betydningen av dokumentasjon av forebyggende tiltak mot leiringsskader.

Fordi det presenteres store individuelle forskjeller i måten å dokumentere operasjonssykepleie på, framkom det også at for noen er det viktig også å dokumentere på en slik måte at en selv har «ryggen fri». Sykepleiedokumentasjonen er en del av et juridisk dokument, og ved gransking av dokumentet ved postoperative komplikasjoner sjekkes det om alle prosedyrer som er gjennomført også er dokumentert. Dermed har man både sikret pasienten riktig behandling, oppfølging og ens egne handlinger. Andre syntes at dokumentasjonspresset hadde gått for langt:

E1: Jeg dokumenterer minimalt. Når jeg ser hva mange andre dokumenterer så blir jeg jo svett. Så minimalt.

F1: Jeg er av dem som dokumenterer det meste. For under min utdanning så fikk jeg høre stadig vekk at det som ikke står det har du ikke gjort med pasienten. Så skal det skje noe

juridisk så står det ikke der, så er det ikke gjort, selv om du har gjort det. Så for å dekke ryggen din selv, i tillegg til å sikre pasienten, så skal du skrive alt du gjør og alt du opplever... eller skjer... observerer. Så dekker du din rygg, så dekker du pasienten sin rygg i tillegg. For da står det der hvis det er noe i etterkant. Derfor dokumenterer jeg kanskje litt mye for...

E1: Så lenge det ikke er bestemt så kan alle skrive akkurat hva de vil.

F1: Da sikrer jeg meg selv og pasienten.

B1: Ja. Det er faktisk akkurat det som er sant.

Oppsummert konkluderte deltakerne med at «det som er dokumentert, er faktisk dokumentert».

4.2.1.1 Betydning for andre eller for operasjonssykepleierne selv?

Ved spørsmål til deltakerne om hvilken betydning dokumentasjonen har for andre i behandlingskjeden, ble det uttrykt en oppgitthet. En umiddelbar reaksjon var at «Ingen leser den!» Det var bred enighet i begge fokusgruppene om at operasjonssykepleiedokumentasjonen ikke ser ut til å ha interesse for andre faggrupper, for eksempel kirurgene eller sykepleierne på post. Deltakerne mente dette kunne ha sammenheng med hva som ble dokumentert, hvordan det ble dokumentert og at når de dokumenterer, bør de ta hensyn til hvilke opplysninger som kan ha betydning for pasienten og den videre pasientbehandlingen.

A1: Jeg tror jo det gjenspeiles i det vi dokumenterer selv. Altså vi skriver det som vi ville ha lest hos andre. Så det er vel derfor det blir såpass forskjellig, fordi at vi vektlegger ting litt ulikt.

D1: Jeg ville jo ha... hvis jeg hadde lest noe i en sånn sykepleierrapport så hadde jeg villet at den skal være lettfattelig. Oversiktlig, at jeg klarte å dra ut det jeg trengte kanskje...

Likevel ser de ut til å mene at dersom det virkelig skulle være behov for det i ettertid, for eksempel i en pasientskadesak, vil det være nødvendig å lese dokumentasjonen for å se om det som er utelukket andre steder kan finnes svar på her.

B2: Ingen betydning utenom oss selv. Som du sier, hvis du får pasienten tilbake til en sårrevisjon så synes jeg det er kjempefint å se...

C2: Ja. Jeg er ærlig... jeg føler ingen leser det.

D2: Ingen leser den. Nei, jeg føler heller ikke det. Bortsett fra en gang, da hadde vi en sånn electiv sectiopasient, som fikk postoperativ sårinfeksjon. [...] Jeg husker ikke hva det endte med, men... Altså da var nå heldigvis alt dokumentert. Og ellers så kan jeg ikke vite at noen har vært tilbake og lest det.

Det var bred enighet i begge fokusgruppene om at dokumentasjonen kan ha betydning for operasjonssykepleierne selv, spesielt ved pasientsituasjoner som kunne være såkalte «gjengangere». For eksempel kunne det være pasienter med sår som trenger repeterende skifte av svamp ved vacuum-behandling. Her leses det ut av rapporten hva som er gjort tidligere i forhold til type svamp som brukes, hvilken styrke vacumpumpen skal ha, for eksempel 225 mmHg, kontinuerlig trykk, og hva planen er for videre behandling. Deltakerne drøftet hvordan dette forenkler og effektiviserer operasjonssykepleiernes planlegging og gjennomføring av inngrepet. De poengterte videre at de kunne se og vurdere om pasienten har allergier med tanke på bandasjer som kunne inneholde latex slik at dette også kunne forebygges ved å beskytte huden ekstra med barrierestick/-krem før de deretter anvendte dekketøy med smalere limkanter og benyttet latexfrie hansker under inngrepet.

I den grad andre ville ha interesse av dokumentasjonen ble det også gjenspeilet i hva man selv ville ønsket av informasjon. Dette begrenset seg til «teknisk informasjon» som om pasienten har kateter postoperativt og om dette skal ligge med strekk (etter et Tur-P inngrep) og om tidspunkt for seponering og så videre.

D2: Jeg ser ikke for meg at legene vil gjøre det. Kirurgene...

C1: Jeg har hørt at legene er inne og leser av og til for å hente ut hvis det er noe de lurte på eller... da leser de våre rapporter.

B2: Sånn som det er i dag så synes jeg det er et interessant dokument hvis man har interesse for det. Jeg tenker... jeg vet ikke om vi klarer å få gjort så mye med den interessen hos andre. For det er klart det er viktig. Og så føler man jo at kanskje man skal være litt fornøyd med at man ikke føler det er så viktig, fordi at det vil si at da gjør vi en bra jobb. Det er ikke så mye å gå tilbake på. Det er jo gjerne i infeksjonstilfeller eller hvis pasientene får leiringskader at

man kanskje har behov for å kunne nøste og gå tilbake. Men siden vi omentrent aldri opplever det så er det kanskje bra det de gjør og at det er en positiv tilbakemelding på en måte på jobben, altså ikke på dokumentasjonen da, men at.. ja – hvis dere skjønnte hva jeg mente.

Etter hvert dreide samtalene over til å bli mer positive i forhold til at det likevel er noen som har interesse av å lese operasjonssykepleiedokumentasjonen i etterkant av inngrepene. En av fokusgruppedeltakerne som ganske nylig hadde jobbet på sengepost, sa at notatet hadde stor verdi for hen i forhold til hvor lenge pasienten hadde vært leiret og om «teknisk informasjon» som var viktig å følge opp postoperativt. Dersom hen ville ha ytterligere informasjon om inngrepets art og form, måtte hen lese operasjonsbeskrivelsen fra kirurg. Denne ble imidlertid ofte ikke ferdigstilt før etter en tid. Flere hadde opplevd at kirurgene hadde lest dokumentasjonen som en hjelp for å huske for eksempel hvilket nett som ble lagt inn etter en lyskebrokk-operasjon.

E2: Men jeg tror de vil se på den på oppvåkningen.

D2: Ja kanskje, jeg vet ikke.

E2: Gjør dere ikke det på intensiv?

R2: Jeg har jo jobbet på oppvåkningen i Tromsø også, for eksempel sånne gastropasienter som hadde hatt et stort inngrep. Så kom jo ofte pasientene ut samtidig. Og det var liksom kampen om beinet, hvem som fikk lov å begynne å rapportere først. Og hvis det var anestesien så kunne operasjonssykepleierne stå og trippe. Og da sa de «jeg skal bare», og så sa de noen få ord og så gikk de. Og det forsvant liksom, sånn at da gikk jeg alltid i dokumentasjonen for å se hva de hadde skrevet. Jeg følte jeg hadde mistet det, jeg hadde liksom ikke den simultankapasiteten.

D2: Men da betyr det jo at det er viktig det vi dokumenterer.

C2: Absolutt.

Det ble trukket flere lettelsens sukk da spørsmålet om betydningen av dokumentasjonen på oppvåkning og intensiv kanskje var å anse som større enn først antatt.

4.2.1.2 Fokus på dokumentasjon

Det var i begge gruppene enighet om at det dokumenteres svært ulikt, både med tanke på hva som dokumenteres og hvordan det dokumenteres. Dokumentasjonen blir også svært individuell på grunn av ulik prioritering og interesse for dokumentasjon blant operasjonssykepleierne. Hvordan de dokumenterer avhenger av type inngrep og varigheten av disse og sannsynligheten for at rapporten blir grundigere jo større inngrepet er, er stor. De fleste mente at det var svært lite fokus på dokumentasjon i videreutdanningen, dog mer på grunnutdanningen. I begge gruppene ble det konkludert med at den opplæringen som ble gitt om dokumentasjon gikk fra «munn til munn» og fra «hånd til hånd» og baserte seg på at den som lærte fra seg hadde mottatt opplæring på samme måte. Noen hadde arbeidet andre steder og tok sannsynligvis noe av denne lærdommen med seg til sitt nye arbeidssted. Felles fra begge fokusgruppene er at deltakerne savnet at dokumentasjonen ikke hadde høyere fokus på ledernivå. Man kunne ane en viss frustrasjon over manglende opplæring og manglende fokus på hva som er riktig og viktig dokumentasjon. Videre at det ikke ser ut til, så vidt gruppene vet om, å være lagt noen overordnede føringer i forhold til dette.

B2: Det er en utrolig stor forskjell på hvor mye... hva vi dokumenterer. Det tror jeg det er like mange ulikheter som vi er individer faktisk.

G2: Hva tenker dere er årsaken til at det dokumenteres veldig ulikt?

C2: Jeg tror det er litt lite fokus på dokumentasjon.

B2: Det har aldri blitt satt av tid til å jobbe med det i vår avdeling.

C2: Derfor tror jeg også... Og så er det litt avhengig av type inngrep – lang tid/kort tid i forhold til grundighet og hva man velger å bruke tiden på.

D2: Det er vel ikke gitt opplæring på hva... eller jeg vet ikke om jeg skal kalle det opplæring, men hva skal man dokumentere og hva skal man ikke. Litt lite fokus på det kanskje når man begynner.

Gruppedeltakerne etterlyste større fokus på dokumentasjonspraksis sett fra et ledelsesnivå. De mente at dette kunne bidra til å endre fokus og innstilling også hos dem som operasjonssykepleiere.

4.2.2 Pasientsikkerhet og utsatt dokumentasjon

Deltakerne prioriterte å utføre prosedyrer med pasienten før dokumentasjon, enten det er et elektivt inngrep eller inngrepet er å anse som øyeblikkelig hjelp. Unntak kunne være haste-sectio eller katastrofe-sectio der prioritet er å redde liv. Pasientsikkerheten prioriteres!

Dokumentasjonen utsettes til «alt har roet seg» på operasjonsstua og en får oversikt over situasjonen. Noen ganger rekker en å skrive ned klokkeslett, andre ganger ikke. Felles for deltakerne i begge fokusgruppene var at i slike tilfeller dokumenterte de fleste i ettertid, med en viss risiko for unøyaktighet.

E1: Jeg skjønner ikke... hvis det haster, ja så bryr jeg meg ikke om dokumentasjon der og da, da konsentrerer jeg meg om pasienten og det som skal skje. Og når vi da får en rolig stund, kirurgene er i gang eller sånn eller de lukker, så går jeg bort og så dokumenterer jeg, ikke sant.

C1: Vi får ikke tid til å sette oss ned og dokumentere.

E1: Du setter deg jo ikke der når pasienten ligger og spreller

B1: Jeg har fast hva jeg dokumenterer først. Det er hva slags operasjon det er, hvem som har vært der. For mye av det andre det klarer jeg å tenke meg tilbake til og kan dokumentere etterpå. Men når jeg da har fått... når jeg har skrevet hva slags type operasjon og hvem jeg har vært i lag med så plutselig så har jeg hele filmen... så går filmen. Og da husker jeg... ja det var den operasjonen, og da husker jeg at vi gjorde sånn og så gjorde vi sånn - hvis jeg er nødt til å dokumentere i ettertid. For jeg må jo dokumentere mange ganger i ettertid på sånne.

Samarbeidet med anestesipersonalet ble trukket frem som ekstra viktig ved slike typer inngrep fordi anestesisykepleier dokumenterer klokkeslett etter hvert som parametere leses av eller medikamenter og infusjoner gis.

4.2.2.1 Over eller under 36 °C?

Deltakerne i fokusgruppene var opptatt av å sikre at tiltak for forebygging av hypotermi gjennomføres ved hver enkelt operasjonspasient. Men dersom kirurg eller operasjonssykepleier ikke selv etterspør temperatur, føres det ikke opp i operasjonssykepleiedokumentasjonen. Deltakerne viste til at anestesisykepleieren

dokumenterer dette i anestesijournalen. Underveis i gruppene ble det stilt spørsmål om hvorfor det skal være «nok» å dokumentere temperatur over eller under 36°C når marginen for gjennomføring av enkelte inngrep er så små, og at det i operasjonssykepleier rapporten burde være rom for å dokumentere temperatur både pre-, per- og postoperativt. Her uttrykte noen at det kunne være nødvendig å justere hypotermiforebyggende tiltak underveis.

D1: Det var jo en sånn episode med en temperatur en gang hvor det holdt på å lete ræva av seg fordi at det stod ikke på anestesijournalen og på Trygg Kirurgi så krysser de jo bare ut over eller under. For det var et eller annet, om det ble noe infeksjonsgreier, husker du det?

E1: Mm.

D1: Og da var det liksom... og det stod ikke noe om det i sykepleier-rapporten heller, hva temperaturen hadde vært.

A1: Vi er jo bare interessert i om det er over eller under.

R1: Kan jeg bare spørre til det der med temperatur, når du sa over eller under der, er det norm-tempen du...

B1: Over 36 og under 36, det er det som er normen...

R1: 36 er normen under operasjon?

D1: Det er den som står i Trygg Kirurgi-skjemaet.

A1: Det er pre-definert, ja. Og den gir oss en indikasjon om vi faktisk kan fortsette. Fordi at det har vært noen tilfeller der pasienten ved operasjonsstart... leiringen har tatt tid og det er litt sånne ting som gjør at de faktisk da har stoppet operasjonen og utsatt det til dagen etterpå fordi at de har ikke vært tilfredsstillende nok temperert.

Med tanke på komplikasjoner som kan oppstå per- og postoperativt ved hypotermi, undret deltakerne seg over hvorfor det ikke er et større fokus på dokumentasjon av temperatur.

Kanskje spesielt preoperativt; Pasientene skal ikke være kalde ved ankomst operasjonsstua.

De mente at peroperativt er operasjonssykepleierne og anestesisykepleierne i samarbeid gode på å opprettholde normal temperatur, avdekning og infusjonsvæsker og –gasser tatt i betraktning.

4.2.2.2 Har vi telt nok?

Deltakerne drøftet arbeidsfordelingen mellom den sterilt utøvende og den koordinerende operasjonssykepleieren når det gjaldt telling av kompresser, tupfere og duker før, underveis og etter det kirurgiske inngrepet. Den sterilt utøvende operasjonssykepleieren teller i tillegg kirurgiske instrumenter, nåler og andre skarpe gjenstander. Det er det vanlige, sa de, og det «sitter i ryggmargen». De uttrykte derfor i begge fokusgrupper at de reagerer like overraskende hver gang det kommer opp historier og hendelser om gjenglemte instrumenter og kompresser. Noen hadde erfart dette selv under inngrep, mens andre bare hadde hørt historiene.

B1: Jeg synes jo at det er viktig... jeg synes faktisk det der med telling, at vi har tallet og skriver under på at alt er tatt ut og at vi gjør det, det synes jeg er viktig. Jeg synes det er kjempeviktig for videre forløp for pasienten når vi leverer han fra oss. [.....]

B2: Og jeg tenker jo sånn som den historien vi hørte på seminardagene med den S-haken som lå igjen i buken. Altså...

D2: Hvordan går det an.

B2: Men jeg tenker de kan jo ikke ha oppdaget det, så kanskje... Men jeg tenker hvis du oppdager ok, vi mangler s-haken... det er så utenkelig at den skal være igjen at en vil jo... Jeg ville kanskje da ha tenkt ja den kunne jo ikke ha vært der. Men du ville jo... ville man ha skrevet i den rapporten «mangler en s-hake ved opptelling»

C2: Ja ikke sant.

B2: Altså det er så utenkelig. Men likevel, det kan skje.

C2: Det var jo ekstrautstyr. Operasjonssykepleier hadde stått lenge og hun snudde seg.

B2: Det hadde vært vaktskifte og diverse. Altså det var masse uheldige omstendigheter. Men det er jo sånn du tror jo ikke det er mulig. Hadde det vært en liten hake ja da kunne du mer... men ikke en s-hake.

C2: For det er det du ser etter, det er de der små tingene.

Deltakerne var enige om at «det har skjedd og det kan skje igjen», og konkluderte derfor med at telling er viktig og må prioriteres for å ivareta pasientens sikkerhet.

4.2.3 Standardisering av dokumentasjon

Deltakerne i fokusgruppene hadde ingen eller liten kjennskap til bruk av fraser. To andre sykehus i samme helseforetak har utstrakt bruk av fraser, og noen har derfor kjennskap til bruk av fraser via disse sykehusene. Gruppene diskuterte eventuelle fordeler og ulemper ved bruk av fraser, f.eks. mindre tidsbruk, mer lik dokumentasjon, standardisering, kvalitetssikring, og at forskere lettere kan hente ut tall- og tekstmateriale og statistikker ved lik dokumentasjon. De hadde imidlertid innvendinger som økt tidsbruk, behov for standardisert opplæring og ervervelse av felles forståelse for den enkelte frase. Deltakerne trakk paralleller til innføring av ICNP, et felles fagspråk innenfor sykepleiedokumentasjon, og at dette på lik linje med fraser kan ha samme type fordeler og ulemper.

A1: Pr. i dag så bruker vi DIPS med en ferdiglaget operasjonssykepleiedokument-mal som har predefinerte punkter som vi da fyller ut på egen hånd, alle sammen hver for seg. Og da fyller vi inn med det som er standard. Men det finnes jo egentlig ikke noe helt ferdige prosedyrer på hva og hvordan vi skal dokumentere.. Sånn at det blir veldig ulik praksis. Men det er jo type operasjon, leie, teknisk utstyr, medikamenter som vi er med på å administrere. Kanskje sånn i hovedpunkt, og så hvis vi ser at det er noe avvik fra det normale, ting som har oppstått under operasjonen med for eksempel trykkpunkter som vi ser oppstår.

E2: Men det som er viktig det er jo de der... hvis du har de frasene når du bare beskriver hva du gjør, at du har standardiserte ting. Så det sparer deg jo veldig mye tid når du bare trykker på det istedenfor å sitte der og skrive.

A2: Det vil jo i hvert fall være med på å spare oss for litt tid inne på stua tenker jeg, fordi at du bruker mye tid på å sitte og skrive også.

B2: Og kanskje hadde rapporten blitt bedre da.

D2: Og mer lik.

Deltakerne i begge fokusgruppene konkluderte med at de vet for lite både om bruk av fraser og andre typer klassifikasjonssystemer til å kunne uttale seg faglig eller på egenerfart basis.

Dog ytret de fleste en nysgjerrighet rundt hvordan dokumentasjonshverdagen deres ville arte seg ved innføring av fraser eller annen type klassifikasjonssystem.

5 Drøfting

I dette kapittelet drøftes studiens funn opp mot problemstilling, tidligere forskning og teori.

5.1 Dokumentasjonens betydning

Flere studier har beskrevet operasjonssykepleieres dokumentasjonspraksis som mangelfull og preget av subjektivitet, tilfeldighet og dårlig kvalitet. Dette er relatert til både dokumentasjonsverktøy og sykepleiernes vaner og engasjement (Søndergaard S. , Lorentzen, Sørensen, & Frederiksen, 2017). Imidlertid viser andre studier at sykepleiedokumentasjon er viktig for kontinuiteten i pasientomsorgen og for pasientsikkerheten så vel som effektiviteten innenfor helsevesenet (Fencl, 2016), (Søndergaard, Lorentzen, Sørensen, & Frederiksen, 2016). I begge fokusgruppene var det blant deltakerne enighet om at det dokumenteres svært ulikt, både med tanke på innhold og utførelse. Det var flere årsaker til dette. Viktigheten av dokumentasjon engasjerte deltakerne i begge gruppene. De uttrykte ønsker om organisert opplæring på arbeidsssted og flere overordnede føringer. Slik det er nå er interessen for dokumentasjon også ulik blant operasjonssykepleierne. De hadde meninger om at få har interesse av å lese dokumentasjonen i ettertid og at det dermed ikke er så viktig hva og hvordan de dokumenterer.

Som forsker i eget felt undrer jeg meg over hva som skal til for å få operasjonssykepleierne til å få større fokus på sin dokumentasjonspraksis og hvordan se viktigheten av dokumentasjonen som en del av pasientforløpet. Florence Nightingale (2000) fremholder sykepleieres ansvarlighet og hva dette vil innebære i en pasientkontekst. I tillegg til å ansvarliggjøre seg selv i forhold til utførelsen av gitte tiltak skal en også sørge for at andre gjør det, og sørge for at de ikke motarbeider eller forkludrer disse tiltakene. En skal altså utføre arbeidet med bakgrunn i krav til faglig forsvarlighet og omsorg som kan forventes ut fra gitte kvalifikasjoner, arbeidets art og øvrig situasjon. Søndergaard et al. (2017) sier at bruk av et dokumentasjonssystem som har et spesialisert perioperativt innhold, design og bruksmåte kan forbedre operasjonssykepleieres dokumentasjonspraksis. For å få dette til må sykepleieleidelsen kjenne til sykepleiernes kultur, kompetanse og holdninger til dokumentasjon. Å adressere ledelsens ansvar for dokumentasjonen var et underliggende tema

i begge fokusgrupper, uten at dette fikk stor plass. Deltakerne vendte i større grad ansvaret mot seg selv og sin individuelle praksis. Men: det er ikke tvil om at ledere i en sykepleiepraksis vil kunne ha en viktig påvirkning i arbeidet med å endre eller innføre nye kulturer innen dokumentasjon, og at ledere også har et stort ansvar i forhold til å implementere ny praksis (ibid.)

Et annet tema som kom opp under spørsmål om dokumentasjonens betydning, var om andre faggrupper i behandlingskjeden har interesse av eller bruk for denne dokumentasjonen. Fra å tenke og tro at «ingen» har interesse for eller leser denne, kom det etter hvert frem at både sykepleiere på post, på oppvåkning og på intensiv leser dokumentasjonen. Det samme gjør kirurgene ved behov. Dette innebærer at denne form for dokumentasjon også er viktig for andre faggrupper i behandlingskjeden. Ved tre sykehus i Melbourne i Australia deltok 125 ansatte i en studie der forskerne undersøkte hvorfor det oppstår feil i kommunikasjonen mellom leger og sykepleiere i det perioperative forløpet (Braaf, Riley, & Manias, 2015). I denne studien handlet det om manglende og feilaktig skriftlig dokumentasjon i flere ledd i det perioperative forløpet samt profesjonskamp mellom kirurger og anestesileger. I tillegg rådet dårlig økonomi og lite optimal teknologi i en travel jobbhverdag hvor ledelsen heller ikke så ut til å prioritere dokumentasjon. Pasientsikkerheten ble ikke godt nok ivaretatt. Konklusjonen på studien var at bruk av både verbale- og nonverbale kommunikasjonskanaler ved pasientoverføringer kan øke informasjonsflyten, pasientsikkerheten og kvalitet på omsorgen. Ved pasientoverføringer bør skriftlig dokumentasjon støtte, snarere enn å erstatte, verbal kommunikasjon. I likhet med funn i denne masteroppgaven, ble det også i den australske studien pekt på at det som ikke er dokumentert, ikke med sikkerhet kan sies å være utført. Den samme tenkemåten vises det også til hos Elstad (2014). Til sammenligning kan man si at ved overlevering av pasient fra operasjon til oppvåkning er bruk av kommunikasjonsverktøyet ISBAR som verbal kommunikasjonsstøtte av betydning for å heve kvaliteten på den skriftlige operasjonssykepleiedokumentasjonen (Tangvik, Kinn-Mikalsen, Johnsgaard, & Reime, 2020).

Selv om deltakerne i fokusgruppene dokumenterte de sentrale selvstendige oppgavene de utførte, var de samtidig opptatt av å dokumentere for å ha «ryggen fri». Dette samsvarer med en av konklusjonene i Søndergaard et al.'s studie (2016) som fremholdt at sykepleiere dokumenterer for å beskytte pasientene mot uønskede hendelser, men også for å beskytte sin egen juridiske status. Sykepleiedokumentasjonen er en del av et juridisk dokument. Formålet med denne er først og fremst å ivareta pasientsikkerheten og skal bidra til kvalitet og

kontinuitet i helsehjelpen som gis. Jo mer omfattende pasientforløpet er og jo flere i behandlingsskjeden som benytter dokumentasjonen, jo viktigere er den (Molven, 2019). Man kan forstå at operasjonssykepleierne også har et behov for å sikre seg at alt som er viktig å dokumentere faktisk er dokumentert, spesielt i tilfelle «noe» skulle skje i etterkant av inngrepet. For eksempel en postoperativ sårinfeksjon eller trykkskade etter feil leiring. I diskusjonene innad i fokusgruppene uttrykte flere av deltakerne at dette var veldig viktig for dem og at dette hadde stort fokus under deres dokumentasjon. Det kom samtidig frem motstridende utsagn, for eksempel at dokumentasjon er lovpålagt og ikke nødvendigvis for at operasjonssykepleieren selv som person skal ha ryggen fri. «Ryggen fri» i positiv forstand kan være at det ved en eventuell granskning kan dokumenteres at tiltakene faktisk er gjennomført. Det vil også være læring i at «noe» kan oppstå selv om alt er gjort riktig, og dokumentert, ved å tenke på hva som kunne vært gjort annerledes for å oppnå bedre resultat.

Imidlertid framkom det også i denne fokusgruppestudien at detaljnivået kan bli for stort, og at det føles hensiktsløst å dokumentere noe «ingen» leser. Imidlertid viste andre deltakere at dokumentasjon er en viktig del av profesjonell sykepleieutøvelse. Dokumentasjonen har da også vært en kilde til diskusjon siden Florence Nightingales observasjoner ble gjort til notater og dokumentasjon. Hun hevder at dersom dokumentasjonen skal bli «sann», det vil si nøyaktig, konsekvent og pålitelig, er man avhengig av at de observasjoner som gjøres og de tiltak som utføres, også er «sann». «Det krever en kombinasjon av god observasjon og god hukommelse for å kunne fortelle «hele sannheten» og «intet annet enn sannheten»» (Nightingale, 2000, s. 150). Fencl et al. (2016) utdyper dette utsagnet ved å si at uavhengig av dokumentasjonssystemer er evnen til nøyaktig, konsekvent og pålitelig registrering avgjørende for å lette pasientbehandlingen og muliggjøre sammenligning av forventede versus faktiske resultater.

5.2 Pasientsikkerhet og utsatt dokumentasjon

Kontinuitet i sykepleien innebærer, ifølge Elstad (2014) to former for kontinuitet. Den ene er personkontinuitet som betyr at pasienten møter samme behandler hver gang, mens tidskontinuitet innebærer at pasienten opplever at personalet er «kroppslig til stede» over tid. Den korte tiden en pasient er på operasjonsstua før hen legges i narkose kan frembringe ulike tanker og følelser hos pasienten som jo befinner seg i en sårbar situasjon. Pasienten sanser tilstedeværelsen, omsorgen og tryggheten gjennom berøring, et vennlig blikk og en følelse av

å bli forstått. Denne tilstedeværelsen er ikke teknisk. Operasjonssykepleierne har også innsikt i små og store prosesser i den kroppsnære sykepleien og kan handle deretter. Også håndlaget viser seg i handling i form av å være oppmerksom, fleksibel og løsningsorientert (Eide P. H., 2018). Eide sier videre at for å ha et godt håndlag må man «både kunne utføre alle de praktiske, konkrete oppgavene med et godt og riktig grep, og samhandle med pasienten på en måte som føles god for ham» (ibid., s. 174). Hun snakker om både «håndlag i hånden» og «håndlag i kroppen». Operasjonssykepleierne tenker kanskje ikke over at de berører pasienten hver gang de legger armene til rette på armbordet, legger på et oppvarmet teppe eller legger en pute under knær og ankler for å avlaste. Dette føler pasienten og han har mulighet til å respondere. Håndlag i kroppen handler også om å være kroppslig til stede ved for eksempel å skape en atmosfære som gjør at pasienten føler seg vel. Denne «håndlige» og kroppslige tilstedeværelsen tenkes å bidra til å skape trygghet og ro hos pasienten, og at det dannes grunnlag for en god relasjon og et godt samarbeid. Dette kan også settes i tråd med Elstads tanker om tidskontinuitet. Når inngrepet er i gang har operasjonssykepleierne nok en gang ivaretatt pasientsikkerheten og tar seg tid til å dokumentere de tiltakene som er observert og utført (ibid.) Dette blir bekreftet av Westra & Peterson (2016), som sier at operasjonssykepleiere generelt sett fokuserer på pasientens fysiologiske og atferdsmessige respons, pasientsikkerhet og omsorgskoordinering før de skifter fokus til dokumentasjon.

Pasientsikkerheten oppnås ikke bare av å forholde seg til lover og forskrifter og faglige krav og prinsipper når det gjelder dokumentasjon. Det stilles også krav til ansatte og virksomhetens forsvarlighet. Virksomheten må være forsvarlig organisert slik at det er mulig for helsepersonellet å oppfylle plikten til forsvarlighet i sin yrkesutøvelse (Aase (red.), 2018). Uavhengig av mengden erfaring i yrket eller antall år som sykepleier, var deltakerne i fokusgruppene engasjert i å samtale om hvordan de dokumenterer sine selvstendig utførte oppgaver, enten disse hadde til hensikt å forebygge infeksjoner, hypotermi eller leiringsskader. Og ikke minst at de hadde utført telling for å unngå at kompresser og utstyr skulle bli gjenglemt i pasienten under et kirurgisk inngrep. I tillegg til gjennomgang av «Trygg Kirurgi»s sjekklister, er operasjonssykepleierne på god vei når det gjelder å ivareta pasientsikkerheten pre-, per- og postoperativt. Disse forebyggende tiltakene kan sies å være «Teknisk sykepleie», slik det også var da operasjonssykepleierne, med delegasjon fra lege, fikk ansvaret for anestesi og antiseptikken – og senere aseptikken fra moderne kirurgi begynte rundt 1880-tallet. I lang tid før antibiotika fantes, måtte det til et nært samarbeid rundt renslighet og hygiene for å øke sikkerheten for pasienten. Elstad fremholder at sykepleiernes

evne til observasjon økte i takt med forståelsen og lærdommen som fulgte av dette samarbeidet, og de fikk kunnskaper som gjorde dem i stand til å foreta nødvendige tiltak basert på sine observasjoner (Elstad, 2014). Elstad knytter observasjon til dokumentasjon. Sykepleierne observerer pasienten med fysisk og mental tilstedeværelse. En sanser med hørsel, hender og øyne, samtidig som en følger med på og registrerer fysiologiske parametere. Slik kan en tolke pasientens tilstand og gjennomføre nødvendige tiltak. Dette dokumenteres og rapporteres videre til andre i behandlingsskjeden, som sykepleier på oppvåkning eller oppfølgende lege (ibid.). Studier viser at sykepleiedokumentasjonen er viktig for kontinuiteten i pasientomsorgen så vel som for pasientsikkerheten (Søndergaard et al. (2016).

Kontinuiteten og pasientsikkerheten skal også ivaretas gjennom disse pasientoverføringene som ikke bare er en fysisk forflytning av pasienten, men også overføring av ansvar og informasjon gjennom skriftlig og muntlig dokumentasjon (Reine, 2018). Det stiller krav til kompetanse og gode rutiner for informasjonsoverføring samt koordinering mellom avdelingene. Pasientoverføringene krever større årvåkenhet fordi pasientene skal kobles til overvåkingsutstyr samtidig som en skal gi og motta informasjon. Det er derfor viktig å sikre at mottaker oppfatter og forstår informasjonen for å unngå misforståelser som senere kan føre til uheldige situasjoner som går ut over pasientsikkerheten. Ovenfor nevnes kommunikasjonsverktøyet ISBAR som benyttes for å understøtte den skriftlige dokumentasjonen som er utført under inngrepet. Dersom denne utføres korrekt vil den bidra til å sikre at informasjonen som gis og mottas er riktig og av høy kvalitet. Det bidrar til kontinuitet og ivaretagelse av pasientsikkerhet.

5.3 Standardisering av dokumentasjon

Få av deltakerne hadde kjennskap til eller hadde brukt fraser i sin dokumentasjon, og ingen hadde kjennskap til de ulike klassifikasjonssystemene innen sykepleiedokumentasjon som finnes. De hadde likevel en formening om at det finnes fordeler ved dette. Association of periOperative Registered Nurses (AORN) arbeider med å utvikle PNDS, Perioperative Nursing Data Set, et standardisert sykepleiespråk som vil støtte evidensbasert perioperativ sykepleiepraksis. Kombinert med annen informasjon i pasientjournalen, kan bruken av PNDS demonstrere verdien av sykepleien for å forbedre pasientens resultater (AORN - Association of periOperative Registered Nurses, 2020). Flere studier har forsket på fordeler og ulemper ved bruk av ulike klassifiserings- og dokumentasjonssystemer. Yountz, Zinn, & Schumacher

(2015) fant i sin studie at operasjonssykepleiere generelt hadde positive holdninger til bruk av elektroniske dokumentasjonssystemer, og at dokumentasjon og gjennomgang av den elektroniske journalen gir sykepleierne økt kunnskap om pasientens helsestatus og har vist en positiv effekt på sykepleiernes omsorg for pasienten. Til tross for forskjellig syn på mengde og type dokumentasjon, var det stor enighet i begge fokusgruppene om at dokumentasjon er viktig. Deltakerne ønsket dessuten at dokumentasjon skal få høyere prioritet både blant dem som operasjonssykepleiere, men også på ledelsesnivå. På den måten kan dokumentasjonspraksisen løftes opp og frem ved å prioritere nødvendig opplæring og endre fokus på dokumentasjonens betydning.

Bruk av fraser eller standardisert dokumentasjon utløste en gruppediskusjon om hvorvidt fraser ville hjelpe operasjonssykepleiere til å ha bedre oversikt og huske på viktige punkter i dokumentasjonen. De mente at en mulig ulempe kunne være at vi etter en tids bruk ble «sløvere» med tanke på hva som egentlig står dokumentert. Skal alt være med eller kan noe sløyfes etter hvert som man får erfaring med denne måten å dokumentere på. De så også for seg at ved bruk av slike systemer, vil det bli lettere for eksempelvis forskere å hente ut informasjon fordi den vil være likelydende. Denne oppfatningen ble bekreftet i flere studier.

Westra & Peterson (2016) tar til orde for at operasjonssykepleiere har mulighet for å standardisere dokumentasjonen sin. Disse dataene kan brukes til kvalitetsforbedring og forskning. Operasjonssykepleierne bidrar til store data gjennom sin dokumentasjon, og disse dataene kan ha implikasjoner for klinisk beslutningstaking, administrative beslutninger, kvalitetsforbedring og forskning. I en artikkel tar Fencl (2016) for seg AORN's oppdaterte «Guideline for patient Information Management». Hun sier at data samlet i elektroniske helseregistre kan nås og samles på tvers av helsevesenet for å forbedre sikkerhet, kvalitet og effektivitet i omsorgen. Deltakere i denne fokusgruppestudien uttrykte interesse og spenning knyttet til nye dokumentasjonssystemer, særlig i forhold til økning av pasientsikkerheten. Dette er i tråd med det Fencl diskuterer; at betydningen av å bruke felles terminologi i dokumentasjonen vil fremme konsistens og redusere muligheten for tvetydighet og misforståelse. Fencl fremholder også at bruk av standardiserte og strukturerte data gjør det mulig å aggregere dataene for forskning og analyse, noe deltakerne i denne fokusgruppestudien ikke var opptatt av. For deltakerne var det et større fokus på sikkerhet og dokumentasjon i tråd med god operasjonssykepleie og faglige standarder. Søndergaard et al. (2017) konkluderer med at bruk av dokumentasjonssystemer med spesialisert perioperativt innhold, design og bruksmåte kan forbedre operasjonssykepleieres dokumentasjonspraksis.

Ved å ta i bruk standardiserte dokumentasjonssystemer kan operasjonssykepleierene dokumentere den omsorgen og de tiltakene de gjør på en mer entydig måte – som også kan tolkes mer konsekvent av annet helsepersonell.

6 Forskningskvalitet

Innen kvalitativ forskning brukes ofte kriteriene reliabilitet (pålitelighet), validitet (gyldighet) og generaliserbarhet som indikatorer på god forskningskvalitet (Tjora, 2017). I tillegg nevner Polit & Beck (2020) troverdighet som et viktig kriterium. Pålitelighet refererer til nøyaktigheten og konsistensen oppnådd i en studie. Gyldighet dreier seg om, ifølge Polit & Bech (2020), forsvarligheten til studiens evidens og avklarer om funnene er upartiske og godt forankret. Generaliserbarhet kan, ifølge Tjora (2017) skisseres i tre former innen kvalitativ forskning. Naturalistisk generalisering, moderat generalisering og konseptuell generalisering, der forskeren kan utvikle konsepter, typologier eller teorier som vil kunne ha relevans for andre studier (ibid.). Den konseptuelle generaliseringen favoriseres i den kvalitative forskningen, da målet er å utvikle ny innsikt knyttet til et fenomen. Troverdighet er et spesielt viktig aspekt av pålitelighet og oppnås ved at forskningsmetoden er så gjennomslutlig at leseren får et så godt innblikk i forskningen at hen får tillit til at resultatene er sannferdige og pålitelige (Polit & Bech, 2020).

Kvalitativ forskningsmetode anvendes når man ønsker å få frem menneskelig forhold som er opplevd, tenkt, sagt, gjort og erfart. I denne studien ønsket jeg å få svar på operasjonssykepleierens erfaringer rundt deres dokumentasjonspraksis, hvordan de reflekterer rundt begrunnelsene for sin dokumentasjonspraksis og hvilke refleksjoner de gjør seg om nye måter å dokumentere på. For å få svar på forskningsspørsmålene anså jeg at to fokusgrupper med til sammen 11 deltakere var hensiktsmessig i denne studien. En kvantitativ tilnærming i denne studien er derfor å anse som uaktuell. Jeg har søkt om og fått tillatelse fra klinikksjefen ved operasjons- og intensivklinikken ved UNN Harstad om å gjennomføre denne studien. Det samme er gjort i forhold til NSD. Det styrker studien at jeg har jobbet godt med intervjuguiden og med planlegging og gjennomføring av fokusgruppeintervjuene. Videre har jeg transkribert lydfilene fra fokusgruppeintervjuene selv med flere etterfølgende lyttinger og lesing av transkripsjoner for å kvalitetssikre materialet før analysearbeidet startet. Som analysemetode har jeg benyttet meg av tematisk tverrgående analyse i form av systematisk

tekstkondensering da dette er anbefalt for nye forskere. Dette bidrar til høy pålitelighet til datamaterialet som er fremkommet og at funnene i denne studien som sådan også er pålitelige. Som forsker i eget felt kan man likevel ikke utelukke at ens forforståelse kan ha hatt betydning for objektiviteten i studien selv om jeg gjennom hele analyseprosessen har prøvd å være meg dette bevisst. Når det gjelder gyldighet kan en si at forskningen i denne studien har foregått innenfor rammene av min egen faglighet forankret i relevant forskning og teori.

Deltakerne i studien var fra samme arbeidssted som forskeren. Fordelen med det kan være at deltakerne turte å være ærlige i sine uttalelser. En ulempe kan være at deltakerne ikke tok studien seriøst nok. Det er mulig at dersom disse fokusgruppene hadde blitt avholdt med andre deltakere fra andre sykehus, ville funnene kunne blitt annerledes. Likevel synes interaksjonen innad i gruppene å fungere godt og funnene bærer preg av det.

Som forsker i eget felt oppdaget jeg en typisk blind flekk som overrasket meg under analysen av funn: Ingen av deltakerne i de to fokusgruppene hadde ikke nevnt temaet hygiene og infeksjonsforebyggende tiltak, og dette var derfor ikke del av diskusjonen. En kilde til bias er at jeg som forsker kan ha unnlatt å stille noen viktige spørsmål om dette temaet, som innledende eller oppfølgende spørsmål. Inne på operasjonsstua er temaet hygiene «i ryggmargen» hos operasjonssykepleierne. Temaet ble likevel belyst gjennom andre «innganger», som ved dokumentasjon av inngrepet.

Jeg velger likevel å mene at andre forskere med stor sannsynlighet ville kommet til samme konklusjon som denne studien gjør, gitt at inkluderte informanter ikke har kjennskap til bruk av fraser eller andre klassifikasjons- eller dokumentasjonssystemer.

7 Konklusjon

Deltakerne i studien har en felles forståelse for dokumentasjon og at dokumentasjon er viktig både for pasientsikkerheten og kontinuiteten i pasientbehandlingen. Likevel er oppmerksomhet på dokumentasjon forskjellig, noe som gir seg utslag i svært ulike måter å dokumentere på. Deltakerne selv forklarer dette med mangel på opplæring, manglende engasjement på ledernivå og deres egne holdninger til dokumentasjon.

Deltakerne i studien hadde liten kjennskap til bruk av fraser og andre dokumentasjons- og klassifikasjonssystemer, men de ga uttrykk for tillit til at disse kan være hensiktsmessig å ta i bruk. Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) tar i nærmeste fremtid i bruk elektroniske kurver som høster data fra mange ulike parametere. Resultater fra denne studien viser at måten operasjonssykepleiere i dag dokumenterer på og hva de dokumenterer, har utviklingsmuligheter til å kunne få økt nøyaktighet og til å kunne bli mer entydig, uavhengig av hvilket omsorgsnivå pasienten befinner seg på. Tiden operasjonssykepleiere bruker til dokumentasjon vil kunne reduseres, og denne dyrebare tiden kan brukes til kroppsnær sykepleie. Imidlertid er det viktig å være oppmerksom på at ved innføring av systemer som støtter seg på bruk av fraser eller spesifikke klassifikasjonssystemer som for eksempel ICNP bør en være årvåken for at dokumentasjonen ikke blir preget av en automatikk som kan gjøre at viktig informasjon uteblir.

«Noen» må ta ansvar for å løfte dokumentasjon opp og frem, også blant operasjonssykepleierne. Deltakerne i begge fokusgruppene hadde et felles ønske om at dokumentasjon skulle få høyere prioritet, og de ønsket mer opplæring og overordnede føringer for hvordan de skulle utføre dokumentasjonen på en mest mulig riktig og effektiv måte. Avgjørelser rundt innføring nye dokumentasjonssystemer og et felles fagspråk, vil mest sannsynlig tas på ledernivå lokalt, samt organisasjonsmessig nasjonalt og globalt.

Referanseliste

- Aase (red.), K. (2018). *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- AORN - Association of periOperative Registered Nurses. (2020). Introduction to the perioperative nursing data set. Denver, USA. Hentet 04 24, 2021 fra <https://www.aorn.org/education/individuals/continuing-education/online-courses/introduction-to-pnds>
- Belzile, J., & Öberg, G. (2012, 03 23). Where to begin? Grappling with how to use participant interaction in focus group design. (Vol.12 (4), ss. 459-472). Sage Journals. doi:<https://doi-org.mime.uit.no/10.1177%2F1468794111433089>
- Braaf, S., Riley, R., & Manias, E. (2015, 05 04). Failures in communication through documents and documentation across the perioperative pathway. (Volume 24, 13-14, ss. 1874-1884). Journal of Clinical Nursing. doi:<https://doi.org/10.1111/jocn.12809>
- By, E. G. (2016, 12 16). NSF er optimistiske med tanke på fremtiden. Oslo, Norge. Hentet fra Webområde for Norsk sykepleierforbund: <http://sykepleien.no/2016/12/nsf-er-optimistiske-med-tanke-pa-fremtiden>
- Christensen, B. R. (2018). Dokumentasjon av operasjonssykepleie. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide, & I. Hansen (red.), *Operasjonssykepleie* (2. utgave, 2. opplag 2019., ss. 62-80). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). *www.etikkom.no*. Hentet 09 20, 2019 fra Genrelle forskningsetiske retningslinjer: www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/fek_generelle_retningslinjer.pdf
- Eide, P. H. (2018). Forebygging av hypotermi. I G. M. Dåvøy, P. H. Eide, & I. Hansen (red.), *Operasjonssykepleie* (2. utgave, 2. opplag 2019., ss. 307-319). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, P. H. (2018). Håndlag i operasjonssykepleien. I G. Dåvøy, P. Eide, & I. Hansen (red.), *Operasjonssykepleie* (2. utgave, 2. opplag 2019., ss. 164-177). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Eide, P. H., & Dāvøy, G. (2018). Funksjons- og ansvarsområde. I G. M. Dāvøy, P. H. Eide, & I. Hansen (red.), *Operasjonssykepleie* (2. utgave, 2. opplag 2019., ss. 28-33). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, P. H., & Lockertsen, J.-T. (2018). Operasjonssøstrene og operasjonsstuene. I G. M. Dāvøy, P. H. Eide, & I. Hansen (red.), *Operasjonssykepleie* (ss. 18-27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Elstad, I. (2014). *Sjukepleietenking* (1. utgave, 1. opplag 2014.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fencel, J. (2016, 11 25). Guidelines Implementation: Patient Information Management. (Volume 104, Issue 6, ss. 566-577). Denver, USA: AORN Journal. doi:<https://doi-org.mime.uit.no/10.1016/j.aorn.2016.09.020>
- Hansen, I., & Brekken, R. S. (2018). Leiring av pasienten på operasjonsbordet. I G. M. Dāvøy, P. H. Eide, & I. Hansen (red.), *Operasjonssykepleie* (2. utgave, 2. opplag 2019., ss. 320-353). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Heizenroth, P. A. (2015). Positioning the Patient for Surgery. I J. Rothrock, *Alexander's Care of the Patient in Surgery 15th Edition* (ss. 155-185). Riverport Lane, St.Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Helsepersonelloven. (1999, 07 02). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64)*. Hentet 09 17, 2020 fra [www.lovdata.no: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov%20om%20helsepersonell](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov%20om%20helsepersonell)
- Heyn (red.), L. G. (2018). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (1. utgave, 1. opplag 2018). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- International Council of Nurses. (2019). Norwegian ICNP Research & Development Centre, University of Agder. Grimstad. Hentet 09 06, 2020 fra <https://icnp.uia.no/contact/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utgave, 3. opplag 2017). (T. Anderssen, & J. Rygge, Overs.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Larsen, A. K. (2017). *En enklere metode. Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode. 2. utgave*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Laukvik, L. B., Mølsted, K., & Fossum, M. (2017, 05 05). Felles fagspråk i sykepleiedokumentasjon. Oslo: Tidsskriftet Sykepleien.
doi:<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.61855>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utgave 2017). Oslo: Universitetsforlaget.
- McCarthy, J. (2015). Sutures, needles and instruments. I J. Rothrock, *Alexander's Care of the patient in surgery* (15th edition., ss. 186-210). Riverport Lane, St. Louis, Missouri 63043, USA: Elsevier Mosby.
- Moen, A., Hellesø, R., & Berge, A. (2008). *Sykepleieres journalføring. Dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe AS.
- Moesmand, A. M., & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt kritisk syk. Om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. (2. utgave, 1. opplag 2004). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utgave, 1. opplag 2019). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nightingale, F. (2000). *Notater om sykepleie. Samlede utgaver* (1. utgave, 4. opplag 2016). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nissen, R. (1877/2000). *Lærebog i Sykepleie. Med etterord av Kari Martinsen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NSFLOS. (2016). *Operasjonssykepleie - ansvar og funksjonsbeskrivelse*. Hentet 09 06, 2020 fra Norsk Sykepleieforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere:
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2839925/431929/operasjonssykepleiers-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse>
- NSF's faggruppe for E-helse. (2017). *Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ*. Oslo, Norge. Hentet 09 17, 2020 fra
https://www.nsf.no/Content/3258400/cache=20171602103055/Veileder_v5.1..pdf

Pasientjournalforskriften. (2019, 03 01). *Forskrift om pasientjournal (FOR-2019-03-01-168)*.

Hentet 09 17, 2020 fra www.lovdato.no:

<https://lovdato.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168?q=forskrift%20om%20pasientjournal>

Pasient-og-brukerrettighetsloven. (1999, 07 02). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Hentet 09 17, 2020 fra www.lovdato.no:

<https://lovdato.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

Personopplysningsloven. (2018, 06 15). *Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-06-15-38)*. Hentet 09 04, 2019 fra www.lovdato.no:

<https://lovdato.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>

Polit, D., & Bech, C. T. (2020). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (11th edition). Philadelphia, USA: Wolters Kluwer.

Quivey, M. (2008). Fra papirbaserte "sygeberetninger" til elektronisk journalføring. I A. Moen, R. Hellesø, & A. Berge, *Sykepleiers journalføring. Dokumentasjon og informasjonshåndtering* (ss. 21-36). Oslo: Akribe AS.

Reine, E. (2018). Pasientoverføringer etter kirurgi. I K. Aase (red.), *Pasientsikkerhet. Teori og praksis* (ss. 159-170). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Rothrock, J. C. (2015). *Alexander's care of the patient in surgery, 15th Edition*. Riverport Lane, St. Louis, Missouri 63043: Elsevier Mosby.

Sandvand, E., & Vabo, G. (2007). *Dokumentasjon i sykepleien. En basisbok i faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon*. Kristiansand S: Høyskoleforlaget AS.

Spry, C. (2015). Infection Prevention and Control. I J. Rothrock, *Alexander's Care of the Patient in Surgery 15th Edition* (ss. 69-123). Riverport Lane, St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.

- Søndergaard, S., Lorentzen, V., Sørensen, E., & Frederiksen, K. (2016, 06 21). The documentation practice of perioperative nurses: a literature review. (Volum 26, 13-14, ss. 1757-1769). Journal of Clinical Nursing. doi:<https://doi-org.mime.uit.no/10.1111/jocn.13445>
- Søndergaard, S., Lorentzen, V., Sørensen, E., & Frederiksen, K. (2017, 06 26). Danish perioperative nurse's documentation: A complex, multifaceted practice connected with unit culture and nursing leadership. (Volum 106, 1, ss. 31-41). Denver, USA: Aorn Journal. doi:<https://doi-org.mime.uit.no/10.1016/j.aorn.2017.05.003>
- Tangvik, L., Kinn-Mikalsen, M., Johnsgaard, T., & Reime, M. (2020, 12 01). Observasjonsskjema for måling av ISBAR. (15(1), 5-13). Oslo: Inspira. Hentet fra <https://inspiratidsskrift.no/index.php/inspira/article/view/2774>
- Tholens, B. (2016, 11 10). *Sykepleiersk for viderekommende*. Hentet 09 17, 2020 fra www.sykepleien.no: <https://sykepleien.no/meninger/leder-sykepleien/2016/11/sykepleiersk-viderekomne>
- Thomassen, S. (2012). *Anestesykepleierens bruk av klinisk blikk - og dokumentasjon av dette*. Tromsø: Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø.
- Tidl.Personopplysningslov. (2000, 04 14). *Tidligere Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2000-04-14-31)*. Hentet 09 04, 2019 fra www.lovdatab.no/pro: <https://lovdatab.no/pro/#document/NLO/lov/2000-04-14-31>
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utgave, 2. opplag 2017). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tranøy, K. E. (1992). Om forskningsetikk - noen generelle retningslinjer. Oslo: NEM - Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin.
- Westra, B., & Peterson, J. (2016, 09 28). Big Data and Perioperative Nursing. (Volume 104, Issue 4, ss. 286-292). Denver, USA: AORN Journal. doi:<https://doi-org.mime.uit.no/10.1016/j.aorn.2016.07.009>

Yountz, L., Zinn, J., & Schumacher, E. (2015, 02). Perioperative nurse's attitudes toward the electronic health record. (Volum 30, 1, ss. 23-32). Journal of PeriAnesthesia Nursing. doi:<https://doi-org.mime.uit.no/10.1016/j.jopan.2014.01.007>

Vedlegg 1: Søknad om tillatelse til å gjennomføre masterprosjekt i OPIN-klinikken

Harstad, 13. desember 2019

Klinikkssjef ved Operasjon- og Intensivklinikken i UNN
v/Eva Hanne Hansen

Søknad om tillatelse til å samle data til masterstudie i OPIN-klinikken

Jeg er ansatt ved operasjons- og anesthesiavdelingen ved UNN Harstad som operasjonssykepleier. Etter å ha bestått eksamen fra UiT, som var design av et planlagt forskningsprosjekt, ønsker jeg nå å skrive en masteroppgave (30 studiepoeng). Prosjektet vil undersøke operasjonssykepleieres dokumentasjon som overføring av informasjon til neste sykepleier. Min interesse for dokumentasjon har utspring i min årelange erfaring som sykepleier i en gastrokirurgisk avdeling, der jeg fulgte avdelingens praksis for dokumentasjon og samtidig hadde med meg sykepleierutdanningens fokus på hva som skal dokumenteres.

Gjennom utdanningen til operasjonssykepleier, og fra praksisfeltet i to år, har jeg nå fått ny kunnskap om dokumentasjon både fra et praktisk og teoretisk ståsted. Jeg har lært mer om hva som er viktig å dokumentere rundt et kirurgisk inngrep. I tillegg har jeg sett i praksis hva som faktisk dokumenteres. Jeg har latt meg overraske over at samme type informasjon fra samme type inngrep kan bli formulert på svært ulike måter. De ulike rapportene kan ha et gyldig og «sant» innhold, men de kan også virke upresise og til en viss grad ufullstendige. Inntrykket jeg har fått av mitt nye spesialfags måter å dokumentere på har uroet meg, og samtidig gjort meg nysgjerrig på erfaringene operasjonssykepleiere har som preger deres dokumentasjonspraksis.

På bakgrunn av dette, har jeg kommet frem til følgende problemstilling: *Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med skriftlig elektronisk rapport ved kirurgiske inngrep, og hvordan reflekterer de rundt begrunnelsene for sin dokumentasjonspraksis?*

Studien er avgrenset til rapporter vedrørende pasienter som gjennomgår laparoskopisk sigmoidreseksjon for cancer sigmoideum. Valget er pragmatisk, og vil også gjøre forskningsdata mer homogene for videre analyse. Hensikten med studien er å få ny kunnskap om operasjonssykepleieres skriftlige rapport fra operative inngrep, og funn i studien vil også bli drøftet opp mot ICNP (ICNP® - International Classification for Nursing Practice), som er et klassifikasjonsrammeverk som er anbefalt tatt i bruk ved sykepleiedokumentasjon i norske sykehus.

For å få svar på forskningsspørsmålet planlegger jeg å gjennomføre en todelt kvalitativ studie. I del 1 ønsker jeg å gjennomgå operasjonssykepleie-dokumentasjon fra 20 laparoskopiske inngrep ved cancer sigmoideum, for å få en mer helhetlig forståelse av hvordan operasjonssykepleiere dokumenterer. I del 2 vil jeg gjennomføre to fokusgruppeintervju med 5 – 8 operasjonssykepleiere i hver gruppe for å kunne få deres egne begrunnelser og argumenter for hvorfor de dokumenterer slik de gjør. Deltakerne i fokusgruppene vil bli tilfeldig utvalgt og forespurt av seksjonsleder etter følgende inklusjonskriterier: Sykepleiere

ansatt ved operasjonsavdelingen ved UNN Harstad og Tromsø med minimum fem års ansiennitet som operasjonssykepleier. Begrunnelse for kriteriene er at 5 års praksis innebærer god «fartstid» og et bredere erfaringsgrunnlag.

Dersom klinikksjefen gir tillatelse til at studien kan gjennomføres, vil jeg først søke Personvernombudet i UNN om innsyn i pasientjournalene til pasienter som har gjennomgått laparoskopisk sigmoidreseksjon. En slik undersøkelse vil av Personvernombudet kunne klassifiseres som «Kvalitetsstudie». Aktuelle pasientjournaler kan søkes opp i journalsystemet av en kodekontroller ved hjelp av diagnosekode og behandlingskode. Prosjektet gjennomføres i henhold til forskningsetiske retningslinjer. Det vil bli gjort notater fra journalnedtegnelsene, men uten identifiserende kjennetegn verken av pasient eller av helsepersonell. Det stipuleres at slik gjennomgang kan gjøres over to - tre arbeidsdager.

Førsteamanuensis Ranveig Lind har bistått i planlegging av prosjektet og vil være veileder. Hun vil påse at prosjektet foregår i henhold til forskningsetiske retningslinjer. Intervju med helsepersonell faller utenom Helseforskningslovens bestemmelser. Dersom Personvernombudet klassifiserer journalinnsyn som «Kvalitetsstudie», vil heller ikke dette utløse behov for søknad om godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Jeg søker herved om tillatelse til å gjennomføre dette prosjektet. Dersom klinikksjefen innvilger tilgang til å utføre studien, ønsker jeg å gjøre journalgjennomgang i januar 2020, og intervjuer i februar/mars 2020. Studien vil være avsluttet innen november 2020.

Vennlig hilsen

Gunn Anita Vasshaug
operasjonssykepleier

Ranveig Lind
PhD/veileder

Vedlegg 2 – Svar fra stedlig leder OPIN-klinikken

SV: Søknad om tillatelse til å samle inn data til masterstudie i OPIN-klinikken

Fra [Martnes Rita Pernille](#) 

Til [Gunn Anita Vasshaug](#) 

Dato 16.01.2020 07:24

Jeg godkjenner herved din søknad om å samle data til masterstudiet i Opln-klinikken.

Jeg er spent på resultatet og ønsker deg lykke til med oppgaven.

Ha en fin dag!

Med vennlig hilsen

Rita Pernille Martnes

Avdelingsleder

Tlf: +47 770 15354

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

AnOp Harstad

Mob: +47 907 32572

Det er resultatene for pasienten som teller!
Vi gir den beste behandling.

Fra: Gunn Anita Vasshaug <g-vassh@online.no>

Sendt: tirsdag 14. januar 2020 11:48

Til: Martnes Rita Pernille <Rita.Pernille.Martnes@unn.no>

Kopi: Hansen Eva-Hanne <Eva-Hanne.Hansen@unn.no>

Emne: Re: Søknad om tillatelse til å samle inn data til masterstudie i OPIN-klinikken

Supert! Takk for svar 😊

Sendt fra min iPhone

14. jan. 2020 kl. 10:09 skrev Martnes Rita Pernille <Rita.Pernille.Martnes@unn.no>:

Hei

Tusen takk for søknad og jeg syntes det er flott at du skal skrive master!!

Jeg skal sjekke litt opp ift godkjenning av prosjektet så hører du fra meg.

Med vennlig hilsen

Rita Pernille Martnes

Avdelingsleder

Tlf: +47 770 15354

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

AnOp Harstad

Mob: +47 907 32572

Det er resultatene for pasienten som teller!
Vi gir den beste behandling.

Fra: Gunn Anita Vasshaug <g-vassh@online.no>

Sendt: mandag 13. januar 2020 10:35

Til: Hansen Eva-Hanne <Eva-Hanne.Hansen@unn.no>; Martnes Rita Pernille
<Rita.Pernille.Martnes@unn.no>

Emne: Fwd: Søknad om tillatelse til å samle inn data til masterstudie i OPIN-klinikken

IKKE SENSITIV

Hei igjen!

Jeg har etterlyst svar på denne henvendelsen. Denne gangen prøver jeg å sende ved å skrive IKKE SENSITIV først. Kan den ligge i spam-mappen hos dere?

Imøteser snarlig tilbakemelding fra dere:-)

mvh Gunn Anita

----- Opprinnelig melding -----

Emne:Søknad om tillatelse til å samle inn data til masterstudie i OPIN-klinikken

Dato:16.12.2019 09:55

Fra:Gunn Anita Vasshaug <g-vassh@online.no>

Til:eva.hanne.hansen@unn.no

Kopi til:rita.fernille.martnes@unn.no

Hei!

Oversender søknad om tillatelse til å samle inn data til masterstudie.

Ta gjerne kontakt dersom dere har spørsmål.

mvh Gunn Anita Vasshaug

Vedlegg 3: Svar fra NSD

NSD Personvern

28.09.2020 15:27

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 146332 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 28.09.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.03.2021. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke 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: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen 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 NSD legger til grunn at

behandlingen oppfylder kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). [Nettskjema.no](https://nettskjema.no) er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfylder kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 4: Info-skriv med samtykkeerklæring

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

HVILKE ERFARINGER HAR OPERASJONSSYKEPLEIERE MED SKRIFTLIG RAPPORT VED KIRURGISKE INNGREP, OG HVORDAN REFLEKTERER DE RUNDT BEGRUNNELSENE FOR SIN DOKUMENTASJONSPRAKSIS?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å få ny kunnskap om operasjonssykepleieres skriftlige elektronisk rapport fra operative inngrep. Som forsker skal jeg ikke kunne påvirke utvelgelsen av informanter. Du er derfor tilfeldig valgt ut av avdelingsleder etter følgende utvalgsriterier: Du er ansatt som operasjonssykepleier ved operasjons- og anestesivdelingen ved UNN Harstad. Alder: 25-65 år. Erfaring som operasjonssykepleier: 0 – over 15 år.

Det jobbes nå med å implementere internasjonal klassifikasjon for sykepleiepraksis (ICNP® - International Classification for Nursing Practice). Hovedmålet med ICNP er, ifølge Laukvik med flere (2017) å forbedre sykepleie over hele verden. «Terminologien legger til rette for at man kan uttrykke sykepleiediagnose, sykepleietiltak og pasientresultat». Bruk av ICNP vil også kunne danne grunnlag for uttak av data til videre forskning og bruk til utviklings- og styringsformål (NSF's faggruppe for E-helse, 2017). Dette vil bidra til at vi kan jobbe mer kunnskapsbasert, og øke pasientsikkerheten og kvaliteten på sykepleiedokumentasjonen. Sykepleierne del av det tverrfaglige samarbeidet kan dermed bli styrket. Noe av hensikten med studien vil være å se på om hvorvidt operasjonssykepleiere vil ha nytte av et slikt dokumentasjonsverktøy.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

I prosjektet vil vi ikke innhente og registrere opplysninger om deg. Det skal avholdes to fokusgruppeintervjuer med 4-6 personer i hver gruppe. Fokusgruppeintervjuene vil foregå etter en semistrukturert intervjuguide der noen av spørsmålene vil være satt på forhånd. Det vil være åpent for individuelle spørsmål og svar underveis. Hvert fokusgruppeintervju vil ha en varighet på 45 – 60 minutter. Det vil underveis i intervjuene gjøres digitalt lydopptak via nettskjema/TSD, som i etterkant blir transkribert og analysert.

Opplysningene som fremkommer vil bli behandlet konfidensielt og etter etiske retningslinjer. Resultatet av undersøkelsen vil bli fremstilt i en mastergradsoppgave. Alle opplysninger vil bli slettet så snart som mulig etter avsluttet prosjekt.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det vil i dette prosjektet ikke påregnes fordeler, forventede risikoer, ulemper, bivirkninger eller ubehag.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få noen som helst konsekvenser for deg. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger som angår deg, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte meg,, telefon, e-postadresse:, eller min veileder førsteamanuensis, telefon, e-postadresse:

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun jeg og min veileder som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert og slettet så snart som mulig etter prosjektslutt

ØKONOMI

Som deltaker i en fokusgruppe vil du ikke motta noen form for honorar eller kompensasjon. Som forsker vil heller ikke jeg motta noen form for økonomisk kompensasjon.

GODKJENNING

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig prosjektleder et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med undertegnede, telefon eller e-postadresse:@online.no.

Personvernombud ved er,no

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER
BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Harstad,

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet.

Harstad,

Sted og dato

Signatur

prosjektleder

Rolle i prosjektet

Vedlegg 5: Intervjuguide

Velkommen!

Bakgrunn/problemstilling/hensikt:

Inntrykket jeg har fått av mitt nye spesialfags måter å dokumentere på har gjort meg nysgjerrig på erfaringene operasjonssykepleiere har som preger deres dokumentasjonspraksis.

På bakgrunn av dette, har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med skriftlig rapport ved kirurgiske inngrep, og hvordan reflekterer de rundt begrunnelsene for sin dokumentasjonspraksis?

Hensikten med studien er å få ny kunnskap om operasjonssykepleieres skriftlige rapport fra kirurgiske inngrep.

	<ul style="list-style-type: none">• Intervjuspørsmål til EN – deretter sparkes spørsmålene videre innad i gruppen	<ul style="list-style-type: none">• «Probe» - tilleggsspørsmål for utdyping
Åpning	<ul style="list-style-type: none">• FØR lydopptaker starter ihht. NSD• Vi vil gjerne at dere presentere dere med alder.• Kan dere si noe om hvor lenge dere har jobbet som sykepleier?• - og som operasjonssykepleier?	<ul style="list-style-type: none">• Dere har alle fått utlevert et skjema med disse dataene, men tenker at dette kan være en grei måte å starte på.
Introd. spørsmål	<ul style="list-style-type: none">• Kan du si noe om hvilke dokumentasjonsrutiner som finnes på deres avdeling?	<ul style="list-style-type: none">• Hva tenker dere andre om dette?• Dokumenteres det slik ved alle type inngrep?
Overgangs-spørsmål	<ul style="list-style-type: none">• Hva synes dere er viktig å dokumentere ved kirurgiske inngrep?• Hvis man må velge seg ut noe av tidshensyn, hva prioriteres?	<ul style="list-style-type: none">• Hvorfor tenker du at dette er viktig?• Vil dette gjelde for alle typer inngrep, eller spesielt for enkelte inngrep?• Etterspørre enighet – uenighet i gruppa?
Nøkkel-spørsmål	<ul style="list-style-type: none">• Kan dere si litt om måten det dokumenteres på?• Hvilke tanker har dere om hva og hvordan operasjonssykepleiedokumentasjon skal og bør være?• Har dere forslag til faktorer som kan spille inn på deres måte å dokumentere på?• Hva tenker dere om hvilken betydning operasjonssykepleiedokumentasjonen har i pasientens totale behandlingsforløp?	<ul style="list-style-type: none">• Jeg er selv opr.spl. og ser at det dok. ulikt. Kan dere si noe om hvorfor dere tenker det er slik?• Kan dere utdype det nærmere?• Har noen av dere spesielle «kjepphester» dere sørger for alltid kommer med?• Tid?• Elektive/øyeblikkelig hjelp operasjoner?• Type inngrep? (Gyn/Uro/Orto/Gastro/Ønh)• Type journalsystem/IT?

		<ul style="list-style-type: none"> • Har dere noen tanker om hvem som leser opr.spl.dokumentasjonen? • Hva tror dere skal til for at opr.spl.dok. skal bli en viktig del av behandlingsforløpet? • Kan et klassifikasjonssystem/faste fraser bidra til en annerledes måte å dokumentere på?
Avrunde	<ul style="list-style-type: none"> • Jeg ser at tidsrammen vi avtalte for intervjuet går mot slutten. Men et siste spørsmål til dere: Er det noe viktig dere brenner inne med og som ikke er nevnt allerede? • Til slutt gir jeg ordet til observatør. Har du noen spørsmål? 	
Avslutning	<ul style="list-style-type: none"> • Har dere noen tanker om gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet? • Takk for deltakelsen! 	<ul style="list-style-type: none"> • Har dere noen tanker om temaet som er tatt opp?

Vedlegg 6: Skjema – demografiske data

Demografiske data – mastergradsprosjekt

Sett kryss på riktig svaralternativ

Alder:

- 25 – 35 år
- 36 – 45 år
- 46 – 55 år
- Over 55 år

Erfaring som sykepleier FØR spesialutdanning:

- 2 – 4 år
- 5 – 10 år
- 10 – 15 år
- Over 15 år

Erfaring med elektronisk dokumentasjon som sykepleier:

- Ja
- Nei

Erfaring som operasjonssykepleier:

- 0 – 4 år
- 5 – 10 år
- 10 – 15 år
- Over 15 år

Erfaring med elektronisk dokumentasjon som operasjonssykepleier:

Ja

Har du i så fall kjennskap til/brukt ferdige fraser?

Ja

Nei

Nei

Kan du KORT si noe om forskjellen på elektronisk dokumentasjon som sykepleier og som operasjonssykepleier?

