

Jarl Richard Evensen
Leisiane Alzira Barbosa Østeng

Operasjonssykepleiers oppfatning av standardiserte prosedyrer for oppdekking av instrumentbord og holdninger til kunnskapsbasert praksis, en kvantitativ tverrsnittstudie.

Masteroppgave i Master i klinisk sykepleie
Veileder: Marianne Thorsen Gonzalez
Medveileder: Randi Ballangrud
Januar 2022

Jarl Richard Evensen
Leisiane Alzira Barbosa Østeng

Operasjonssykepleiers oppfatning av standardiserte prosedyrer for oppdekking av instrumentbord og holdninger til kunnskapsbasert praksis, en kvantitativ tverrsnittstudie.

Masteroppgave i Master i klinisk sykepleie
Veileder: Marianne Thorsen Gonzalez
Medveileder: Randi Ballangrud
Januar 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel:

Operasjonssykepleiers oppfatning av standardiserte prosedyrer for oppdekking av instrumentbord og holdninger til kunnskapsbasert praksis, en kvantitativ tverrsnittstudie.

Bakgrunn:

Den nasjonale handlingsplanen for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring for 2019-2023 har som mål å begrense dimensjonen av pasientskader knyttet til sykehusopphold. Postoperativ sårinfeksjon og andre kirurgiske komplikasjoner er to av de fire hyppigst forekommende pasientskader i Norske somatisk sykehus. Operasjonssykepleiere har ansvar for å gi en forsvarlig pasientbehandling og medvirke til pasientsikkerhet ved blant annet å forebygge utilsiktet kirurgiske komplikasjoner. Studien vil se nærmere på operasjonssykepleieres oppfatning- og bruk av standardiserte prosedyrer for oppdekking av instrumentbord. Dagens praksis på operasjonsstuer i Norge har flere variasjoner og det er uvisst om begrunnelse for hvordan operasjonssykepleiere organiserer sitt instrumentbord baserer seg på forskningsbasert og/eller erfaringsbasert kunnskapsgrunnlag. Krav om faglig forsvarlighet og å holde seg faglig oppdatert knyttes direkte til å jobbe kunnskapsbasert slik at pasientsikkerhet ivaretas.

Hensikt:

Hensikten med studien var å kartlegge operasjonssykepleieres oppfatning og bruk av prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord, samt å kartlegge operasjonssykepleieres praksis, holdninger, kunnskap og ferdigheter angående kunnskapsbasert praksis.

Metode:

Studien er designet som en kvantitativ tverrsnittstudie. Et nettbasert spørreskjema ble benyttet som verktøy for innsamling av data. Del 1 av spørreskjemaet kartla demografisk data og stilte fem tilleggsspørsmål om tema: standardisering av oppdekking av instrumentbord. I del 2 av spørreskjemaet ble det anvendt en norsk versjon av «Evidence Based Practice Questionnaire». Totalt ble det sendt 243 spørreskjema til fem operasjonsavdeling fordelt på ett flerregionalt sykehus og fire lokalsykehus i Norge. Antall besvarte spørreundersøkelser var 64 (26%). Innsamling av data forekom mellom medio mai og slutten av august 2022. Analyse av data ble gjort ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS.

Resultat:

Funnene viser at 89% av respondentene ser nytten i å ha prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord. Derimot har bare 45% av respondentene brukt en slik prosedyre i praksis. Funnene viser ingen statistisk signifikant sammenheng mellom type arbeidssted, antall års erfaring eller utdanningsnivå og operasjonssykepleiers oppfatning av standardisering av oppdekking av instrumentbord. Respondentene skårer positivt på kunnskapsbasert praksis (Mean 4,66 og SD 1.02). Funnene viser at respondentene skårer høyere på dimensjonene *holdning* og *kunnskap* om kunnskapsbasert praksis enn å på dimensjonen *praksis*. Studien viser også at det ikke er statistisk signifikant forskjell mellom operasjonssykepleieres totale holdning til kunnskapsbasert praksis og type arbeidssted. Det er derimot statistisk signifikant forskjell mellom operasjonssykepleieres totale holdning til kunnskapsbasert praksis og antall års erfaring og utdanningsnivå.

Konklusjon:

Funnene i denne studien viser at operasjonssykepleierne har en positiv oppfatning av standardisering av oppdekking av instrumentbord. Dette er uavhengig av operasjonssykepleieres utdanningsnivå, antall års erfaring og type arbeidssted. Studien viser at operasjonssykepleiere er positive til kunnskapsbasert praksis. Operasjonssykepleiere har dessuten en positiv holdning og har gode kunnskaper og ferdigheter til kunnskapsbasert praksis. Operasjonssykepleierne med mastergrad, de med 17år+ erfaring og de som jobbet ved flerregionale sykehus viste bedre holdninger til kunnskapsbasert praksis sammenlignet med de respektive motpartene.

Abstract

Title:

Perioperative nurses' perception of standardized procedures for instrument table set-up and attitudes towards evidence-based practice, a quantitative cross-sectional study.

Background:

The national action plan for patient safety and quality improvement for 2019-2023 has set a goal to limit the dimension of hospitalization-related patient injuries. Postoperative surgical site infections and other surgery related complications are two of the four most frequently occurring patient injuries in Norwegian somatic hospitals. Perioperative nurses are responsible for providing proper patient care and contribute to patient safety by, among other things, preventing unintentional surgical complications. This study will more closely examine perioperative nurses' perception- and utilization of standardized procedures for instrument table set-up. Current practice in operating theaters in Norway is varied and it is unclear whether how perioperative nurses set up their instrument tables is evidence based and/or experience based. The requirement of professional soundness and to be updated on current practice is directly tied to working evidence based so that patient safety is ensured.

Aim:

The aim of this study was to map perioperative nurses' perception and utilization of procedures that standardize instrument table set-up, as well as perioperative nurses practice, attitudes, knowledge and skills regarding evidence-based practice.

Method:

The study is designed as a quantitative cross-sectional study. A web-based questionnaire was utilized as the data collection tool. Part 1 of the questionnaire maps demographic data and puts forth five questions regarding the theme: standardized instrument table set-up. In Part 2 of the questionnaire a Norwegian version of the "Evidence Based Questionnaire" was used. In total 243 questionnaires were distributed to five surgical departments within one multiregional hospital and four local hospitals in Norway. The number of completed questionnaires was 64 (26%). Data collection occurred between mid-May and the end of August 2022. Analysis of the data was done through the statistics program SPSS.

Results:

Findings show that 89% of respondents see the utility of having procedures that standardize instrument table set-up. Although only 45% have ever used such a procedure in their practice. Findings show no statistically significant connection between type of workplace, number of years of experience or educational level and perioperative nurses' perception of standardization of instrument table set-up. The respondents score positively on evidence-based practice (Mean 4,66 and SD 1.02). The findings show that respondents score higher on the dimensions *attitudes* and *knowledge* about evidence based practice than the dimension *practice*. The study also shows that there is no statistically significant difference between perioperative nurses' total attitude towards evidence-based practice and type of workplace. However, there is a statistically significant difference between perioperative nurses' total attitude towards evidence-based practice and the number of years of experience and educational level.

Conclusion:

Findings in this study show that perioperative nurses have a positive perception of standardization of instrument table set-up. This is independent of educational level, number of years of experience and type of workplace. The study shows that perioperative nurses are positive to evidence-based practice. Furthermore, perioperative nurses have positive attitudes and good knowledge and skills regarding evidence-based practice. Perioperative nurses with master's degrees, those with 17years+ experience and those working in multiregional hospitals showed better attitudes to evidence-based practice than their respective counterparts.

Forord

Vi ønsker å takke alle kjente og kjære som har bistått til fullføring av oppgaven. Vi vil også takke avdelingsledere for tips, triks og tillatelser til utsending av spørreskjemaer. Vi vil takke spesielt veiledere for kyndig og ikke minst tålmodig veiledning.

Innhold

1	Introduksjon	1
2	Bakgrunn	2
2.1	Operasjonssykepleiers funksjonssbeskrivelse, rolle og ansvarsområder	2
2.2	Pasientsikkerhet.....	3
2.2.1	Pasientsikkerhet på operasjonstua	4
2.2.2	SEIPS modellen	4
2.3	Standardisering av prosedyrer	5
2.4	Kunnskapsbasert praksis og kvalitetsforbedring	6
2.5	Oppsummering	7
2.6	Hensikt med studien	8
2.7	Forskningsspørsmål	8
3	Metode	9
3.1	Design	9
3.2	Utvalg.....	9
3.3	Rekrutteringsprosess	9
3.4	Datasamling	10
3.4.1	Spørreskjema	10
3.4.2	Gjennomføring av datasamling	11
3.5	Databehandling	11
3.6	Analyse av data	11
3.6.1	Analyse av nominale data om demografi	12
3.6.2	Analyse av nominale data i del 1 av spørreskjemaet om «bruk av standardisert opdekking av instrumentbord»	12
3.6.3	Analyse av ordinale data i del 2 av spørreskjema om «Kunnskaps basert praksis» (EBPQ)	13
3.7	Forskningsetikk og Personvern	14
3.7.1	Etiske hensyn	14
3.7.2	Personvern	14
3.7.3	Dataoppbevaring.....	15
4	Resultat	16
4.1	Del 1 av spørreskjema	16
4.1.1	Demografisk data	16
4.1.2	I hvilken grad benytter operasjonssykepleiere prosedyre som standardiserer opdekking av instrumentbord?	17

4.1.3	Er det noe sammenheng mellom oppfatning av prosedyre som standardiserer oppdekking av instrumentbord og operasjonssykepleiernes utdanning, antall års erfaring og arbeidssted?	18
4.2	Del 2 av spørreskjema	20
4.2.1	Hvordan er operasjonssykepleiernes praksis, holdninger og kunnskap angående kunnskapsbasert praksis?.....	20
4.2.2	Er det forskjeller mellom praksis, holdninger og kunnskap angående kunnskapsbasert praksis i relasjon til operasjonssykepleiernes utdanning, arbeidserfaring og arbeidssted?	22
5	Diskusjon.....	25
5.1	Operasjonssykepleieres anvendelse av prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord	25
5.2	Sammenheng mellom oppfatning av prosedyre som standardiserer oppdekking av instrumentbord og bakgrunnsvariabler som utdanning, antall års erfaring og arbeidssted	26
5.3	Operasjonssykepleiernes bruk, holdninger og kunnskap realtert til kunnskapsbasert praksis.....	27
5.4	Forskjeller mellom operasjonssykepleieres bruk, holdninger og kunnskaper realtert til kunnskapsbasert praksis og bakgrunnsvariabler som utdanning, antall års erfaring og arbeidssted.....	27
5.5	Metodediskusjon	28
5.5.1	Reliabilitet.....	29
5.5.2	Validitet	30
6	Konklusjon	32
	Referanser.....	33
	Vedlegg.....	38

1 Introduksjon

Ifølge Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av operasjonssykepleiere (NSFLOS) deles operasjonssykepleiers ansvarsområder i fire arbeidsområder: «terapeutisk ansvar, pedagogisk ansvar, administrativt ansvar og fagutvikling og forskningsansvar» (Norsk Sykepleierforbund - Landsgruppe av Operasjonssykepleiere - NSFLOS, 2015).

Operasjonssykepleiere skal bidra til faglig forsvarlig pasientbehandling og pasientsikkerhet ved å forebygge blant annet infeksjoner, hindre smittespredning, skader og andre komplikasjoner som skyldes kirurgi. De skal også bidra til nytenkning og innovasjon i sin kliniske praksis som operasjonssykepleier. De skal forholde seg kritisk til, analysere og anvende ulike informasjonskilder samt bidra til å strukturere og formulere faglige resonneringer (Norsk Sykepleierforbund - Landsgruppe av Operasjonssykepleiere - NSFLOS, 2015). Dette er i samsvar med §4 av Helsepersonelloven (2019) om krav til faglig forsvarlighet som forventes av alle helsepersonell.

Helsedirektoratet (2021) sin rapport om pasientskader viser at to av de fire hyppigst forekommende pasientskader i norske somatiske sykehus i 2020 var kirurgiske komplikasjoner og postoperative sårinfeksjoner. Pasientskader knyttet til kirurgi forekommer 4,8% av alle sykehusopphold. Ifølge rapporten finnes det godt grunnlag for at helseforetakene vurderer forbedringspotensial, slik at omfanget av pasientskader reduseres.

Temaet denne masteroppgaven tar for seg er standardisering av oppdekking av instrumentbord med utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis. Dette er forankret i ansvarsområdene «fagutvikling og forsikringsansvar» innenfor operasjonssykepleierfaget, med fokus på pasientsikkerhet. Dette er med utgangspunkt i at kontinuerlig faglig utvikling, læring og kunnskapsbasert praksis er sentralt i dette ansvarsområdet. Standardisering av oppdekking av instrumentbord bidrar til en mer smidig assistanse ved at operasjonssykepleieren raskere finner etterspurte instrumenter og at avlevering av instrumenter blir automatisert (Glaser *et al.*, 2022). Diverse forstyrrelser i arbeidsflyt under kirurgisk inngrep har vist seg å øke sannsynlighet for feilgrep (Wiegmann *et al.*, 2007). I Norge i dag finnes ikke prosedyrer på et nasjonalt nivå som standardiserer oppdekking av instrumentbord. Det er derimot kjent at enkelte operasjonsavdelinger praktiserer en viss grad av lokal standardisering av oppdekking av instrumentbord. Resultatet av denne studien kan derfor bidra til å videreføre en prosess i forebygging av kirurgisk komplikasjoner som baserer seg på en av operasjonssykepleieres roller under kirurgi.

2 Bakgrunn

I denne delen av oppgaven presenteres sentrale tema og perspektiver som ligger til grunn for utviklingen og forståelsen av studiens hensikt og forskningsspørsmål.

2.1 Operasjonssykepleiers funksjonsbeskrivelse, rolle og ansvarsområder

Operasjonssykepleie er et selvstendig fagområde innenfor sykepleie rettet mot den kirurgiske pasienten. Operasjonssykepleieres oppgave er å tilby avansert klinisk fagutøvelse til pasienter i en aktuell eller mulig livstruende situasjon som krever oppmerksomhet og avansert sykepleie. I tillegg forventes det at operasjonssykepleiere kan foreta en kyndig vurdering av pasientens aktuelle situasjon, behov for velvære, sikkerhet og helhetlig sykepleie. Det forventes også kunnskap og ferdigheter til å assistere kirurger, koordinere driften under inngrepet, opprettholde et sterilt miljø, forebygge infeksjoner og utilsiktet hypotermi, hindre leiringskader og ha evne til å prioritere og å handle raskt i akutte situasjoner (Eide og Dåvøy, 2018; Holmes, Ballangrud og Vifladd, 2021).

Blant det kirurgiske teamet har en operasjonssykepleier ansvar for både det sterile operasjonsfelt og for det koordinerende arbeid som bidrar til en trygg gjennomføring av kirurgi. Det arbeidet operasjonssykepleieren utøver som ikke er direkte involvert med den fysiske utøvelsen av det kirurgiske inngrepet, kalles koordinerende rolle. Dette er nærmest beskrevet som en administrerende rolle (Holmes, Ballangrud og Vifladd, 2021). Denne rollen har en rekke oppgaver som innebærer blant annet å forebygge komplikasjoner knyttet til operasjonssykepleie, forberede pasienten til kirurgi, dokumentere sykepleie og tilrettelegge operasjonsstua i forhold til bruk av medisinskteknisk utstyr. De har også et felles ansvar med operasjonssykepleieren i det sterile feltet for å kontrollere instrumenter og kompresser (Eide og Dåvøy, 2018).

Den sterilt utøvende operasjonssykepleiers rolle har ansvar for det sterile feltet, ansvar for de sterile instrumentene og instrumentering generelt, herunder organisering og klargjøring av instrumenter. Rollen regnes som en sentral rolle med stor betydning for gjennomføring av inngrepet (Rothrock, McEwen og Alexander, 2019; Association of Surgical Technologists, 2018).

Organiseringen av de kirurgiske instrumentene er avhenger av en rekke faktorer. Den individuelle operasjonssykepleieren, klinisk sammenheng, kirurg og prosedyre er faktorer som spiller inn her (Association of Surgical Technologists, 2018; Glaser *et al.*, 2022). Det er forventet at operasjonssykepleiere har gode kunnskaper om anatomi og kirurgiske prosedyrer slik at hun/han kan rekke kirurgen det korrekte instrumentet til riktig tid. I tillegg til å kunne indentifisere neste steg i den kirurgiske prosedyren (Eide og Dåvøy, 2018). Ved å jobbe på denne måten, vil operasjon- og anestestiden forkortes, og det vil komme pasienten til gode. Hvordan instrumentene organiseres på assistansebord og

instrumentbord er avhengig av operasjonssykepleiens avanserte kunnskaper om kirurgiske prosedyrer, instrumenter og utstyr (Eide og Dåvøy, 2018).

Sikkerhet, renhetsgrad, struktur som skaper oversikt, standardisering, samarbeid med kirurg og flyt i instrumentering, er vurderinger som operasjonssykepleier legger vekt på når vedkommende organiserer instrumenter på instrumentbord og assistansebord (Igesund, 2016; Gillespie *et al.*, 2009). I operasjonssykepleie er yrkeskompetansen bygd på både viten og praktiske ferdigheter. Både teoretisk og praktisk kunnskap må utsettes for refleksjon og kritisk overveielse slik at faget kan kontinuerlig utvikles (Eide og Dåvøy, 2018).

Operasjonssykepleiefaget omfatter fire arbeidsområder: «terapeutisk ansvar, pedagogisk ansvar, administrativt ansvar og fagutvikling og forskningsansvar» (Norsk Sykepleierforbund - Landsgruppe av Operasjonssykepleiere - NSFLOS, 2015). Denne studien gjennomføres med utgangspunkt i fagutvikling og forsikringsansvarsområdet, men de terapeutiske, pedagogiske og administrative ansvarsområder påvirker i noen grad studien, gitt at ansvarsområdene knytter operasjonssykepleiefaget sammen.

Operasjonssykepleieres fagutvikling- og forsknings ansvar innebærer at operasjonssykepleier skal medvirke og oppmuntre til fagutvikling og forskning for å sikre at praksis utøves basert på beste fremkommelig kunnskap (Norsk Sykepleierforbund - Landsgruppe av Operasjonssykepleiere - NSFLOS, 2015). Det forventes at operasjonssykepleiere skal forbedre sin utøvelse i takt med ny kunnskap. Dette er fordi operasjonssykepleier har ansvar for å holde seg faglig oppdatert i sin egen praksis og samarbeide i tverrfaglige prosjekter som forbedrer pasientforløp. Fagutviklingsansvaret knyttes til kvalitetsforbedring av all operasjonssykepleierpraksis og er vesentlig for å innfri forsvarlighetskravet og krav om kvalitet og effektivitet i helseforetakene (Norsk Sykepleierforbund - Landsgruppe av Operasjonssykepleiere - NSFLOS, 2015; Eide og Dåvøy, 2018; Wenche, 2018).

Operasjonssykepleiere er pålagt under helsepersonelloven å utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som forventes av helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon (Helsepersonelloven, 2019). Fagutvikling og forskningsansvar for operasjonssykepleier tolkes som essensiell for å innfri lovens påleggelse.

2.2 Pasientsikkerhet

Begrepet pasientsikkerhet i denne studien baserer seg på Verdens Helseorganisasjon (WHO) sin definisjon fra deres publikasjon *Global patient safety action plan 2021–2030* (World Health Organization, 2021). De beskriver pasientsikkerhet som: Et rammeverk av organiserte aktiviteter som skaper kulturer, prosesser, prosedyrer, adferd, teknologier og miljøer i helsetjenester som konsekvent og vesentlig reduserer risiko og forekomst av unngåelig skade, gjør feilgrep mindre sannsynlige og reduserer skadeomfanget dersom det forekommer (World Health Organization, 2021). Definisjonen til WHO vektlegger at pasientsikkerhet omfatter vesentlig mer enn å ikke skade pasienten. I det norske helsevesenet er definisjonen på pasientsikkerhet i tråd med denne internasjonale forståelsen av pasientsikkerhet.

God pasientsikkerhet er en følge av et omfattende arbeid og systemer som reduserer risiko for feilgrep, herunder prosedyrer. Avvik i en oppgave, team, situasjon, organisasjon eller institusjon vil kunne by på trusler mot pasientsikkerhet (Saunes *et al.*, 2010; Aase, 2010). Pasientsikkerhet er en avgjørende faktor for kvalitet i helsetjenestene (Saunes *et al.*, 2010). Pasienter har i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven krav på rett, kompetent og nødvendig helsehjelp (Pasient-og brukerrettighetsloven, 2001).

2.2.1 Pasientsikkerhet på operasjonstua

Pasientsikkerhet på operasjonstua innebærer å iverksette ulike tiltak for å optimalisere omsorgen i operasjonsforløpet for hver enkelt pasient. Operasjonsteamet har et felles ansvar for å ivareta pasientsikkerheten. Kommunikasjon og samarbeid i operasjonsteamet er viktig for at pasienten skal få vellykket kirurgisk behandling (Haugen og Dåvøy, 2018). Kirurgi i dagens helsetjeneste har en viktig rolle i å forbedre helse og redusere skadevirkninger på grunn av sykdom og skader. Samtidig er forekomsten av kirurgiske komplikasjoner, en av de hyppigste årsaker til pasientskadene i somatiske sykehus, både på nasjonalt og internasjonalt nivå (Helsedirektoratet, 2022; Haugen og Dåvøy, 2018).

Innføring av sjekkliste for «trygg kirurgi» som verktøy for å oppnå bedre pasientsikkerhet på operasjonstua, har vist seg å være effektivt for å redusere dødelighet og skader som skyldes kirurgi. Sjekklister har sitt opphav i WHO sitt initiativ fra 2009 for å minske unngåelige kirurgiske komplikasjoner (Haugen og Dåvøy, 2018; World Health Organization, 2009). I WHO sin veileder for trygg kirurgi, finnes ti vesentlige og viktige mål for implementering av sjekklister for «trygg kirurgi», slik at antall uønskede hendelser på operasjonstua reduseres. Ett spesifikt mål i sjekklister for trygg kirurgi, er å forebygge at kompresser og kirurgiske instrumenter ikke blir glemt igjen i operasjonsfeltet. Det er en reel fare for at kompresser, nåler og kirurgiske instrumenter kan bli glemt i pasienten (Haugen og Dåvøy, 2018; Holmes, Ballangrud og Vifladt, 2021).

Operasjonssykepleiere har et overordnet ansvar for at utstyr og kompresser ikke blir glemt igjen i pasienten. Den perioperative fasen karakteriseres av tidspress og komplekse, raskt skiftende og stressende hendelser (Holmes, Ballangrud og Vifladt, 2021). Dermed er det naturlig å anta at standardisert oppdekking av instrumentbord vil gi raskere innblikk over instrumenter og kompresser. Dette til tross for at det ikke er mye forskning som konkret kan vise til at standardisering av instrumentbord direkte bidrar til forbedring i pasientsikkerhet.

2.2.2 SEIPS modellen

SEIPS står for Systems Engineering Initiative for Patient Safety, hvilket er en organisatorisk modell som er basert på et organisasjonsteoretisk perspektiv. SEIPS-modellen benyttes mye i helsetjenesten for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet, som for eksempel å karakterisere risiko i hjertekirurgi og øke pasientsikkerhet i strålebehandling (Ballangrud og Husebø, 2021; Carayon *et al.*, 2014).

SEIPS-modellen ble utviklet ut fra behov for en tilnærming som kunne veilede empiriske studier for å undersøke systemdesign i forhold til pasientsikkerhet og medisinske feil. Tilnærming til pasientsikkerhet i SEIPS-modellen er forankret i det industriingeniørfaget kaller for «Human factors». Det vil si at individet er i sentrum av arbeidssystemet, og arbeidssystemet utformes med mål om å forbedre og eller tilrettelegge individets ytelse

og minimere negative konsekvenser for individet som for eksempel stress. Interaksjoner mellom mennesker og deres miljø er også sentralt her, fordi det har direkte innvirkning på ytelse, sikkerhet, helse og kvalitet på arbeidslivet (Carayon et al., 2006). Denne arbeidsmodellen har sin bakgrunn i arbeidssystemmodellen til Smith og Sainfort (1998) og kvalitetsmodellen til Donabedian (1978) (Ballangrud og Husebø, 2021).

SEIPS-modellen tar utgangspunkt i tre prinsipper som opprinnelig kommer fra fagområdet «Human Factors». Disse prinsippene er:

- *Systemorientering*: utøvelsen er et resultat av samspill mellom komponenter i et sosioteknisk system hvor personen er en av flere elementer.
- *Personsentrert*: en person eller en gruppe er sentrale i arbeidssystemet i helsetjenesten.
- *Design-drevne forbedringer*: personsentrert utforming av arbeidsstrukturer og prosesser, kan potensielt gi positive resultater for pasienter, helsepersonell og organisasjonen som helhet (Ballangrud og Husebø, 2021)

SEIPS- modellen påpeker sammenhenger mellom et sosioteknisk arbeidssystem, arbeidsprosessene og resultatet som oppnås. Arbeidssystemet refererer til de personer, oppgaver, verktøy, organisasjon, internt miljø og eksternt miljø som utgjør selve systemet som sammensatt utfører en funksjon. Arbeidsprosessen er selve prosessen arbeidssystemet utfører og kan være fysiske, kognitive og sosiale prosesser i utøvelse av helsetjenester. Arbeidsresultater er følgene av arbeidsprosessen og er en viktig, dog ikke eneste indikator på kvalitet av utøvelsen. Andre indikatorer for pasientsikkerhet er prosessindikatorer som effektivitet (Ballangrud og Husebø, 2021).

Å utvikle prosedyre som standardiserer oppdekking av instrumentbord sees på som et verktøy i et gitt miljø, i dette tilfellet operasjonsstuen. Prosedyren i denne sammenheng innebærer en detaljert beskrivelse av hvordan helsepersonell bør utføre klinisk avgrensede oppgaver. Fagprosedyrer omhandler medisinske og helsefaglige aktiviteter eller prosesser i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2012; Helsebiblioteket, 2010). Bruk av standardisert prosedyre støtter opp under personens (operasjonssykepleierens) evne til å utføre sin oppgave på en effektiv måte (Carayon et al., 2006; Holden et al., 2013). Ved å se på effektivitet som prosessindikator i den perioperative settingen, som i eksempelet ovenfor, vil standardisert prosedyre for oppdekking kunne gi en forbedring uavhengig av hvilket enkeltindivid som er aktør i prosessen. Dette er en av hjørnesteinene for god organisatorisk funksjon i SEIPS-modellen.

2.3 Standardisering av prosedyrer

Standardiserte prosedyrer, i helsevesenet i Norge, innebærer standardiserte steg eller sekvens av handlinger som ofte gjennomføres ved klinisk utførelse av en gitt behandling eller del av en behandling. Dokumentet er godkjent av overordnede ledd i institusjonen og baserer seg på retningslinjer, forskning og regler. Gjennom prosedyrer forsøker en å sikre det beste utfallet for pasienten i et gitt tilfelle (Nylenna, 2018; Standard Norge, 2021).

Kultur, holdninger og villighet til å iverksette standardiserte prosedyrer for oppdekking av instrumentbord, er viktige faktorer som bør tas i betraktning ved utvikling av prosedyre

(Bjørk og Solhaug, 2008). Å standardisere oppdekking kan sees på som en form for fagutvikling i operasjonssykepleiefaget hvilket er et viktig argument for at slike prosedyrer bør tas i bruk og utvikles. Ved norske operasjonsavdelinger benyttes det få slike prosedyrer. Det er dessuten lite litteratur som omtaler dette spesielt eller som kan vise til konkrete eksempler på forbedring av praksis ved bruk av prosedyre som standardiserer oppdekking av instrumentbord. For å forhindre menneskelig feil, sikre god kunnskapsdeling og mer kunnskapsbasert praksis er en viss grad av standardisering nødvendig. Ved flere sykehus i Norge anvendes ofte «prosedyrekort» for inngrep. Disse beskriver som regel utstyr som trengs og eventuelle spesielle forberedelser som må gjøres før et gitt inngrep, men inneholder sjeldent noe konkret informasjon om oppdekking av instrumentbord. Mange av disse prosedyrene har svake kunnskapsgrunnlag og er utilstrekkelig oppdatert (Igesund *et al.*, 2019; Igesund, Overvåg og Rasmussen, 2021).

Pasientfokuset perioperativ sykepleie kan forbedres når standardiserte prosedyrer tas i bruk (Wong *et al.*, 2022). Det er derfor å anta at standardisering i den perioperative fasen kan bidra til en bedre og tryggere praksis. I motsetning til de mindre «lokalsykehusene» i Norge har flere av de større sykehusene prosedyrer som etablerer en standard for oppdekking av instrumentbord (Igesund *et al.*, 2019). Årsaken til denne forskjellen er noe uklar, men man antar at det har med kultur, holdninger og høy/lav «turn over» (hurtig utskiftning av ansatte) samt at en større organisasjon ofte har et større behov for mer presis organisering (Igesund *et al.*, 2019). Ved å standardisere oppdekking av instrumentbord kan det oppnås større grad av automatisering, samt raskere og ryddigere assistanse. Det gir dessuten operasjonssykepleieren større mulighet til å rette oppmerksomheten mot det kirurgiske feltet (Igesund og Eide, 2018; Association of Surgical Technologists, 2018). Det forbedrer dessuten arbeidsflyten og reduserer risikoen for at feilgrep begås underveis i inngrepet (Glaser *et al.*, 2022). Standardisering er dessuten en måte kunnskap om oppdekking kan deles på tvers av avdelinger og institusjoner (World Health Organization, 2021).

2.4 Kunnskapsbasert praksis og kvalitetsforbedring

Kunnskapsbasert praksis er både en arbeidsmetode og en teoretisk beskrivelse av kunnskapsgrunnlaget bak oppdaterte kliniske og faglige valg i praksis (Helsebiblioteket, 2021). Kunnskapsbasert praksis baserer seg på en seks-trinns arbeidsmetode der fagutøveren reflekterer over sin egen praksis, formulerer et spørsmål, søker i litteraturen, vurderer kritisk det vedkommende har funnet, anvender den identifiserte kunnskapen og evaluerer resultatene. Denne arbeidsmetoden er et av fundamentene bak utvikling og implementering av sykepleie-forskning (Polit og Beck, 2021).

Det Engelske begrepet «Evidence Based Practice» blir ved direkte oversettelse til Norsk: «evidensbasert praksis». På Norsk derimot brukes begrepet «kunnskapsbasert praksis» som synonymt for «Evidence Based Practice» (Nortvedt *et al.*, 2021). Siden begrepet «Evidence Based Practice» bygger på forskjellige perspektiver og tilnæringsmetoder, har det blitt likestilt med det norske begrepet «kunnskapsbasert praksis» (Hjelen, 2018; Helsebiblioteket, 2021).

Å jobbe kunnskapsbasert kan defineres slik: å ta faglig beslutninger som baserer seg på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen (Nortvedt *et al.*, 2021). I

arbeidsmetoden kunnskapsbasert praksis beskriver, ligger det at fagutøveren anvender kunnskap fra tre kunnskapsgrunnlag: Forskningsbasert kunnskap, Klinisk erfaring og brukerkunnskap/brukermedvirkning. Disse kunnskapsgrunnlagene, satt i kontekst av den kliniske settingen, er forankringen til fagutøverens selvstendige avgjørelser i sin praksis (Helsebiblioteket, 2021).

Fagutøveren, i dette tilfellet operasjonssykepleieren, kombinerer den «beste» tilgjengelige forskningen, erfaring fra klinisk praksis, pasientens personlige ønsker og behov i den kliniske settingen for å iverksette tiltak eller fatte klinisk signifikante avgjørelser. Dette gjøres som en del av en kontinuerlig og gjentakende prosess av: refleksjon, opphenting og kritisk vurdering av kunnskap, iverksetting av tiltak og evaluering av resultater. Bruk av prosedyrer i praksis som ikke er utarbeidet gjennom systematisk bruk av kunnskapsbasert praksis kan i verste fall føre til feil i pasientbehandling og skade av pasienter (Helsebiblioteket, 2021).

Sykepleiere har vist seg å ha en positiv holdning til kunnskapsbasert praksis. Dessuten vises det at gode holdninger til pasientsikkerhet blant de ansatte er forbundet med lavere mortalitet hos pasientene (Wacker, 2020; Stokke *et al.*, 2014). Det har blitt påpekt at det å måle holdningen er et steg i å forbedre pasientsikkerheten for å identifisere forbedringspotensial (Stokke *et al.*, 2014; Wacker, 2020). Videre er det viktig å poengtere at kunnskapsbasert praksis innebærer å bruke eksisterende forskning slik at, i dette tilfellet, operasjonssykepleiere har et godt kunnskapsgrunnlag fra den eksisterende forskningen (Nortvedt *et al.*, 2021).

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som handler om å forbedre områder i helse- og omsorgstjenesten, i tillegg til å teste ut innovative og nytenkende ideer (Helsebiblioteket, 2019). Kartlegging av operasjonssykepleieres anvendelse og oppfatning av prosedyrer som standardisere måte instrumentbord dekkes opp og deres holdning til å jobbe kunnskapsbasert, kan bringe ett nytt perspektive om tema.

Stokke *et al.* (2014) viser at sykepleiere sjeldent anvender forskningsresultater i sin praksis, og de har en tendens til å bruke kunnskap hentet fra erfaring og sosiale interaksjoner, til tross for at de er positive til å jobbe kunnskapsbasert. Sykepleiere bruker sjeldent forskning og er avhengige av andre informasjonskilder som: deres egen og deres kollegaers praktiske kunnskap, kunnskap fra sykepleierutdanningen, sykepleielitteratur og veiledning fra eksperter (Stokke *et al.*, 2014). Selv om forskningen refererer til sykepleiere og kunnskapsbasert praksis, kan en anta at det samme kan gjenfinnes blant operasjonssykepleiere.

2.5 Oppsummering

I henhold til det overnevnte kan det argumenteres at det er et behov for kvalitetsforbedringsarbeid i form av prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord, med utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis. En arbeidskultur med dype røtter i kunnskapsbasert praksis kan bidra til at operasjonssykepleiere følger anbefalte retningslinjer, som igjen kan medføre bedre pasientsikkerhet.

Det finnes lite konkret forskning angående standardisert oppdekking av instrumentbord spesifikt. Det kan spekuleres i at det har å gjøre med nedprioritering av nødvendighet, holdninger eller lite engasjement for temaet. Denne studien baserer seg på en antagelse

om at standardisert oppdekking av instrumentbord kan, basert på de teorier, studier og faglitteratur presentert ovenfor, gi en forbedret utøvelse av én av operasjonssykepleierens roller i det kirurgiske teamet. Dette kan som ringvirkning gi bedre pasientsikkerhet. For å få en vellykket implementering av slike prosedyrer kan det være gunstig å forstå operasjonssykepleieres forhold til standardisert oppdekking. Ved å ta utgangspunkt i prinsippene for kunnskapsbasert praksis, og ved å måle praksis, holdning og kunnskap til kunnskapsbasert praksis sett i lys av standardisert oppdekking av instrumentbord, kan denne studien bidra til en bedre forståelse av operasjonssykepleieres forhold til og eventuelt mottagelighet for slike prosedyrer.

2.6 Hensikt med studien

Hensikten med studien er å kartlegge operasjonssykepleieres oppfatning og anvendelse av prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord, samt å kartlegge operasjonssykepleieres praksis, holdninger, kunnskap og ferdigheter angående kunnskapsbasert praksis.

2.7 Forskningsspørsmål

1. I hvilken grad benytter operasjonssykepleiere prosedyre som standardiserer oppdekking av instrumentbord?
2. Er det noe sammenheng mellom oppfatning av prosedyre som standardiserer oppdekking av instrumentbord og operasjonssykepleiernes utdanning, antall års erfaring og arbeidssted?
3. Hvordan er operasjonssykepleiernes praksis, holdninger og kunnskap angående kunnskapsbasert praksis?
4. Er det forskjeller i operasjonssykepleiernes praksis, holdninger og kunnskap angående kunnskapsbasert praksis i relasjon til operasjonssykepleiernes utdanning, antall års erfaring og arbeidssted?

3 Metode

I denne delen beskrives studiens design, hvilke utvalg som er representert, hvordan datasamling ble planlagt og gjennomført, samt hvilke forskningsetiske- og personvern hensyn som er tatt.

3.1 Design

Studien er designet som en tversnittstudie. Det vil si at det ble foretatt datasamling i et begrenset tidsintervall, slik at man fikk et øyeblikksbilde av fenomenet som forskes på. Et nettbasert spørreskjema ble benyttet som datainnsamlingsverktøy. Forskningsdesign kan beskrives som alle overveielser og valg som knytter seg til undersøkelsen. Overveielser tas ofte før man starter undersøkelsen, hvor man tar stilling til hvem og hva som skal undersøkes og hvordan undersøkelsen skal foretas (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2021). Tversnittdesign er velegnet i denne sammenheng fordi dette designet gir mulighet for å se på forekomst, fordeling eller sammenheng mellom variabler som granskes, for å kunne besvare forskningsspørsmålene (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2021; Hulley, Cummings og Newman, 2013).

3.2 Utvalg

Målgruppen for denne studien var operasjonssykepleiere i klinisk praksis ved flerregionale og regionale sykehus. Betegnelsen tildelt sykehusene; «flerregionale eller regionale sykehus» er basert på deres opptaksområde og tjenestetilbud der flerregionale er større sykehus som tilbyr tjenester til flere regioner og regionale sykehus er lokalsykehus som tilbyr noe mer begrensede tjenester til et mindre opptaksområde (Igesund *et al.*, 2019) Inklusjonskriterier var at respondentene hadde jobbet minimum ett år som operasjonssykepleier. Eksklusjonskriterier var operasjonssykepleiere som jobbet utelukkende med fagutvikling eller var i lederstillinger. Disse ble ekskludert i studien da de har en mindre tilstedeværelse på operasjonsstuen.

3.3 Rekrutteringsprosess

Rekrutteringen for denne studien foregikk trinnvis. Først ble det valgt hvilke sykehus som skulle inkluderes i studien. For å ha mulighet til å sammenligne resultater mellom forskjellige helseforetak, har man inkludert både flerregionale og regionale sykehus. Dette var et bevist forsøk på å skaffe seg data fra operasjonssykepleiere med forskjellig jobbkultur og faglig bakgrunn.

En stor operasjonsavdeling ved ett flerregionalt sykehus med forskjellige kirurgiske fagfelt, og fire operasjonsavdelinger i fire forskjellige regionale sykehus ble rekruttert til undersøkelsen. De fire regionale sykehusene tilhører samme helseforetak.

Avdelingsledere ble først kontaktet via telefon, så via e-post med utfyllende informasjon om undersøkelsen. E-post til ledere inneholdte et informasjonsskriv (Se vedlegg: 5) og en kopi av NSD sin vurdering (se vedlegg: 1), i tillegg til en kopi av prosjektplanen.

Avdelingsledere var et ledd mellom masterstudentene og operasjonssykepleiere. På denne måten ble e-post adresser til respondentene aldri delt med masterstudentene. Operasjonssykepleiere som samsvarte med inkluderingskriteriene, ble rekruttert gjennom avdelingsledere. Avdelingsleder distribuerte en e-post med en kort invitasjon til å delta i studien, en lenke til spørreundersøkelsen og vedlegg med utdypende informasjon om studien.

3.4 Datasamling

3.4.1 Spørreskjema

Et nettbasert spørreskjema ble benyttet for å samle inn data til denne studien. Spørreskjemaet var oppbygd i to deler. I del 1 av spørreskjemaet, ble det etterspurt sosiodemografisk data som «alder, utdanning, antall års erfaring og arbeidssted». Denne delen presenterer også fem spørsmål som omhandler oppfatningen til operasjonssykepleiere angående standardisering av oppdekking av instrumentbord. Svarene på disse spørsmålene gir nominale dikotome variabler og besvares med «Ja/Nei».

I del 2 av spørreskjema ble det samlet inn data om kunnskapsbasert praksis til operasjonssykepleierne. For dette ble det anvendt en norsk versjon av spørreskjemaet Evidence Based Practice Questionnaire (EBPQ) (Upton og Upton, 2006). Den norske versjonen ble oversatt og utviklet ved NTNU Gjøvik (Svarthaug, 2012). Denne versjonen er testet i en tidligere masteroppgave, men ikke validert. Rett til å bruke spørreskjemaet er innhentet fra rettighetshavere knyttet til den originale engelske versjonen (Se vedlegg: 2). Den originale engelske versjonen av spørreskjema er testet og validert.

Det er totalt 25 spørsmål som kartlegger kunnskapsbasert praksis hos respondentene. Spørreskjemaet er fordelt på tre dimensjoner:

- 1) Bruk av kunnskapsbasert praksis i praksis (EBPQ praksis)
- 2) Holdning til kunnskapsbasert praksis (EBPQ holdning)
- 3) Kunnskap og ferdigheter i kunnskapsbasert praksis (EBPQ Kunnskap).

Alle 25 spørsmålene i EBPQ besvares med en Likert skala som går fra 1 til 7. Skår på 4,0 er nøytralverdien i skalaen og en verdiskår over dette regnes som positivt. Skår under 4,0 regnes da som negativt. Dimensjonen som omhandler «Bruk av kunnskapsbasert praksis i praksis» består av 6 utsagn og har en skala som går fra 1 (Aldri) til 7 (Svært ofte). Dimensjonen «Holdning til kunnskapsbasert praksis» har 4 par av utsagn, hvor hvert par har et utsagn med negativ vinkling og et med positiv vinkling. Respondentene plasserer seg i skalaen fra 1-7, hvorvidt han/hun er mest enige i det ene eller det andre i utsagnet. Den siste dimensjonen omhandler «Kunnskap til og ferdigheter til kunnskapsbasert praksis» og har 15 spørsmål og besvares med en skala fra 1 (dårlig) til 7 (Svært god).

I utformingen av spørreskjemaet, ble de enkleste spørsmålene presentert først. Dette fordi vanskelige eller krevende spørsmål kan negativt påvirke svar på påfølgende spørsmål i et spørreskjema (Eberhard-Gran og Winther, 2017). EBPQ spørsmålene anses

som mer krevende å lese. Derfor ble de spørsmålene plassert på slutten av spørreskjemaet, mens spørsmålene som handlet spesifikk om standardisering av oppdekking av instrumentbord presenteres i den første del.

3.4.2 Gjennomføring av datasamling

Datainnsamlingen ble gjennomført elektronisk via Nettskjema.no. Spørsmålene fra det norske EBPQ spørreskjemaet og de selvutviklede spørsmålene i del 1, ble ordrett kopiert over i Nettskjema. Der måtte strukturen til svaralternativene omformateres slik at det passet formateringen tilgjengelig på Nettskjema. Datainnsamlingen ble gjennomført mellom medio mai og slutten av august 2022. Det ble sendt to e-poster med påminnelse til respondentene om å svare på spørreskjemaet. Totalt ble det sendt spørreskjema til 243 operasjonssykepleiere.

3.5 Databehandling

Etter at datasamlingen var avsluttet ble lenken til spørreskjemaet deaktivert, Ble resultatene fra spørreskjemaet lastet ned som en Excel-fil. Nettskjema ga hver respondent en tilfeldig flersifret kode, uten at det er koblet til IP- adressen til respondenten. Dette datasettet ble da åpnet i databehandlingsprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). SPSS brukes for å analysere innsamlede data og kjøre statistiske tester, generere tabeller og grafer.

Kategoriske variabler ble kvantifisert slik at data ble tolket i form av tall i SPSS. Variablene som kom ut av svarene på spørsmål om «utdanning, arbeidsted og oppfatning av standardisering av oppdekking av instrumentbord» ble kodet om til tallet 1 eller 2, ut ifra hvilke svar respondentene oppga.

De fem utsagnene som omhandlet standardisering av oppdekking av instrumentbord, fikk som variabel-navn "SPM_" etterfulgt av tilsvarende rekkefølgestall i spørreskjema. Det samme ble gjort med «Evidence Based Practice Questionnaire» (EBPQ).

EBPQ spørsmålene, som allerede nevnt, besvares med en Likert-skala, og har derfor ikke behov for å kodes om til tall. Verktøyet Nettskjema.no gjorde kodingsprosessen enkel, ved at dette skjedde automatisk ved oppbyggingen av spørreskjemaet. Deretter ble innsamlede data lastet ned som Excel- fil og kodebok som Syntax fil. Datasettet ble undersøkt i Excel fil for «missing value». Granskingen ble gjort av begge studentene for å sikre datakvaliteten.

3.6 Analyse av data

Hvordan analyse av innsamlede data ble gjennomført presenteres i følgende rekkefølge: a) deskriptiv analyse av demografiske data; b) deskriptiv og inferensiell statistisk analyse av data angående «standardisering av oppdekking av instrumentbord» og c) Deskriptiv- og inferensiell statistisk analyse av data angående «Evidence based practice».

Deskriptiv statistikk ble brukt for å beskrive og forarbeide data og inferensiell statistikk for å foreta slutning om populasjon i studien (Polit og Beck, 2021). Datasettet har forskjellige typer variabler og ble derfor bearbeidet på forskjellige måter. Det vil si at for å beskrive kategoriske variabler er man interessert i å se på «frekvenser», mens «mean,

median og Standardavvik(SD)» er mer passende for å beskrive kontinuerlig variabler (Pallant og Pallant, 2020).

3.6.1 Analyse av nominale data om demografi

Demografisk variabler som «alder», «utdanningsnivå», «antall års erfaring» og «arbeidssted» er kategoriske variabler og presenteres i form av «frekvenser». For å gjøre det lettere å analysere data fra variablene «alder» og «antall års erfaring», ble dataene delt i grupper. Variabel «alder» ble delt i tre grupper «20-35 år; 36-50 år; 51år+». I variabelen «antall års erfaring» ble også data delt i de tre gruppene «1-7 år; 8-16 år; 17år+».

3.6.2 Analyse av nominale data i del 1 av spørreskjemaet om «bruk av standardisert oppdekking av instrumentbord».

De fem spørsmålene i spørreskjemaet som omhandler standardisering av oppdekking av instrumentbord, gir dikotome variabler. En deskriptiv statistisk beskrivelse av disse dataene blir presentert i form av frekvenser.

For å besvare forskningsspørsmål 2 «*Er det noe sammenheng mellom oppfatning av prosedyre som standardiserer oppdekking av instrumentbord og operasjonssykepleiernes utdanning, antall års erfaring og arbeidssted?*» ble det gjennomført Chi- Square test i SPSS. Chi-Square egner seg når en jobber med dikotome variabler, som i dette tilfellet.

Følgende variabler ble brukt for å kjøre Chi- square test:

- SPM_4 "Jeg ser nytten i å ha prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord» og «utdanningsnivå»
- SPM_4" Jeg ser nytten i å ha prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord» og «Antall års erfaring»
- SPM_4 "Jeg ser nytten i å ha prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord» og «arbeidssted»

I SPSS brukes funksjonen «Crosstabs», slik at en kan kjøre Fisher´s exact test i tillegg til å se på «phi koeffisient Φ » samtidig. Fisher´s exact test sier noe om hvorvidt forskjell i proporsjon mellom gruppene er statistisk signifikant, dersom antakelse for Chi-Square test ikke er til stede. Cramer´s V ble brukt i sted for Fisher´s exact test da Crosstabs var større enn 2 x 2 (Polit og Beck, 2021). I dette tilfelle ved testen som inkluderte variabelen «antall års erfaring».

Phi koeffisient Φ beskriver sammenheng mellom to dikotome variabler og gir en innsikt i "effect size". Effect size forteller hvor utalt forskjellen eller likheten er mellom de to gruppene (Polit og Beck, 2021).

3.6.3 Analyse av ordinale data i del 2 av spørreskjema om «Kunnskaps basert praksis» (EBPQ)

For å besvare forskningsspørsmål 3 «*Hvordan er operasjonssykepleiernes praksis, holdninger og kunnskap og ferdigheter til kunnskapsbasert praksis?*» ble det gjennomført deskriptiv statistisk analyse for å se nærmere på «mean» og «SD».

Deskriptiv statistikk brukes for å analysere EBPQ spørsmålene hver for seg. Det beskrives «Mean» og «Standardavvik (SD)» verdier for både hele spørreskjema (EBPQ total), samt hver dimensjon og for hvert enkelt utsagn i denne del av spørreskjema. Ved å se nærmere på «Mean» og «SD» fås et dekkende bilde av data-spredning og sentraltendens (Polit og Beck, 2021).

Funksjonen "Compute variable" i SPSS ble brukt for å skape en ny variabel som inneholder gjennomsnittsverdier på alle de 15 spørsmålene i EBPQ. Dette ga en ny variabel som ble kalt «EBPQ_total mean». Deretter ble det sett nærmere på dataene gjennom «deskriptiv statistikk» og «explore» funksjon i SPSS. Siden EBPQ har tre dimensjoner, gjentas samme prosess til hver dimensjon. De tre nye variablene får navn EBPQ-praksis, EBPQ-holdning og EBPQ-kunnskap. Det kjøres også deskriptiv statistikk for hver dimensjon.

Forskningsspørsmål 4 «*Er det forskjeller mellom praksis, holdninger og kunnskap og ferdigheter til kunnskapsbasert praksis i relasjon til operasjonssykepleiernes utdanning, antall års erfaring og arbeidssted?*» ble besvart med statistisk test Mann-Whitney U test og Kruskal-Wallis test.

Innsamlede data fra EBPQ-total er ordinale data. Dataene virket å være normalfordelt da de ble undersøkt med «explore» funksjon i SPSS. Datahistogram viste en "bellshaped" kurve. Det ble også tatt "Kolmogorov-Smirnov og Shapiro-Wik" tester, for å se nærmere på fordelingen av data. Resultatet viste p-verdi større enn 0,05, altså $0,200 > 0,05$ og $0,66 > 0,05$. Konklusjonen ble at innsamlede data var normalfordelte. Prøvestørrelse oppfylte derimot ikke krav for en parametriske test på grunn av få deltagere, og en valgte å kjøre Mann-Whitney U test, som er en ikke-parametriske test (Polit og Beck, 2021; Hulley, Cummings og Newman, 2013). I tillegg ble det benyttet Kruskal-Wallis test, som også er en ikke-parametriske test, for å analysere kategoriske ordinale variabler fordelt på mer enn to grupper sammen med kontinuerlig data. Som for eksempel analyse av data fra "EBPQ" sammen med "antall års erfaring".

Mann-Whitney U test gir anledning til å sammenligne median verdier av to grupper ved å konvertere det til ranks, slik at en kan evaluere i ranks (mean ranks) avvik fra hverandre. «Mean ranks» verdier forteller ikke i hvilken retning denne forskjellen går. En vil da se på «Median» verdier for å se i hvilken gruppe forskjellen ligger, dersom testens resultatet viser seg å være statistisk signifikant (Pallant og Pallant, 2020). Derfor velges det å presentere både «mean rank» og «median» verdi i oppsummering av testens resultat for både Mann-Whitney U og Kruskal-Wallis test.

Dette ga oss en mulighet til å teste en hypotese som gjør en antagelse om hvorvidt det er forskjell i distribusjon av EBPQ-svar og de forskjellige bakgrunnsvariablene. Ved å se på «Mean ranks» for skåren i de forskjellige dimensjonene innenfor EBPQ-spørreskjemaet og EBPQ-total vises det hvorvidt en gruppe har en høyere skår enn en

annen. Altså om en gruppe svarte mer positivt på EBPQ-spørreskjemaet. Testen gir også en p-verdi som indikerer forskjellen i skår er statistisk signifikant.

P- verdi settes til 0.05 eller mindre for et statistisk signifikant resultat. Denne verdien er konvensjonell i medisinsk litteratur. Derimot kan det også brukes p-verdi fra tidligere lignende studier (Hulley, Cummings og Newman, 2013; Campbell, Machin og Walters, 2010). Dersom p-verdien er over 0,05 forkastes nullhypotesen og forskjellen ansees å være statistisk signifikant.

3.7 Forskningsetikk og Personvern

3.7.1 Etiske hensyn

Studien utføres innenfor etiske rammer som forventes av forskning og respondentene er vernet for eventuelt fare som følge av forskningen. Etiske hensyn foretatt i utforming av denne studien baserer seg på den nasjonale forskningsetiske komite sine retningslinjer for medisin og helse som har forankring i Helsinkideklarasjon (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2022; *Helsinkideklarasjon*, 2013; Christoffersen *et al.*, 2015).

Følgende etiske prinsipper er sentrale i denne oppgaven:

1. «Informantens rett til selvbestemmelse og autonomi» ble ivaretatt ved å informere respondent om hensikten med undersøkelsen, om frivillig deltakelse, varighet av undersøkelsen og mulighet til å trekke seg. Siden undersøkelsen er anonym, har respondenten ikke mulighet til å be om innsyn eller sletting av sitt besvarte spørreskjema. Mulighet til å trekke seg er til stede inntil besvart spørreskjema er sendt inn.
2. «Forskerens plikt til å respektere informantens privatliv», ble ivaretatt ved at undersøkelsen er anonym. Demografiske data er begrenset til spørsmål som ikke direkte kan identifisere en individuell respondent. Et eksempel på dette er «Kjønn» da det er kjent at mannlige operasjonssykepleiere er i fåtall på operasjonsavdelinger ble spørsmål om «kjønn» utelatt fra spørreundersøkelsen.
3. «Forskerens ansvar for å unngå skade» anses som ivaretatt ved at undersøkelsen er anonym og handler om ens egen holdning til kunnskapsbasert praksis. Om resultatet av undersøkelsen skulle by på et negativt utfall, vil det ikke slå tilbake på respondentene eller sykehusene.

3.7.2 Personvern

For å ivareta personvern til respondentene ble prosjektet sendt til godkjenning hos Norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD gjør en vurdering av behandling av identifiserbare personopplysninger i studien. Personvern handler om ivaretagelse av individets, i dette tilfellet, respondentenes rett til privatliv og rett til å bestemme over egne personopplysninger (Datatilsynet, 2022). Til tross for allerede nevnte tiltak som er gjort for å ivareta personvern, er det en liten risiko for at en kombinasjon av demografisk data kan avsløre identiteten til en respondent. Det er imidlertid umulig å koble svar til en gitt respondent via nettskjema. Det gjengis heller ikke i resultatene hvilke sykehus og avdelinger som ble inkludert.

NSD vurderte at studien ikke behandlet data som direkte eller indirekte kunne identifisere respondenter (se vedlegg: 1). Innmelding ble delt med veilederen til studentprosjektet (Norsk senter for forskningsdata, 2020).

Det ble søkt Tillatelse fra Personvernombud ved aktuelle sykehus etter at NSD hadde foretatt en vurdering av prosjektet. Svar fra både Personvernombud og NSD ligger som vedlegg 1 og vedlegg 6.

3.7.3 Dataoppbevaring

Datasettet ble opprinnelig lagret på Nettskjema.no og senere lastet ned og lagret kryptert på privat PC. Informasjonen i dette datasettet klassifiseres som «Intern» i konfidensiellklasse ifølge NTNUs informasjonsklassifisering- informasjonssikkerhet (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2022). Data samlet til denne studien er anonymisert, inneholder ikke sensitiv informasjon og tilgangen er begrenset til studentene og veiledere.

NTNU, i samarbeid med UIO (Universitet i Oslo, 2021), gjør det mulig og trygt å anonymisere og lagre data for en gitt periode gjennom Nettskjema. Data slettes automatisk fra Nettskjema 12 måneder etter siste besvarte skjemaer er sendt inn (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2020). Masterstudentene kan imidlertid slette data før denne perioden. Dataene som er samlet inn vil bli slettet både fra Nettskjema og privat pc etter sensur av eksamen.

4 Resultat

Resultatene presenteres i to deler; det vil si data og forskningsspørsmål relatert til data fra Del 1 og Del 2 i spørreskjemaet. Deskriptiv statistikk presenteres først både for Del 1 og Del 2, etterfulgt av inferensiell statistikk som tar utgangspunkt i forskningsspørsmålene.

Av totalt 243 utsendte spørreskjemaer ble 64 besvart. Dette gir en svarprosent på 26,34%.

4.1 Del 1 av spørreskjema

4.1.1 Demografisk data

De aller fleste respondentene i studien tilhører aldersgruppen «36-50 år» (45%). Totalt 89,9% av respondentene i denne gruppen har fra «1-7år» og «6-16 år» antall års erfaring som operasjonssykepleier. I denne gruppen jobber de fleste av respondentene (69%) på «flerreregionalt sykehus». Totalt 85,94% av alle respondentene har kun videreutdanning, mens 14,06% av respondentene har utdanning på masternivå. Totalt har ni av respondentene mastergrad og fem av dem (7,8%) ligger i aldersgruppen «50år+». Fordeling i henhold til alder, utdanning, antall års erfaring og arbeidssted ses i tabell 4.1.

Tabell 4.1 Beskrivelse av respondentene demografiske data

	N	Prosent
Alder		
20-35 år	14	21,88%
36-50 år	29	45,31%
50 år+	21	32,81%
Utdanningsnivå		
Videreutdanning	54	85,94%
Mastergrad	9	14,06%
Antall års erfaring		
1-7 år	30	46,88%
8-16 år	19	29,69%
17 år+	14	23,44%
Arbeidssted		
Regionalt sykehus	20	31,25%
Flerregionalt sykehus	44	68,75%

4.1.2 I hvilken grad benytter operasjonssykepleiere prosedyre som standardiserer oppdekking av instrumentbord?

Følgende tabell beskriver hvor mange prosent av respondenter som svarte positiv (ja) eller negativ (nei) på ethvert tilleggsspørsmål som omhandlet standardisering av oppdekking av instrumentbord.

Over halvparten (54,7%) av respondentene svarte at de har brukt en prosedyre som standardiserer oppdekking av instrumentbord. Kun en liten andel (14,1%) svarte at de har vært med på å utvikle en slik prosedyre.

En stor andel av respondentene svarer at de både ser nytten av det (89,1%) og ønsker slike prosedyrer (71%). Blant Respondentene som svarte «ja» på «Jeg ser nytten i å ha prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord» ligger de fleste i gruppen med 1-7 års erfaring (46%); 70,2% jobber på «flerregionalt sykehus» og 86,0% har videreutdanning (ikke mastergrad).

Tabell 4.2 Standardisering oppdekking av instrumentbord

Spørsmål	N	Ja% (antall)	Nei % (antall)	
1. Jeg har brukt prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord	64	45,3% (29)	54,7% (35)	100%
2. Jeg har vært med på å utvikle minst en prosedyre som standardiserer oppdekking av instrumentbord	64	14,1% (9)	85,9% (55)	100%
3. jeg ønsker prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord	61	71% (46)	24% (15)	95%
4. Jeg ser nytten i å ha prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord	63	89,1% (57)	9,5% (6)	98%
5. Prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord bør være frivillig å bruke	63	41,3% (26)	58,7% (37)	98%

4.1.3 Er det noe sammenheng mellom oppfatning av prosedyre som standardiserer oppdekking av instrumentbord og operasjonssykepleiernes utdanning, antall års erfaring og arbeidssted?

a) Sammenheng mellom operasjonssykepleiers oppfatning av standardisert oppdekking av instrumentbord relatert til utdanningsnivå?

Resultatet av Chi- Square test viser ingen statistisk signifikant sammenheng mellom to typer av utdanningsnivå, χ^2 (df 1, n=63) = 0,00, p=1,00 (se tabell 4.3).

Antagelse for Chi Square test er ikke til stede her, da en celle har forventet verdi under 5. Fisher's exact test 1,00 >0,05 peker også på en ikke statistisk signifikant forskjell mellom utdanningsnivå.

Phi koeffisient $\phi=0,22$ viser lite sammenheng mellom variablene.

Tabell 4.3 Sammenligning mellom utdanningsnivå og standardisering av instrumentbord

Jeg ser nytten i å ha prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord						
Utdanning	videreutdanning	ja	nei	χ^2/p^*	Fisher`s Exact test	phi
		49	8	0,00/1,00	1,00	0,22
	master	8	1			
Total respondenter		57	9			

*Chi- square test

b) Sammenheng mellom operasjonssykepleiers oppfatning av standardisert oppdekking av instrumentbord relatert til antall års erfaring som operasjonssykepleier.

Chi- Square test viser ingen statistisk signifikant sammenheng mellom de forskjellige antall års erfaring og holdning til standardisert oppdekking av instrumentbord, χ^2 (2, n=63) =4,35. p=0,11 (se tabell 4.4). Testen viser også at tre celler ikke oppfyller testens kriterier om å ha minimum celleverdi på 5.

Cramer's V=0,26 viser lite sammenheng mellom variablene.

Tabell 4.4 Sammenligning av antall års erfaring og standardisering av instrumentbord

Jeg ser nytten i å ha prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord					
Antall års erfaring		Ja	Nei	χ^2/p^*	<i>Cramer's V</i>
	1-7	29	1	4,35/0,11	0,26
	8-16	15	4		
	17+	13	1		
Total respondenter	57	6			

*Chi- square test

c) Sammenheng mellom operasjonssykepleieres oppfatning av standardisert oppdekking av instrumentbord relatert til arbeidsted.

Chi- Square test angir ingen statistisk signifikant sammenheng mellom arbeidsted og operasjonssykepleiers oppfatning av standardisering av oppdekking av instrumentbord, $\chi^2 (1, n=63) = 0,30, p=0,58$. Antagelse for Chi Square innfris ikke her, siden to celler i tabellen (25%) har verdi mindre enn 5. *Fisher's exact test* gir oss to sider $p 0,37 > 0,05$. Det bekrefter at det er ingen statistisk sammenheng mellom operasjonssykepleiers oppfatning og arbeidsted.

Phi koeffisient = -0,12 viser veldig lite sammenheng mellom variablene (se tabell 4.5).

Tabell 4.5 Sammenligning av arbeidsted og standardisering av oppdekking av instrumentbord

Jeg ser nytten i å ha prosedyrer som standardiserer av oppdekking av instrumentbord						
Arbeidssted	Regionalt sykehus (lokalt sykehus)	ja	nei	χ^2/p^*	<i>Fisher's Exact test</i>	<i>phi</i>
			17	3	0,30/0,58	0,37
	Flerregionalt sykehus (stor-sykehus)	40	3			
Total respondenter		57	6			

*Chi- square test

4.2 Del 2 av spørreskjemaet

4.2.1 Hvordan er operasjonssykepleiernes praksis, holdninger og kunnskap angående kunnskapsbasert praksis?

«Mean skår» kan fortelle om operasjonssykepleiernes bruk (EBPQ-praksis), holdninger (EBPQ-holdning), kunnskap og ferdigheter i kunnskapsbasert praksis (EBPQ-kunnskap). «Mean skår» for hele spørreskjema, EBPQ-total, viser skår over nøytralverdien 4. Sett nærmere på hver enkelt dimensjon, skårer operasjonssykepleierne også over nøytralverdien på dimensjonene EBPQ-holdning og EBPQ-kunnskap. «Mean skår» for dimensjonen EBPQ-praksis ligger under nøytral verdien. Resultatet vises i tabellen 4.6 nedenfor.

Tabell 4.6 Mean og SD verdier for hele EBPQ-spørreskjema og hver dimensjon

	N	Mean	SD
EBPQ-total	64	4,66	1,02
EBPQ-praksis	64	3,98	1,60
EBPQ-holdning	64	5,45	0,84
EBPQ-kunnskap	64	4,71	1,09

Videre granskes «mean skår»-verdier for hvert enkelt utsagn i «EBPQ»-spørreskjemaet. Det ses at tre utsagn har en «mean skår» under nøytralverdien. Utsagn 1, 3 og 6 har «mean skår» under nøytralverdien og tilhører dimensjonen «EBPQ-praksis» (se tabell 4.7).

Tabell 4.7 Mean skår til hvert enkelt utsagn i EBPQ- spørreskjema

Spørsmål	N	Mean	SD
EBPQ-Praksis			
1. Formulert et klinisk spørsmål (en "problemstilling") som det er mulig å få svar på i starten av prosessen med å tette igjen kunnskapshullet?	62	3,76	1,626
2. Funnet fram til den relevante kunnskapen etter å ha formulert spørsmålet?	63	4,22	1,896
3. Vurdert kritisk den litteratur du har funnet i forhold til aksepterte kriterier?	62	3,58	2,029
4. Integreert den kunnskapen du fant i din kompetanse?	62	4,26	1,958
5. Evaluert resultatene av din operasjonssykepleiepraksis?	63	4,13	1,827

6. Delt informasjonen du har funnet med kollegaer?	63	3,95	1,995
EBPQ-Holdning			
7. Min arbeidsbelastning er for stor til jeg kan følge med på all ny kunnskap/Ny kunnskap er så viktig at jeg sørger for å få tid til å følge med i dette i mitt arbeid	64	4,22	1,898
8. Jeg liker ikke at det stilles spørsmål ved min operasjonssykepleierpraksis/ Jeg setter pris på at det stilles spørsmål ved min operasjonssykepleierpraksis	63	5,94	1,076
9. kunnskapsbasert praksis er bortkastet tid/ kunnskapsbasert praksis er grunnlaget for profesjonell operasjonssykepleierpraksis	64	6,45	0,834
10. Jeg holder fast ved metoder som er kjente og velprøvde heller enn å endre disse/ Min praksis som operasjonssykepleier er endret som følge av ny kunnskap jeg har funnet	64	5,22	1,517
EBPQ-Kunnskap			
11. Kunnskap om forskning	64	4,48	1,357
12. IT ferdigheter	63	4,79	1,439
13. Ferdighet i å reflektere over og fornye egen operasjonssykepleierpraksis	64	5,19	1,097
14. Evne til å omforme dine kunnskapsbehov til kliniske spørsmål ("problemstillinger")	63	4,40	1,476
15. Kjennskap til ulike informasjonstyper og informasjonskilder	63	4,48	1,605
16. Evne til å identifisere hull i din profesjonelle praksis som operasjonssykepleier	64	4,78	1,291
17. Kunnskap i å finne forskningsbasert kunnskap	63	4,41	1,477
18. Evne til å kritisk analysere forskningsresultater i forhold til etablerte retningslinjer	62	4,37	1,652
19. Evne til å vurdere hvor gyldig (hvor nære sannheten) materialet er	62	4,34	1,629
20. Evne til å vurdere hvor nyttig (klinisk anvendbart) materialet er	63	4,67	1,492
21. Evne til å tilpasse informasjon til aktuelle kliniske situasjoner	63	4,75	1,565
22. Evne til å diskutere/dele ideer og informasjon med kollegaer	64	5,23	1,306
23. Evne til å formidle og spre ny kunnskap om operasjonssykepleie til kollegaer	64	4,95	1,396
24. Evne til å evaluere din egen operasjonssykepleierpraksis	63	4,90	1,279
25. Evne til å forstå engelske fagtekster	64	5,00	1,501

4.2.2 Er det forskjeller mellom praksis, holdninger og kunnskap angående kunnskapsbasert praksis i relasjon til operasjonssykepleiernes utdanning, arbeidserfaring og arbeidssted?

a) Operasjonssykepleiernes praksis, holdning og kunnskap til kunnskapsbasert praksis relatert til utdanningsnivå

Mann-Witney U test viser at det er statistisk signifikant forskjell i respondentenes gjennomsnitt skår på EBPQ-total og EBPQ-holdning mellom utdanningsnivåene. Respondentene med mastergrad skårer høyere enn respondentene med videreutdanning. Tabell 4.8 viser resultat av testen for EBPQ-total og for hver dimensjon i spørreskjemaet.

Tabell 4.8 Operasjonssykepleieres praksis, holdninger og kunnskap til kunnskapsbasert praksis i relasjon til utdanning

		Mean rank	Median	Z-skår*	p-verdi*
EBPQ-total	Videreutdanning	28,99	4,5	3,728	0,000
	Master	53,94	5,8		
EBPQ-praksis	Videreutdanning	29,02	3,5	0,924	0,355
	Master	49,89	5,8		
EBPQ-holdning	Videreutdanning	30,40	5,5	2,49	0,013
	Master	43,33	6,2		
EBPQ-kunnskap	Videreutdanning	29,02	4,6	1,21	0,226
	Master		5,9		

*Mann-Whitney U

b) Operasjonssykepleiernes praksis, holdning og kunnskap angående kunnskapsbasert praksis relatert til antall års erfaring som operasjonssykepleier

Kruskal-Wallis test viser en statistisk signifikant forskjell i median skår tvers av gruppene for antall års erfaring. Median skår er høyest i 17år+ erfaring gruppen, og den lavest median skår ses i gruppen 1-7 års erfaring.

Tabell 4.9 presenterer antall respondenter som har svart på spørsmålene i hver gruppe (N), Kruskal- Wallis test verdi og p- verdi for hele EBPQ spørreskjema og til hver dimensjon.

Tabell 4.9 Operasjonssykepleieres praksis, holdninger og kunnskap til kunnskapsbasert praksis i relasjon til antall års erfaring

Antall års erfaring som operasjonssykepleier				
	1-7 år	8-16 år	17år+	
	N/Median	N/Median	N/Median	χ^2 (df) p-verdi*
EBPQ-total	30/4,06	19/5,08	15/5,56	13,10 (2) 0,001
EBPQ-praksis	30/3,08	19/4,0	14/5,83	17,69 (2) 0,000
EBPQ-holdning	30/5,25	19/5,75	15/5,75	8,26 (2) 0,016
EBPQ-Kunnskap	30/4,33	19/5,0	15/5,33	4,41(2) 0,015

*Kruskal-Wallis test

c) Operasjonssykepleiernes praksis, holdning og kunnskap angående kunnskapsbasert praksis relatert til arbeidssted

Statistisk test viser at det ikke er statistisk signifikant forskjell i operasjonssykepleiers gjennomsnitt skår for EBPQ-total, EBPQ-praksis og EBPQ-kunnskap relatert til arbeidssted.

For dimensjonen EBPQ-holdning viser statistisk test at det er en statistisk signifikant forskjell i operasjonssykepleieres gjennomsnittlige skår og arbeidssted. Det kommer frem at de som jobber ved flerregionale sykehus skårer høyere enn de ved regionale sykehus i dimensjonen EBPQ-holdning. Tabell 4.10 viser resultat av Mann-Whitney U test for operasjonssykepleiernes holdning til kunnskapsbasert praksis relatert til arbeidssted.

Tabell 4.10 Operasjonssykepleieres praksis, holdninger og kunnskap til kunnskapsbasert praksis i relasjon til arbeidssted.

		Mean rank	Median	Z-*skår	p-verdi*
EBPQ-total	Regionalt sykehus	27,28	4,14	1,514	0,130
	Flerregionalt sykehus	34,88	4,87		
EBPQ-prakis	Regionalt sykehus	28,88	3,75	0,924	0,355
	Flerregionalt sykehus	33,45	4,33		
EBPQ-holdning	Regionalt sykehus	23,95	5,25	2,491	0,013
	Flerregionalt sykehus	36,39	5,75		
EBPQ-kunnskap	Regionalt sykehus	28,33	4,20	1,210	0,226
	Flerregionalt sykehus	34,40	4,86		

*Mann-Whitney U

5 Diskusjon

I denne delen vil studiens resultater diskuteres og tolkes i forhold til presenterte perspektiver, annen litteratur og overførbarhet til praksis med utgangspunkt i forskningsspørsmålene.

5.1 Operasjonssykepleieres anvendelse av prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord

Funnene i denne studien viste at operasjonssykepleiere er generelt positive til å standardisere oppdekking av instrumentbord. Operasjonssykepleiere ser både nytten i og ønsker standardisert oppdekking av instrumentbord. Like i underkant av halvparten av respondentene har brukt standardisert prosedyre for oppdekking av instrumentbord. Dette gjenspeiles i funn fra undersøkelsen til (Glaser *et al.*, 2022) som i tillegg påpeker at operasjonssykepleiere mener at utvikling av standardiserte prosedyrer for oppdekking av instrumentbord kan gi en forbedring av deres arbeidshverdag. Forbedringen som beskrives er eksempelvis mulighet for å legge til rette for opplæring av operasjonssykepleierstudenter, eller at operasjonssykepleiere som skal ta over en steril utøvende rolle ved vaktskiftet, lett kan skaffe seg oversikt over instrumenter og instrumentbordsoppsett. Dessuten mener de at dette kan bidra til bedre pasientsikkerhet (Glaser *et al.*, 2022).

Selv om undersøkelsen til denne studien ikke har direkte tatt for seg fordelene med standardisering av oppdekking av instrumentbord, kan funnene angående operasjonssykepleieres oppfattelser speiles i funnene til Glaser *et al.* (2022). En norsk studie viser at operasjonssykepleierstudenter ønsker en standardisering av oppdekking av instrumenter fordi de ofte må forholde seg til veilederens preferanse og det kunne variere fra veileder til veileder (Igesund, 2016). Dette kan tyde på at den nåværende praksis for oppdekking av instrumentbord bør videreutvikles.

Det er kjent at den praktiske gjennomføringen av oppdekking av instrumentbord forankres i operasjonssykepleierens kompetanse, erfaring, og personlig preferanse (Igesund, 2016). Med denne arbeidsmetoden som utgangspunkt gir det lite mulighet for en operasjonssykepleier som ikke har deltatt i det gitte inngrepet før å ha et bevist forhold til hvordan instrumentene bør organiseres. En erfaren operasjonssykepleier kan antagelig bruke lignende prosedyrer som utgangspunkt. En uerfaren operasjonssykepleier derimot, vil basere seg mest på kunnskap om fag. Dette kan da medføre en uønsket variasjon i praksis og en risiko for at pasientsikkerheten svekkes. Igesund (2016) argumenterer for at systematiske prosedyrer som stegvis beskriver hvordan instrumentbord dekkes opp til forskjellige typer kirurgi, vil gi et bedre utgangspunkt for en uerfaren operasjonssykepleier.

Standardiserte prosedyrer er ofte forbundet med forskningsbasert kunnskap og kan derfor simpelthen av sin natur, og en fornemmelse av å undergrave erfaringsbasert kunnskap, møtes med motstand i praksis (Tuntland, 2009). Å pålegge standardisering kan i verste fall oppfattes av operasjonssykepleieren som nedprioritering av deres

erfaring, nedverdiggjøring av deres profesjonelle autonomi, eller tilsynelatende være til liten nytte for brukererfaringen (World Health Organization, 2009). I flere tilfeller kan det dessuten argumenteres at det ikke eksisterer noe perfekt ideal for hvordan instrumentbordet skal dekket opp og det allikevel må utføres basert på skjønnsmessig vurdering av situasjonen. Det er kanskje en mangel på forskning på området eller fagets natur gjør at situasjonsavhengig vurdering er det mest effektive (Tuntland, 2009; Glaser *et al.*, 2022).

Dette kan motargumenteres med at utvikling av prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord bør utvikles ut ifra tilgjengelig forskning og retningslinjer. I noen tilfeller er det avgjørende å ta i betraktning holdninger og kulturer i utvikling av prosedyrer (Nylenna, 2018; Bjørk og Solhaug, 2008). Dette leder videre til kjernen av kunnskapsbasert praksis som er anvendelsen av forskningsbasert kunnskap, klinisk erfaring og brukerkunnskap. Brukerkunnskap vil i denne tilfelle være opparbeidet erfaring til operasjonssykepleiere i oppdekking av instrumentbord. Operasjonssykepleieres profesjonsautonomi vil være lite truet sett fra et perspektiv av kunnskapsbasert praksis.

Å standardisere oppdekking av instrumentbord støttes av SEIPS-modellen, siden modellen er personsentrert og beskriver at man skal kunne kontinuerlig evaluere og forbedre systemet en jobber i. Et konkret eksempel er når operasjonssykepleiere dekker instrumentbordet etter sin egen standard, uavhengig om kunnskapsgrunnlag er godt nok. Det vil være vanskelig å vite om deres oppdekking av instrumenter bidrar til kirurgiske komplikasjoner som for eksempel bruk av kontaminert instrument i sterilt område. SEIPS-modellen legger vekt på at eventuelle feil ligger i systemet, ikke i personen som utfører jobben, i dette tilfellet operasjonssykepleieren. På denne måten blir det lettere å utbedre prosedyrer. Dette handler om å gjøre systemet robust for feil og ikke legge skylden for feil hos enkeltindivider (Ballangrud og Husebø, 2021).

5.2 Sammenheng mellom oppfatning av prosedyre som standardiserer oppdekking av instrumentbord og bakgrunnsvariabler som utdanning, antall års erfaring og arbeidssted

Funnene i studien viser at utdanningsnivå til respondentene ikke har sammenheng med hvorvidt respondentene er positive til å standardisere oppdekking av instrumentbord, siden det ikke lot seg vises noen statistisk signifikant sammenheng. Dette resultatet kan sees i lys av at flertallet ikke har mastergrad, hvilket skyldes at masterutdanning i operasjonssykepleie ikke har vært organisert, slik det er i dag, før 2020. Dessuten har mastergrad etter bachelor i sykepleie ikke blitt implementert på et generelt nivå før 2011 (Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, 2020; Kunnskapsdepartementet, 2011).

Når en ser nærmere på om antall års erfaring kan ha sammenheng med operasjonssykepleiers holdning til standardisering av oppdekking av instrumentbord vises det ingen statistisk signifikant forskjell. Undersøkelsen indikerer for øvrig at flertallet av respondentene som er positive til å standardisere oppdekking av instrumentbord jobber

på flerregionalt sykehus. Dette er i samsvar med resultater fra studien til Igesund *et al.* (2019) som viser til at de flerregionale sykehusene i Norge har en mer innarbeidet kultur for slike prosedyrer. Tross at forskjellen ikke er statistisk signifikant er observasjonen her svært interessant og relevant spesielt siden den gjenspeiles i studien til (Igesund *et al.*, 2019).

5.3 Operasjonssykepleiernes bruk, holdninger og kunnskap realtert til kunnskapsbasert praksis

Denne studien viser at operasjonssykepleierne som deltok i undersøkelsen skåret positivt på EBPQ-spørreskjema og har generelt god bruk, holdninger og kunnskap angående kunnskapsbasert praksis. Det kan trekkes linjer til studien til Stokke *et al.* (2014) som finner omtrent det samme resultatet angående sykepleiere og kunnskapsbasert praksis, dog ved bruk av et annet spørreskjema.

Hva det gjelder de forskjellige dimensjonene i EBPQ-spørreskjemaet, skåret respondentene lavere på dimensjonen EBPQ-praksis enn på dimensjonene EBPQ-holdning og EBPQ-kunnskap. Studien til Brown *et al.* (2009) brukte det samme spørreskjemaet (EBPQ) og fikk en høyere skår på EBPQ-total og for dimensjonene holdning og kunnskap, mens dimensjonen EBPQ-praksis skåret minst i forhold til de andre dimensjonene. Dette ligner resultatene i denne studien. Studien til Brown *et al.* (2009) derimot fant en korrelasjon mellom «tid» og «å praktisere» kunnskapsbasert praksis, jo mer travelt en sykepleier har det på jobb, desto mindre tid til å jobbe kunnskapsbasert. Noe som kan forklare den lave skåringen da det er et velkjent fenomen at helsepersonell er ofte opptatt med praktiske pasientrelaterte oppgaver (Brown *et al.*, 2009).

Det kan spekuleres at funnene i de to delene av undersøkelsen har sammenheng med hverandre. Dette ses ut ifra en forståelse om at å bearbeide prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord, krever at operasjonssykepleier tar med forskningsbasert kunnskap, klinisk erfaring og brukermedvirkning. I dette tilfellet er operasjonssykepleieren bruker, hvilket er sentrale prinsipper i kunnskapsbasert praksis.

5.4 Forskjeller mellom operasjonssykepleieres bruk, holdninger og kunnskaper realtert til kunnskapsbasert praksis og bakgrunnsvariabler som utdanning, antall års erfaring og arbeidssted

Funnene viste at respondentene med mastergrad skåret høyere på EBPQ-total og dimensjonen EBPQ-holdning enn de med lavere utdanningsnivå. Dette gir holdepunkter for å påstå at det er en forskjell mellom de med masterutdanning og de med videreutdanning i operasjonssykepleie hva det gjelder kunnskapsbasert praksis. I likhet med våre funn indikerer andre studier at sykepleiere med høyere utdanning skåret bedre på holdning til kunnskapsbasert praksis, men finner ingen andre statistisk signifikante

sammenhenger mellom bakgrunnsvariablene og etterlevelse av kunnskapsbasert praksis (Koehn og Lehman, 2008; Stokke *et al.*, 2014).

Ved å sammenligne resultatet av EBPQ-total og antall års erfaring som operasjonssykepleier, viser funnene at gruppen som har 17 år+ erfaring har en høyere median skår enn gruppen med 1-7 års erfaring. Sett fra et utdanningsperspektiv, ville en forventet at operasjonssykepleiere som er nylig uteksaminert, skåret høyere på kunnskapsbasert praksis. Dette siden nyere utdanningsløp har større fokus på å jobbe kunnskapsbasert enn tidligere (Kunnskapsdepartementet, 2011).

En annen studie avdekker at sykepleierne som fikk opplæring i kunnskapsbasert praksis hadde en mer positiv holdning til å utøve kunnskapsbasert praksis (Stokke *et al.*, 2014). I denne studien derimot kan resultatet ikke vise til om operasjonssykepleierne har nylig hatt kurs eller skaffet seg kunnskap om å jobbe kunnskapsbasert. Det kommer heller ikke frem i undersøkelsen hvor respondentene plasseres innad i de respektive aldersgruppene. Eksempelvis hvor mange av respondentene som har ett års erfaring eller sju års erfaring i gruppen 1-7år hvilket kunne muligens ha hatt en innvirkning på hvordan de besvarte undersøkelsen. Funnet indikerer at respondentene generelt sett innehar en yrkesforventning om å holde seg faglig oppdatert i henhold til (Norsk Sykepleierforbund - Landsgruppe av Operasjonssykepleiere - NSFLOS, 2015) sine yrkesetiske retningslinjer og §4 av Helsepersonelloven (2019) som vektlegger faglig forsvarlighet selv om de har mange års erfaring som operasjonssykepleiere.

Når en ser nærmere på holdning til kunnskapsbasert praksis og arbeidssted, viser testresultatene i denne studien ingen statistisk signifikant forskjell mellom arbeidsted og EBPQ-total eller dimensjonene EBPQ-praksis og EBPQ-kunnskap. Undersøkelsen viser derimot at operasjonssykepleiere som jobber ved flerregionale sykehus skårer høyere på EBPQ-holdning enn de som jobber ved regionale sykehus. Dette kan indikere at operasjonssykepleiere ved flerregionale sykehus har en bedre holdning til kunnskapsbasert praksis. Dette er i tråd med resultat fra en annen studie som viste at flerregionale sykehus har er mer tilbøyelig til å bruke standardiserte prosedyrer, på generell basis, enn regionale lokalsykehus. Studien viser ikke årsaken til denne forskjellen (Igesund *et al.*, 2019). Det er imidlertid flere respondenter som jobber på flerregionalt sykehus (44) enn respondenter som jobber på regionalt sykehus (20).

5.5 Metodediskusjon

I forkant av oppstart av studien og hva spørreskjemaet skulle inneholde ble det foretatt en litteraturgjennomgang basert på et systematisk søk om temaene; standardisering av oppdekking av instrumentbord og kunnskapsbasert praksis. Dette ble gjort for at masterstudentene kunne skaffe seg oversikt over allerede kjent kunnskap om temaet for masteroppgaven. I etterkant av datainnsamlingen ble det diskutert hvorvidt det hadde vært konstruktivt å intervju et lite antall operasjonssykepleiere for å få en dypere eller ny innsikt i temaet før spørsmålene som omhandler standardisering av oppdekking av instrumentbord ble utviklet. På denne måten kan en forsker diskutere det aktuelle temaet og nye problemstillinger kan dukke opp. Slik fås ett mer realistisk eller aktuelt bilde av tema som det skal forskes på (Kirkevold, 2014).

Det er usikkert om det hadde dukket opp flere problemstillinger. Derimot ved en eventuell videreutvikling av del 1 av spørreskjema som omhandler standardisering av oppdekking av instrumentbord, vil kvantitativ eller miksedde metode med intervju og spørreskjema være et relevant alternativ til metode. Kvantitativ metode derimot ga oss muligheten for å undersøke et større antall operasjonssykepleiere og muligheten for sammenligning mellom type sykehus, antall års erfaring og utdanningsnivå og egnet seg derfor godt til å besvare problemstillingen (Polit og Beck, 2021).

5.5.1 Reliabilitet

I kvantitativ forskning er reliabilitet og validitet viktige kriterier for å vurdere graden av pålitelighet og nøyaktighet av innsamlede data (Polit og Beck, 2021). Pålitelighet av måleinstrument ligger i at resultatet av målingen er reproduserbart og konsistent. Dette kan undersøkes ved en test-retest av spørreskjemaet. Test-retest-reliabilitet vil uttrykke hvor høy reliabilitet, altså hvorvidt undersøkelsen gir de samme svarene ved forskjellige tidspunkter (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2021). Anonymiteten av undersøkelsen gir derimot ingen mulighet for test-retest i denne studien da det ikke er mulig å finne tilbake til respondentene.

Indre konsistens for måleinstrument i denne studien ble regnet ut på SPSS. Cronbachs α brukes ofte for å måle reliabilitetskoeffisient. Cronbachs α sier noe om variablene i et måleinstrument måler den samme egenskapen. Cronbachs α går fra .00 til 1, og koeffisient verdi >0.80 representerer en høy grad av homogenitet mellom variablene (Campbell, Machin og Walters, 2010). Resultat av Cronbachs α utregning på EBPQ-total, og for hver dimensjon presenteres i tabellen nedenfor. Likeledes Cronbachs α verdier på Upton og Upton (2006) sin studie og masteroppgaven til Svarthaug (2012).

Tabell: 5.1 Reliabilitet; Intern konsistens

	Upton og Upton (2006)	Svarthaug (2012)	Denne studie (2022)
EBPQ-total	0,87	0,89	0,95
EBPQ-Praksis	0,85	0,76	0,91
EBPQ-Holdning	0,79	0,50	0,41
EBPQ-Kunskap	0,91	0,89	0,95

Cronbachs α

Cronbachs α for EBPQ i denne studien sammenlignet med tidligere studier som brukte samme skala, vise lite avvik i EBPQ skår i de tre studiene. Dimensjonen EBPQ-holdning har en betydelig lavere Cronbachs α skår i studien til Svarthaug (2012) og i denne studien i forhold til Upton og Upton (2006). Det kan stilles spørsmål om den lave skåren skyldes oversettelse fra engelsk til norsk som kan ha gitt et visst tap av forståelighet. Dette kan også forklares ved at i dimensjonen EBPQ-holdning ses en større homogenitet i respondentenes svar, gitt SD 0,84. Reliabilitet til et måleinstrument måler variasjoner i respondentenes svar, og ved en stor grad av homogenitet blant respondentenes svar, blir det vanskelig å skille denne ut denne variasjon (Polit og Beck, 2021). Allikevel anses resultatet som repeterbart og krav til intern validitet og reliabilitet av måleinstrument innfris. Variablene i spørreskjema relateres positivt til hverandre og viser å måle det samme (Polit og Beck, 2021; Campbell, Machin og Walters, 2010).

Før en sender ut spørreskjema til respondenter, anbefales å gjennomføre en pilottest for første og fremst være sikker på at en får svar på det man spør om (Haraldsen, 1999). Det var opprinnelig planlagt å teste «del 1» av spørreskjema, men av hensyn til tid og av praktiske årsaker, lot seg ikke å gjennomføre en pilottest i forbindelse med denne studien. Dette kan gjøres ved en eventuell videreutvikling av spørreskjemaet.

5.5.2 Validitet

Validitet sier noe om hvilken grad resultatet av en undersøkelse eller studie kan gi grunnlag til å trekke gyldige slutninger. *Begrepsvaliditet* relateres til hvorvidt målevariabelen reflekterer den variabelen en ønsker å måle (Polit og Beck, 2021). EBPQ skjema er opprinnelig utviklet på Engelsk. Ved validitetstesting av originalen fant de at begrepsvaliditeten har en positiv moderat korrelasjons koeffisient r 0,3-0,4 (Upton og Upton, 2006). Den norske versjonen er oversatt for en masterstudie og det er ikke oppgitt om det er målt korrelasjons koeffisient. Oversettelsen er derimot gjort og testet ifølge internasjonale akademiske anbefalinger for oversettelse (Svarthaug, 2012).

Den Norske oversettelsen av spørreskjemaet og dets utforming kan ha gitt utfordringer under datasamlingen i form av språk og utseende. I noen tilfeller kan det ha vært vanskelig å forstå da ordleggingen kunne oppleves som komplisert. Dette i kombinasjon med at den grafiske representasjonen av svaralternativene ble annerledes i Nettskjema.no sammenlignet med originalen. Eksempelvis skal en i EBPQ plassere seg mellom to utsagn i del 2 (se vedlegg: 3). I originalen (både den engelske og norske versjonen) står alternativene ved siden av hverandre og dermed er sammenhengende tallverdi på Likert skalaen «fysisk» nærmere det utsagnet en støtter. I versjonen brukt i denne studien utformet i malene tilgjengelig på Nettskjema.no, ble derimot utsagnene listet over hverandre, angitt verdien 1 og 7, og respondentene måtte velge talverdi på en linje under.

Statistisk validitet i studien er forsøkt sikret ved bruk av ikke-parametriske tester. Ikke-parametriske tester gjøres uten antagelse om fordeling av data og kan gi en større «statistisk power» enn parametriske tester i dette tilfellet da prøvestørrelsen ikke innfridde krav for parametriske tester, tross normalfordeling av data (Portney, 2020). Begrepet «statistisk power» viser til evnen til et design og analysestrategi å påvise forhold mellom variabler i en studie. Utvalgsstørrelsen kan ha direkte innvirkning på «statistisk power» (Polit og Beck, 2021). «Response bias» referer til hvorvidt de som svarte undersøkelsen innehar en karakteristikk som påvirket hvordan de svarer på undersøkelsen (Polit og Beck, 2021). Det kan for eksempel hende at de som valgte å svare på undersøkelsen allerede er predisponert for å ha positive oppfattelser av standardisert oppdekking av instrumentbord eller har god praksis, holdninger og kunnskap om kunnskapsbasert praksis. Det kan derimot argumenteres at siden resultatene ligner andre studier at «response bias» ikke påvirker funnene i denne studien.

Ekstern validitet har en sentral rolle i kunnskapsbasert praksis og dreier seg om i hvilken grad observert funn i en studie kan overføres til større populasjon uavhengig av variasjoner i mennesker, forhold og omgivelser (Polit og Beck, 2021). Spørreskjemaet ble besvart av operasjonssykepleiere hvor temaet absolutt kan relateres til operasjonssykepleiers fag. Respondentene i undersøkelsen har omtrent lik arbeidsrutine selv om de jobber i forskjellige kirurgiske fagområder. I motsetning til operasjonssykepleiere som jobber utelukkende med fag, har respondentene valgt til

undersøkelsen, ofte lite tid daglig til å lese eller søke etter kunnskapsbaserte artikler eller prosedyrer. En travel arbeidshverdag er et kjent fenomen på en operasjonsavdeling og det påvirker etterlevelse av kunnskapsbasert praksis (Igesund *et al.*, 2019).

6 Konklusjon

Funnene i denne studien viser at operasjonssykepleierne generelt har en positiv oppfatning av- og ønsker standardisering av oppdekking av instrumentbord, men at et flertall aldri har brukt en slik prosedyre. Studien finner derimot ingen forskjell i oppfatning av standardisert oppdekking av instrumentbord på tvers av kategoriene utdanning, arbeidserfaring og type sykehus.

Studien viser at operasjonssykepleierne er positive til kunnskapsbasert praksis. Operasjonssykepleierne har en positiv holdning og har gode kunnskaper og ferdigheter til kunnskapsbasert praksis. Funnene belyser at operasjonssykepleierne tross den positive holdningen til kunnskapsbasert praksis, skårer lavere på bruk av kunnskapsbasert praksis. Studien avdekker ikke grunnen til at operasjonssykepleiere skårer mindre positivt på bruk av kunnskapsbasert praksis. Respondentene med mastergrad som utdanningsnivå og de med mange års erfaring som operasjonssykepleier viste bedre holdninger til kunnskapsbasert praksis sammenlignet med de andre gruppene. Operasjonssykepleiere har i tillegg bedre holdninger til kunnskapsbasert praksis ved flerregionale sykehus enn ved regionale sykehus.

Med utgangspunkt i funnene i denne studien anbefales det at utvikling og implementering av standardiserte prosedyrer for oppdekking av instrumentbord baseres på prinsippene som er styrende for kunnskapsbasert praksis. Det anbefales at prosedyrene utvikles på et nivå som er gjenkjennelig og anvendelig for operasjonssykepleiere. Funnene i denne studien samsvarer for øvrig med funn i andre studier på området og gir, likt de andre studiene, indikasjon for at mer forskning er nødvendig. Herunder utviklingen av kunnskapsintervensjoner med fokus på utvikling og implementering av standardiserte prosedyrer for oppdekking av instrumentbord sett i lys av kunnskapsbasert praksis.

Referanser

Association of Surgical Technologists (2018) *Education an professional Standards Committee*. Tilgjengelig fra: https://www.ast.org/AboutUs/Aseptic_Technique/ (Hentet: 25. november 2022).

Ballangrud, R. og Husebø, S. E. (2021) Teoretiske modeller om teamarbeid og teamtrening, i Ballangrud, R. (red.) *Team arbeid i helsetjenesten*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 82-89.

Bjørk, I. T. og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie : en ressursbok*. Oslo: Akribe.

Brown, C. E. *et al.* (2009) Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center, s. 371-381.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04878.x>

Campbell, M. J., Machin, D. og Walters, S. J. (2010) *Medical statistics: a textbook for the health sciences*. John Wiley & Sons.

Carayon, P. *et al.* (2006) Work system design for patient safety: the SEIPS model". *Quality Safety Health Care, Bmj*, 15, s. 50-58.
<https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>

Carayon, P. *et al.* (2014) Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety, *Applied ergonomics*, 45(1), s. 14-25.
<https://doi.org/10.1016/j.apergo.2013.04.023>

Christoffersen, L. *et al.* (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forl.

Datatilsynet (2022) *Hva er personvern*. Tilgjengelig fra: <https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/hva-er-personvern/> (Hentet: 16.november 2022).

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2022) *Medisin og helsefag*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/> (Hentet: 16.november 2022).

Eberhard-Gran, M. og Winther, C. (2017) *Spørreskjema som metode : for helsefagene*. Oslo: Universitetsforl.

Eide, P. H. og Dåvøy, G. (2018) Funksjons-og ansvarsområde, i Hansen, I. (red.) *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal, s. 28-61.

Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (2020) *Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-45> (Hentet: 29. desember. 2022).

Gillespie, B. M. *et al.* (2009) Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study, *Journal of advanced nursing*, 65(5), s. 1019-1028. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04955.x>

Glaser, B. *et al.* (2022) Measuring and evaluating standardization of scrub nurse instrument table setups: a multi-center study, *International Journal of Computer Assisted Radiology and Surgery*, 17(3), s. 479-485.

Haraldsen, G. (1999) *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Haugen, A. S. og Dävøy, G. M. (2018) Pasientsikkerhet og trygg kirurgi, i Hansen, I. (red.) *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal, s. 179-197.

Helsebiblioteket (2010) *Definisjon av fagprosedyre*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/metode/definisjon-av-fagprosedyre> (Hentet: 25. september 2022).

Helsebiblioteket (2019) *Kvalitetsforbedring*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kvalitetsforbedring/kvalitetsforbedring#>.

Helsebiblioteket (2021) *Kunnskapsbasert praksis*. Tilgjengelig fra: https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/_attachment/251168?_ts=157beb1389f (Hentet: 25. september 2022).

Helsedirektoratet (2012) *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer* Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer> (Hentet: 25. september 2022).

Helsedirektoratet (2021) *Pasientskader i Norge 2020*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/?typetema=201eff9c-ffa8-4541-b441-c0d0d7f65056> (Hentet: 25. september 2022).

Helsedirektoratet (2022) *I trygge hender 24/7*. Tilgjengelig fra: <https://www.itryggehender24-7.no/reduser-pasientskader/kirurgiske-komplikasjoner> (Hentet: 19. januar 2023).

Helsepersonelloven (2019) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>.

Helsinkideklarasjon (2013). Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 16. november 2022).

Hjelen, W. (2018) Fagutvikling og forskning i operasjonssykepleien i Hansen, I. (red.) *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal s. 45-48.

Holden, R. J. et al. (2013) SEIPS 2.0: a human factors framework for studying and improving the work of healthcare professionals and patients, *Ergonomics*, 56(11), s. 1669-1686. <https://doi.org/10.1080/00140139.2013.838643>

Holmes, T., Ballangrud, R. og Viifladd, A. (2021) Operasjonsstua, i Husebø, S. E. og Ballangrud, R. (red.) *Teamarbeid i Helsetjenesten*. s. 169-178.

Hulley, S. B., Cummings, S. R. og Newman, T. B. (2013) Designing Cross-Sectional and Cohort Studies, i Hulley, S. B., et al. (red.) *Designing Clinical Research*. Philadelphia: Philadelphia: Wolters Kluwer, s. 85-96.

Igesund, U. (2016) Studenters deltakelse i kunnskapsbasert fagutvikling. Pilotprosjekt i steril-assistansse ved videreutdanning i operasjonssykepleie, s. 115. <https://doi.org/10.7557/14.3778>

Igesund, U. og Eide, P. H. (2018) Oppdekking av instrumenter på assistanse- og instrumentbord, i Hansen, I. (red.) *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 375-379.

Igesund, U. et al. (2019) Mapping of procedures for set-up of instruments in the sterile eld for surgery. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-78413-en.pdf>.

Igesund, U., Overvåg, G. og Rasmussen, G. (2021) Trygg kirurgi-oppdekking og organisering av instrumentbord til operasjon: en scoping review. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2021.84445>

Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P. A. (2021) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 6. utgave. Oslo: Abstrakt forlag.

Kirkevold, Ø. (2014) Praktiske tips ved spørreskjemaundersøkelser, *Sykepleien forskning*, 9, s. 92-94.

Koehn, M. L. og Lehman, K. (2008) Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice, *Journal of advanced nursing*, 62(2), s. 209-215. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/j.1365-2648.2007.04589.x>.

Kunnskapsdepartementet (2011) *Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NRK)*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/kompetanse/nkr2011mvedlegg.pdf> (Hentet: 28. desember 2022).

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (2020) *Nettskjema*. Tilgjengelig fra: <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Nettskjema> (Hentet: 01. desember 2020).

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (2022) *Informasjonsklassifisering-informasjonsikkerhet* Tilgjengelig fra: <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Informasjonsklassifisering+++informasjonsikkerhet> (Hentet: 17. februar 2022).

Norsk senter for forskningsdata (2020) *Fyll ut meldeskjema for personopplysninger*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger>

(Hentet: 25. november 2020).

Norsk Sykepleierforbund - Landsgruppe av Operasjonssykepleiere - NSFLOS (2015) *Operasjonssykepleiers ansvars- og funksjonsbeskrivelse* Tilgjengelig fra: <https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleiers-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/> (Hentet: 28. september 2020).

Nortvedt, M. W. et al. (2021) *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok*. 3. utgave. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Nylenna, M. (2018) Veileder, retningslinje, prosedyre, *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2018/01/sprakspalten/veileder-retningslinje-prosedyre>.

Pallant, J. og Pallant, J. (2020) *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. 7th edition. London: Open University Press.

Pasient-og brukerrettighetsloven (2001) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 29. desember 2022).

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

Portney, L. G. (2020) *Foundations of clinical research: applications to evidence-based practice*. FA Davis.

Rothrock, J. C., McEwen, D. R. og Alexander, E. L. (2019) *Alexander's care of the patient in surgery*. 16th ed. St. Louis, Mo: Elsevier.

Saunes, I. S. et al. (2010) *Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjeneste. Tilgjengelig fra: https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2378523/NOKCnotat_Saunes2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Hentet: 20.10.2022).

Standard Norge (2021) *Standardisering*. Tilgjengelig fra: <https://www.standard.no/standardisering/> (Hentet: 26. desember 2022).

- Stokke, K. *et al.* (2014) Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study, *BMC nursing*, 13(1), s. 1-10. Tilgjengelig fra: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-13-8>.
- Svarthaug, L. A. (2012) *Kunnskapsbasert praksis blant anestesisykepleiere i et norsk helseforetak*. Masteroppgave. Tilgjengelig fra: <file:///C:/Users/leisi/OneDrive/Documents/Masteroppgave/LASvarthaug.pdf>.
- Tuntland, H. (2009) Betraktninger om kritikken mot kunnskapsbasert praksis. Tilgjengelig fra: https://www.researchgate.net/profile/Hanne-Tuntland/publication/238678172_Betraktninger_om_kritikken_mot_kunnskapsbasert_praksis/links/02e7e51c5b3aeb3acf000000/Betraktninger-om-kritikken-mot-kunnskapsbasert-praksis.pdf.
- Universitet i Oslo (2021) *Personvern og vilkår for bruk av Nettskjema*. Tilgjengelig fra: <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/mer-om/personvern/tos.html> (Hentet: 27. mars 2022).
- Upton, D. og Upton, P. (2006) Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses, *Journal of advanced nursing*, 53(4), s. 454-458. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2006.03739.x>.
- Wacker, J. (2020) Measuring and monitoring perioperative patient safety: a basic approach for clinicians, *Current Opinion in Anaesthesiology*, 33(6), s. 815. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000930>
- Wenche, H. (2018) Fagutvikling og forskning i operasjonssykepleien, i Hansen, I. (red.) *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 45-61.
- Wiegmann, D. A. *et al.* (2007) Disruptions in surgical flow and their relationship to surgical errors: an exploratory investigation, *Surgery*, 142(5), s. 658-665.
- Wong, J. *et al.* (2022) Standardization of caregiver and nursing perioperative care on gynecologic oncology wards in a resource-limited setting, *Gynecologic Oncology Reports*, 39, s. 100915. <https://doi.org/10.1016/j.gore.2021.100915>
- World Health Organization (2009) *Patient Safety*. Tilgjengelig fra: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Hentet: 20. januar 2023).
- World Health Organization (2021) *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. Tilgjengelig fra: <file:///C:/Users/leisi/Downloads/9789240032705-eng.pdf> (Hentet: 03. oktober 2022).
- Aase, K. (2010) *Pasientsikkerhet : teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget

Vedlegg

Vedlegg 1: NSD vurdering



Vurdering

Referansenummer

950087

Prosjektittel

Operasjonssykepleieres holdning til kunnskapsbaserte prosedyrer med utgangspunkt i oppdekking av instrumentbord

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Randi Ballangrud, randi.ballangrud@ntnu.no, tlf: 91583697

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Jarl Richard Evensen, jarlre@ntnu.no, tlf: 95471112

Prosjektperiode

01.01.2022 - 31.03.2023

Vurdering (1)**24.03.2022 - Vurdert anonym**

Det fremgår av meldeskjema med vedlegg og dialog at det ikke skal behandles opplysninger i prosjektet som kan identifisere enkeltpersoner verken direkte eller indirekte.

Prosjektet trenger derfor ikke en vurdering fra Personverntjenester.

HVA MÅ DU GJØRE DERSOM DU LIKEVEL SKAL BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER?

Dersom prosjektopplegget endres og det likevel blir aktuelt å behandle personopplysninger må du melde dette til Personverntjenester ved å oppdatere meldeskjemaet. Vent på svar før du setter i gang med behandlingen av personopplysninger.

VI AVSLUTTER OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Siden prosjektet ikke behandler personopplysninger avslutter vi all videre oppfølging.

Kontaktperson: Lene Chr. M. Brandt

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2: Tillatelse til bruk av EBPQ

Dear Jarl

Thank you for your interest- we are pleased to provide you with permission to use our questionnaire. The terms and conditions are available on our website.

With best wishes

Dominic

Professor Dominic Upton
College Dean

College of Health & Human Sciences
T: +61 8 8946 6263
M: 0449 163038
E: dominic.upton@cdu.edu.au
W: cdu.edu.au



CHARLES DARWIN UNIVERSITY
Darwin, Northern Territory 0909 Australia
CRICOS Provider No. 00300K (NT/VIC) | 03286A (NSW) | RTO Provider No. 0373

Charles Darwin University acknowledges the traditional custodians across the lands on which we live and work, and we pay our respects to Elders both past and present.

Vedlegg 3: Norsk oversettelse av EBPQ spørreskjema

Når du tenker over din egen operasjonssykepleierpraksis i det siste året, hvor ofte har du gjort noe av det følgende for å "tette hull" i din kunnskap? Marker i en av boksene på skalaen fra "Aldri" til "Svært ofte"!

Formulert et klinisk spørsmål (en "problemstilling") som det mulig å få svar på i starten av prosessen med å tette igjen kunnskapshullet	Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svært ofte	11
Funnet fram til den relevante kunnskapen etter å ha formulert spørsmålet:	Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svært ofte	11a
Vurdert kritisk den litteratur du har funnet i forhold til aksepterte kriterier:	Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svært ofte	11b
Integrert den kunnskapen du fant i din kompetanse	Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svært ofte	11c
Evaluert resultatene av din operasjonssykepleierpraksis:	Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svært ofte	11d
Delt informasjonen du har funnet med kollegaer:	Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svært ofte	11e

Parene av utsagn nedenfor representerer ytterpunkter på en 7-punkts skala. Les begge utsagnene og marker hvor på skalaen du vil plassere deg:

Min arbeidsbelastning er for stor til at jeg kan følge med på all ny kunnskap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ny kunnskap er så viktig at jeg sørger for å få tid til å følge med i dette i mitt arbeid	12
Jeg liker ikke at det stilles spørsmål ved min operasjonssykepleierpraksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg setter pris på at det stilles spørsmål ved min operasjonssykepleierpraksis	13
Kunnskapsbasert praksis er bortkastet tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kunnskapsbasert praksis er grunnlaget for profesjonell operasjonssykepleierpraksis	14
Jeg holder fast ved metoder som er kjente og velprøvde heller enn å endre disse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Min praksis som operasjonssykepleier er endret som følge av ny kunnskap jeg har funnet	15

På en skala fra 1 til 7 (der 7 er best) hvordan vil du vurdere din:								
Vennligst sett ring rundt ett nummer for hver påstand	Dårlig				Svært god			
	1	2	3	4	5	6	7	
Kunnskap om forskning	1	2	3	4	5	6	7	16
IT ferdigheter	1	2	3	4	5	6	7	16a
Ferdighet i å reflektere over og fornye egen operasjonssykepleierpraksis	1	2	3	4	5	6	7	16b
Evne til å omforme dine kunnskapsbehov til kliniske spørsmål ("problemstillinger")	1	2	3	4	5	6	7	16c
Kjennskap til ulike informasjonstyper og informasjonskilder	1	2	3	4	5	6	7	16d
Evne til å identifisere hull i din profesjonelle praksis som operasjonssykepleier	1	2	3	4	5	6	7	16e
Kunnskap i å finne forskningsbasert kunnskap	1	2	3	4	5	6	7	16f
Evne til å kritisk analysere forskningsresultater i forhold til etablerte retningslinjer.	1	2	3	4	5	6	7	16g
Evne til å vurdere hvor gyldig (hvor nære sannheten) materialet er	1	2	3	4	5	6	7	16h
Evne til å vurdere hvor nyttig (klinisk anvendbart) materialet er	1	2	3	4	5	6	7	16i
Evne til å tilpasse informasjon til aktuelle kliniske situasjoner	1	2	3	4	5	6	7	16j
Evne til å diskutere/dele ideer og informasjon med kollegaer	1	2	3	4	5	6	7	16k
Evne til å formidle og spre ny kunnskap om operasjonssykepleie til kollegaer	1	2	3	4	5	6	7	16l
Evne til å evaluere din egen operasjonssykepleiepraksis	1	2	3	4	5	6	7	16 m
Evne til å forstå engelske fagtekster	1	2	3	4	5	6	7	16n
Spørsmål side 5 og 6 EBPQ © Upton &Upton 2006 Oversettelse v/Svarthaug og Hall-Lord, Høgskolen i Gjøvik 2010								

Vedlegg 4: Tilleggsspørsmål

Spørreskjema om Kunnskapsbaserte standardiserte prosedyrer for oppdekking av instrumentbord.

Dette spørreskjema ønsker å kartlegge dine tanker om kunnskapsbaserte standardiserte prosedyrer for oppdekking av instrumentbord. Del 1 består av noen bakgrunn-spørsmål om deg og noen spørsmål om ditt forhold til standardiserte prosedyrer for oppdekking av instrumentbord. Det vil ta ca. 10-15 minutter å fylle ut hele skjema.

Del 2 vil fokusere på ditt forhold til kunnskapsbasert praksis generelt.

Del 1:

Bakgrunns info:

Alder:

20-35 , 36-50 , 51+

Videreutdanning Master

Antall års erfaring som Operasjonssykepleier: 1-7 , 8-16 , 17+

Din Avdeling:

Huk av boksen ved iden av JA eller NEI

1: Jeg har brukt prosedyre(r) som standardiserer oppdekking av instrumentbord.

JA NEI

2: Jeg har vært med på å utvikle minst en prosedyre som standardiserer oppdekking av instrumentbord.

JA NEI

3: Jeg ønsker prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord.

JA NEI

4: Jeg ser nytten i å ha prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord.

JA NEI

5: Prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord bør være frivillig å bruke.

JA NEI

Vedlegg 5: Infoskriv til deltagere

Vil du delta i forskningsprosjektet

Operasjonssykepleieres holdning til kunnskapsbaserte prosedyrer med utgangspunkt i oppdekking av instrumentbord

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke og sammenligne hvilken holdning operasjonssykepleiere har til kunnskapsbaserte prosedyrer som standardiserer oppdekkingen av instrumentbordet. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å gi en god forståelse for holdningene til standardiserte prosedyrer, sett i lys av kunnskapsbasert praksis. Denne kunnskapen kan gi god innsikt i hvordan best utvikle og implementere standardiserte prosedyrer. En kultur av kunnskapsbasert praksis kan være med på å sikre at en følger de retningslinjer som er anbefalt, som igjen medfører større sikkerhet for pasienten som gjennomgår kirurgi. Motivasjonen for studien er derfor et forsøk å forbedre pasientsikkerheten i forbindelse med kirurgi. Dette er en masteroppgave ved NTNU i Gjøvik.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NTNU; Fakultet for Medisin og Helsevitenskap er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er blitt valgt ut fordi du jobber som operasjonssykepleier ved et av de institusjonene som skal undersøkes. Denne spørreundersøkelsen er sendt til avdelingsledere som bruker den kontaktinfo de har til å sende det videre.

Hva innebærer det for deg å delta?

Du vil bli bedt om å fylle ut et spørreskjema som består av to deler. Den første delen samler litt bakgrunnsinformasjon om deg og kort om dine tanker rundt prosedyrer som standardiserer oppdekking av instrumentbord. Del to er et spørreskjema som ser på dine tanker og holdninger til kunnskapsbasert praksis spesifikt. Det er å anta at spørreskjema ikke tar lengre enn 15 minutter å fylle ut.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta besvarer du spørreskjemaet. Ingen personopplysninger vil samles. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller avbryter utfyllingen av spørreskjemaet.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Alle opplysninger om deg som samles er det som finnes i spørreskjemaet. Nettskjema er løsningen som NTNU og UIO bruker til dette formålet og er trygt og konfidensielt. Svarene vil bli brukt i statistisk analyse gjennom programmet SPSS. Ved eventuell publikasjon vil det ikke være mulig å identifisere deltaker ut ifra data presentert. Det er kun veileder og sensorer ved NTNU som vil ha tilgang til dataet utenom de som undersøker.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres ved utfylling av spørreskjema. Utfylte spørreskjemaer vil lagres via Nettskjema sin server og slettes i det oppgaven avsluttes

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Samtykke gis ved å besvare spørreskjemaet.

På oppdrag fra NTNU i Gjøvik; Fakultet for Medisin og Helsevitenskap har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

Du vil ikke kunne identifiseres i datamaterialet etter spørreskjema er ferdig utfyllt.

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

- NTNU i Gjøvik; Fakultet for Medisin og Helsevitenskap
- Prosjektansvarlig:
Jarl Richard Evensen ved: jarlr@ntnu.no
Leisiane Alzira Barbosa Østeng ved: laosteng@ntnu.no
- Veileder: Randi Ballangrud ved: randi.ballangrud@ntnu.no
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen ved: thomas.helgesen@ntnu.no

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Jarl Richard Evensen & Leisiane Alzira Barbosa Østeng/Randi Ballangrud
(Forskere/veileder)

Vedlegg 6: Godkjenning fra personvernombud ved aktuelle sykehus

Personvernombudet
personvernombud@

Saksbehandler:
Spesialrådgiver:

Vår ref.: 20530216

PERSONVERNOMBUDETS VURDERING I SAK 20530216 OP SPL HOLDNING TIL KBP KIR OPPDEKKING.

Viser til innsendt melding til personvernombudet, og tilhørende saksdokumentasjon. Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved [redacted]. Den dataansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger [redacted] å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger er derfor meldt til personvernombudet.

Om saken – prosjektansvarliges beskrivelse

Formål

Formålet er å danne et bilde av operasjonssykepleieres holdninger til kunnskapsbasert praksis med utgangspunkt i standardisert oppdekking av kirurgisk instrumentbord. Studien bruker et anonymt spørreskjema som distribueres via en felles lenke til operasjonssykepleiere som jobber i klinisk praksis ved Sykehuset i Innlandets avdelinger. Metoden er vurdert som anonym av NSD.

Hvem er de registrerte?

Ansatte

Samles det inn nye opplysninger eller gjenbrukes det opplysninger som allerede er samlet inn?

Nye opplysninger

Hvor / hvordan behandles opplysningene?

nettskjema

Utdyp ved behov

Svar vil slettes ved prosjektslutt.

[redacted]



Datoer

Oppstart

1/1/2022

Avslutning

31/3/2023

Av dokumentasjons og oppbevaringshensyn bevares opplysningene til

31/3/2028

Personvernombudets vurdering

Den innmeldte saken er et kvalitetsprosjekt i forbindelse med en mastergrad, der dataansvarlig er Ntnu. Prosjektet skal se på oppdekking av instrumentbord under kirurgi og holdningen til kunnskapsbaserte standardiserte prosedyrer rettet mot dette. Respondenter vil være operasjonssykepleiere som jobber ved et utvalg norske sykehus - der iblant [REDACTED]. Avdelingsledere vil tilsendes en e-post som beskriver prosjektet med en lenke til undersøkelsen. Det vil i e-posten være en anmodning om å distribuere undersøkelsen til de aktuelle enhetsledere og respondenter.

Personvernombudet har vurdert at behandlingen av personopplysninger er i tråd med personopplysningsloven og personvernforordningen. Lovlig grunnlag for behandling av personopplysninger er artikkel 6.1 bokstav a Samtykke

Behandlingen av opplysninger **tilrådes** med forbehold om at vilkårene under oppfylles


Vilkår:

- Følgende må ettersendes til personvernombudet i [REDACTED] før oppstart:
 - Uttalelsen fra NSD
- Behandlingen av personopplysninger gjennomføres som beskrevet i melding, øvrig dokumentasjon, aktuelle godkjenninger og behandlingsgrunnlag
- Ved vesentlige endringer sendes det endringsmelding til personvernombudet.
- Prosjektet / saken er skriftlig forankret i ledelsen for det aktuelle fagområdet i [REDACTED]
- Behandlingen av personopplysninger er i henhold til gjeldende prinsipper og krav til informasjonssikkerhet i [REDACTED] – her under bruk av
 - Nettskjermaløsningen hos UIO
- Publisering i tidsskrift / oppgave forutsettes å skje uten at deltagerne kan gjenkjennes, hverken direkte eller indirekte

Som en del av virksomhetsstyringen i [REDACTED] kan det bli gjennomført kontroll av etterlevelsen av vilkårene over.

Dette dokumentet er lagret i Public 360, og er ikke unntatt offentlighet. Saken er registrert i protokoll over behandlingsaktiviteter i [REDACTED] i henhold til personvernforordningens artikkel 30.

Vennlig hilsen



[Redacted]

Postadresse:

[Redacted]

PERSONVERNOMBUDETS UTTALELSE

Sentralbord:

[Redacted]

Til: [Redacted]

Org.nr:

[Redacted]

Fra: Personvernombudet [Redacted]

Dato: 20.05.2022

Saksnummer: 22/11766

Personvernombudets uttalelse til innsamling og behandling av personopplysninger for forskning i prosjektet:

Operasjonssykepleieres holdning til kunnskapsbaserte prosedyrer med utgangspunkt i oppdekking av instrumentbord

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i helse- og personvernlovgivningen.

Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Forskningsansvarlig / databehandlingsansvarlig er NTNU
2. Opplysningene som behandles er anonyme.
3. Studien er godkjent av aktuelle avdelingsledere ved [Redacted]
4. Prosjektet er forelagt NSD.
5. Studien er frivillig og samtykkebasert.
6. Data lagres aidentifisert. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres separat og avlåst.
7. Data slettes eller anonymiseres etter prosjektslutt.
8. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette.

Med hilsen

[Redacted]

Personvernombud

[Redacted]
Direktørens stab | Personvern

[Redacted]
Personvernrådgiver, jurist

[Redacted]

