

MASTEROPPGAVE
Masterstudium i sykepleie
– klinisk forskning og fagutvikling
Februar 2019

Kunnskapsbasert praksis og bruk av telleprosedyre blant operasjonssykepleiere.

Kristin Merete Haram



OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Sammendrag

Bakgrunn: Helsetjenesten skal benytte kunnskapsbasert praksis i pasientbehandlingen for å sikre god og trygg behandling. En tydelig prosedyre og standardisert metode for kontrolltelling av utstyr bidrar til økt sikkerhet for pasienter som gjennomgår kirurgiske inngrep. Det finnes ingen nasjonal prosedyre i Norge for kontrolltelling og operasjonsavdelingene utarbeider sine egne prosedyrer og rutiner.

Hensikt: Mastergradsoppgaven består av to deler, en artikkel og en tematisk fordypning. I artikkelen presenteres en kartleggingsstudie over faktorer som har innvirkning på bruk av telleprosedyre blant operasjonssykepleiere. I den tematiske fordypningen gjøres det rede for prosessen med å oversette og kulturelt tilpasse spørreskjemaet Barriers and Facilitators Assessment Instrument (BFAI) til norsk. Forskning omkring operasjonssykepleiernes erfaringer med kunnskapsbasert praksis (KBP) blir også presentert, og drøftes opp mot de empiriske funn fra studien.

Metode: Denne pilotstudien er en tverrsnittstudie med beskrivende design. BFAI ble oversatt og tilpasset i henhold til standardiserte retningslinjer. Operasjonssykepleiere (N=55) som hadde felles fagprosedyre for kontrolltelling besvarte BFAI og spørsmål om KBP. Svarprosenten var 76.

Resultat: Hovedfunnene viste at hemmende faktorer som mangelfull praktisk tilrettelegging, manglende støtte fra kolleger og i hvilken grad prosedyren ga mulighet til å ta egne valg, hadde størst betydning for bruk av prosedyren. Fremmede faktorer var positiv innstilling og kjennskap til prosedyren, opplæring i å jobbe forebyggende, og mulighet til å vektlegge pasientsikkerhet. Respondentene holdt seg faglig oppdatert gjennom kurs og fagkonferanser og søkte etter og leste fagartikler.

Konklusjon: Spørreskjemaet er egnet til å identifisere faktorer som kan påvirke bruk av prosedyren blant operasjonssykepleiere. Bedre ferdigheter og tilrettelegging synes fortsatt å være nødvendig for å fremme kunnskapsbasert praksis og forskning i klinikken.

Nøkkelord: operasjonssykepleie, kunnskapsbasert praksis, pasientsikkerhet, prosedyrebruk, gjenglemt utstyr

Abstract

Background: Health services should utilize evidence-based practice in patient treatment to ensure good and safe treatment. A standardized procedure and method of counting equipment contribute to increased safety for patients undergoing surgical procedures. There is no national guideline in Norway for control counting and the surgical wards prepare their own procedures and routines.

Purpose: The master's thesis consists of two parts, an article and a thematic specialization. The article presents a survey study of factors that influence the use of counting procedure among operating room nurses. The thematic specialization explains the process of translating and culturally adapting the questionnaire Barriers and Facilitators Assessment Instrument (BFAI) to Norwegian. Research on nurses' experiences with evidence-based practice (EBP) is also presented and is discussed against the empirical findings from the study.

Method: This feasibility study is a cross-sectional study with descriptive design. BFAI was translated and customized according to standardized guidelines. Operating room nurses (N = 55) who had a common procedure for control count answered BFAI and questions about EBP. The response rate was 76.

Result: The main findings showed that barriers such as inadequate practical adaptation, lack of support from colleagues and the degree to which the procedure gave the opportunity to make their own choices had the greatest importance for the use of the procedure. Facilitators were positive attitudes and knowledge of the procedure, training in preventative work, and the ability to emphasize patient safety. Respondents kept up to date professionally through courses and subject conferences and searched for and read academic articles.

Conclusion: The questionnaire is suitable for identifying factors that may affect the use of the procedure by operating room nurses. Better skills and facilitation still seem necessary to promote evidence-based practice and research in the clinic.

Keywords: perioperative nursing, evidence-based practice, patient safety, implementing procedures, retained surgical items

Del I: Artikkel

Planlagt for publisering i Sykepleien Forskning (<https://sykepleien.no/forfatterveiledning>).

Hvilke faktorer påvirker bruk av prosedyre blant operasjonssykepleiere?

Kristin Merete Haram

Mastergradsstudent

OsloMet-storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

- Antall tegn: 29888
- Antall ord: 2993
- Antall tabeller: 1

SAMMENDRAG

Bakgrunn: I forbindelse med kirurgiske inngrep rapporteres det årlig om gjenglemt utstyr. Operasjonssykepleierne har ansvaret for forsvarlig kontroll og håndtering av instrumenter og kompresser med mer. Nøyaktig kontrolltelling av kirurgisk utstyr basert på en tydelig prosedyre og standardisert metode for utførelsen, kan bidra til å redusere faren for at noe blir gjenglemt, og vil kunne øke pasientsikkerheten.

Hensikt: Å beskrive hemmende og fremmende faktorer for bruk av prosedyren; «Teljerutiner ved operasjon» blant operasjonssykepleiere.

Metode: Det er gjort en piloterende tverrsnittstudie med beskrivende design. Utvalget bestod av operasjonssykepleiere som jobbet i operasjonsavdelinger ved to sykehus på Nord-Vestlandet. Respondentene baserte svarene sine på en felles prosedyre relatert til kontrolltelling. Innhenting av data ble gjort ved bruk av det validerte spørreskjemaet Barriers and Facilitators Assessment Instrument, som ble oversatt fra engelsk og tilpasset denne studien.

Resultat: Av 55 forespurte fikk vi svar fra 42 operasjonssykepleiere (76 % svarrespons). Hemmende faktorer som mangelfull praktisk tilrettelegging (73,2%), manglende støtte fra kolleger (69%) og at prosedyren ikke ga mulighet til å ta egne valg (73,8%) hadde størst betydning for bruk av prosedyren. Deretter kom prosedyrens tidsbruk (31%) og om den var praktisk utformet (23,8%).

Operasjonssykepleierne rapporterte videre at de mest fremmende faktorene for bruk av prosedyren var positiv innstilling til prosedyrebruk (97,6%), at de hadde lest og husket den (92,9%), at de var opplært i å jobbe forebyggende (85,7%) og at tiltaket ikke forutsatte økonomisk kompensasjon (88,1%). Prosedyren ga de også mulighet til å vektlegge pasientsikkerhet (83,3%).

Konklusjon: Operasjonssykepleierne oppga faktorer knyttet til organisatorisk, sosial og politisk kontekst som mest hemmende for bruk av prosedyren. De var engasjerte, hadde tilstrekkelig utdanning, og gode holdninger og rolleoppfatning til bruk av prosedyren. De var interessert i å holde seg faglig oppdatert og var opptatt av pasientenes sikkerhet. Bedre tilrettelegging og støtte fra kolleger er derfor nødvendig for at de skal kunne gjøre en best mulig jobb relatert til kontrolltelling.

Nøkkelord: tverrsnittstudie, pasientsikkerhet, operasjonssykepleie, gjenglemt utstyr, prosedyre

Introduksjon

Komplikasjoner i forbindelse med kirurgiske inngrep var lenge hovedårsaken til dødsfall og invaliditet på verdensbasis (1). På bakgrunn av dette utarbeidet Verdens helseorganisasjon retningslinjen «WHO guidelines for safe surgery: 2009: safe surgery saves lives» for å få økt fokus på pasientsikkerhet (1). Her ble søkelyset rettet mot flere viktige forbedringsområder, hvor forebygging av gjenglemt utstyr var ett. En sjekklister til bruk under kirurgiske inngrep er allerede innført i norske operasjonsavdelinger. Likevel mottar Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) årlig krav om erstatning fra pasienter og pårørende. Over en tiårsperiode, fra 2006 til 2015, ble det gitt medhold i 84 av 121 erstatningskrav, og det ble utbetalt tolv millioner kroner i erstatning til pasienter eller etterlatte som fikk medhold (2).

Tidligere studier anslår forekomsten av gjenglemt utstyr å være i området mellom ett av 5000 til ett av 19 000 inngrep, i beste fall, men sannsynligheten er estimert til å være så høy som ett av 1000 inngrep (1, 3-5). Kjente risikofaktorer er akutte inngrep, overvekt hos pasienten, feiltelling av kirurgisk utstyr, bytte av personale og kommunikasjonssvikt (6-8). Ifølge NPE er det i over halvparten av sakene kompresser eller tamponger som har blitt glemt igjen i forbindelse med kirurgiske inngrep, i tillegg til metallgjenstander. Noe av det mest vanlige er hele eller deler av nål, bor, metallpinne, pinsett, spatel eller skrue (2). Gjenglemt kirurgisk utstyr har store konsekvenser for pasientene det gjelder. De blir påført unødige smerter og infeksjoner, re-operasjoner, skade på omkringliggende vev, nedsatt funksjon og i noen tilfeller dødsfall som følge av forverret sykdomsforløp. I tillegg har noen også utviklet psykiske plager (1, 2, 5, 9).

Kunnskapscenteret definerer pasientsikkerhet som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (10). Å øke oppmerksomheten rundt pasientsikkerhet og arbeide for en kultur som respekterer behovet for nøyaktig kontrolltelling av kirurgisk utstyr som brukes under inngrepet, kan bidra til å redusere faren for at utstyr blir gjenglemt (11, 12). WHO (1) viser til prosedyrer utarbeidet av flere sykepleierorganisasjoner, deriblant Association of peri-Operative Registered Nurses (AORN) i USA sin prosedyre «Guideline for prevention of retained surgical items» (13). Det anbefales en tydelig prosedyre hvor det fremkommer hva som skal telles og når, og at det innarbeides en standardisert

metode å utføre kontrolltelling etter (1, 3, 6, 13, 14). Det finnes per i dag ingen nasjonal retningslinje for kontrolltelling i Norge, men en kunnskapsbasert fagprosedyre «Kirurgisk telling – anbefalte rutiner for telling av utstyr under kirurgi» er nylig utarbeidet av Helse Stavanger og tilgjengelig på Helsebiblioteket.no (15). Operasjonsavdelingene utarbeider i dag egne prosedyrer, og «Teljerutiner ved operasjon» er en slik lokalt utarbeidet prosedyre.

Gjenglemt utstyr i forbindelse med kirurgi kan og skal unngås. Til tross for at vi vet hva som bidrar til å redusere faren, påføres pasienter stadig unødvendig lidelse. Tidligere studier gir kjennskap til faktorer som påvirker bruk av prosedyrer blant sykepleiere (14, 16-18). De vanligste faktorene var holdninger og kunnskaper i tillegg til prosedyrens utforming og brukervennlighet, ressurser og ledelse. Det foreligger lite forskning som omhandler bruk av prosedyrer blant operasjonssykepleiere.

Hensikt:

Hensikten med denne studien er å beskrive hvilke faktorer operasjonssykepleiere mener har hemmende og fremmende innvirkning på om avdelingens eksisterende prosedyre «Teljerutiner ved operasjon» følges eller ikke.

Metode

Design

Denne pilotstudien er en tverrsnittstudie med beskrivende design.

Utvalg

Deltakerne i utvalget ble rekruttert fra to sykehus, og følgelig to forskjellige operasjonsavdelinger på Nord-Vestlandet. Inklusjonskriterier var at operasjonssykepleierne jobbet med direkte pasientkontakt og at de hadde felles fagprosedyre relatert til kontrolltelling. Av samtlige 59 ansatte operasjonssykepleiere endte vi opp med 55 etter å ha ekskludert tre som var syke eller i permisjon, samt den som utførte denne studien.

Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjennomført i mars/april 2018. Et spørreskjema i papirform ble utlevert i avdelingen i personlig konvolutt. Anonymt utfylt skjema ble tilbakelevert i postkasse i avdelingene. Respondentene hadde tre ukers tilbakeleveringsfrist på grunn av turnusarbeid og mulige friperioder, og purring ble gjort en gang muntlig på avdelingsmøte.

Bakgrunnsvariabler og fagutvikling

Åtte spørsmål kartla bakgrunnsopplysninger som alder, årstall for fullført videreutdanning, antall års arbeidserfaring som operasjonssykepleier, deltagelse på kurs og fagkonferanser siste år, om de søker etter og leser fagartikler, om de har fagdager i turnus og arbeidssted.

Barriers and Facilitators Assessment Instrument (BFAI)

Spørreskjemaet BFAI er utviklet av Peters m.fl. i Nederland (19). Det måler hemmende og fremmende faktorer for bedring av pasientbehandling, med spesielt fokus på forebygging. Instrumentet består av 27 spørsmål relatert til fire kategorier; 1) innovasjon, 2) profesjonsutøver, 3) pasient og 4) organisatorisk, sosial og politisk kontekst. Faktorer relatert til innovasjonen/prosedyren kartlegges gjennom seks spørsmål som ser på muligheten til å ta egne valg, vektlegge pasientsikkerhet, om den er et godt utgangspunkt for fagutvikling, tidsbruk, utforming og om den er funksjonell. Profesjonsutøveren kartlegges med ti spørsmål om kjennskap til prosedyren, opplæring, tvil, ønske om å vite mer, utfordringer med å endre gamle rutiner, samarbeid, generell motstand mot å bruke prosedyrer eller motstand fordi man ikke har vært involvert i utarbeidelsen. Seks spørsmål kartlegger faktorer om pasienten, deriblant alder, motivasjon og helsestatus. Faktorer relatert til kontekst kartlegges ved hjelp av fem spørsmål. Disse omhandler økonomisk kompensasjon, støtte blant kolleger, praktisk tilrettelegging, tidspunkt for tiltak og tilgang til lokaler. I denne studien ble spørsmålene relatert til pasienten tatt bort da de ikke var relevante for problemstillingen. Det gjenstod da tre kategorier og 21 spørsmål i spørreskjemaet, i tillegg til åtte bakgrunnsvariabler. Spørsmålene skåres på en Likert skala fra en til fem; helt uenig, uenig, hverken enig eller uenig, enig og helt enig, og er positivt og negativt formulert.

Hemmende faktorer identifiseres ved å slå sammen kategoriene helt uenig og uenig på de positive spørsmålene, og enig og helt enig på de negative spørsmålene, og motsatt for å identifisere fremmende faktorer. Før analyse av datamaterialet ble de fem svaralternativene rekodet til tre: uenig, hverken enig eller uenig og enig, og skalaen ble snudd for de positive spørsmålene (1-3 og 15). Å være enig i utsagnene ga dermed høyest skår på skalaen for alle spørsmålene. De 21 spørsmålene i spørreskjemaet ga 17 mulige faktorer.

Oversettelsesprosedyre og kulturell tilpasning

Instrumentet er ikke brukt i Norge tidligere og er heller ikke oversatt til norsk. For å oversette og tilpasse spørreskjemaet fulgte vi Verdens Helseorganisasjon (20) og The European

Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) (21) sine prosedyrer gjennom stegene oversettelse, pretesting og intervju og tilbakeoversettelse til endelig versjon.

Totalt seks personer var involvert i oversettelsesprosedyren; fire operasjonssykepleiere, en anestesisykepleier og en uten helsefaglig bakgrunn, men med gode engelskspråklige kunnskaper. Først oversatte førsteforfatter, som er operasjonssykepleier, og personen med gode engelskspråklige kunnskaper det engelske spørreskjemaet til norsk. Deretter ble de to enige om en felles versjon med noen justeringer etter tilbakemeldinger fra veileder.

Tre operasjonssykepleiere med åtte til ti års arbeidserfaring testet den norske versjonen av spørreskjemaet. Disse ble bedt om å vurdere om språket var tydelig, om spørsmålene var vanskelige å forstå eller svare på, om spørreskjemaet var egnet til operasjonssykepleieren sin arbeidssituasjon, og om der var spesielle ord som burde forandres på for å gi bedre mening. Førsteforfatter hadde deretter intervju med gruppen hvor spørreskjemaet ble diskutert og reaksjoner og kommentarer ble notert. På bakgrunn av tilbakemeldingene ble det gjort noen endringer for å tydeliggjøre meningen i spørsmålene og tilpasse det bedre til målgruppen.

En person med helsefaglig bakgrunn og engelsk som morsmål oversatte så denne versjonen av spørreskjemaet tilbake til engelsk. Den engelske versjonen ble deretter vurdert opp mot den opprinnelige med tanke på innhold og språk, før den endelige norske versjonen ble ferdigstilt.

Analysemetode

Vi analyserte dataene ved bruk av statistikkprogrammet IBM SPSS, versjon 23, og brukte beskrivende statistikk som frekvensanalyser og gjennomsnitt. Funnene presenteres ved prosentfordelinger.

Personvern og etiske hensyn

Vi innhentet tillatelse til å foreta spørreundersøkelsen fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) Personvernombudet for forskning, og avdelingssjefen for de to operasjonsavdelingene. Det var frivillig å delta, og deltagerne ga informert samtykke ved å levere tilbake utfylt spørreskjema. Utfylt spørreskjema ble makulert etter registrering i datafil. Datafil oppbevares etter gjeldende retningslinjer og anbefalinger fra NSD.

Resultater

Bakgrunnsvariabler og fagutvikling

Av totalt 55 operasjonssykepleiere som mottok spørreskjemaet mottok vi 42 utfylte skjemaer (svarprosent: 76). Gjennomsnittsalder i utvalget var 50 år, med en variasjonsbredde fra 32 til 67. Gjennomsnitt for antall års arbeidserfaring som operasjonssykepleier var 12 år (variasjonsbredde 0 til 32) og 70% var utdannet etter år 2000. Når det gjaldt fagutvikling oppga 28% at de hadde vært på kurs siste år, 21% hadde vært på fagkonferanse og 69% søkte etter og leste fagartikler selv. 40% oppga at de hadde fagdag i turnusen sin.

Hemmende og fremmende faktorer for implementering av prosedyren «Teljerutiner ved operasjon»

Som det fremgår av tabell 1, opplevde flest operasjonssykepleiere at faktorer som manglende praktisk tilrettelegging (73,2%), manglende støtte fra kolleger (69%), og at prosedyren ikke ga mulighet til å ta egne valg (73,8%) som mest hemmende for bruk av prosedyren. Noen opplevde også at prosedyren var for tidkrevende (31%) og at utformingen ikke gjorde den praktisk å bruke (23,8%).

Operasjonssykepleierne hadde en positiv innstilling til bruk av prosedyren (97,6%), hadde lest og husket den (92,9%), og var opplært i å jobbe forebyggende (85,7%). Det var også fremmende for bruk av prosedyren at den ikke forutsatte økonomisk kompensasjon (88,1%) og ga mulighet til å vektlegge pasientsikkerhet (83,3%).

Diskusjon

I denne studien er hemmende og fremmende faktorer av betydning for bruk av prosedyren «Teljerutiner ved operasjon» kartlagt og beskrevet. Det finnes få relevante studier som ser på prosedyrebruk blant sykepleiere generelt og operasjonssykepleiere spesielt, og spørreskjemaet BFAI er lite anvendt innen sykepleieforskning.

Holdning/rolleoppfatning, engasjement og utdanning

Hovedfunnene fra pilotstudien viste at operasjonssykepleierne i det store og hele var positive til prosedyren og opplevde flest fremmende faktorer for å bruke den. De oppga at egenskaper knyttet til profesjonsutøveren i liten grad virket hemmende, og rapporterte at de hadde lest og husket prosedyren og var opplært i å jobbe forebyggende.

Funnene står til en viss grad i motsetning til tidligere internasjonal forskning. Koh m.fl. utførte en større studie blant sykepleiere (N=1467) ved 5 forskjellige sykehus i Singapore relatert til implementering av prosedyre. Sykepleierne oppga at manglende kunnskap og motivasjon var blant de viktigste faktorene som hindret bruk av prosedyrer (17). I tillegg ble manglende utdanning og opplæring nevnt i en studie utført av Abrahamson m.fl. (18) blant 575 sykepleiere i USA. De samme faktorene fant også Jun m.fl. (16) i en litteraturgjennomgang basert på 16 kvantitative og kvalitative studier. Sykepleierne rapporterte, til forskjell fra operasjonssykepleierne i pilotstudien, at indre faktorer knyttet til holdninger, oppfatninger og kunnskaper hadde størst betydning for implementering av prosedyre (16).

Det er vel også å forvente at operasjonssykepleierne opplevde indre faktorer som fremmede for bruk av telleprosedyren, da ansvar og arbeidsfordeling er tydelig og godt innarbeidet gjennom spesialistutdanningen, rutiner i avdelingen og «Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse» (22). Ansvaret innebærer blant annet å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet bygd på kunnskapsbasert praksis og forebygge skader og andre komplikasjoner gjennom forsvarlig kontroll og håndtering av instrumenter, kompresser osv. (22). Resultatene i pilotstudien gir en indikasjon på at operasjonssykepleierne var bevisst dette ansvaret og mente de hadde tilstrekkelige kunnskaper og nødvendig opplæring for å sikre pasienten. Antagelsen styrkes ved at de rapporterte at telleprosedyren ga dem god mulighet til å vektlegge pasientsikkerhet.

Noen faktorer utpekte seg likevel som hemmende. Disse var relatert til selve prosedyren og til organisatorisk, sosial og politisk kontekst.

Støtte fra kolleger og praktisk tilrettelegging

Operasjonssykepleierne oppga manglende støtte fra kolleger som en av de viktigste hemmende faktorene for å jobbe forebyggende og bruke prosedyren. Funnet samsvarer med studien utført av Koh m.fl. (17), hvor sykepleierne oppga at støttende personale og tilgang på fasiliteter var noen av de viktigste faktorene for god implementering. Jun m.fl. (16) rapporterte tilsvarende resultat og viste til ytre faktorer som tilgang på ressurser, ledelse og kultur. Det at så mange operasjonssykepleiere i vår studie oppga manglende støtte fra kolleger som en hemmende faktor, indikerer at avdelingen manglet en god standardisert metode for kontrolltelling eller en felles holdning til hvordan det skulle gjøres. Ifølge Edel (23) kan manglende standardisering føre til usikkerhet og uenighet om hvordan prosedyren skal utføres

i praksis. Denne antagelsen underbygges også av Rowlands og Steeves (2010), som undersøkte årsaken til gjenglemte utstyr i etterkant av hendelsen, i en kvalitativ studie ved to lokalsykehus i USA. De viste til «dårlig» oppførsel som mangel på respekt, at prosedyren ikke var fulgt eller utført konsekvent, at viktigheten ble bagatellisert om de ikke hadde opplevd at noe manglet selv og tidspress som noen av faktorene som resulterte i gjenglemte utstyr (24). Ifølge Marchionni og Ritchie (2007) var nettopp kultur og ledelse sentrale elementer i implementering av prosedyrer blant sykepleiere (25). Funnene fra overnevnte studier samsvarer også med at manglende praktisk tilrettelegging var en av faktorene operasjonssykepleierne oppga som mest hemmende for bruk av prosedyren. Å tilrettelegge for oversiktlig kontrolltelling med nødvendige hjelpemidler bidrar til å unngå misforståelser og dårlig kommunikasjon (13). Til tross for at en del praktisk tilrettelegging allerede var på plass i operasjonsavdelingen, kan resultatene tyde på at operasjonssykepleierne likevel opplevde at tilretteleggingen kunne vært bedret.

Valgmuligheter versus standardisering

Et annet hovedfunn gjaldt selve prosedyren. Operasjonssykepleierne rapporterte at prosedyren ikke ga mulighet til å ta egne valg. En UpToDate litteraturgjennomgang utført av Copeland m.fl. (3) i tillegg til flere andre litteraturgjennomganger (11, 12, 26) viste at mangel på en klar prosedyre og standardisert tellerutine økte faren for feil i forbindelse med kontrolltelling. At standardisering var viktig fremkom også i et kvalitetsforbedringsprosjekt utført av Norton m.fl. i USA (27) og ble i tillegg vektlagt i AORN sine retningslinjer for kontrolltelling (13, 14). På den ene side bør en telleprosedyre ikke gi mulighet for individuelle fremgangsmåter. At prosedyren ikke gir mulighet til å ta egne valg, kan bidra til å øke sikkerheten til pasientene. På den andre side kan den virke rigid og lite fleksibel. Det er vanskelig å vite hvordan respondentene reflekterte over dette da de besvarte spørsmålet, og om de bevisst mente at manglende fleksibilitet var en hemmende faktor.

Egenskaper ved prosedyren og tidspress

Selv om halvparten av respondentene var fornøyd med utformingen av prosedyren og mente den ikke var for tidkrevende å følge, fremkom det likevel at en del av operasjonssykepleierne opplevde faktorene som tydelig hemmende. Jun m.fl. (16) fant at prosedyrens egenskaper, som funksjonalitet, utforming, innhold og tilgjengelighet var blant de fire viktigste ytre faktorene med størst innvirkning på bruk av prosedyrer. Viktigheten av funksjonelle prosedyrer blir også styrket gjennom flere studier knyttet til gjenglemte utstyr, hvor

arbeidsmiljøfaktorer som tidspress og at prosedyren ikke ble fulgt økte risikoen (3, 7, 14, 27). Tidspress på grunn av dagens krav til høy produktivitet og økonomisk gevinst kombinert med utfordringer som lav bemanning og generell mangel på spesialsykepleiere påvirker sannsynligvis operasjonssykepleiernes muligheter til å følge faglige anbefalinger. Operasjonssykepleierne jobber med akutt, kritisk syke og sårbare pasienter i et flerfaglig profesjonelt operasjonsteam i høyteknologiske operasjonsavdelinger (28). Arbeidsdagen kan bestå av mye stress og til tider uforutsette situasjoner. Ifølge Nasjonal enhet for pasientsikkerhet har fremveksten av en stadig mer spesialisert og kompleks helsetjeneste ført til et behov for å vektlegge pasientsikkerhet i større grad (10). Tid, bemanning og arbeidsmengde var også faktorer som oftest ble nevnt i studien utført av Abrahamson m.fl. i USA (18). Pasientsikkerhet er ikke bare et ansvar som ligger på hver enkelt operasjonssykepleier. Ledelsens involvering, holdninger og handlinger og lederstil påvirker også de ansatte (29, 30). En del ortopediske inngrep krever mye instrumenter og utstyr samtidig som operasjonssykepleieren er aktiv under hele inngrepet. Operasjonssykepleierne vil da i forbindelse med visse inngrep antageligvis oppleve at prosedyren ikke er gjennomførbar med dagens bemanning og produktivitetskrav.

Svakheter og styrker ved studien

Kravet i studien om å ha felles prosedyre medførte at en lokal prosedyre ble brukt. Utvalget ble derfor lite og konsentrert om en begrenset region i norsk helsevesen. Denne svakheten påvirker ekstern validitet og reduserer muligheten for å trekke konklusjoner og generalisere til andre områder.

Få respondenter gjør studien gjennomsiktig og påvirker anonymiteten. At de kan gjenkjennes kan påvirke om og hvordan de svarer. Spørsmål om kjønn ble utelatt for å unngå at de få mannlige operasjonssykepleierne ikke ville delta i studien. For å redusere risikoen for at noen skal kunne identifiseres ble anonymiteten ivaretatt ved at funnene er fremstilt ved prosentfordeling og gjennomsnitt.

Spørreskjemaet BFAI som ble oversatt er ikke validert for norske forhold. Dette svekker validiteten til studien. Samtidig er det en styrke at oversettelsesprosessen fulgte anerkjente retningslinjer. Formuleringen knyttet til spørsmålet om mulighet til å ta egne valg ble ikke tilstrekkelig tilpasset denne konkrete prosedyren, med det resultat at det kan ha gitt feil utslag. Spørsmålet burde vært formulert annerledes for å unngå usikkerhet rundt tolkningen av resultatet.

En styrke ved studien er den høye svarprosenten og at alle spørsmål ble besvart. Det kan tyde på høy face-validitet og kan indikere at respondentene fant temaet engasjerende, viktig og klinisk relevant. Alle som brukte prosedyren fikk mulighet til å delta i undersøkelsen hvilket gjør at resultatene i stor grad er representative for disse avdelingene.

Konklusjon

Faktorer knyttet til organisatorisk, sosial og politisk kontekst ble oppgitt som mest hemmende for bruk av prosedyren. Studien viste at operasjonssykepleierne var engasjerte, hadde tilstrekkelig utdanning, positive holdninger og klar rolleoppfatning i forhold til prosedyren. De var interessert i å holde seg faglig oppdatert og var opptatt av pasientenes sikkerhet.

Til tross for svakheter ved studien, gir den likevel indikasjoner på at de overnevnte faktorer har innvirkning på operasjonssykepleiernes bruk av prosedyren. Resultatene kan ha betydning for praksis da funnene kan danne grunnlag for faglige diskusjoner og inspirere til evaluering og vurdering av kvaliteten på eksisterende prosedyre og utførelse. Den lokale prosedyren ble ikke vurdert på forhånd og studien ga ikke svar på om prosedyren ble fulgt eller ikke. Bedre tilrettelegging og støtte fra kolleger er nødvendig for at operasjonssykepleierne skal kunne utføre kontrolltelling etter faglige anbefalinger.

Pilotstudien gir grunnlag for å anbefale en hovedstudie med et tilstrekkelig utvalg, både for å undersøke om funnene er representative for operasjonssykepleiere i Norge, og for å validere den norske oversettelsen og den kulturelle tilpasningen av BFAI. Det kan også være aktuelt å videreutvikle spørreskjemaet og undersøke om det kan være hensiktsmessig å bruke relatert til andre prosedyrer.

Referanser

1. World Health Organization. WHO Guidelines for Safe Surgery: safe surgery saves lives 2009 [Available from: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/9789241598552/en/]. (nedlastet 24.06.2018).
2. NPE. Faktaark om pasientskader: Gjenglemte utstyr under operasjon 2016 [Available from: http://www.npe.no/globalassets/dokumenter-pdf-og-presentasjoner/temaark/temaark_gjenglemtutstyr_060916.pdf]. (nedlastet 16.08.2018).
3. UpToDate. Retained surgical sponge (gossypiboma) and other retained surgical items: Prevention and management 2016 [Available from: https://www.uptodate.com/contents/retained-surgical-sponge-gossypiboma-and-other-retained-surgical-items-prevention-and-management?source=search_result&search=retained%20surgical%20items&selecte dTitle=1~150]. (nedlastet 10.10.2018).
4. Hempel S, Maggard-Gibbons M, Nguyen DK, Dawes AJ, Miake-Lye I, Beroes JM, et al. Wrong-Site Surgery, Retained Surgical Items, and Surgical Fires : A Systematic Review of Surgical Never Events. *JAMA Surgery*. 2015;150(8):796-805.
5. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk Factors for Retained Instruments and Sponges after Surgery. *The New England Journal of Medicine*. 2003;348(3):229-35.
6. Feldman DL. Prevention of Retained Surgical Items. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*. 2011;78(6):865-71.
7. Mahran MA, Toeima E, Morris EP. The recurring problem of retained swabs and instruments. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2013;27(4):489-95.
8. Stawicki SP, Evans DC, Cipolla J, Seamon MJ, Lukaszczyk JJ, Prosciak MP, et al. Retained Surgical Foreign Bodies: A Comprehensive Review of Risks and Preventive Strategies. *Scandinavian Journal of Surgery*. 2009;98(1):8-17.
9. Sakorafas G, Sampanis D, Lappas C, Papantoni E, Christodoulou S, Mastoraki A, et al. Retained surgical sponges: what the practicing clinician should know. *Langenbeck's Archives of Surgery*. 2010;395(8):1001-7.
10. Kunnskapssenteret. Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet Folkehelseinstituttet2010 [Available from:

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat_2010_kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet_v2.pdf. (nedlastet 10.10.2018).

11. Hariharan D, Lobo DN. Retained surgical sponges, needles and instruments. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 2013;95(2):87.
12. Freitas PS, Silveira RCDP, Clark AM, Galvão CM. Surgical count process for prevention of retained surgical items: an integrative review. 2016. p. 1835-47.
13. Conner R, Burlingame B, Association of periOperative Registered N. Guidelines for perioperative practice : 2018 edition. 2018 ed. ed. Denver: AORN; 2018.
14. Fencil JL. Guideline Implementation: Prevention of Retained Surgical Items. *AORN Journal*. 2016;104(1):37-48.
15. Helsebiblioteket. Kirurgisk telling - anbefalte rutiner for telling av utstyr under kirurgi Helsebiblioteket: Folkehelseinstituttet; 2018 [Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/kirurgisk-telling-anbefalte-rutiner-for-telling-av-utstyr-under-kirurgi>. (nedlastet 10.10.2018).
16. Jun J, Kovner CT, Stimpfel AW. Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 2016;60(C):54-68.
17. Koh Serena S, Donath S, Hutchinson Alison M, Manias E, Johnston L. Nurses' perceived barriers to the implementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore hospitals. *BMC Health Services Research*. 2008;8(1):105.
18. Abrahamson AK, Fox LR, Doebbeling NB. Original Research: Facilitators and Barriers to Clinical Practice Guideline Use Among Nurses. *AJN, American Journal of Nursing*. 2012;112(7):26-35.
19. Peters M, Harmsen M, Laurant M, Wensing M. Barriers and facilitators assessment instrument: IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare; 2005 [Available from: http://www.iqhealthcare.nl/media/80004/barriers_and_facilitators_questionnaire_2013.pdf. (nedlastet 16.08.2018).
20. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments: World Health Organization; 2010 [Available from: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/. (nedlastet 16.08.2018)
21. Koller M, Aaronson NK, Blazeby J, Bottomley A, Dewolf L, Fayers P, et al. Translation procedures for standardised quality of life questionnaires: The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach. *European Journal of Cancer*. 2007;43(12):1810-20.

22. NSF's landsgruppe av operasjonssykepleiere. Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2015 [Available from: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2645178/17036/Operasjonssykepleierens-ansvar-og-funksjonsbeskrivelse>. (nedlastet 20.08.2018).
23. Edel EM. Surgical Count Practice Variability and the Potential for Retained Surgical Items. *AORN Journal*. 2012;95(2):228-38.
24. Rowlands A, Steeves R. Incorrect Surgical Counts: A Qualitative Analysis. *AORN Journal*. 2010;92(4):410-9.
25. Marchionni C, Ritchie J. Organizational factors that support the implementation of a nursing Best Practice Guideline. *Journal of Nursing Management*. 2008;16(3):266-74.
26. Thomas J, Adcock F. A review of existing count practice in the operating suite to achieve best practice and safe patient care. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*. 2014;27(1):20-6.
27. Norton EK, Martin C, Jenks-Micheli A. Patients Count on It: An Initiative to Reduce Incorrect Counts and Prevent Retained Surgical Items. *AORN Journal*. 2012.
28. Dāvøy GAM. Kirurgisk samvittighet. In: Dāvøy GAM, Eide PH, Hansen I, editors. *Operasjonssykepleie*. 2. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2018.
29. Bergerød I, Wiig S. Ledelse og pasientsikkerhet. In: Aase K, editor. *Pasientsikkerhet: teori og praksis*. 3. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2018.
30. Alanen S, Välimäki M, Kaila M. Nurses' experiences of guideline implementation: a focus group study. *Journal of clinical nursing*. 2009;18(18):2613.

Tabell 1: Hemmende og fremmende faktorer (n=42)

	Uenig %	Hverken enig eller uenig %	Enig %
PROSEDYREN:			
Gir mulighet til å ta egne valg	73,8	16,7	9,5
Gir mulighet til å vektlegge pasientsikkerhet	7,1	9,5	83,3
Godt utgangspunkt for fagutvikling	7,1	23,8	69,0
Å følge prosedyren er for tidkrevende	54,8	14,3	31,0
Passer ikke min måte å arbeide på	71,4	16,7	11,9
Utforming – praktisk å bruke	23,8	21,4	54,8
PROFESJONSUTØVER:			
Ikke lest eller husker ikke prosedyren	92,9	0	7,1
Motstand - ikke vært involvert i utarbeidelsen	85,7	11,9	2,4
Ønsker å vite mer før bruk	69,0	9,5	21,4
Utfordrende å endre gamle rutiner	71,4	14,3	14,3
Tror deler av prosedyren ikke er riktig	73,2	12,2	14,6
Generell motstand mot prosedyrer	97,6	2,4	0
Kolleger (operasjonsspl.) samarbeider ikke	66,7	9,5	23,8
Det kirurgiske teamet samarbeider ikke	64,3	9,5	26,2
Ledelsen samarbeider ikke	56,1	29,3	14,6
Ikke opplært i å arbeide forebyggende	85,7	9,5	4,8
KONTEKST:			
Forutsetter økonomisk kompensasjon	88,1	9,5	2,4
Ikke nok støtte fra kolleger	26,2	4,8	69,0
Praktisk tilrettelegging mangler	17,1	9,8	73,2
Upraktisk tidspunkt for tiltak	37,5	45,0	17,5
Mangler fasiliteter	29,3	41,5	29,3

Del II: Tematisk fordypning

Kunnskapsbasert praksis og bruk av telleprosedyre blant operasjonssykepleiere.

Antall ord: 7058

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Kunnskapsbasert praksis (KBP) og bruk av prosedyre blant operasjonssykepleiere	1
1.2 Hensikt	3
2.0 TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING	3
2.1 Kunnskapsbasert praksis	3
2.2 Klinisk prosedyre	4
2.3 Hovedfunn fra tidligere forskning	4
3.0 METODE	5
3.1 Oversettelse, kulturell tilpasning og pretesting av BFAI	5
3.1.1 Oversettelse fra engelsk til norsk	6
3.1.2 Ekspertpanel	6
3.1.3 Pretesting med ekspertgruppe og intervju/gjennomgang	6
3.1.4 Oversettelse fra norsk tilbake til engelsk.....	7
3.2 Resultater fra oversettelsesprosessen	7
3.2.1 Begrepsmessig og kulturell ekvivalens	7
3.2.2 Resultater fra pretest.....	8
3.3 Kvalitet på data.....	9
3.3.1 Reliabilitet	9
3.3.2 Validitet	11
3.4 Vurderinger rundt oversettelsesprosessen	12
3.5 Pilotstudien.....	13
4.0 RESULTATER	13
4.1 Resultater fra pilotstudien	13
5.0 DISKUSJON	14
5.1 Hva hemmer og fremmer operasjonssykepleiernes bruk av kunnskapsbasert praksis i henhold til bruk av prosedyren «Teljerutiner ved operasjon»?	14
5.2 Vurderinger rundt metode	17
5.2.1 Pilotstudien.....	17
6.0 OPPSUMMERING	19
6.1 Kliniske implikasjoner	19
6.2 Implikasjoner for videre forskning.....	20
7.0 LITTERATURLISTE	21

Vedlegg 1: Forfatterveiledning Sykepleien Forskning

Vedlegg 2: Barriers and Facilitators Assessment Instrument – norsk versjon

Vedlegg 3: Dokumentasjon av oversettelsesprosessen

Vedlegg 4: Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

1.0 INNLEDNING

Denne masteroppgaven består av to deler, en artikkel og en tematisk fordypning. Artikkelen er basert på en tverrsnittstudie blant operasjonssykepleiere og utformet med den hensikt å kunne publiseres i tidsskriftet Sykepleien Forskning (vedlegg 1, forfatterveiledning). Hensikten med artikkelen er å beskrive hemmende og fremmende faktorer for bruk av en konkret prosedyre for kontrolltelling av utstyr brukt under kirurgiske inngrep. Prosedyren «Teljerutiner ved operasjon» er en lokalt utarbeidet prosedyre som har til hensikt å forebygge gjenglemt utstyr. Prosedyren beskriver hva som skal telles og når, og hvordan det skal gjøres, i tillegg til hvem som har ansvar for at tellingen blir utført. På den måten ivaretas pasientens sikkerhet. Spørreskjemaet Barriers and Facilitators Assessment Instrument (BFAI)(Peters, Harmsen, Laurant & Wensing, 2005) (vedlegg 2) ble benyttet for å identifisere mulige hemmende og fremmende faktorer for bruk av prosedyren, og innhold og oppbygging er beskrevet i artikkelen. Spørreskjemaet ble oversatt fra engelsk til norsk. Oversettelsen og den kulturelle tilpasningen av spørreskjemaet fulgte anerkjente internasjonale prosedyrer og denne prosessen redegjøres det for i den tematiske fordypningen.

1.1 Kunnskapsbasert praksis (KBP) og bruk av prosedyre blant operasjonssykepleiere

Komplikasjoner i forbindelse med kirurgiske inngrep var lenge en av hovedårsakene til dødsfall og invaliditet på verdensbasis (World Health Organization, 2009). Årlig rapporteres det om pasientskader som følge av gjenglemt utstyr etter operasjoner (Norsk Pasientskadeerstatning, 2016). Ifølge den norske regjering vil et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud, med økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring, bidra til færre uønskede hendelser og bedre kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten (Stortingsmelding 10, 2012). Kunnskapsbasert praksis (KBP) skal bidra til å nå dette målet, for eksempel gjennom bruk av fagprosedyrer.

Flere lover, forskrifter og yrkesetiske retningslinjer regulerer operasjonssykepleierens yrkesutøvelse for å sikre tjenester av god kvalitet og bidra til sikkerhet for pasientene (Helsepersonelloven, 2000; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Ifølge Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse skal operasjonssykepleieren utøve individuell og profesjonell sykepleie som bygger på KBP. Det terapeutiske ansvaret innebærer å forebygge skader og andre komplikasjoner, noe som blant annet skal gjøres gjennom forsvarlig kontroll og håndtering av instrumenter, kompresser osv. (NSF's landsgruppe av operasjonssykepleiere, 2015). Gjenglemt utstyr i forbindelse med kirurgiske

inngrep påfører pasientene alvorlige konsekvenser som unødige smerter, infeksjoner, og re-operasjoner (Gawande, Studdert, Orav, Brennan & Zinner, 2003; Norsk Pasientskadeerstatning, 2016; Sakorafas et al., 2010; World Health Organization, 2009). Tidligere forskning har vist at en tydelig prosedyre og standardisert metode bidrar til å redusere faren for slike komplikasjoner (Edel, 2012; Fencl, 2016; Freitas, Silveira, Clark & Galvão, 2016; UpToDate., 2016). Gjennom standardisering og konsekvent utført kontrolltelling økte pasientsikkerheten, i tillegg til at kommunikasjonen i det kirurgiske teamet ble bedre når man kun hadde én fremgangsmåte å forholde seg til (Thomas & Adcock, 2014). Pasientene forventer god kvalitet på behandlingen de får og at de ikke skal utsettes for skade eller unødvendige konsekvenser (Stortingsmelding 10, 2012).

Gjennom egen erfaring som operasjonssykepleier har jeg sett at utformingen av prosedyrer for kontrolltelling, samt måten de utføres på i praksis, varierer fra avdeling til avdeling. Både opplæring og kultur har påvirket praksisen. Dette gjenspeiler seg også i tidligere studier som viser til at faktorer som utilstrekkelig tellerutine, forskjellige arbeidsmiljøfaktorer som kommunikasjon, støy og avbrytelser, samt ansvar i teamet påvirker faren for gjenglemt utstyr (Edel, 2012; Fencl, 2016; Freitas et al., 2016; UpToDate., 2016). På bakgrunn av egen klinisk erfaring samt det som savnes i tidligere forskning, ønsket jeg derfor i denne masteroppgaven å undersøke hvilke faktorer operasjonssykepleierne mente hadde innvirkning på bruk av prosedyre for kontrolltelling.

Temaet for masteroppgaven er av den grunn KBP og bruk av telleprosedyre blant operasjonssykepleiere. Systematiske datasøk på egen hånd og i samarbeid med bibliotekar ga begrensede resultater om temaet. Vi søkte etter oversiktsartikler og primærstudier i databasene CINAHL og Medline ved hjelp av PICO-skjema og Mesh- og tekstord. Søkeord som ble benyttet var perioperative nursing, operating room nursing, Evidence-Based Practice, Guidelines, Practice guidelines, barriers, facilitators og implementation. Det ble også søkt i Kunnskapspyramiden, Swemed+ og Epistemykos. Siden søkene ga få konkrete resultater spesifikt til operasjonssykepleiere, søkte vi også etter artikler basert på studier utført blant sykepleiere. Dette resulterte i noen aktuelle treff. De viktigste funnene fra det utførte litteratursøket presenteres i punkt 2.3.

1.2 Hensikt

En fagprosedyre utarbeidet etter kunnskapsbaserte prinsipper og dertil faglig forsvarlig praksis vil sikre pasientene kvalitet i behandlingen. Forskjellige faktorer har betydning for bruk av prosedyrer og kunnskapsbasert praksis blant operasjonssykepleiere.

Hensikten med denne masteroppgaven er derfor tredelt:

- Å 1) oversette og tilpasse spørreskjemaet BFAI til norsk,
- 2) kartlegge hemmende og fremmende faktorer for bruk av en konkret prosedyre, og
- 3) drøfte de empiriske funnene fra pilotstudien i relasjon til KBP.

Hovedfunnene til problemstillingen: *Hvilke faktorer påvirker bruk av prosedyren «Teljerutiner ved operasjon» blant operasjonssykepleiere?* er presentert og diskutert i artikkelen (del I). For å identifisere faktorene var det nødvendig å oversette et spørreskjema fra engelsk til norsk.

Den tematiske fordypningen er således delt inn i to hoveddeler. I metodedelen vil jeg gjøre rede for oversettelsesprosessen og den kulturelle tilpasningen av spørreskjemaet BFAI, samt validitet og vurderinger som ble gjort underveis. Jeg vil deretter presentere flere funn fra pilotundersøkelsen som ikke er presentert i artikkelen. De empiriske funnene drøftes så opp mot KBP før jeg til sist gjør rede for metodiske utfordringer knyttet til studien.

Jeg vil først starte med noen teoretiske avklaringer.

2.0 TEORI OG TIDLIGERE FORSKNING

2.1 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis innebærer å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012).

Forskningsbasert kunnskap er resultat av systematiske undersøkelser for å få svar på et spørsmål eller en problemstilling (Polit & Beck, 2017), hvor det samtidig er foretatt en kritisk vurdering av den mest relevante og beste forskningen (Melnik & Fineout-Overholt, 2015).

Erfaringsbasert kunnskap tilegnes gjennom å praktisere faget (Melnik & Fineout-Overholt, 2015). Det betegnes som skjønn, taus kunnskap, klinisk blikk, intuisjon eller klinisk ekspertise (Nortvedt et al., 2012), og opparbeides gjennom å observere, vurdere og tolke

pasientens behov for sykepleie i forbindelse med det kirurgiske inngrepet, og iverksette hensiktsmessige tiltak (Eide & Dåvøy, 2018).

Brukerkunnskap og medvirkning innebærer at pasientenes verdier og preferanser skal imøtekommes og vektlegges når beslutninger tas, og at de skal være delaktige i valgene om egen helse og behandling (Barratt, 2008). Operasjonspasientene regnes som en sårbar pasientgruppe som er prisgitt operasjonspersonalets kompetanse (Dåvøy, Eide & Hansen, 2018). Siden operasjonspasienten har liten mulighet til å delta i beslutninger som tas underveis i det kirurgiske inngrepet opptrer operasjonssykepleieren ofte som «pasientens advokat» (Dåvøy, 2018).

Kontekst er miljøet eller settingen hvor kunnskapsbasert praksis utøves, og den er knyttet til kultur, forståelsesrammer, ressurser, etiske forhold, politikk og prioriteringer (Nortvedt et al., 2012). Operasjonssykepleierne opererer i en setting hvor kirurgi er assosiert med økende grad av kompleksitet, mye teknisk utstyr, instrumenter, spesialkompetanse og krevende logistikk (Dåvøy, 2018).

2.2 Klinisk prosedyre

En klinisk prosedyre som beskriver ansvar og handling bidrar til å sikre at en handling i klinisk praksis utføres i henhold til pasientens preferanser, de beste tilgjengelige forskningsresultatene og klinisk erfaring (Helsebiblioteket, 2016).

En skriftlig prosedyre for telling av kompresser, skarpe gjenstander og instrumenter, som definerer hva som skal telles og når, forhindrer pasientskade og sikrer god fagutøvelse (Rothrock, McEwen & Alexander, 2015).

Systematiske søk i databaser og nettverk kan gi treff på nasjonale og internasjonale prosedyrer. Ferdige prosedyrer kan implementeres i egen avdeling etter at de er kvalitetsvurdert etter kvalitetskriterier og eventuelt tilpasset (Stubberud, 2018).

2.3 Hovedfunn fra tidligere forskning

Tidligere forskning viste til at hemmende faktorer av størst betydning for bruk av KBP blant operasjonssykepleiere var knyttet til tilgjengelighet av forskningslitteratur, kunnskaper og kompetanse i forhold til å søke etter og vurdere kvaliteten, samt forståelse av statistikk og forskning (Bertulis, 2008; Hommelstad & Ruland, 2004; Knops, Vermeulen, Legemate & Ubbink, 2009). Videre oppga de manglende IT-ferdigheter, tilgang på IT-utstyr og bruk av databaser som andre hinder (Bertulis, 2008). Tidspress og krav om økt produktivitet og

effektivitet resulterte i at forskningsartikler ikke ble lest og resultatene ble heller ikke implementert. I tillegg ble organisasjonsstruktur og kultur som ikke støttet opp under KBP nevnt som kjente barrierer (Bertulis, 2008; Brämberg et al., 2017; Hjelen & Sagbakken, 2018; Hommelstad & Ruland, 2004; Knops et al., 2009; Markussen, 2007; Vanhook, 2009). Bedre tilrettelegging, undervisning, ressurspersoner i miljøet, et miljø hvor kliniske spørsmål kunne stilles, tilstrekkelig med ressurser og samarbeid om KBP var faktorer som kunne redusere barrierene (Hjelen & Sagbakken, 2018; Hommelstad & Ruland, 2004; Knops et al., 2009; Liland, Moe, Thomassen & Lind, 2017; Sandvik, Stokke & Nortvedt, 2011; Vanhook, 2009).

3.0 METODE

For å kartlegge operasjonssykepleiernes bruk av prosedyren «Teljerutiner ved operasjon» ble det først nødvendig å finne et egnet spørreskjema. Der var ingen aktuelle på norsk, så tillatelse til å bruke Barriers and Facilitators Assessment Instrument ble innhentet fra utviklerne i Nederland ved Mirjam Harmsen. Jeg fikk oversendt den engelske versjonen, og denne ble oversatt til norsk. Det norske spørreskjemaet (vedlegg 2) og dokumentasjon på oversettelsesprosessen, som inneholdt de to oversettelsene fra engelsk til norsk, norsk versjon og oversettelse fra norsk tilbake til engelsk, ble sendt til Mirjam Harmsen (vedlegg 3). Jeg mottok ingen kommentarer på oversettelsen.

3.1 Oversettelse, kulturell tilpasning og pretesting av BFAI

Anerkjente oversettelsesprosedyrer følger prinsippet om forward-translation og backward-translation. I prosessen med å oversette spørreskjemaet har jeg lagt vekt på Verdens Helseorganisasjon (World Health Organization, 2010) og The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) (Koller et al., 2007) sine prosedyrer.

Målet med oversettelse er å oppnå en språkversjon av det originale instrumentet som er begrepsmessig likeverdig, hvilket vil si like naturlig, forståelig og anvendelig i begge land og kulturer. Det tverrkulturelle og begrepsmessige gis størst fokus snarere enn språklig/bokstavelig overensstemmelse (World Health Organization, 2010). Oversettelsen skal være konseptuelt ekvivalent til det originale spørreskjemaet, enkelt og klart å lese, og uttrykt i vanlig språk (Koller et al., 2007). Prosedyrene består av flere trinn som består av oversettelse, tilbake oversettelse, bruk av ekspertpanel, og pretesting/intervju. Trinnene resulterer i en endelig versjon og de forskjellige trinnene skal dokumenteres.

3.1.1 Oversettelse fra engelsk til norsk

Første steg i prosessen var å oversette instrumentet fra engelsk til norsk. Ifølge WHO sin prosedyre skal dette gjøres av en person som er helsepersonell og som kjenner terminologien og fagfeltet hvor instrumentet skal brukes. Oversetter bør ha kunnskap om den engelsktalende kulturen, men morsmålet skal være det primære språket i kulturen det oversettes til (World Health Organization, 2010). Alternativt kan to profesjonelle translatører brukes i dette trinnet etter EORTC sin prosedyre. De må kunne engelsk flytende, men morsmål skal også her være det språket det skal oversettes til. De skal ha kjennskap til medisinsk terminologi og pasientspråk (Koller et al., 2007). I prosessen med å oversette den engelske versjonen av spørreskjemaet BFAI ble dette kravet ivaretatt ved at to personer, jeg og en annen, oversatte spørreskjemaet hver for oss. Begge har gode engelskspråklige kunnskaper, i tillegg til at jeg gjennom å være operasjonssykepleier har god kjennskap til målgruppen og fagfeltet, og dermed ivaretok det faglige aspektet. Innhold og betydning av begreper skulle vektlegges mer enn direkte ord for ord oversettelse. Ifølge begge prosedyrer skulle det tilstrebes at språket var naturlig med enkle, klare og konsise formuleringer og fremmedord eller støtende ord burde unngås.

3.1.2 Ekspertpanel

I neste steg anbefaler WHO at et ekspertpanel ser på oversettelsen med det mål å identifisere utilstrekkelige uttrykk og begrep, og komme med alternativer til forbedringer. Den nye oversettelsen skal vurderes i forhold til tidligere oversettelser av instrumentet, om slike finnes. Hvor mange som skal være i panelet sies det ikke noe bestemt om, men generelt bør panelet bestå av original oversetter, eksperter på helse, samt eksperter med erfaring i instrumentutvikling og oversettelse (World Health Organization, 2010). EORTC bruker en prosjektkoordinator til å sammenligne de to oversettelsene og sjekker for avvik. Avvik diskuteres og enighet oppnås med de to oversetterne. Dersom konsensus ikke oppnås, involveres en tredje translatør for å oversette og delta i diskusjonen for å finne en løsning (Koller et al., 2007). Det ble ikke benyttet ekspertpanel eller koordinator i denne fasen av oversettelsen, men begge oversetterne møttes og vurderte og diskuterte avvik i versjonene. En foreløpig norsk versjon ble utarbeidet etter konsensus mellom oss, samt innspill fra veileder.

3.1.3 Pretesting med ekspertgruppe og intervju/gjennomgang

Når oversettelsen foreligger skal det utføres en forhåndstest på personer som er representative for målgruppen hvor de skal svare på spørreskjemaet i forkant av individuelle dybdeintervju

eller fokusgruppeintervju (World Health Organization, 2010). Tre operasjonssykepleiere med åtte til ti års arbeidserfaring ble bedt om å være ekspertgruppe og teste ut spørreskjemaet. De ble instruert i å vurdere oversettelsen med det mål å identifisere utilstrekkelige uttrykk og begrep, og komme med alternativer til forbedringer. De ble bedt om å se på om spørsmålene var tydelige, og om de forstod betydningen av begreper, setninger og uttrykk. I tilfeller der de vurderte at ord var uforståelige eller støtende, skulle de foreslå alternative ord som kunne være mer passende (Koller et al., 2007; Utne et al., 2017; World Health Organization, 2010). De ble også bedt om å vurdere om spørreskjemaet kunne brukes til operasjonssykepleieren sin arbeidssituasjon. Deltagerne deltok deretter i et gruppeintervju hvor de diskuterte hvert spørsmål, og reaksjoner og kommentarer ble notert. På bakgrunn av tilbakemeldingene ble det gjort noen mindre endringer for å tydeliggjøre meningen i spørsmålene og tilpasse det bedre til målgruppen.

3.1.4 Oversettelse fra norsk tilbake til engelsk.

Den oversatte versjonen skal så tilbakeoversettes til originalspråket av en uavhengig oversetter med engelsk som morsmål og uten kjennskap til spørreskjemaet (World Health Organization, 2010). EORTC foreslår å bruke to translatører til tilbakeoversettelsen. Denne versjonen sammenlignes så med originalversjonen for å sikre at meningen med det opprinnelige spørsmålet er bevart (Koller et al., 2007). Dette steget i prosessen ble ivarettatt ved at en person med helsefaglig bakgrunn og engelsk som morsmål utførte oversettelsen tilbake til engelsk. Den engelske versjonen ble deretter vurdert opp mot den opprinnelige med tanke på innhold og språk, og vi konkluderte med at det bare var små og ubetydelige variasjoner. Den endelige norske versjonen ble ferdigstilt uten endringer.

3.2 Resultater fra oversettelsesprosessen

3.2.1 Begrepsmessig og kulturell ekvivalens

Den kulturelle tilpasningen av spørreskjemaet handlet i størst grad om å tilpasse spørreskjemaet til målgruppen, operasjonssykepleiere, og den aktuelle prosedyren. Jeg vil nå gjøre rede for noen av tilpasningene som ble gjort.

«Direktiv» eller «innovasjon» var begreper brukt i omtalen av behandlingsopplegget, men de gir liten mening i sykepleiesammenheng. Operasjonssykepleiere forholder seg ikke til direktiver i den direkte pasientbehandlingen, og innovasjon er et ord som heller ikke naturlig brukes i den sammenheng. Vi valgte derfor å bruke «prosedyren/retningslinjen» da dette er kjente ord som gir mening og som brukes i det daglige.

To spørsmål (9 og 10) er knyttet til gruppenormer/sosialisering, og de er rettet mot samarbeid på forskjellige nivå i organisasjonen/arbeidsmiljøet. Spørsmålene ble tilpasset målgruppen og naturlige samarbeidspartnere i konteksten som prosedyren ble brukt i. Med «Fellow doctors (general practitioners)» tolket vi leger på samme nivå. Det ble overført til operasjonssykepleiernes sammenheng og oversatt til «Kolleger (operasjonssykepleiere)». «Doctors or assistants» ble i denne sammenhengen forstått som de personene man samarbeidet nærmest med. Inne på operasjonsstuen under kirurgiske inngrep vil det være «Andre i det kirurgiske teamet».

3.2.2 Resultater fra pretest

Spørsmål 2: «Proseduren 'Teljerutiner ved operasjon' gir tilstrekkelig rom for å vektlegge pasientens ønsker». Ekspertgruppen mente at «ønsker» var et lite passende ord i denne sammenheng, og at «gi rom for» var for vagt. De svarte både Helt uenig og Helt enig på spørsmålet. Utsagnet ble dermed tolket begge veier, og en presisering var nødvendig for å unngå feiltolkning. Prosedyren skal være så rigid at der ikke er rom for å ta hensyn til pasientens ønsker, og svaret vil da være Helt uenig. Samtidig forventer man at pasienten ikke ønsker at noe skal glemmes igjen, og svaret blir da Helt enig. Forslag til endring ble: «Proseduren 'Teljerutiner ved operasjon' gir tilstrekkelig mulighet til å vektlegge pasientsikkerhet».

Spørsmål 18: «Det er vanskelig å arbeide forebyggende hvis nødvendig tilrettelegging mangler». Ekspertgruppen syntes det var uklart hva som var meningen med spørsmålet. De lurte også på hva som lå i begrepet «nødvendig tilrettelegging», om ordet «nødvendig» var overflødig og kunne fjernes, og om det kunne forklares i innledningen på spørreskjemaet hva som lå i begrepet. Ekspertgruppen diskuterte ord/begrep som system, rutine, praktisk tilrettelegging, utstyr for gjennomføring og relevant tilrettelegging som noen alternativer, og foreslo endringer som «hvis praktisk tilrettelegging mangler», eller «hvis utstyr for gjennomføring mangler». Ordlyden ble også vurdert opp mot engelsk versjon som var: if instruments needed are not available. De forskjellige alternativer ble vurdert med tanke på hva vi ønsket svar på. Diskusjonen resulterte i «Det er vanskelig å arbeide forebyggende hvis praktisk tilrettelegging mangler». I tillegg ble det konkretisert i spørreskjemaet hvordan begrepet skulle tolkes.

Et eksempel på ord som kunne oppfattes støtende var i spørsmål seks: «Jeg har problemer med å endre mine gamle rutiner». Ordet «problem» er negativt ladet, og gruppen mente de

som svarte ikke ville vedgå at de hadde et problem. Det ble diskutert om vanskelig var et bedre ord, men det har også en negativ klang. Spørsmålet ble derfor endret til «Det er utfordrende for meg....».

Spørsmål 3: «Proseduren ‘Teljerutiner ved operasjon’ er et godt utgangspunkt for selvstudium». Det engelske ordet «Self-study» ble først oversatt til «Selvstudium». Ekspertgruppen mente ordet var «fremmed» og ikke et ord som de naturlig brukte relatert til faget eller i det daglige. Forslag til endring var videre fordypning på emnet, egen fagutvikling, refleksjon over egen praksis, egenutvikling. Spørsmålet ble endret til «...er et godt utgangspunkt for fagutvikling» da det ble vurdert til å fravike minst fra opprinnelig forståelse på engelsk.

Ekspertgruppens helhetsvurdering av det norske spørreskjemaet var at utforming og utseende på spørreskjemaet var oversiktlig og greit, og at fargeforskjell på spørsmålene lettet avkryssingen. Utprøving viste at tidsbruken lå mellom 15-20 min. med introduksjon og utfylling. De mente å forespeile for kort tidsbruk på utfylling kunne skape irritasjon.

3.3 Kvalitet på data.

Psykometrisk vurdering utføres ved utvikling av nye kartleggingsverktøy hvor psykologiske fenomen måles. Det innebærer en evaluering av målingene og kvaliteten på dataene som målingene gir (Polit & Beck, 2018, s. 175). Det er vanlig å henwise i hovedsak til to måleegenskaper ved vurdering av kvaliteten: reliabilitet og validitet.

3.3.1 Reliabilitet

Reliabilitet er knyttet til dataene i undersøkelsen, hvor nøyaktige de er, hvilke data som brukes, hvordan de samles inn og bearbeides (Polit & Beck, 2018). Nøyaktige målinger reduserer feil og dess mindre variasjon det er ved gjentakende målinger, dess høyere er reliabiliteten. Reliabiliteten kan dermed likestilles med stabiliteten, konsistensen eller påliteligheten til målingene.

Reliabiliteten av et instrument kan vurderes på flere måter og valg av måte avhenger av type instrument. Tre viktige aspekter er stabilitet, intern konsistens og ekvivalens (Polit & Beck, 2012).

Stabilitet

Instrumentets stabilitet handler om i hvilken grad samme resultater oppnås ved målinger på forskjellige tidspunkt, og pålitelighetsestimater setter søkelys på instrumentets følsomhet overfor ekstern innflytelse over tid. Vurdering av stabiliteten gjøres gjennom å evaluere test-retest reliabilitet. Den samme testen gjøres i utvalget to ganger med to ukers mellomrom, og resultatene sammenlignes (Polit & Beck, 2012). Test-retest ble ikke gjort i denne studien.

Intern konsistens

Skalaer og tester som involverer summering av elementer blir ofte vurdert for intern konsistens. Et instrument kan sies å være internt konsistent eller homogent i den grad dets elementer måler den samme egenskap (Polit & Beck, 2012). Intern konsistens estimeres av en indeks kalt koeffisient alfa (Cronbachs alfa). Hvis en psykososial skala inkluderer flere kategorier, beregnes Cronbachs alfa vanligvis for hver kategori separat. (Polit & Beck, 2018). Cronbachs alfa (α) måles med verdier mellom 0 til 1. Høy verdi indikerer høy intern konsistens og verdier over 0.70 regnes som akseptable. Verdien påvirkes av antall elementer i testen og grad av samsvar mellom elementene. At flere spørsmål belyser og er med på å forklare samme fenomen/egenskap øker reliabiliteten. Spørsmål som derimot gir samme svar skal tas bort. Verdier over 0.9 er ikke anbefalt da det kan indikere at spørsmål er overflødige (Tavakol & Dennick, 2011).

Utviklerne beregnet Cronbachs alfa (α) for de fire kategoriene. Verdiene viste 0,65 for innovasjon, 0,63 for profesjonsutøver, 0,68 for pasient og 0,66 for kontekst (Peters et al., 2005). Et instruments reliabilitet er ikke en fast verdi, men påvirkes av personene og omgivelsene det blir brukt på. Det er derfor viktig å ha kjennskap til karakteristikkene av målgruppen det er utviklet for og pålitelighetsestimater beregnet av skalautvikleren kan være en rimelig god indeks for instrumentets nøyaktighet i den nye studien (Polit & Beck, 2012). Instrumentets reliabilitet er ikke overførbart fra studie til studie, og bør beregnes hver gang instrumentet brukes i en ny studie (Tavakol & Dennick, 2011). I vår pilotundersøkelse ble Cronbachs α også beregnet for de tre kategoriene, og verdiene viste 0,65 for prosedyren/innovasjonen, 0,86 for profesjonsutøver og 0,79 for kontekst. Verdiene tyder på høy grad av samsvar mellom spørsmålene innad i de to sistnevnte kategoriene, og gir en indikasjon på instrumentets nøyaktighet.

Den opprinnelige versjonen av BFAI ble testet for stabilitet gjennom 12 forskjellige studier og utviklerne konkluderte med at instrumentet var nyttig. Siden den norske versjonen av

spørreskjemaet ble brukt i en pilotstudie ble det ikke validert før bruk. Test-retest kunne blitt utført for å vurdere påliteligheten, men metoden har svakheter. Egenskaper som holdninger, kunnskaper og tolkninger kan endre seg over tid uavhengig av spørreskjemaets stabilitet basert på økt fokus, refleksjoner og hukommelse som påvirker svarene (Polit & Beck, 2012).

Flere faktorer har innvirkning på reliabiliteten i pilotundersøkelsen. Selv om den norske versjonen av spørreskjemaet ikke var validert før bruk, fulgte oversettelsesprosessen anerkjente metoder. Spørreskjemaet var også tilpasset målgruppen. Respondentene var rekruttert fra forskjellige avdelinger. Ett av inklusjonskriteriene var at de skulle ha felles fagprosedyre å relatere svarene til, noe som var nødvendig for godt sammenligningsgrunnlag. Databehandlingsprogrammet SPSS ble brukt for nøyaktig analyse. Disse faktorene påvirker kvaliteten på de innsamlede dataene. Det var frivillig å delta i undersøkelsen og datainnsamlingen foregikk anonymt. Anonymiteten ble også ivaretatt i fremstillingen av resultatene blant annet ved bruk av prosentfordeling og gjennomsnittsverdier. Basert på disse faktorene vurderer jeg undersøkelsen til å ha tilfredsstillende grad av pålitelighet.

3.3.2 Validitet

Et annet kriterium for å evaluere et instrument er validitet, som sier noe om gyldighet, og i hvilken grad instrumentet måler det fenomenet som skal undersøkes (Johannessen, Christoffersen & Tuft, 2010; Polit & Beck, 2018). Validering er en prosess med bevisbygging, hvor det er søkt flere former for bevis (Polit & Beck, 2018).

Innholdsvaliditet er relevant i tilfeller hvor følelser (psykologiske egenskaper) og tanker (kognitive egenskaper) undersøkes. For kognitive tester, hvor representative er spørsmålene i forhold til emnet/temaet? Vedrørende egenskaper knyttet til følelser gjøres en grundig begrepsdannelse av fenomenet slik at instrumentet kan fange opp hele innholdsdomenet. Begrepene kan komme fra en rekke kilder, inkludert rik førstehåndskunnskap, litteraturvurdering, konsultasjon med eksperter eller funn fra en kvalitativ undersøkelse (Polit & Beck, 2012, s. 337). Innholdsvalidering avhenger vanligvis av ekspertvurderinger av hvert element, og karakterene brukes til å beregne en indeks (Polit & Beck, 2018).

Face validitet kan ikke kvantifiseres, men handler om i hvilken grad instrumentet ser ut til å måle det det gir seg ut for å måle (Polit & Beck, 2018). Instrumentet kan virke fornuftig, det blir forstått av respondentene og er lett å fylle ut (Polit & Beck, 2012). Det er en

kontroversiell form for validitet, og regnes ikke som noen sterk evaluering av validitet (Watson, 2013).

Utviklerne av BFAI utførte flere psykometriske tester under utviklingen av spørreskjemaet for å beslutte om karakteristikker skulle inkluderes eller ikke. Karakteristikkene var basert på en litteraturstudie og ble vurdert av en ekspertgruppe. Fremgangsmåten sikrer god innholdsvaliditet.

Face validitet og innholdsvaliditet ble ivaretatt i pilotstudien ved at spørreskjemaet ble testet ut av en ekspertgruppe med operasjonssykepleiere. De konkluderte med at spørsmålene var forståelige og dermed lette å besvare, og at skjemaet hadde et tiltalende utseende.

Ved søk etter studier som har benyttet spørreskjemaet har jeg funnet to utført blant sykepleiere. I en pilotstudie på Island (Bjartmarz, Jónsdóttir & Hafsteinsdóttir, 2017) ble instrumentet benyttet før og etter implementering av en behandlingsprosedyre knyttet til hjerneslag. BFAI var der brukt i kombinasjon med kvalitetsindikatorer ved slagbehandlingen og fokusgruppeintervju. Det ble ikke gjort rede for oversettelsen av instrumentet, og psykometrisk testing ble ikke utført. Den andre studien utført i Singapore (Koh Serena, Donath, Hutchinson Alison, Manias & Johnston, 2008) kartla kun fremmede faktorer for bruk av en prosedyre, og psykometrisk testing var heller ikke utført her, etter tilpasninger hvor 6 spørsmål var fjernet og 6 omformulert. Jeg fant ingen studier utført blant operasjonssykepleiere eller tidligere norske versjoner av spørreskjemaet. Dette gir liten mulighet til å sammenligne resultater fra pilotstudien og oversettelsesprosessen med andre studier.

3.4 Vurderinger rundt oversettelsesprosessen

En styrke ved oversettelse av spørreskjemaet er at standardiserte og anerkjente prosedyrer ble fulgt i prosessen. Svakheter kan være at det ikke ble benyttet ekspertpanel, og at testgruppen bare bestod av tre personer. Ideelt sett burde instrumentet vært testet med en gruppe på minimum ti personer som er representative for målgruppen (World Health Organization, 2010). Testpersonene var også forholdsvis like med tanke på alder og arbeidserfaring. Dette kan ha påvirket hvordan de oppfattet spørsmålene.

I ettertid viste det seg at første spørsmål ikke var tilstrekkelig tilpasset denne spesifikke prosedyren. Spørsmålsformuleringen skapte usikkerhet rundt tolkningen av resultatet, og det burde derfor vært utformet annerledes i denne undersøkelsen. Tilsvarende uklarhet ble fanget

opp for spørsmål to i gruppeintervjuet (se punkt 3.2.2) og formuleringen for dette spørsmålet ble endret.

3.5 Pilotstudien

Hensikten med pilotstudien var å kartlegge operasjonssykepleiernes bruk av en konkret prosedyre relatert til kontrolltelling av kirurgisk utstyr. Den norske versjonen av BFAI ble benyttet til datainnsamlingen i denne tverrsnittstudien med beskrivende design. I forkant ble spørreskjemaet tilpasset prosedyren ved at seks spørsmål relatert til pasienten ble utelatt, og åtte spørsmål relatert til bakgrunnsvariabler og faglig oppdatering ble lagt til. Utvalget bestod av 55 operasjonssykepleiere som alle brukte fagprosedyren «Teljerutiner ved operasjon». Dataene ble analysert ved bruk av statistikkprogrammet SPSS for deretter å bli presentert ved beskrivende statistikk som prosentfordeling og gjennomsnitt. Oppbyggingen av BFAI samt de åtte tillegsspørsmålene er beskrevet i artikkelens metodeavsnitt.

4.0 RESULTATER

4.1 Resultater fra pilotstudien

En oversikt over hvilke faktorer som påvirket bruk av prosedyren i pilotstudien er presentert i tabell 1 (se artikkel). Hovedfunnene av hemmende og fremmende faktorer for bruk av prosedyren er presentert i artikkelen. Jeg ønsker her å presentere funn som er interessante i forhold til KBP.

69% av respondentene oppga at prosedyren var et godt utgangspunkt for fagutvikling og 54,8% mente den hadde en praktisk utforming. 31% rapporterte at den var for tidkrevende å følge.

Vedrørende faktorer knyttet til profesjonsutøveren oppga 92,9% at de hadde lest og husket prosedyren og 85,7% var positive til å bruke den til tross for at de ikke hadde vært med på å utarbeide den. Kun 14,6% trodde deler av prosedyren ikke var riktig. Ingen oppga generell motstand mot prosedyrer og bare 14,3% rapporterte at det var utfordrende å endre gamle rutiner. Videre oppga 23,8% av operasjonssykepleierne at det var utfordrende å arbeide forebyggende når andre operasjonssykepleiere ikke samarbeidet om å bruke prosedyren, 26,2% rapporterte det samme i forhold til det kirurgiske teamet, og 14,6% oppga at ledelsen ikke samarbeidet. 29,3% svarte hverken enig eller uenig i forhold til samarbeid fra ledelsen.

Av faktorer relatert til kontekst oppga 69% av respondentene at det var vanskelig å arbeide forebyggende om de manglet støtte fra kolleger.

Operasjonssykepleierne fikk også spørsmål knyttet til fagutvikling. Av respondentene svarte 40,5% at de hadde fagdag i turnusen sin. Så mange som 69% svarte at de søkte etter og leste fagartikler.

5.0 DISKUSJON

5.1 Hva hemmer og fremmer operasjonssykepleiernes bruk av kunnskapsbasert praksis i henhold til bruk av prosedyren «Teljerutiner ved operasjon»?

Operasjonssykepleiere anser seg å være resultatorienterte. Ifølge Hjelen har de høyt arbeidstempo og store prestasjonskrav. En hektisk arbeidshverdag kan gi lite rom for fagutvikling, og blir en stor utfordring både for ledere og operasjonssykepleiere som skal medvirke og stimulere til fagutvikling og forskning (Hjelen, 2018).

Ett av hovedfunnene fra pilotstudien viste at manglende støtte fra kolleger var en av de mest hemmende faktorene for bruk av telleprosedyren. Dette samsvarer med tidligere studier som viste at implementering av kliniske prosedyrer og KBP var avhengig av en organisatorisk struktur, kultur og ledelse som underbygde og støttet opp under arbeidet (Brämberg et al., 2017; Hjelen & Sagbakken, 2018; Marchionni & Ritchie, 2008). Brämberg m.fl. (2017) utførte en studie blant helsearbeidere i Sverige hvor de kartla endringer i forhold til holdninger, kunnskaper og bruk av KBP over en treårsperiode. Resultatene viste at helsearbeiderne opplevde mindre organisatorisk og ledelsesrelatert støtte ved oppfølging, i tillegg til at ledelsen så på implementering av KBP som et individuelt heller enn organisatorisk ansvar (Brämberg et al., 2017). Dette funnet støttes også av Hjelen og Sagbakken (2018) som ikke bare viste til ansvarsfraskrivelse fra ledelsen men også fra operasjonssykepleierne (Hjelen & Sagbakken, 2018).

Pilotstudien kartla samarbeid rundt bruk av telleprosedyren. Operasjonssykepleierne opplevde forskjellig grad av manglende samarbeid fra kolleger, det kirurgiske teamet og ledelsen. Så mange som en av tre valgte å ikke ta standpunkt til utsagnet knyttet til samarbeid fra ledelsen, og svarte hverken enig eller uenig. At prosedyrer ikke ble fulgt og tidspress var rapportert som de viktigste årsakene til gjenglemt utstyr (UpToDate., 2016). Å forplikte seg til å følge rutiner, at noen hadde ansvar for opplæring og oppfølging, og at avdelingen hadde en kultur med ansvarliggjøring og respekt både for pasientsikkerhet og beslutninger som ble tatt var viktig for å hindre det (Edel, 2012). Man kan undre seg på om tilsvarende forhold påvirket respondentenes svar knyttet til samarbeid.

Til tross for at over halvparten av operasjonssykepleierne i pilotstudien mente prosedyren hadde en praktisk utforming, svarte likevel bortimot en tredjedel at den var for tidkrevende å følge. Kirurgi er assosiert med økende grad av kompleksitet og mye teknisk utstyr og instrumenter (Dåvøy, 2018). Dette i kombinasjon med tidspress og krav om økt produktivitet og effektivitet kan påvirke om prosedyren følges eller ikke. På den ene siden innebærer KBP et krav om å bruke forskjellige kilder i pasientbehandlingen og sykepleien skal i størst mulig grad være basert på pålitelig forskningsbasert kunnskap (Nortvedt et al., 2012). Samtidig viste tidligere forskning at mangel på tid hindret operasjonssykepleierne i å lese forskningsartikler og implementere funnene (Hjelen & Sagbakken, 2018; Hommelstad & Ruland, 2004; Vanhook, 2009). En annen faktor kan ha sammenheng med kulturen i avdelingen. Sikkerhetskulturen kommer til uttrykk blant annet gjennom retningslinjer, arbeidsvaner og rutiner, og hva som er riktig oppfatning og forståelse læres videre (Haugen & Storm, 2018). Operasjonssykepleie er i stor grad et praktisk og teknisk fag. Overføring av kunnskaper, ferdigheter og rutiner til kolleger, nyutdannede og nyansatte gjøres i stor grad i det praktiske arbeidet i den daglige pasientbehandlingen. KBP gir operasjonssykepleierne mulighet til å basere informasjon og begrunne valg i praksis med argumenter fra pålitelig forskning (Spruce, 2015; Tod, Palfreyman & Burke, 2004). På den andre siden viste en litteraturgjennomgang utført av Bertulis (2008) at operasjonssykepleierne i en kombinasjon av manglende IT-ferdigheter og ferdigheter i bruk av databaser hadde en tendens til å velge informasjonskilder på grunnlag av tilgjengelighet og bekvemmelighet i stedet for kvalitet. Arbeidsplasskilder som kolleger fikk størst tillit (Bertulis, 2008). På bakgrunn av dette er det derfor viktig å tilrettelegge slik at operasjonssykepleierne får mulighet til å kombinere erfaringsbasert kunnskap med oppdatert forskning.

Operasjonssykepleierne i pilotstudien hadde en positiv innstilling til prosedyrebruk, noe som samsvarer med flere tidligere studier relatert til evidensbasert praksis (Hommelstad & Ruland, 2004; Knops et al., 2009). De fleste av respondentene mente at prosedyren var et godt utgangspunkt for fagutvikling, og de oppga at de hadde god kjennskap til den. De fleste var også positive til å følge den uavhengig av om de hadde vært involvert i å utarbeide den. Svarene kan tyde på at de hadde tillit til at prosedyren var riktig. Alanen m.fl. (2009) viste til tilsvarende funn i en kvalitativ studie blant sykepleiere hvor bruk av kliniske prosedyrer bidro til å fremme KBP. Sykepleierne var positive til å bruke prosedyrer om de var godt tilpasset, men implementeringen var avhengig av god informasjon, instruksjon og støtte fra ledelsen (Alanen, Välimäki & Kaila, 2009). Ledelsesansvar i forhold til pasientsikkerhet innebærer å

involvere seg og kommunisere tydelige mål og forventninger til arbeidet. Ledelsens holdninger og handlinger påvirker de ansattes engasjement (Bergerød & Wiig, 2018). Hjelen og Sagbakken (2018) viste også til manglende tilrettelegging og engasjement både på individuelt og organisatorisk nivå. For operasjonssykepleierne sin del viste manglende engasjement seg ved at de ikke alltid benyttet mulighetene og tiden til å jobbe kunnskapsbasert og bruke tilgjengelige PCer (Hjelen & Sagbakken, 2018).

Under halvparten av respondentene i pilotstudien rapporterte at de hadde fagdag i turnusen sin. Likevel oppga flere enn to tredjedeler at de søkte etter og las artikler. Tidligere forskning har påpekt at nettopp utfordringer i å finne forskningslitteratur og å vurdere den hindret operasjonssykepleiere i bruk av KBP (Bertulis, 2008; Hjelen & Sagbakken, 2018; Hommelstad & Ruland, 2004; Knops et al., 2009). Den høye andelen som aktivt søkte etter artikler kan tyde på at det har vært en positiv utvikling i forhold til kunnskaper og kompetanse i datasøk. Denne antagelsen støttes av den tidligere nevnte studien til Brämberg m.fl. som registrerte en økning i kunnskaper vedrørende KBP etter tre år (Brämberg et al., 2017). At respondentene i pilotstudien søkte etter og las artikler kan ha flere årsaker. En mulighet kan være bedre opplæring og ferdigheter i videreutdanningen gjennom emner som vitenskapsteori og forskningsmetode. Over to tredjedeler av respondentene i pilotstudien var utdannet etter år 2000, og over halvparten hadde mindre enn tolv års arbeidserfaring som operasjonssykepleier. Den høye andelen i undersøkelsen som svarte at de holdt seg faglig oppdatert gjenspeiler kanskje at de som er utdannet den senere tid har større kjennskap til KBP. Samtidig viste Vanhook til at operasjonssykepleiere manglet autonomi i forhold til på eget initiativ å undersøke behovet for endringer og gjennomføre de basert på forskning (Vanhook, 2009). Tidligere barrierer knyttet til IT-ferdigheter og tilgang på IT-utstyr kan ha endret seg på grunn av en generell bedring gjennom daglig bruk av PC, nettbrett og smarttelefoner. Pilotstudien kartla imidlertid ikke hvor respondentene søkte etter forskning, så resultatet er derfor ikke ensbetydende med at de utførte systematiske datasøk i kjente databaser, eller at de har større kompetanse med tanke på å vurdere og tolke resultatene. Funnene kan likevel tyde på at ferdighetene og interessen for å finne forskningsartikler og holde seg faglig oppdatert er bra blant operasjonssykepleierne som deltok i denne undersøkelsen.

De fleste av respondentene i pilotstudien oppga at det ikke var utfordrende for dem å endre gamle rutiner. Operasjonssykepleiere har krav på seg om å drive fagutvikling og implementere ny kunnskap og kompetanse innen fagfeltet sitt. Det innebærer å utarbeide og revidere kunnskapsbaserte faglige retningslinjer/fagprosedyrer, og forbedre rutiner (Norsk

Sykepleierforbund, 2016; Stortingsmelding 10, 2012). Kritisk refleksjon over eget og andres arbeid bidrar til å heve kvaliteten, men er avhengig av villighet til endring (Eide & Dåvøy, 2018). Videre viste en studie utført av Edel (2012) at validering av eksisterende tellepraksis og reduksjon av individuelle praksisvariasjoner var nødvendig for å redusere risikoen for gjenglemt utstyr (Edel, 2012). Budskapet i helsesektoren er at de ansatte skal jobbe smartere. Produktiviteten skal økes uten å øke bemanningen, og operasjonsavdelingene bidrar til sykehusenes inntekter. Samtidig er det mangel på spesialsykepleiere og dertil høy bruk av vikarer. Hvem skal ta ansvar for fagutvikling og hvordan kan det tilrettelegges for at operasjonssykepleierne kan arbeide kunnskapsbasert? Tidligere studier viste til at innføring av studiedager, utdanningsprogrammer og ressurspersoner som for eksempel fagsykepleiere kunne styrke bruken av KBP (Bertulis, 2008; Hommelstad & Ruland, 2004; Marchionni & Ritchie, 2008; Markussen, 2007; Sandvik et al., 2011; Spruce, 2015). I en studie utført av Liland m.fl. (2017) så de en utvikling av at nye og reviderte prosedyrer hadde en kunnskapsbasert vinkling etter undervisning og veiledning av fagsykepleiere. Dette styrket kvaliteten i pasientbehandlingen, da også de uten kunnskap om KBP tok i bruk eksisterende forskning gjennom å bruke prosedyrene (Liland et al., 2017). Fagsykepleieren kan således være et viktig bindeledd mellom forskning og klinisk praksis (Christiansen, Carlsten & Jensen, 2009).

5.2 Vurderinger rundt metode

5.2.1 Pilotstudien

En pilotstudie kan beskrives som en undersøkelse i mindre skala som utføres før en større studie for å teste om valgt design og metode er hensiktsmessig. Styrker og svakheter kan identifiseres og prosessen evalueres (Richards & Hallberg, 2015). Videre kan en i forundersøkelsen vurdere gjennomførbarheten til en større studie (Polit & Beck, 2017).

Design

Artikkelen i denne masteroppgaven er en deskriptiv tverrsnittstudie (kvantitativt design) hvilket innebærer at data samles inn på ett tidspunkt eller i en avgrenset og kort periode (Johannessen et al., 2010; Polit & Beck, 2017). Formålet med beskrivende studier er å observere, beskrive og dokumentere aspekter ved en situasjon som den forekommer naturlig. Beskrivende studier kan noen ganger også være utgangspunkt for hypotesegenerering eller teoriutvikling (Polit & Beck, 2017). Tverrsnittsundersøkelser gir informasjon om hvordan fenomener varierer på det aktuelle tidspunktet, men har den begrensning at det er vanskelig å si hva som påvirker hva (Johannessen et al., 2010). Vi ønsket å undersøke hvilke faktorer som

påvirket bruk av en konkret prosedyre, og designet var i så måte hensiktsmessig etter formålet. Undersøkelsen ble foretatt i en kort periode og funnene gir mulighet til å sette inn mulige forbedringstiltak. Ved å gjøre undersøkelsen på nytt kan disse tiltakene evalueres.

Utvalg

I denne studien ble hele populasjonen på 55 operasjonssykepleiere rekruttert som utvalg. Som en generell anbefaling bør utvalget være så stort som det er mulig å få til (Polit & Beck, 2017). Et større utvalg hadde bidratt til å styrke validiteten, men det var i dette tilfellet ikke mulig å få til, da inklusjonskriteriet var at de skulle ha felles fagprosedyre å relatere svarene til. Funnene er mer representative dess større utvalget er og et lite og ikke representativt utvalg kan gi resultater som kan være misvisende eller gale (Polit & Beck, 2017). Alle som brukte den lokale prosedyren fikk imidlertid mulighet til å delta i undersøkelsen og vi fikk 42 respondenter. Dette gav en svarprosent på 76, og den høye responsen er med på å styrke validiteten. Resultatene vil derfor i stor grad være representative for avdelingene hvor undersøkelsen ble gjennomført. Sammensetningen av utvalget vil også trolig i stor grad gjenspeile sammensetningen av personale i andre operasjonsavdelinger andre steder i landet. Funnene kan av den grunn også gjenspeile tilsvarende faktorer andre steder, men svakheten er at svarene er relatert til en lokal prosedyre. Ekstern validitet sier noe om gyldigheten av studieresultatene og i hvilken grad de kan generaliseres til andre områder eller grupper enn de som var med i studien (Polit & Beck, 2018). På bakgrunn av dette må man være forsiktig med å trekke konklusjoner og overføre funnene til andre arenaer, noe som gir lavere ekstern validitet.

Spørreskjema som kartleggingsverktøy

I pilotstudien ønsket vi svar på spørsmål knyttet til faktorer som påvirket bruk av prosedyre og egen fagutvikling blant operasjonssykepleiere. En strukturert selv-rapporteringsmetode er egnet når man i forkant vet hva man vil ha svar på da det gir mulighet til å formulere nøyaktige spørsmål som gir ønsket informasjon (Polit & Beck, 2018, s. 168). Fordelene med å bruke spørreskjema er at det er økonomisk, fleksibelt, det kan brukes på mange typer populasjoner og varierende emner, og informasjonen kan benyttes til forskjellige formål. Begrensningene ligger i hvorvidt de forespurte ønsker å svare på temaet. I tillegg gjør bruk av spørreskjema at dataene gjerne blir overfladiske da de korte svarene gjør at man sjelden går i dybden i temaet (Polit & Beck, 2017). Svakheter er i hovedsak knyttet til validiteten og nøyaktigheten. Man kan ikke være sikker på at respondentene føler eller handler som de sier at de gjør (Polit & Beck, 2018). Man må gå ut ifra at de svarer oppriktig, men de fleste har en

tendens til å presentere seg selv i best mulig lys, noe som ikke nødvendigvis stemmer med virkeligheten. Det må tas med i vurderingen (Polit & Beck, 2018, s. 171-172). Mange faktorer kan bidra til målefeil. Dette kan være egenskaper hos respondenten (humør, energinivå), response set biases, og faktorer relatert til situasjonen og omgivelsene (temp./lys), i tillegg til ordleggingen i spørsmålsformuleringen (Polit & Beck, 2018, s. 175). I hvilken grad respondentene er motivert og ønsker å svare på spørreskjema kan ha sammenheng med antall spørsmål. Det bør være færrest mulig spørsmål, men likevel tilstrekkelig til å få belyst tema (Johannessen, 2009). På den måten unngår man at respondentene blir lei. Innsamlingen av data i masteroppgaven ble gjort ved hjelp av spørreskjemaet BFAI, og innholdet er beskrevet detaljert i artikkelen. Spørreskjemaet bestod av totalt 29 spørsmål, og det tok omtrent 15 minutter å svare. Den høye svarresponsen (76%) gir en indikasjon på at spørreskjemaet ikke var for omfattende, og at de fleste spørsmålene var relevante og enkle å svare på da alle spørsmål var besvart. Spørsmål relatert til pasienten var ikke relevante for problemstillingen eller telleprosedyren. Alle spørsmål i den kategorien ble derfor utelatt i versjonen brukt i pilotstudien. To spørsmål relatert til kontekst som var knyttet til økonomisk kompensasjon og tilgang på lokaler syntes lite hensiktsmessig å bruke av samme grunn, men ble likevel tatt med. Disse spørsmålene hadde høyere andel som svarte hverken enig eller uenig på utsagnet, i tillegg til ett spørsmål relatert til profesjonsutøveren.

6.0 OPPSUMMERING

Pilotstudien viste at BFAI var egnet til å identifisere faktorer som påvirket bruk av telleprosedyren blant operasjonssykepleierne, men det var mangelfullt med tanke på KBP da det blant annet ikke kartla hvor respondentene søkte etter forskning, hvordan de vurderte den, og om oppdatert forskning hadde innvirkning på praksisen der de jobbet.

Alle spørsmål var besvart, noe som tyder på at spørreskjemaet var enkelt å svare på. Dataene som ble innhentet var interessante, men til en viss grad overfladiske. Det fremkom heller ikke i hvilken grad respondentene fulgte telleprosedyren.

Det er ikke mulig å konkludere med tanke på det norske instrumentets reliabilitet og validitet på bakgrunn av pilotstudien.

6.1 Kliniske implikasjoner

Til tross for pilotstudiens mangler kan resultatene være utgangspunkt for kvalitetsforbedring med tanke på den konkrete telleprosedyren i avdelingene som deltok i studien. Funnene kan

danne grunnlag for faglige diskusjoner og vurderinger rundt eksisterende praksis og bidra til økt fokus på KBP.

6.2 Implikasjoner for videre forskning

På bakgrunn av den gjennomførte pilotstudien ser jeg nødvendigheten av å tilpasse spørreskjemaet bedre til målgruppen og prosedyren på noen områder. I kombinasjon med et spørreskjema som går direkte på KBP vil vi få et rikere datagrunnlag om temaet. Å vurdere å supplere spørreundersøkelsen med fokusgruppeintervju, eventuelt dybdeintervju i etterkant av spørreundersøkelsen kan være aktuelt.

Før videre forskning er det nødvendig å teste reliabilitet og validitet til den norske versjonen av BFAI. Det kan gjøres gjennom en validitetsstudie med større utvalg.

7.0 LITTERATURLISTE

- Alanen, S., Välimäki, M. & Kaila, M. (2009). Nurses' experiences of guideline implementation: a focus group study. *Journal of clinical nursing*, 18(18), 2613. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02754.x
- Barratt, A. (2008). Evidence Based Medicine and Shared Decision Making: The challenge of getting both evidence and preferences into health care. *Patient Education and Counseling*, 73(3), 407-412. doi: 10.1016/j.pec.2008.07.054
- Bergerød, I. & Wiig, S. (2018). Ledelse og pasientsikkerhet. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: teori og praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Bertulis, R. (2008). Barriers to accessing evidence-based information.(art & science: literature review). *Nursing Standard*, 22(36), 35. doi: 10.7748/ns2008.05.22.36.35.c6541
- Bjartmarz, I., Jónsdóttir, H. & Hafsteinsdóttir, T. (2017). Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study. *BMC Nursing*, 16(72).
- Brämberg, E., Nyman, T., Kwak, L., Alipour, A., Bergström, G., Elinder, L., . . . Jensen, I. (2017). Development of evidence-based practice in occupational health services in Sweden: a 3-year follow-up of attitudes, barriers and facilitators. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 90(4), 335-348. doi: 10.1007/s00420-017-1200-8
- Christiansen, B. R., Carlsten, T. C. & Jensen, K. (2009). Fagutviklingspsykeleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis.
- Dåvøy, G. A. M. (2018). Kirurgisk samvittighet. I G. A. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dåvøy, G. A. M., Eide, P. H. & Hansen, I. (2018). *Operasjonssykepleie* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Edel, E. M. (2012). Surgical Count Practice Variability and the Potential for Retained Surgical Items. *AORN Journal*, 95(2), 228-238. doi: 10.1016/j.aorn.2011.02.014
- Eide, P. H. & Dåvøy, G. A. M. (2018). Funksjons- og ansvarsområde. I G. A. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fencel, J. L. (2016). Guideline Implementation: Prevention of Retained Surgical Items. *AORN Journal*, 104(1), 37-48. doi: 10.1016/j.aorn.2016.05.005

- Freitas, P. S., Silveira, R. C. D. C. P., Clark, A. M. & Galvão, C. M. (2016). Surgical count process for prevention of retained surgical items: an integrative review (Vol. 25, s. 1835-1847).
- Gawande, A. A., Studdert, D. M., Orav, E. J., Brennan, T. A. & Zinner, M. J. (2003). Risk Factors for Retained Instruments and Sponges after Surgery. *The New England Journal of Medicine*, 348(3), 229-235. doi: 10.1056/NEJMsa021721
- Haugen, A. S. & Storm, M. (2018). Sikkerhetskultur i sykehus. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: teori og praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl. Helsebiblioteket. (2016). Prosedyrer. Hentet 2018.10.10 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/anvende-kbp/prosedyrer>
- Helsepersonelloven. (2000). Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven). Hentet 2018.08.20 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov%20om%20helsepersonell>
- Hjelen, W. (2018). Fagutvikling og forskning i operasjonssykepleien. I G. A. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hjelen, W. & Sagbakken, M. (2018). Operasjonssykepleiere mangler tid og kompetanse til å arbeide kunnskapsbasert. *Sykepleien Forskning*(69422), e-69422. doi: 10.4220/Sykepleienf.2018.69422
- Hommelstad, J. & Ruland, C. M. (2004). Norwegian Nurses' Perceived Barriers and Facilitators to Research Use. *AORN Journal*, 79(3), 621-634. doi: 10.1016/S0001-2092(06)60914-9
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS : versjon 17* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt forl.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Knops, A. M., Vermeulen, H., Legemate, D. A. & Ubbink, D. T. (2009). Attitudes, Awareness, and Barriers Regarding Evidence-Based Surgery Among Surgeons and Surgical Nurses. (7), 1348-1355.
- Koh Serena, S., Donath, S., Hutchinson Alison, M., Manias, E. & Johnston, L. (2008). Nurses' perceived barriers to the implementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore hospitals. *BMC Health Services Research*, 8(1), 105. doi: 10.1186/1472-6963-8-105
- Koller, M., Aaronson, N. K., Blazeby, J., Bottomley, A., Dewolf, L., Fayers, P., . . . West, K. (2007). Translation procedures for standardised quality of life questionnaires: The

- European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) approach. *European Journal of Cancer*, 43(12), 1810-1820. doi: 10.1016/j.ejca.2007.05.029
- Liland, H.-I., Moe, V., Thomassen, S. & Lind, R. (2017). Jobber og underviser kunnskapsbasert. *Sykepleien*(63441), e-63441. doi: 10.4220/Sykepleiens.2017.63441
- Marchionni, C. & Ritchie, J. (2008). Organizational factors that support the implementation of a nursing Best Practice Guideline. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 266-274. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00775.x
- Markussen, K. (2007). Barriers to research utilization in clinical practice. *Vård i Norden (trykt utg.)*, 27(1), 47-49. doi: 10.1177/010740830702700110
- Melnyk, B. M. & Fineout-Overholt, E. (2015). *Evidence-based practice in nursing & healthcare : a guide to best practice* (3rd ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Norsk Pasientskadeerstatning. (2016). Faktaark om pasientskader: Gjenglemte utstyr under operasjon 2016. Hentet 2018.08.16 fra http://www.npe.no/globalassets/dokumenter-pdf-og-presentasjoner/temaark/temaark_gjenglemtutstyr_060916.pdf
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 2018.10.10 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg. utg.). Oslo: Akribe.
- NSF's landsgruppe av operasjonssykepleiere. (2015). Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse. Hentet 2018.08.20 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2645178/17036/Operasjonssykepleierens-ansvar-og-funksjonsbeskrivelse>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet 2018.10.09 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Peters, M., Harmsen, M., Laurant, M. & Wensing, M. (2005). Barriers and facilitators assessment instrument. Hentet 2018.08.16 fra http://www.iqhealthcare.nl/media/80004/barriers_and_facilitators_questionnaire_2013.pdf
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer.
- Richards, D. A. & Hallberg, I. R. (2015). *Complex interventions in health : an overview of research methods*. New York: Routledge.
- Rothrock, J. C., McEwen, D. R. & Alexander, E. L. (2015). *Alexander's care of the patient in surgery* (15th ed. utg.). St. Louis, Mo: Elsevier Mosby.
- Sakorafas, G., Sampanis, D., Lappas, C., Papantoni, E., Christodoulou, S., Mastoraki, A. & Safioleas, M. (2010). Retained surgical sponges: what the practicing clinician should know. *Langenbeck's Archives of Surgery*, 395(8), 1001-1007. doi: 10.1007/s00423-010-0684-4
- Sandvik, G. K., Stokke, K. & Nortvedt, M. W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? *Sykepleien Forskning*(2), 160-167.
- Spruce, L. (2015). Back to Basics: Implementing Evidence-Based Practice. *AORN Journal*, 101(1), 106-114.e104. doi: 10.1016/j.aorn.2014.08.009
- Stortingsmelding 10. (2012). Meld. St. 10 (2012-2013) God kvalitet - trygge tjenester - Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Hentet 2018.12.05 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/sec1>
- Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet : sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Oslo: Gyldendal.
- Tavakol, M. & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*, 2, 53. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd
- Thomas, J. & Adcock, F. (2014). A review of existing count practice in the operating suite to achieve best practice and safe patient care. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 27(1), 20-26.
- Tod, A., Palfreyman, S. & Burke, L. (2004). Evidence-based practice is a time of opportunity for nursing. *British Journal of Nursing*, 13(4), 211-216. doi: 10.12968/bjon.2004.13.4.12129
- UpToDate. (2016). Retained surgical sponge (gossypiboma) and other retained surgical items: Prevention and management 2016.
- Utne, I., Grov, E. K., Kjerland, L. E., Rønning, M., Rodrigues-Aranda, C., Rasmussen, H. L. & Løyland, B. (2017). Oversettelse og kulturell tilpasning av Attentional Function Index (AFI). (64646). doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.64646

- Vanhook, M. P. (2009). Overcoming the barriers to EBP. *Nursing Management (Springhouse)*, 40(8), 9-11. doi: 10.1097/01.NUMA.0000359200.14210.af
- Watson, R. (2013). Issues and debates in validity and reliability. I E. A. Curtis & J. Drennan (Red.), *Quantitative Health Research. Issues and Methods.*: Open University Press, McGraw-Hill Education, England.
- World Health Organization. (2009). WHO Guidelines for Safe Surgery: safe surgery saves lives 2009. Hentet 2018.06.24 fra
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/9789241598552/en/
- World Health Organization. (2010). Process of translation and adaptation of instruments. Hentet 2018.08.16 fra
http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/

Vedlegg 1: Forfatterveiledning for tidsskriftet Sykepleien Forskning

Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.

Overskriftene markeres med fet skrift.

Linjeavstand skal være 1,5.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord skal begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel. Husk at flere og flere leser artiklene på mobiltelefon, slik at titlene bør tilpasses de nye formatene.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatterne må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

Antall ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

INNHold I MANUSKRIPDET SOM SENDES INN:

På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften Skrivetips. Artiklene struktureres etter IMRAD-prinsippet.

Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholarOne, skal ha følgende innhold:

1. Tittelside:

Tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom). Sykepleien Forskning kan endre tittelen for at den skal tilpasses nettformatet bedre og nå ut til et bredere publikum.

- forfatterens/forfatterens navn, stilling og arbeidssted

Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, presenteres i tillegg kontaktpersonens

- for- og etternavn
- postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme:

- antall tegn inkludert ordmellomrom og antall ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- antall figurer og tabeller

2. Sammendrag

Forfatteren/forfatterne fremstiller et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Lengde: maksimalt 300 ord eller 1 500 tegn inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller legge til dine egne. Angi minst ett som viser anvendt forskningsdesign.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av sammendraget til engelsk sammen med hele artikkelen.

Tekstsider

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstrebes, og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene (mellomtitlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut ...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene ble utdelt av sykepleiereb. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt ...)

Du finner gode tips til skriving i det grønne feltet nederst på Sykepleien Forsknings hjemmeside, kalt Skrivetips.

Se også redaktørens leder: [Slik skriver du gode forskningsartikler](#)

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...»

Hensikt med studien og problemstilling(er).

Metodedel. Her beskrives forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år dataene ble samlet inn, bearbeiding og analyse av dataene, godkjenning av REK, eventuelt Personvernombudet, og andre relevante instanser. Metodedelen skal være kortfattet og tilpasset Sykepleien Forsknings målgruppe.

Resultater. Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi

anbefaler at forfattere som bruker kvantitativ metode, får studien vurdert av en statistiker før den sendes inn.

Diskusjon (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensninger/svakheter angir hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

Konklusjon. Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

Figurer og tabeller

Artikkelen kan ha til sammen maksimalt fem figurer og tabeller (tre tabeller og to figurer). Disse kan lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking til ulike nettformater, som nettbrett og mobiltelefon.

Referanser

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisingen. Antall referanser bør ikke overstige tretti.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato. Tilleggsinformasjon, som «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008 mai;45(5):668–81.
2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
3. Brenne AT, Estenstad B. Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. *Palliasjon: nordisk lærebok.* 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.
4. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Oslo; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).
5. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).
6. Humerfelt K. Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan. (Doktoravhandling.) Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.
7. Melbye L, Ådnes M, Kasteng F. Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Trondheim: SINTEF; 2017. SINTEF Rapport A28053.
8. NOU 2011: 11. *Innovasjon i omsorg.* Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.
9. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
10. Bufdir. Foreldreveiledning i grupper (ICDP) [internett]. Oslo: Bufdir; 08.04.2015 [oppdatert 22.11.2017; sitert 08.12.2017]. Tilgjengelig fra: https://www.bufdir.no/Familie/veiledning_til_foreldre/foreldreveiledning_landsoversikt/

Innsending av manuskript

Artikkelen lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskriphåndteringssystem på følgende adresse:

<http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

Forslag til habile fagfeller

Artikkelforfatterne må oppgi forslag til minst to habile fagfeller. For å unngå tvil om habilitet kan ikke fagfeller arbeide ved samme institusjon som artikkelforfatter(ne). Fagfeller kan heller ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan innebære tvil om habilitet.

Følg brev til redaktør / cover letter

I følgebrevet må forfatterne oppgi:

- Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Skriv kort, og bruk maksimalt ti linjer.
- En redegjøring for hvorvidt resultatene er publisert tidligere, for eksempel som poster eller foredrag på en vitenskapelig konferanse.
- Det er også ønskelig med en beskrivelse av hvorfor denne artikkelen har interesse for Sykepleien Forsknings lesere.
- Hvis manuset bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatterne opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettversjon for å unngå plagiering/dobbeltpublisering.

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskripter som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering av om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees/reviewers) for nærmere vurdering. Sykepleien Forskning bruker åpen fagfelleevaluering, hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg inn i manuskripthåndteringssystemet kan du følge med på hvor manuset ditt er i vurderingsprosessen.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, bedømmes først ut fra følgende kriterier:

- Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?
- Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjonen kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunktet. Artikkelmanuskripter som antas å være aktuelle, sendes til fagfelleevaluering.

Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, må følge denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Innsending av revidert manuskript

1. Etter fagfellevurdering blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(ne) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.
2. Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatter(ne) har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør. Dette lastes opp sammen med revidert manuskript i ScholarOne som Author's response.
3. Alle endringer i revidert manuskript skal markeres med rødt eller ved hjelp av funksjonen Spor endringer.
4. Revidert manuskript og Author's response lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>. Følg lenken i svarbrevet fra redaktøren.

Godkjenning av manuskript

1. Forfatter(ne) får beskjed fra redaktøren når artikkelen er godkjent for publisering.
2. Det er viktig å følge instruksjoner fra redaksjonen vedrørende språkvask av endelig manuskript.

Oversetting til engelsk

1. Fra høsten 2016 blir alle forskningsartikler i Sykepleien Forskning oversatt til engelsk av en profesjonell oversetter. I tillegg til selve artikkelen oversettes også tabeller/figurer og sammendrag.
2. Forfatter(ne) vil få tilsendt den engelske versjonen til gjennomlesning før publisering.

Krav til medforfatterskap

Når et artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfatterne ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at vedkommende kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier, kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlige, navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen. Det åpnes for spesifisering av forfatternes bidrag, for eksempel «XX og YY har bidratt like mye til denne artikkelen». Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt, bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personenes samtykke.

Erklæring om interessekonflikter

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis når manuskriptet sendes inn.

Hentet 31.12 2018 fra <https://sykepleien.no/forfatterveiledning>

Vedlegg 2

Barriers and Facilitators Assessment Instrument

Instruksjoner for utfylling av spørreskjema

Kort beskrivelse av bakgrunn og formål med studien

Forespørsel om å fylle ut spørreskjemaet

Å fylle ut spørreskjemaet tar omtrent 15 minutter

Vennligst les instruksjonene før du fyller ut spørreskjemaet:

- Les hvert spørsmål, inkludert svaralternativene, før du svarer.
- Velg det svaret som er mest aktuelt for din situasjon.
- Velg bare ett svar, med mindre annet er oppgitt.
- Besvar spørreskjemaet bare på vegne av deg selv og din situasjon.

Fortell hvem som utfører studien og hvem som er kontaktperson.

Fortell hvordan spørreskjemaet skal returneres, til hvem og innen hvilket tidspunkt.

Takk for din besvarelse!

Hemmende og fremmende faktorer for implementering - Generell del

Gi en kort introduksjon til prosedyren eller den nye retningslinjen

Følgende er noen påstander om å arbeide i henhold til 'prosedyren eller den nye retningslinjen'. Vi vil gjerne vite om du er enig i uttalelsen eller ikke, og i hvilken grad. Hvis du ikke har en sterk mening, kan du prøve å finne ut om du er mer 'enig' eller mer 'uenig'. Hvis du egentlig ikke vet, kan du velge alternativet 'hverken enig eller uenig'.

	Helt uenig	Uenig	Hverken enig eller uenig	Enig	Helt enig
1. Denne ' prosedyren eller retningslinjen ' gir meg mulighet til å ta egne valg. (innovasjon: spesifikalitet, fleksibilitet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Denne ' prosedyren eller retningslinjen ' gir tilstrekkelig mulighet til å vektlegge pasientsikkerhet. (innovasjon: spesifikalitet, fleksibilitet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Denne ' prosedyren eller retningslinjen ' er et godt utgangspunkt for fagutvikling. (innovasjon: didaktisk fordel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg har ikke lest ' prosedyren eller retningslinjen ' grundig eller husker den ikke. (profesjonsutøver: engasjement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg ønsker å vite mer om ' prosedyren eller retningslinjen ' før jeg bestemmer meg for å følge den. (profesjonsutøver: kunnskap, motivasjon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Det er utfordrende for meg å endre mine gamle rutiner. (profesjonsutøver: livsstil, arbeidsstil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg tror deler av ' prosedyren eller retningslinjen ' ikke er riktig. (profesjonsutøver: tvil rundt prosedyren/retningslinjen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg har en generell motstand mot å arbeide i henhold til prosedyrer/retningslinjer. (profesjonsutøver: holdning, rolleoppfatning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Kolleger (operasjonssykepleiere) samarbeider ikke om å følge 'prosedyren eller retningslinjen' . (profesjonsutøver: gruppenormer, sosialisering)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Andre i det kirurgiske teamet samarbeider ikke om å følge 'prosedyren eller retningslinjen' . (profesjonsutøver: gruppenormer, sosialisering)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ledelsen samarbeider ikke om å følge 'prosedyren eller retningslinjen' . (profesjonsutøver: gruppenormer, sosialisering)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pasienter samarbeider ikke om å følge 'prosedyren eller retningslinjen' . (pasient: motivasjon til å endre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Å følge 'prosedyren eller retningslinjen' er for tidkrevende. (innovasjon: tidsinvestering)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 'Prosedyren eller retningslinjen' passer ikke inn i min måte å arbeide på i praksis. (innovasjon: kompatibilitet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Å følge denne 'prosedyren eller retningslinjen' forutsetter økonomisk kompensasjon. (kontekst: refusjon, forsikringssystem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Utformingen av denne 'prosedyren eller retningslinjen' gjør den praktisk å bruke. (innovasjon: attraktivitet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hemmende og fremmende faktorer for implementering - forebyggende del

Videre kommer noen påstander om gjennomføring av forebyggingstiltak.

Det er vanskelig å arbeide forebyggende ...	Helt uenig	Uenig	Hverken enig eller uenig	Enig	Helt enig
17. ... hvis det ikke er nok støtte fra kolleger. <i>(kontekst: støttende kolleger)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ... hvis praktisk tilrettelegging mangler. <i>(kontekst: fasiliteter)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ... fordi tidspunkt for forebyggende tiltak er upraktisk. <i>(kontekst: åpningstid for praksis)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ... hvis det mangler fasiliteter (f.eks. Konsultasjonsrom). <i>(kontekst: lokaler)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ... fordi jeg ikke er opplært i å arbeide forebyggende. <i>(profesjonsutøver: utdanning)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ... fordi jeg ikke har vært involvert i arbeidet med å utarbeide de forebyggende tiltakene. <i>(profesjonsutøver: engasjement)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ...til pasienter med annen kulturell bakgrunn. <i>(pasient: etnisitet)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ...til pasienter som virker friske. <i>(pasient: helsestatus)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ...til pasienter med lav sosioøkonomisk status. <i>(pasient: økonomisk situasjon, økonomisk status)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ...til eldre pasienter (60+). <i>(pasient: alder)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ... til pasienter som sjelden kommer til behandling. <i>(pasient: antall pasientkontakter)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I pilotstudien ble spørsmål relatert til pasienten (nr. 12, 23, 24, 25, 26 og 27) utelatt.

Vedlegg 3: Dokumentasjon av oversettelsesprosessen

Original tekst	Oversettelse fra engelsk til norsk	Oversettelse fra engelsk til norsk	Endelig norsk oversettelse	Tilbakeoversettelse
	Oversetter 1: Kristin Haram	Oversetter 2: Jorunn Haram		Oversetter: Janet Louise Godø
Barriers and Facilitators Assessment Instrument	Vurderingsinstrument over barrierer og tilretteleggere.	Vurderingsinstrument av hindringer og tilretteleggerer	Barriers and Facilitators Assessment Instrument	Barriers and Facilitators Assessment Instrument
Instructions for filling in the questionnaire	Instruksjoner til utfylling av spørreskjemaet	Instruksjoner for utfylling av spørreskjema	Instruksjoner for utfylling av spørreskjema	Instructions for filling out questionnaire
Short description of the motivation for and aims of the study	Kort beskrivelse av motivasjon og mål for studien	Kort beskrivelse av motivasjon for og mål med studien	Kort beskrivelse av bakgrunn og formål med studien	Short description of background and purpose of the study
Request to fill in the questionnaire	Anmodning om å fylle ut spørreskjemaet	Forespørsel om å fylle ut spørreskjema	Forespørsel om å fylle ut spørreskjemaet	Request to fill out the questionnaire
Filling in the questionnaire takes about 15 minutes	Å fylle ut spørreskjemaet tar omtrent 15 minutter	Utfylling av spørreskjema tar rundt 15 minutter	Å fylle ut spørreskjemaet tar omtrent 15 minutter	Filling out the questionnaire takes approximately 15 minutes

Please read the instructions, before filling in the questionnaire:	Vennligst les instruksjonene før du fyller ut spørreskjemaet:	Vennligst les instruksjonene før utfylling av spørreskjemaet:	Vennligst les instruksjonene før du fyller ut spørreskjemaet:	Please read the instructions before filling out the questionnaire
Read each question, including the answering options, before giving an answer;	Les hvert spørsmål, inkludert svaralternativene, før du svarer;	Les hvert spørsmål inkludert svaralternativene før besvarelse;	Les hvert spørsmål, inkludert svaralternativene, før du svarer;	Read each question, including the alternative answers, before answering.
Choose the answer that is most applicable to your situation.	Velg svaret som er mest aktuelt for din situasjon.	Velg det svaret som er mest aktuelt for din situasjon	Velg det svaret som er mest aktuelt for din situasjon.	Choose the answer which is most applicable in your situation.
Choose only one answer, unless stated differently.	Velg bare ett svar, med mindre annet er oppgitt.	Velg kun ett svar med mindre annet er uttalt/Velg kun ett svar med mindre noe annet er beskrevet	Velg bare ett svar, med mindre annet er oppgitt.	Choose only one answer, unless otherwise indicated.
Fill in this questionnaire only for yourself and your situation.	Besvar spørreskjemaet bare på vegne av deg selv og din situasjon.	Fyll inn spørreskjemaet kun for deg selv og din situasjon	Besvar spørreskjemaet bare på vegne av deg selv og din situasjon.	Answer the questionnaire on behalf of yourself and your situation only.
Tell who carries out the study and who is contact person.	Fortell hvem som utfører studien og hvem som er kontaktperson.	Fortell hvem som besvarer studien og hvem som er kontaktperson/Fortell hvem som utfører studien	Fortell hvem som utfører studien og hvem som er kontaktperson.	Tell who is carrying out the study and who the contact person is.

		og hvem som er kontaktperson		
Tell how to send the questionnaire back, to whom and within what time pad.	Fortell hvordan spørreskjemaet returneres, til hvem og innen hvilket tidsrom.	Fortell hvordan spørreskjemaet skal returneres, til hvem og innen hvilken tidsperiode.	Fortell hvordan spørreskjemaet skal returneres, til hvem og innen hvilket tidspunkt.	Tell how the questionnaire is to be returned, to whom, and by when.
Thank you for your response!	Takk for svar!	Takk for din besvarelse!	Takk for din besvarelse!	Thank you for your answer.
Barriers to and facilitators for implementation – General	Hemmende og fremmende faktorer for implementering – Generelt	Hindringer og tilretteleggelser for gjennomføring – Generelt	Hemmende og fremmende faktorer for implementering - Generell del	Inhibitory and facilitating factors for implementation- General part
Give a short introduction to the guideline/directive or innovation	Gi en kort introduksjon til prosedyren eller den nye retningslinjen	Gi en kort beskrivelse av retningslinjene/direktivet eller innovasjonen	Gi en kort introduksjon til prosedyren eller den nye retningslinjen	Give a short introduction to the procedure or the new guideline.

Following are a couple of statements about working according to the directive or innovation. We would like to know whether you agree with the statement or not and in what degree. If you do not have a strong opinion, please try to find out if it is more like 'agree' or more like 'disagree'. If you really do not know, you can select the option 'do not agree nor disagree'.	Følgende er et par uttalelser om å arbeide i henhold til "prosedyren eller den nye retningslinjen". Vi vil gjerne vite om du er enig i uttalelsen eller ikke, og i hvilken grad. Hvis du ikke har en sterk mening, kan du prøve å finne ut om du er mer "enig" eller mer "uenig". Hvis du egentlig ikke vet, kan du velge alternativet "hverken enig eller uenig".	Følgende er et par uttalelser om å arbeide ifølge direktivet eller innovasjonen. Vi ønsker å vite hvorvidt du er enig med uttalelsene eller ikke og i hvilken grad. Dersom du ikke har en sterk mening, prøv å finne ut om den er mer lik "enig" eller mer lik "uenig". Dersom du ikke vet kan du velge alternativet "hverken enig eller uenig".	Følgende er noen påstander om å arbeide i henhold til 'prosedyren eller den nye retningslinjen'. Vi vil gjerne vite om du er enig i uttalelsen eller ikke, og i hvilken grad. Hvis du ikke har en sterk mening, kan du prøve å finne ut om du er mer 'enig' eller mer 'uenig'. Hvis du egentlig ikke vet, kan du velge alternativet 'hverken enig eller uenig'.	The following are some assertions about working according to the procedure or the new guideline. We would like to know if you agree or disagree with the statements and to what degree. If you do not have a strong opinion you can try to decide whether you are closer to agreeing or to disagreeing. If you don't really know, you can choose the alternative «neither agree nor disagree».
Fully dis-agree	Helt uenig	Helt uenig	Helt uenig	Totally disagree
Dis-agree	Uenig	Uenig	Uenig	Disagree
Do not agree nor disagree	Hverken enig eller uenig	Hverken enig eller uenig	Hverken enig eller uenig	Neither agree nor disagree
Agree	Enig	Enig	Enig	Agree
Fully agree	Helt enig	Helt enig	Helt enig	Totally agree

1. This ' directive or innovation ' leaves enough room for me to make my own conclusions. (innovation: specificity, flexibility)	1. Denne " prosedyren eller retningslinjen " gir meg mulighet til å ta egne valg. (innovasjon: spesifikalitet, fleksibilitet)	1. Dette ' direktivet eller innovasjonen ' tillater meg nok rom til å dra mine egne konklusjoner. (innovasjon: spesifikasjon, fleksibilitet)	1. Denne ' prosedyren eller retningslinjen ' gir meg mulighet til å ta egne valg. (innovasjon: spesifikalitet, fleksibilitet)	1. This « procedure or guideline » makes it possible for me to make my own choices. (innovation: specificity, flexibility)
2. This ' directive or innovation ' leaves enough room to weigh the wishes of the patient. (innovation: specificity, flexibility)	2. Denne " prosedyren eller retningslinjen " gir rom for å vektlegge pasientens ønsker. (innovasjon: spesifikalitet, fleksibilitet)	2. Dette ' direktivet eller innovasjonen ' tillater nok rom til å veie pasientens ønsker. (innovasjon: spesifikasjon, fleksibilitet)	2. Denne ' prosedyren eller retningslinjen ' gir tilstrekkelig mulighet å vektlegge pasientsikkerhet. (innovasjon: spesifikalitet, fleksibilitet)	2. This « procedure or guideline » gives sufficient possibility to put emphasis on patient safety. (innovation: specificity, flexibility)
3. This ' directive or innovation ' is a good starting point for my self-study. (innovation: didactic benefit)	3. Denne " prosedyren eller retningslinjen " er et godt utgangspunkt for selvstudier. (innovasjon: didaktisk fordel)	3. Dette ' direktivet eller innovasjonen ' er et godt utgangspunkt for mitt selvstudium. (innovasjon: didaktisk fordel)	3. Denne ' prosedyren eller retningslinjen ' er et godt utgangspunkt for fagutvikling. (innovasjon: didaktisk fordel)	3. This « procedure or guideline » provides a good base for professional development. (innovation: didactic advantage)
4. I did not thoroughly read nor remember the ' directive or	4. Jeg leste ikke " prosedyren eller retningslinjen " grundig nok eller husker den.	4. Jeg las ikke grundig eller husker ikke ' direktivet eller innovasjonen '.	4. Jeg har ikke lest ' prosedyren eller retningslinjen ' grundig eller husker den ikke.	4. I have not read « the procedure or the guideline » thoroughly or

innovation' . (care provider: involvement)	(omsorgsperson: engasjement)	(omsorgsgiver: involvering)	(profesjonsutøver: engasjement)	cannot remember it. (caregiver: involvement)
5. I wish to know more about the ' directive or innovation' before I decide to apply it. (care provider: knowledge, motivation)	5. Jeg ønsker å vite mer om " prosedyren eller retningslinjen " før jeg bestemmer meg for å følge den. (omsorgsperson: kunnskap, motivasjon)	5. Jeg ønsker å vite mer om ' direktivet eller innovasjonen ' før jeg beslutter å bruke den. (omsorgsgiver: kunnskap, motivasjon)	5. Jeg ønsker å vite mer om ' prosedyren eller retningslinjen ' før jeg bestemmer meg for å følge den. (profesjonsutøver: kunnskap, motivasjon)	5. I want to know more about « the procedure or the guideline » before I decide to follow it. (caregiver: knowledge, motivation)
6. I have problems changing my old routines. (care provider: life style, working style)	6. Jeg har problemer med å endre mine gamle rutiner. (omsorgsperson: livsstil, arbeidsstil)	6. Jeg har problemer med å endre mine gamle rutiner. (omsorgsgiver: livsstil, arbeidsstil)	6. Det er vanskelig for meg å endre mine gamle rutiner. (profesjonsutøver: livsstil, arbeidsstil)	6. It is difficult for me to change old routines. (caregiver: lifestyle, work style)
7. I think parts of the ' directive or innovation' are incorrect. (care provider: doubts about innovation)	7. Jeg tror deler av " prosedyren eller retningslinjen " er feil. (omsorgsperson: tvil om innovasjon)	7. Jeg synes deler av ' direktivet eller innovasjonen ' er inkorrekt. (omsorgsgiver: tvil om innovasjonen)	7. Jeg tror deler av ' prosedyren eller retningslinjen ' ikke er riktig. (omsorgsperson: tvil rundt prosedyren/retningslinjen)	7. I think that parts of « the procedure or the guideline » are not right. (caregiver: doubt concerning procedure/guideline)
8. I have a general resistance to working according to protocols.	8. Jeg har en generell motstand mot å arbeide i henhold til prosedyrer/retningslinjer. (omsorgsperson:	8. Jeg har en generell motstand mot å jobbe i henhold til protokoller.	8. Jeg har en generell motstand mot å arbeide i henhold til prosedyrer/retningslinjer.	8. I have a general resistance to working according to procedures/guidelines.

(care provider: attitude, role perception)	holdning, rolleperspektiv)	(omsorgsgiver: holdning, rolleoppfatning)	(profesjonsutøver: holdning, rolleoppfatning)	(caregiver: attitude, role perception)
9. Fellow doctors (general practitioners) do not cooperate in applying the ‘directive or innovation’ . (care provider: group norms, socialisation)	9. Kolleger (operasjonssykepleiere) samarbeider ikke om å innføre " prosedyren eller retningslinjen ". (omsorgsperson: gruppe normer, sosialisering)	9. Medleger (allmennleger) samarbeider ikke i å følge ' direktivet eller innovasjonen '. (omsorgsgiver: gruppenormer, sosialisering)	9. Kolleger (operasjonssykepleiere) samarbeider ikke om å følge ' prosedyren eller retningslinjen '. (omsorgsperson: gruppenormer, sosialisering)	9. Colleagues (operating room nurses) do not cooperate in following «the procedure or the guideline» . (caregiver: group norms, socialization)
10. Other doctors or assistants do not cooperate in applying the ‘directive or innovation’ . (care provider: group norms, socialisation)	10. Andre i det kirurgiske team samarbeider ikke om å anvende " prosedyren eller retningslinjen ". (omsorgsperson: gruppe normer, sosialisering)	10. Andre leger eller assistenter samarbeider ikke i å følge ' direktivet eller innovasjonen '. (omsorgsgiver: gruppenormer, sosialisering)	10. Andre i det kirurgiske teamet samarbeider ikke om å følge ' prosedyren eller retningslinjen '. (profesjonsutøver: gruppenormer, sosialisering)	10. Others in the surgical team do not cooperate in following «the procedure or the guideline» . (caregiver: group norms, socialization)
11. Managers/directors do not cooperate in applying the ‘directive or innovation’ . (care provider: group norms, socialisation)	11. Ledelsen medvirker ikke til at " prosedyren eller retningslinjen " følges. (omsorgsperson: gruppe normer, sosialisering)	11. Ledere/direktører samarbeider ikke i å følge ' direktivet eller innovasjonen '. (omsorgsgiver: gruppenormer, sosialisering)	11. Ledelsen samarbeider ikke om å følge ' prosedyren eller retningslinjen '. (profesjonsutøver: gruppenormer, sosialisering)	11. The leaders do not cooperate in following «the procedure or the guideline» . (caregiver: group norms, socialization)

12. Patients do not cooperate in applying the ‘directive or innovation’ . (patient: motivation to change)	12. Pasientene samarbeider ikke i bruk av "prosedyren eller retningslinjen" . (pasient: motivasjon til å endre)	12. Pasienter samarbeider ikke i å følge 'direktivet eller innovasjonen' . (pasient: motivasjon for endring)	12. Pasientene samarbeider ikke om å følge 'prosedyren eller retningslinjen' . (pasient: motivasjon til å endre)	12. Patients do not cooperate in following «the procedure or the guideline» . (patient-motivation to change)
13. Working to the ‘directive or innovation’ is too time consuming. (innovation: time investment)	13. Å følge "prosedyren eller retningslinjen" er for tidkrevende. (innovasjon: tidsinvestering)	13. Å arbeide i henhold til 'direktivet eller innovasjonen' er for tidkrevende (innovasjon: tidsinvestering)	13. Å følge 'prosedyren eller retningslinjen' er for tidkrevende. (innovasjon: tidsinvestering)	13. Following «the procedure or the guideline» is too time consuming. (innovation: time investment)
14. The ‘directive or innovation’ does not fit into my ways of working at my practice. (innovation: compatibility)	14. "Prosedyren eller retningslinjen" passer ikke inn i min måte å arbeide på i praksis. (innovasjon: kompatibilitet)	14. 'Direktivet eller innovasjonen' passer ikke inn i måten jeg jobber i praksisen min. (innovasjon: kompatibilitet)	14. 'Prosedyren eller retningslinjen' passer ikke inn i min måte å arbeide på i praksis. (innovasjon: kompatibilitet)	14. «The procedure or the guideline» does not fit in with my way of working in practice. (innovation: compatibility)
15. Working according to this ‘directive or innovation’ requires financial compensation. (context: reimbursement, insurance system)	15. Arbeid i henhold til denne "prosedyren eller retningslinjen" krever økonomisk kompensasjon. (kontekst: refusjon, forsikringssystem)	15. Å arbeide i henhold til 'direktivet eller innovasjonen' krever finansiell kompensasjon. (kontekst: tilbakebetaling, forsikringssystem)	15. Å følge denne 'prosedyren eller retningslinjen' forutsetter økonomisk kompensasjon. (kontekst: refusjon, forsikringssystem)	15. Following this «procedure or guideline» presupposes economic compensation. (context: compensation, insurance system)

16. The lay-out of this 'directive or innovation' makes it handy for use. (innovation: attractiveness)	16. Utformingen av denne "prosedyren eller retningslinjen" gjør den praktisk anvendbar. (innovasjon: attraktivitet)	16. Oppsettet av 'direktivet eller innovasjonen' gjør det hendig å bruke. (innovasjon: attraktivitet)	16. Utformingen av denne 'prosedyren eller retningslinjen' gjør den praktisk å bruke. (innovasjon: attraktivitet)	16. The design of this «procedure or guideline» makes it practical to use. (innovation: attractiveness)
Barriers and facilitators for implementation – preventive care	Hemmende og fremmende faktorer for implementering - forebyggende helsearbeid	Hindringer og tilretteleggelser for gjennomføring - forebyggende omsorg	Hemmende og fremmende faktorer for implementering - forebyggende del	Inhibitory and facilitating factors for implementation-preventive part
Following a couple of questions about implementation of preventive care.	Nå kommer noen spørsmål om implementering av forebyggende helsearbeid.	Følgende et par spørsmål om implementering av forebyggende omsorg.	Videre kommer noen påstander om gjennomføring av forebyggingstiltak.	The following are assertions about carrying out preventive measures.
It is difficult to give preventive care ...	Det er vanskelig å arbeide forebyggende ...	Det er vanskelig å gi forebyggende omsorg...	Det er vanskelig å arbeide forebyggende ...	It is difficult to work preventively...
17. ... if there is not enough supportive staff. (context: supportive staff)	17. ... hvis det ikke er nok støttende kolleger. (kontekst: støttende stab)	17. ...hvis der ikke er tilstrekkelig støttende personale. (kontekst: støttende personale)	17. ... hvis det ikke er nok støtte fra kolleger. (kontekst: støttende kolleger)	17... if there is not enough support from colleagues. (context: supportive colleagues)

18. ... if instruments needed are not available. (context: facilities)	18. ... hvis nødvendige tilrettelegging mangler. (kontekst: fasiliteter)	18. ...hvis nødvendige instrumenter ikke er tilgjengelige. (kontekst: fasiliteter)	18. ... hvis praktisk tilrettelegging mangler. (kontekst: fasiliteter)	18... if practical facilitation is missing. (context: facilities)
19. ... because the timing of the preventative care is awkward. (context: opening hours of practice)	19. ... fordi timingen av de forebyggende tiltak er upraktisk . (kontekst: åpningstid for praksis)	19. ...fordi timingen av forebyggende omsorg er klønete. (kontekst: åpningstider)	19. ... fordi tidspunkt for forebyggende tiltak er upraktisk. (kontekst: åpningstid for praksis)	19... because the timing for preventive measures is not practical. (context: opening time for practice)
20. ... if physical space is lacking (e.d. consulting room). (context: practice building)	20. ... hvis det mangler fysisk plass (f.eks. Konsulentrom). (kontekst: praksisbygging)	20. ...hvis fysisk plass mangler (f.eks. Konsultasjonsrom). (kontekst: praksisbygning)	20. ... hvis det mangler fasiliteter (f.eks. Konsultasjonsrom). (kontekst: lokaler)	20... if facilities are lacking (e.g. consultation room). (context: premises)
21. ... because I am not trained in giving preventative care. (care provider: education)	21. ... fordi jeg ikke er opplært i å arbeide forebyggende. (omsorgsperson: utdanning)	21. ...fordi jeg ikke er opplært I å gi forebyggende omsorg (omsorgsgiver: utdanning)	21. ... fordi jeg ikke er opplært i å arbeide forebyggende. (omsorgsperson: utdanning)	21... because I have not been trained to work preventively. (caregiver: education)
22. ... because I have not been involved in setting up the preventative care. (care provider: involvement)	22. ... fordi jeg ikke har vært involvert i utarbeidelsen av de forebyggende tiltakene.	22. ...fordi jeg ikke har vært involvert I å sette opp forebyggende omsorg. (omsorgsgiver: involvering)	22. ... fordi jeg ikke har vært involvert i arbeidet med å utarbeide de forebyggende tiltakene	22... because I have not been involved in the work of developing the preventive measures. (caregiver: involvement)

	(omsorgsperson: engasjement)		(profesjonsutøver: engasjement)	
23. ... to patients with a different cultural background. (patient: ethnicity)	23. ... til pasienter med en annen kulturell bakgrunn. (pasient: etnisitet)	23. ...til pasienter med annen kulturell bakgrunn. (pasient: etnisitet)	23. ...til pasienter med annen kulturell bakgrunn. (pasient: etnisitet)	23...for patients of another cultural background. (patient: ethnicity)
24. ... to patients who seem healthy. (patient: health status)	24. ... til pasienter som virker sunne. (pasient: helse status)	24. ...til pasienter som virker friske. (pasient: helsestatus)	24. ...til pasienter som virker friske. (pasient: helsestatus)	24... for patients who seem healthy. (patient: health status)
25. ... to patients with a low socio-economic status. (patient: financial situation, economic status)	25. ... til pasienter med lav sosioøkonomisk status. (pasient: økonomisk situasjon, økonomisk status)	25. ...til pasienter med lav sosioøkonomisk status (pasient: økonomisk situasjon, økonomisk status)	25. ...til pasienter med lav sosioøkonomisk status (pasient: økonomisk situasjon, økonomisk status)	25... for patients with low socioeconomic status. (patient:economic situation, economic status)
26. ... to older patients (60+). (patient: age)	26. ... til eldre pasienter (60+). (pasient: alder)	26. ...til eldre pasienter (60+). (pasient: alder)	26. ...til eldre pasienter (60+). (pasient: alder)	26... for older patients (60+). (patient: age)
27. ... to patients rarely visiting the practice. (patient: number of patient contacts)	27. ... til pasientene som sjelden trenger behandling. (pasient: antall pasientkontakter)	27. ...til pasienter som sjelden besøker praksisen. (pasient: antall pasientkontakter)	27. ... til pasienter som sjelden kommer til behandling. (pasient: antall pasientkontakter)	27... with patients who seldom come to treatment. (patient: number of patient contacts)



Randi Andenæs
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 08.03.2018

Vår ref: 59532 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.02.2018.

Meldingen gjelder prosjektet:

59532	<i>Fra prosedyre til praksis - en spørreundersøkelse blant operasjonssykepleiere for å kartlegge og beskrive hemmende og fremmende faktorer i innvirkning på implementering av prosedyre.</i>
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Randi Andenæs
Student	Kristin Haram

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Høgskolen i Oslo og Akershus sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Høgskolen i Oslo og Akershus er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 30.06.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / Siri.Myklebust@nsd.no