

«Postoperativt delirium – Hvordan opplever operasjonssykepleiere sin egen kunnskap og erfaring i arbeidet med forebygging av postoperativt delirium?».

En masteroppgave av Christiane Johannessen & Madelen Engsmyr.  
I emnet HOVMFEL40721 masterstudium i klinisk sykepleie – operasjonssykepleie.

Kandidatnummer: 1901 & 1902

Fakultet for helse, velferd og organisasjon.

Dato: 09.06.2023



## Sammendrag

**Tittel:** Postoperativt delirium – hvordan opplever operasjonssykepleiere sin egen kunnskap og erfaringer i arbeidet med forebygging av postoperativt delirium?

**Introduksjon:** Eldre som pasientgruppe har en betydelig risiko for utvikling av delirium, og dette er en problemstilling vi møter i utøvelse av spesialsykepleie. I Norge rammes cirka 9000 personer av hoftebrudd hvert år, og eldre pasienter innlagt med hoftebrudd har 50% sjanse for å utvikle delirium enten pre-, per- eller postoperativt. En tilsynsmelding fra 2010 viser at eldre operasjonsspasienter trenger mer helhetlig pleie enn yngre, sprekere pasienter. Tidlig intervensjon for å møte aldersrelaterte begrensinger og risikofaktorer kan redusere forekomsten av alvorlige komplikasjoner som postoperativt delirium.

**Hensikt:** Å undersøke hvordan operasjonssykepleiere opplever sin egen kunnskap og erfaringer i arbeidet med forebygging av postoperativt delirium i operasjonsavdelingen.

**Metode:** Kvalitativt metodedesign med foksugruppeintervjuer.

**Resultat:** Flertallet av informantene rangerte sin kunnskap om forebygging av delirium som lav. Likevel hadde de inngående kunnskaper om risikofaktorer og forebyggende tiltak i operasjonsavdelingen. Informantene påpekte et lavt fokus rundt temaet i operasjonsavdelingen, men var åpne for å øke bevisstheten rundt postoperativt delirium samt bli mer bevisst på forebyggende tiltak.

**Konklusjon:** Operasjonssykepleierne i studien rangerte sin kompetanse som lav, til tross for at de innehadde gode kunnskaper om forebygging av postoperativt delirium. Denne kunnskapen viste seg som forebygging av hypotermi, skjerming, fokus på knivtid og å utføre individtilpasset operasjonssykepleie. Studien viser at operasjonssykepleierne innehar mye kompetanse om forebygging av postoperativt delirium, men at de ikke bevisst arbeider forebyggende mot dette i operasjonsavdelingen.

**Nøkkelord:** Postoperativt, delirium, operasjonssykepleie, forebygging, eldre, hoftebrudd, kunnskap.

## Abstract

**Title:** Postoperative delirium – how does the operative theatre nurses see their own knowledge and experience in working with prevention of postoperative delirium?

**Introduction:** The elderly population, who are at significant risk of developing delirium, is a challenging issue encountered in the practice of specialized nursing. In Norway, approximately 9,000 individuals experience hip fractures each year, and elderly patients admitted with hip fractures have a 50% chance of developing delirium either pre-, peri-, or postoperatively. A supervisory report from 2010 indicates that older surgical patients require more comprehensive care. Early intervention to address age-related limitations and risk factors can reduce the incidence of complications such as postoperative delirium.

**Aim:** The aim of this study is to examine the knowledge and experiences among operative theatre nurses according to prevention of postoperative delirium

**Method:** A qualitative study based on two semi-structured group interviews.

**Result:** The majority of the operative theatre nurses classified their knowledge according to the prevention work of postoperative delirium as low on a scale from 1 to 10. Nevertheless, they had detailed knowledge about both the risk factors and preventive interventions. The operative theatre nurses included in the study stated that the focus attached to prevention of postoperative delirium is low, but they were all positive to amplify the awareness.

**Conclusion:** The operative theatre studies included in this study showed detailed knowledge according to the prevention work of postoperative delirium. This knowledge proved itself as prevention of hypothermia, patient shielding, knife to skin time, and performing individually adapted surgical nursing.

**Key words:** Knowledge, postoperative delirium, prevention, hip fracture, elderly, operative theatre nurse.

## Innholdsfortegnelse

|                                                                              |           |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Forord .....</b>                                                          | <b>6</b>  |
| <b>1.0 Introduksjon .....</b>                                                | <b>7</b>  |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema .....                                          | 7         |
| 1.2 Tidligere forskning .....                                                | 9         |
| 1.3 Presentasjon av hensikt og problemstilling .....                         | 10        |
| 1.4 Avgrensing .....                                                         | 11        |
| <b>2.0 Redegjørelse for sentrale begreper og teoretiske perspektiv .....</b> | <b>12</b> |
| 2.1 Operasjonssykepleiefaglig relevans .....                                 | 12        |
| 2.2 Delirium .....                                                           | 13        |
| 2.4 Den eldre, kirurgiske pasienten .....                                    | 13        |
| 2.4.1 Delirium hos den eldre kirurgiske pasienten .....                      | 14        |
| <b>3.0 Metode .....</b>                                                      | <b>16</b> |
| 3.1 Forskningsmetode, og det å arbeide forskningsrelatert .....              | 16        |
| 3.2 Valg av kvalitativ metode .....                                          | 16        |
| 3.2.1 For forståelse .....                                                   | 17        |
| 3.4 Intervjuguide .....                                                      | 18        |
| 3.5 Utvalg og rekruttering .....                                             | 19        |
| 3.7 Gjennomføring av intervjuene .....                                       | 20        |
| <b>4.0 Dataanalyse .....</b>                                                 | <b>22</b> |
| 4.1 Ethiske overveielser .....                                               | 27        |
| 4.1.1 Informasjon, frivillighet og samtykke .....                            | 27        |
| 4.1.2 Anonymisering .....                                                    | 27        |
| 4.1.3 Oppbevaring av data .....                                              | 28        |
| <b>5.0 Resultater .....</b>                                                  | <b>29</b> |
| 5.1 Ivaretagelse av den sårbare pasienten .....                              | 29        |
| 5.2 Forebyggende arbeid og tiltak i operasjonsvirksomheten .....             | 30        |
| 5.3 Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet .....                           | 32        |
| <b>6.0 Diskusjon .....</b>                                                   | <b>35</b> |
| <b>6.1 Diskusjon av resultater .....</b>                                     | <b>35</b> |
| 6.1.1 Ivaretagelse av den sårbare pasienten .....                            | 35        |
| 6.1.2 Forebyggende arbeid og tiltak i operasjonsvirksomheten .....           | 38        |
| 6.1.3 Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet .....                         | 42        |
| <b>6.2 Metodediskusjon .....</b>                                             | <b>45</b> |
| 6.2.1 Valg av metodedesign og utvalg .....                                   | 45        |
| 6.2.2 Studiens kvalitetsvurderinger .....                                    | 47        |
| <b>7.0 Konklusjon .....</b>                                                  | <b>51</b> |
| <b>Referanseliste .....</b>                                                  | <b>52</b> |

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| <b>Vedlegg 1 .....</b> | <b>57</b> |
| <b>Vedlegg 2 .....</b> | <b>59</b> |
| <b>Vedlegg 3 .....</b> | <b>62</b> |
| <b>Vedlegg 4 .....</b> | <b>64</b> |
| <b>Vedlegg 5 .....</b> | <b>65</b> |

## Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven startet allerede våren 2021 da vi skrev avsluttende hovedoppgave på videreutdanningen. Da valgte vi tema for oppgaven, formulerte en foreløpig problemstilling samt gjorde et stort litteratursøk. En del av denne hovedoppgaven fungerte som kappe for denne masteroppgaven. Vi har derfor arbeidet med denne oppgaven, og dette temaet, i noe som føles som en evighet. Til tross for et spennende tema, og ikke minst spennende funn, skal vi ikke legge skjul på at det blir godt å få studien litt på avstand nå.

Vi ønsker å rette en takk til Høgskolen i Østfold for å ha gitt oss mulighet til å få innpass på dette masterstudiet. Takk til Astrid Wevling for god veiledning og engasjement. Du har holdt motet oppe når vi ikke har klart det selv.

Takk til familie, samboere og medstudenter for støtte og tidvis «tough love». Ikke minst, en stor takk til oss selv. Vi er veldig stolte av hva vi har klart å utrette ved siden av 100% stilling i et helt nytt yrke. Nå gleder vi oss til den nye hverdagen som kun operasjonssykepleiere, og ikke både operasjonssykepleiere og studenter.

God fornøyelse,

Med hilsen fra Christiane Johannessen og Madelèn Engsmyhr.

## 1.0 Introduksjon

I Norge rammes cirka 9000 voksne personer av hoftebrudd årlig, og risikoen øker med alderen. Eldre pasienter innlagt med hoftebrudd har 50 % sjanse for å utvikle delirium enten pre-, per- eller postoperativt (Folkehelseinstituttet, 2016; Engedal & Haugen, 2018, s. 156). Utvikling og forekomst av delirium assosieres med økt risiko for pasientskade, dårlig prognose og økt mortalitet (Helsebiblioteket, 2016). Eksempler på risikofaktorer for utvikling av postoperativt delirium er komorbiditet, lavt aktivitetsnivå, allerede etablert kognitiv svikt og/eller demens, polyfarmasi og traumet som hoftebruddet medfører.

Studier viser at antall hoftebrudd er synkende her i landet, men Norge ligger fortsatt på verdenstoppen (Søgaard, 2016). Pasienter med hoftebrudd har en gjennomsnittsalder på 80 år, og flere har sammensatte lidelser. En stor andel av disse pasientene må derfor optimaliseres før operasjon i form av væsketilførsel og optimalisering av ernæring (Sneppen et al., 2014, s. 565). Samlet er eldre en svært sårbar pasientgruppe som det er viktig å ha god kjennskap til som operasjonssykepleier (Hansen, 2018, s. 83).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt å skrive om operasjonssykepleiernes kunnskaper og erfaring om forebygging av postoperativt delirium i operasjonsavdelingen. Dette på bakgrunn av at eldre som pasientgruppe med en betydelig risiko for å utvikle delirium er en problemstilling vi møter i utøvelse av operasjonssykepleie. En tilsynsmelding fra 2010 fastslår at flere sykehus ikke har en bred nok tilnærming når det gjelder behandlingen av eldre, skrøpelige pasienter. Utvikling av delirium er et av temaene tilsynsmeldingen har satt søkelys på. Den viser at eldre operasjonspasienter trenger mer helhetlig behandling og tilnærming enn yngre, sprekere pasienter. Fokuset må være på pasienten som en helhet, og ikke bare på en spesifikk diagnose eller et enkelt organsystem. Pasienter som flyttes til operasjonsavdelingen kan allerede være i utvikling av delirium (Helsetilsynet, 2013).

Kirurgiske inngrep kan gi alvorlige konsekvenser for den eldre pasienten. Tidlig intervensjon ved å møte aldersrelaterte begrensinger og risikofaktorer kan redusere forekomsten av komplikasjoner (Hansen, 2018, s. 84). En systematisk metaanalyse publisert i 2021 viser at risikofaktorer som serumkonsentrasjon av hemoglobin, dårlig ernæringsstatus, bruk av høreapparat og medisinsk komorbiditet kan bidra til utvikling av postoperativt delirium. Studien viser også at hoftebruddet i seg selv er en risikofaktor. Dette viser at behovet for

kunnskap om denne pasientgruppen er økende. Studien konkluderer med at forebyggende strategier bør iverksettes for å forebygge postoperativt delirium hos eldre pasienter. Forfatterne trekker også frem at postoperativt delirium kan gi gjennomsnittlig 1,3 dager lenger sykehusopphold hvilket viser et samfunnsøkonomisk behov (Yang et al., 2021, s.1497-1503).

En hoftebruddspasient må forholde seg til mange ulike fagpersoner ved flere avdelinger på sykehuset. Psykologiske og miljømessige forstyrrelser som pasientene kan oppleve under sykehusoppholdet kan føre til økt produksjon av stresshormonet kortisol. I kombinasjon med de fysiske risikofaktorene kan dette bidra til utvikling av delirium (Stubberud, 2020, s. 215). Utvikling av delirium assosieres med risiko for pasientskade, dårlig prognose og økt mortalitet. Helsebibliotekets fagprosedyre om forebygging, diagnostikk og behandling av delirium viser at pasienter i delirium kan ha redusert innsikt i egen tilstand og kan motsette seg behandling og pleie. Prosedyren beskriver tiltak for å forebygge, identifisere, diagnostisere og behandle voksne pasienter innlagt i sykehus. Pasienter i risikogruppen beskrives som de med alder over 65 år, de som gjennomgår alvorlig sykdom og de med hoftebrudd. Pasienter med kognitiv svikt eller allerede etablert demens fremheves. Videre beskriver prosedyren at alle risikopasienter som legges inn på sykehus bør screenes med et kartleggingsverktøy (Helsebiblioteket, 2016). Pasienter som er under utvikling av delirium trenger ro, og må skjermes for støy og mange sanseinntrykk (Stubberud, 2015, s.282). Den pre-operative tiden ansees som viktig når det gjelder hoftebrudd. Hvis tiden før pasienten blir operert overstiger 48 timer øker sannsynligheten for dødelighet og utvikling av postoperativt delirium. Internasjonale retningslinjer anbefaler at pasientene blir operert innen 24 timer. Årsaker til at pasientene må vente på operasjon kan være organisatoriske eller medisinske (Helsetilsynet, 2010). Ytterligere kirurgiske forsinkelser som lenger knivtid og økt liggetid på operasjonsbordet gir høyere risiko for å utvikle delirium (Juliebø et al., 2009., s.1355). Ettersom forekomsten av postoperativt delirium er betydelig høy hos eldre hoftebruddspasienter er det viktig at operasjonssykepleiere innehar kunnskap om hvordan dette forebygges samt hvilke tiltak som kan iverksettes. En studie fra 2013 viser at sykepleieres kunnskap om forebygging av delirium er høy, men at faktorer som tid og begrenset bemanning spiller inn. Studien trekker frem at god samhandling, gjentagende informasjon og omsorg kan lindre symptomer eller snu utviklingen hos en pasient som er

på vei inn i en forvirringstilstand (Bøyum, 2013, s. 215). Faglig forsvarlig sykepleie ansees å være en viktig faktor i forebyggelse av postoperativt delirium. Operasjonssykepleieren skal ha kompetanse til å observere og vurdere tilstanden hos pasienten. Det anbefales at avdelingen lager prosedyrer for forebyggelse eller behandling av delirium. Helhetlig sykepleie er en viktig faktor, og det kan motvirke de fysiske, psykiske og miljømessige faktorene som kan utløse tilstanden (Stubberud, 2015, s.276-277).

## **1.2 Tidligere forskning**

I løpet av høsten 2022 benyttet vi bibliotekar for å gjøre et grundig artikkelsøk i aktuelle databaser innenfor medisin og sykepleie samt fritekstsøk for å finne aktuell og allerede eksisterende forskning på tema. Betydelig forskning har blitt gjort på området postoperativt delirium som belyser temaet fra flere sider og fra ulike helseprofesjoner. Mye av denne forskningen er verdifull for-, og overførbar til operasjonssykepleie. Gjennom litteratursøk har vi avdekket flere risikofaktorer som predisponerer for postoperativt delirium, blant annet høy alder, polyfarmasi, hyponatremi, komorbiditet og underernæring (Yang et al., 2021, s. 1493-1506). Samtidig kan tid fra skade til kirurgi, og lengden på operasjonen være avgjørende for pasienten. Risikoen for utvikling av postoperativt delirium øker med 6 % for hver halvtime pasienten er under anestesi (White et al., 2021, s. 2169-2177). Bruk av pårørende kan også være en nyttig ressurs for den sårbare, eldre pasientgruppen (Bøyum, 2013, s. 210-217). En studie publisert i International Journal of Geriatric Psychiatry fremhever de negative konsekvensene ved delirium. Den beskriver konsekvenser for pasienten, pasientens pårørende og ansvarlig pleiepersonell, og at mange av pasientene som gjennomgår delirium husker dette i ettertid. Dette er igjen en stor stressfaktor for pasient, pårørende og pleiepersonell. Utvikling av delirium kan ha sammenheng med utvikling av angst og depresjon i etterkant av sykdomsforløpet, men dette bør forskes mer på. Personell som jobber med pasienter som er i risikogruppen for utvikling av delirium bør få opplæring i tilstanden, og ha god kunnskap om hvordan det kan forebygges (Partridge et al., 2012, s. 804-812). Studien påpeker også at aktuelt personell skal ha kjennskap til hvordan man kan minimere stress rundt pasienten og deres pårørende. Å ha ansvar for en pasient med delirium kan være utfordrende og det krever ofte ekstra ressurser. Artikkelen fremhever at 73 % av pleiepersonell som hadde ansvar for delirumpasienter opplevde det som stressende. Å få en bedre innsikt i hvordan delirium

oppleves for pasienten og hvilke psykologiske konsekvenser det fører med seg kan gi opphav til nye metoder for forebygging og pleie til disse pasientene (Partridge et al., 2012, s. 804-812).

En studie utført på ortopedisk avdeling i 2020 ønsket å studere effekten av et peroperativt forebyggingsprogram for delirium gjennom intervensjoner som: preoperativ oksygenterapi, overvåkning av temperatur, opprettholdelse av adekvat sirkulasjon, og tilstrekkelig smertelindring og søvn postoperativt. Resultatene i denne studien viser at et slikt program hadde positiv effekt på forebygging og minimering av antall tilfeller av postoperativt delirium. Studien viser også betydningen av at operasjonspersonell og helsepersonell generelt har tilstrekkelig kunnskap om delirium og hvordan dette kan forebygges. Avslutningsvis understrekes de at intervensjonene ikke kortet ned forløpet hos de som allerede hadde utviklet tilstanden (Zhao & Yuan, 2022, s. 154-163).

Gjennom artikkelsøk reflekterte vi over hva vår studie kan tilføre forskningsfeltet. Vår erfaring fra praksis er at operasjonssykepleiere har liten tid med pasienten fra pasienten ankommer operasjonsavdelingen til pasienten er under anestesi. Det er gjort flere studier relatert til postoperativt delirium fra et anestesifaglig- og intensivfaglig perspektiv. Et betydelig færre antall studier ble funnet som belyser tematikken fra et operasjonssykepleiefaglig perspektiv. Dette er noe vi ønsker å sette fokus på, og tilføre forskningsfeltet med vår masteroppgave.

### **1.3 Presentasjon av hensikt og problemstilling**

Hensikten med masteroppgaven er å undersøke hvordan operasjonssykepleiere opplever sin egen kunnskap og erfaringer om postoperativt delirium i det perioperative møtet. Det perioperative møtet defineres som tidspunktet pasienten ankommer operasjonsavdelingen og til pasienten forlater operasjonsavdelingen.

Vi har valgt følgende problemstilling for studien: «Hvordan opplever operasjonssykepleiere sin egen kunnskap og erfaringer i arbeidet med forebygging av postoperativt delirium?».

## **1.4 Avgrensing**

Oppgaven avgrenses til eldre hoftebruddspasienter som kommer inn som øyeblikkelig hjelp fordi dette er den mest utsatte gruppen for utvikling av postoperativt delirium (Engedal & Haugen, 2018, s. 156)

## **2.0 Redegjørelse for sentrale begreper og teoretiske perspektiv**

### **2.1 Operasjonssykepleiefaglig relevans**

Operasjonssykepleieren skal ivareta pasientsikkerheten ved å forebygge ytterligere skade og lidelse. Vi skal kartlegge og vurdere pasientens behov ut ifra ressurser, risiko og problemer og møte pasienten med respekt (NSFLOS, 2015). Dette betyr at operasjonssykepleieren skal identifisere de risikofaktorer pasienten har for utvikling av postoperativt delirium, og iverksette tiltak for å hindre ytterligere skade.

Operasjonspasienten kan ha andre sykdommer eller tilstander i tillegg til den kirurgiske diagnosen. Aldersbetingede forandringer som nedsatt syn og hørsel, og forandringer i nervesystemet som reduserer korttidsminnet kan påvirke evnen til å motta og forstå informasjon perioperativt (Hansen, 2018, s. 84). Operasjonspasienten og deres pårørende er operasjonssykepleieres målgruppe. Forekomst av sykdom stiger med økende alder, og eldre menneskers symptomer vil ofte være preget av nedsatt funksjon og funksjonssvikt (Hansen, 2018, s. 83-84). For å arbeide forebyggende og individuelt skal vi innhente informasjon om pasienten, og denne kartleggingen tar utgangspunkt i operasjonssykepleiernes avanserte kunnskap om anatomi, fysiologi, sykdom og aldringsprosesser (NSFLOS, 2015). Operasjonssykepleieres kunnskaper omfatter også prosedyrer og ikke-tekniske ferdigheter som relasjonsbygging og kommunikasjon. Samlet bidrar disse kunnskapene til ivaretagelse av pasientsikkerheten, og pasientbehandlingen kan skreddersys (Von Vogelsang et al., 2019, s. 495-502).

Operasjonssykepleiere har en sentral rolle i arbeidet med å koordinere og organisere driften av den operative virksomheten. Samtidig skal pasientens behov for sykepleie ivaretas før, under og etter inngrepet (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005, s.5). På den måten har operasjonssykepleieren en viktig rolle for organiseringen av operasjonsavdelingen samt ivaretagelse av pasient og pasientsikkerheten.

## **2.2 Delirium**

Delirium kjennetegnes ved at pasientene ikke vet hvem de er, hvor de er eller hva sykepleieren gjør for å hjelpe dem (Hansen, 2018, s. 124). Det finnes tre typer delirium. Hypoaktivt delirium er preget av symptomer som nedsatt bevissthet og sløvhet, få spontane bevegelser og et tregere bevegelsesmønster enn normalt. Hyperaktivt delirium er det motsatte med motorisk uro, plukking, drag i kateterslange, verbal uro og agitasjon. Den siste formen er blandet delirium. Det betyr at symptomene veksler mellom hypo- og hyperaktivt delirium. Samlet er delirium en akutt kognitiv endring som er en direkte konsekvens av en medisinsk tilstand eller ytre påvirkning. Et delirium vil ofte gå tilbake av seg selv når den utløsende årsaken behandles (Engedal & Haugen, 2018, s. 153-154). I vår studie skiller vi ikke mellom disse tre tilstandene.

Delirium er en forstyrrelse av cerebrale funksjoner. Dette kan gi redusert oppmerksomhet og konsentrasjon (Ranhoff, 2003, s. 246). Fysiske og psykiske belastninger pasienten opplever ved akutt eller kritisk sykdom kan føre til denne akutte forvirringstilstanden. Tilstanden forekommer ofte etter kirurgi (Stubberud, 2015, s. 90). Det er tre viktige kliniske forskjeller som skiller delirium fra demens. Den første forskjellen er at ved delirium oppstår den kognitive svikten raskt. I motsetning til demens som opptrer langsomt, kan delirium utvikle seg fra timer til døgn. Den andre forskjellen er at symptomene ved delirium kan variere, men ved demens er de mer konstante. Den tredje forskjellen mellom delirium og demens er at delirium er en forstyrrelse av våkenhet, oppmerksomhet og klarhet, og slike forstyrrelser oppstår ikke ved demens (Wyller, 2020, s.296). Ved en kort interaksjon mellom pasienten og operasjonssykepleieren kan det være vanskelig å vite om pasienten er forvirret fra tidligere eller om dette er nyoppstått. Derfor kan det være utfordrende å gjøre en vurdering.

## **2.4 Den eldre, kirurgiske pasienten**

WHO definerer mennesker mellom 60 og 75 år som eldre, og mennesker over 75 år som gamle. Den eldre operasjonspasienten kan være preget av nedsatt funksjon i tillegg til den kirurgiske diagnosen. Å gjennomgå kirurgi kan være belastende, og kan gi alvorlige konsekvenser for den eldre operasjonspasienten. Derfor er det viktig å vite hvordan en på best mulig vis kan håndtere og behandle denne pasientgruppen (Hansen, 2018, s. 83- 84).

Hoftebrudd er en fellesbetegnelse for brudd som sitter i øvre del av lårbeinet, og brudd som sitter nedenfor lårhalsen. Behandlingen av disse er forskjellig, men hoftebrudd hos eldre skal alltid opereres. Forekomsten av postoperativt delirium etter hoftebrudd er mellom 40 % og 50 %. Noen av disse pasientene utvikler delirium allerede preoperativt. Størrelsen på inngrepet i kombinasjon med høy sårbarhet hos pasientene øker risikoen for utvikling av postoperativt delirium. Dette kan forklare hvorfor hyppigheten av postoperativt delirium etter hoftebrudd er så høy (Wyller, 2020, s. 299). Ettersom de fleste pasientene med denne typen skade er eldre skrøpelige med høy fallfare, kroniske sykdommer og kognitiv svikt er det ved enkelte helseinstitusjoner utviklet egne enheter for eldre med brudd. Disse avdelingene kalles ortogeriatriske avdelinger. Det foreligger god dokumentasjon på at eldre med hoftebrudd som behandles i slike avdelinger gir bedre resultat når det gjelder mobilitet, daglig funksjonsstatus og overlevelse (Ranhoff et al., 2020, s.528).

#### **2.4.1 Delirium hos den eldre kirurgiske pasienten**

The American journal of Surgery publiserte i 2014 en artikkel som tok for seg forekomst av delirium og risikofaktorer hos den eldre operasjonspasienten. Den viser at hoftebrudd og stor hjertekirurgi er de tilstandene som oftest fører med seg postoperativt delirium. Studien inkluderte 209 pasienter og forekomsten av delirium hos disse var 16,9 %. Den viser at forekomsten av delirium var betydelig høyere hos pasienter som trengte øyeblikkelig hjelp (23,2 %) kontra de som ble operert elektivt (7 %). Forfatterne konkluderer med at demens og kognitiv svikt sammen med urinkateter og høye infeksjonsmarkører er viktige risikofaktorer for utvikling av postoperativt delirium (M.M de Castro et al., 2014, s. 26-32). Eldre med aldersbetingede forandringer i sentralnervesystemet kan påvirke deres evne til å motta og forstå informasjon som blir gitt perioperativt. Sett i sammenheng med svekkelse av normale fysiologiske prosesser og sanser, kan dette gi økt risiko for forvirringstilstander og delirium. Tidlig intervensjon ved å planlegge og møte pasienten og deres aldersrelaterte begrensninger kan redusere forekomsten av mulige komplikasjoner. Dette skal gjøres i samråd med anestesisykepleiere og det kirurgiske teamet (Hansen, 2018, s. 84). Ved hoftebrudd er regionalanestesi hyppigst brukt. Disse blokadene er godt egnet for inngrep i ekstremiteter. Regionalanestesi omfavner sentrale og perifere nerveblokader. På den måten tillater det pasienten å være våken under inngrepet. Anestesisykepleier kan

supplere med beroligende medikamenter som gjør at pasienten slapper av under inngrepet (Bjørnstad & Halstensen, 2021, s. 260-261). Urinretensjon hos pasienten uten smertesymptomer er en vanlig komplikasjon til spinalanestesi, og det er ofte nødvendig med blærekateterisering. Urinkateteret bør fjernes så tidlig som mulig postoperativt (Legemiddelhåndboka, 2020).

## **3.0 Metode**

Dette kapittelet fremstiller de metodiske valgene vi har foretatt oss under forskningsprosessen.

### **3.1 Forskningsmetode, og det å arbeide forskningsrelatert**

For å utforske og undersøke en valgt problemstilling i forskningsrelatert arbeid, er det viktig å anvende en passende forskningsmetode. All forskning skal være forankret i relevant teori og empiri (Brottveit & Del Busso., 2018, s. 178-179). Forskningsmetode refererer til teknikken som forskeren bruker for å organisere, samle inn og analysere informasjonen som er relevant for problemstillingen (Polit & Beck, 2021, s. 8). Valg av metode innebærer systematikk, åpenhet og grundighet (Johannessen et al., 2021., s.21). Som studenter og forskere må vi tenke nøye gjennom temavalg for studien. Vi valgte studiedesign basert på hvilken metode som var egnet for å besvare vår problemstilling. Ettersom vi ønsket å undersøke kunnskap og erfaringer hos operasjonssykepleiere var det hensiktsmessig å velge kvalitativ metode. Lovdatas retningslinjer for operasjonssykepleiere sier at operasjonssykepleiere skal kunne anvende og formidle forsknings- eller kvalitetsarbeid for å bidra til utvikling av operasjonssykepleiefaget og helsetjenesten. Dette ønsker vi å bidra med med denne masteroppgaven (Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning, 2022).

### **3.2 Valg av kvalitativ metode**

Litteratursøk viste at det er lite forskning på temaet hvilket gjorde det aktuelt å samle inn data selv. Kvalitativ metode brukes ofte til å undersøke emner det ikke finnes omfattende forskningskunnskap fra tidligere (Malterud, 2017, s. 17). Ettersom vi ønsket å undersøke kunnskap og erfaringer hos operasjonssykepleiere er et utforskende og beskrivende design egnet. Et slikt design kan avdekke mangfold og nyanser fra menneskers erfaring (Malterud, 2012, s. 18-19). Kvalitativ metode brukes for å undersøke og beskrive menneskers opplevelse og erfaringer (Helsebiblioteket, 2016). Metoden bygger på teorier om fortolkning og menneskelig erfaring, hermeneutikk og fenomenologi (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 2009). Det fortolkede paradigme er sentralt og ofte er søkelyset rettet mot informantenes meninger og opplevelser. Samtidig

ønsket vi å ha en induktiv tilnærming som er utforskende og empiridrevet (Tjora, 2021, s. 27)

### **3.2.1 Forforståelse**

Forforståelse handler om at vi som forskere har med oss en eksisterende forforståelse av det aktuelle temaet inn i forskningsprosessen. Denne forforståelsen omfatter våre tidligere erfaringer, og faglig bakgrunn som sykepleiere og operasjonssykepleiere. Ved kvalitative studier er nærhet til feltet en viktig forutsetning. Samtidig er det viktig med en refleksiv tilnærming for å gi de empiriske dataene en analytisk fortolkning (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). I møte med fenomenet vi ønsker å studere, er det unngåelig at vi bringer med oss egne meninger og forutsetninger. I kvalitativ metode blir forskeren betraktet som et eget «instrument», og ifølge Johannessen et al. er det avgjørende at forskeren er bevist sin forforståelse av tema (Johannessen et al., 2021., s.167-173). Vi erkjenner betydningen av å reflektere over vår forforståelse og være åpne for nye perspektiver som kan komme frem gjennom denne forskningsprosessen. I arbeidet med analyse- og tolkningsprosessen er det viktig å være bevist på egen forforståelse. Forskeren må jobbe på en subjektiv og reflektert måte som kan bidra til å sikre en mer åpen og nyansert tolkning av dataene, samt dypere forståelse av enkeltpersoners erfaringer og mening i studien (Johannessen et al., 2021., s.170-171). Dette er et aspekt vi etterstreber.

### **3.3 Fokusgruppeintervju**

Grppesamtaler er hensiktsmessig når forskeren ønsker å fange opp et bredt spekter av synspunkter, holdninger, erfaringer og fortolkninger fremfor detaljert informasjon fra enkeltindividet. De er også godt egnet for å studere informantenes fellesforståelse. Når en deltager forteller om sine erfaringer, kan dette oppmuntre flere deltagere til å fortelle om sine opplevelser. På den måten kan forskeren få i gang en meningsutveksling mellom informantene (Johannessen et al., 2021, s. 126). Metoden kan oppleves mindre truende for deltagerne enn individuelle intervjuer fordi meninger, erfaringer og oppfatninger kan diskuteres i fellesskap. Å samle kvalitative data fra flere deltagere samtidig anses som effektivt og kostnadsbesparende samtidig som informantene føler en trygghet ved å være sammen som en gruppe. Deltakernes oppfordring til hverandre gir mulighet til å få frem ulike aspekter av informantenes opplevelser av felles fenomener, og dette gir metoden en

interessant dimensjon (Tjora, 2021, s. 137-138). Et kvalitativt intervju egner seg for å få frem erfaringer og oppfatninger hos informanten. Ved innsamling av primærdata ansees intervjueren som et viktig instrument til innhenting av empiri (Kvale et al., 2015, s. 108). Fokusgruppeintervjuer gir oss mulighet til å observere samhandlingen mellom informantene, og studere informantenes felles forståelse av tema (Johannessen et al., 2021, s. 126). Samtidig ønsket vi å undersøke erfaringer til deltakerne hvilket peker tilbake på valg av metode. Intervjuene ble strukturert gjennom en semistrukturert intervjuguide. En slik guide tilsier at noe er tilrettelagt på forhånd, og det er et hjelpemiddel som hjelper forskerne til å holde en rød tråd gjennom intervjuene (Johannessen et al., 2021., s.197).

### **3.4 Intervjuguide**

Utviklingen av-, og arbeidet med intervjuguiden ble gjort på bakgrunn av litteratursøk og innhenting relevant litteratur om postoperativt delirium. Vårt mål var å utforme en intervjuguide som var i tråd med den valgte metoden samtidig som den kunne gi oss svar på problemstillingen. En intervjuguide inneholder spørsmålene som fokusgruppeintervjuet skal dekke. Det er viktig at det er en tydelig sammenheng mellom spørsmålene utarbeidet i intervjuguiden og studiens problemstilling. Spørsmålene i en kvalitativ studie skal ha åpne svaralternativer hvor ja/nei-spørsmål er lite egnet for å åpne opp for ny kunnskap (Malterud, 2012, s. 32-33). Intervjuguiden kan være strukturert eller semistrukturert. I tråd med tidligere beslutninger valgte vi å bruke en semistrukturert intervjuguide. Vi ønsket en viss grad av åpenhet under intervjuene, og brukte derfor åpne spørsmål som kunne innlede til diskusjon. Intervjuet skulle være en samtale mellom deltagerne samtidig som det skulle bidra til å starte og opprettholde meningsfulle diskusjoner som kunne besvare problemstillingen. Vi delte opp intervjuene i tre deler med en innledning, hoveddel og avslutning. Vi brukte oppfølgingsspørsmål for å oppmuntre til refleksjon og følge opp svar dersom samtalen stod stille (Johannessen et al., 2021, s. 111-113). Intervjuguide ble godkjent av veileder før bruk. For fullstendig intervjuguide se vedlegg 1.

### 3.5 Utvalg og rekruttering

Arbeidet med å velge ut hvem som skal delta i en undersøkelse er en viktig del i all samfunnsforskning. Begrepene «informant» og «respondent» blir ofte brukt om hverandre om de som deltar i undersøkelsen eller de som blir intervjuet. Da «informant» er det begrepet som refererer til kvalitativ forskning vil dette bli brukt heretter i masteroppgaven (Johannessen et al., 2021, s. 57). Ønskede inklusjonskriterier var operasjonssykepleiere med minimum 2 års erfaring fra operasjonsavdelingen. Vi ønsket informanter med variasjon i kjønn, alder og arbeidserfaring, og primært operasjonssykepleiere som var seksjonert på ortopedisk avdeling ved operasjonsavdelingen. Grunnet drift og turnusarbeid var ikke dette mulig å gjennomføre. Vi endte opp med en gruppe som kun bestod av ortopediske operasjonssykepleiere og en annen gruppe som var blandet mellom seksjonene. De åtte informantene som deltok, hadde variert erfaring både som sykepleier og som operasjonssykepleier. Det var blandet kjønn, men størst andel kvinner som deltok. Gjennomsnittsansiennitet som vanlig sykepleier hos informantene var på litt over 16 år, hvorav den laveste hadde en yrkeserfaring på 2 år og høyeste på 25 år. Gjennomsnittlig arbeidserfaring som operasjonssykepleier hos deltagerne var på 11 år, hvorav den minst erfarne hadde jobbet cirka tre og et halvt år, og den mest erfarne hadde jobbet 24 år. Utvalget av operasjonssykepleiere som informanter var strategisk valgt, fordi vi var ute etter operasjonssykepleieres erfaringer og kunnskaper om forebygging av postoperativt delirium. Dette underbygger et representativt utvalg (Johannessen et al., 2021, s. 275).

Rekrutteringen av informanter foregikk gjennom seksjonsleder ved den aktuelle operasjonsavdelingen. Vi startet med å informere seksjonsleder om vår studie, og vi fremstilte hvilke informanter vi ønsket å ha med i studien ut ifra valgte inklusjonskriterier. Seksjonsleder sendte ut invitasjon til aktuelle informanter. Da disse samtykket til å delta i studien fikk de et informasjonsskriv fra oss med informasjon om studien. Informantene ble tildelt samtykkeskjema og informert muntlig. Vi gav de informasjon om deres rettigheter dersom de ønsket å trekke seg underveis i prosessen. For samtykkeskjema se vedlegg 2.

### 3.7 Gjennomføring av intervjuene

Før gjennomføring av intervjurundene gjennomførte vi et pilotintervju på to tidligere studiekamerater via Zoom. Dette for å styrke intervjuguiden ved eventuelt å endre noe, og dermed øke kvaliteten på datainnsamlingen. Gjennomføring av pilotintervjuet førte til at vi endret to spørsmål på intervjuguiden fordi vi oppdaget at noen av spørsmålene omfattet det samme. Å gjennomføre et pilotintervju var en positiv erfaring hvor vi også fikk mulighet til å utforske rollen som moderator og sekreter, samtidig som vi fikk trening i forskningsintervjuets utførelse. Å teste intervjuguiden var en positiv opplevelse som vi tok med oss inn i de to neste intervjurundene. Intervjuene hadde en varighet på mellom 45 og 60 minutter hver. De ble utført på deltakerens arbeidsplass på et eget rom uten forstyrrelser. Informantene hadde fått utdelt intervjuguiden på forhånd. Vi valgte å dele rollene som moderator og sekretær slik at vi hadde samme rollen i begge intervjuene. Den som har rollen som moderator har som oppgave å styre samtalen mellom deltagerne og påse at den tiden som er avsatt til intervjuet blir brukt hensiktsmessig. Det er viktig at moderator ikke fremstår fordomsfull i forhold til synspunkter informantene oppgir, og den som har denne rollen må være i stand til å lese diskusjonen for å for eksempel oppklare uklare utsagn. En sekretær skal følge med på hva som foregår under fokusgruppeintervjuet. Sekretæren kan notere seg stemning og samhandling mellom informantene, og hendelser som av ulike årsaker ikke kan fanges opp på lydopptaket (Malterud, 2012, s. 65-66). Dette gjorde vi underveis i intervjuene i stikkordsform slik at det var lettere å huske atmosfæren under transkriberingen.

Intervjuene ble tatt opp ved hjelp av båndopptaker lånt ved utdanningsinstitusjonens bibliotek og intervjuene ble transkribert i løpet av en periode på syv dager. Etter transkribering ble filene slettet og båndopptakeren levert tilbake til biblioteket.

Intervjurundene ble gjennomført med to grupper med fire deltagere i hver. Dette ble godkjent av veileder før intervjustrart. Som hovedregel bør fokusgrupper ha mellom seks og tolv deltagere og ha en varighet på mellom en og to timer (Tjora, 2021, s. 138-139). For å gjøre materialet tilgjengelig for analyse må materialet organiseres og sammenfattes til tekst (Malterud, 2017, s. 77). Vi startet transkriberingen kort tid etter intervjurundene, og transkriberte et intervju hver. Det var viktig for oss å gjøre dette umiddelbart etter gjennomføring av intervjuene for å bevare stemningen og være tro mot informantenes

utsagn. Prosessen startet med å lytte til opptakene flere ganger. Dette gjorde vi på bakgrunn av Malteruds teorier om at transkripsjonen på best mulig måte skal ivareta det opprinnelige materialet, og det skal gjenspeile de erfaringer og meninger som ble formidlet og oppfattet under datainnsamlingen. Deretter startet vi selve transkriberingen som var tidkrevende og som resulterte i store mengder rådata. Muntlig samtale kan ofte være mer uformelt og oppstykket enn skriftspråket. Derfor blir det alltid en fordreining av hendelsen når muntlig samtale gjøres om til tekst. Non-verbale sider av kommunikasjonen kan forme ulike meninger i samtalen (Malterud, 2017, s. 77-78). Eventuelle dialekter ble omgjort til bokmål, men vi inkluderte småord som «ja», «hmm», «altså», og «eh» for å ivareta samtalen slik Malterud beskriver. Vi skal være tro mot det som kom frem i intervjuene, men samtidig ivareta det som ikke ble tatt opp på bånd. Dette begrunnes med at det er mye som formidles i taushet, for eksempel pauser mellom ordene og sukk, som uteblir ved ordrett transkribering (Drageset & Ellingsen, 2010). Vi var oppmerksomme på faren for å underkjenne informantens uttrykk ved å søke etter en mest mulig ordrett transkribering av samtale. For å avverge dette tok vi nøye hensyn ved å redigere teksten på en forsiktig måte (Malterud, 2017, s. 78).

## 4.0 Dataanalyse

Ved innsamling av kvalitative data bør den eller de som samler det inn også fortolke det.

Dette fordi forskerens teorier, hypoteser og forforståelse er viktige utgangspunkter for dataanalysen. Når data er analysert kan forskeren trekke en konklusjon som kan svare på problemstillingen (Johannessen et al., 2021, s. 151-152). Analysen handler om abstraksjon og generalisering. Hensikten er å bruke den enkelte informantens kunnskap, erfaringer og vurderinger til å fremstille kunnskap som kan gjelde for flere (Malterud, 2002, s. 2470).

Med bakgrunn i dette har vi samlet inn data og fortolket materialet selv. Vi har brukt Braun og Clarkes seks steg for tematisk analyse i analysen av vårt datamateriale. Braun og Clarke hevder at det å være refleksiv gjennom analyseprosessen er grunnleggende for deres metode (Braun & Clarke, 2022, s. 5). Videre begrunnes metodevalget med at tematisk analyse er en god måte for å kunne tilegne seg basis kunnskap om datahåndtering og koding. For de med lite eller ingen erfaring med kvalitativ forskning er dette en god metode fordi forskeren ikke trenger å dykke dypt ned i teoretiske områder. Tematisk analyse er derfor godt egnet til studentoppgaver (Braun & Clarke, 2022, s. xxix).

(Tabell 1)

Braun og Clarkes seks steg for tematisk analyse:

1. Gjøre seg kjent med dataene som er samlet inn
2. Organisering og koding av datamaterialet som er innsamlet
3. Analyse og kategorisering av data
4. Kritisk gjennomgang av kategorier, og finne tema
5. Definerer av kategorier og navngi tema
6. Siste analyse og skriveprosess (Braun & Clarke, 2022 s. 35)

### Fase 1-2

#### - *Bli kjent med datamateriale*

Analyseprosessen startet med å lytte til lydfilene gjentatte ganger. Vi transkriberte ordrett hva informantene sa. Vi gjorde om språk og dialekter til bokmål, og anonymiserte informantene i transkripsjonen. Vi transkriberte et intervju hver, og etter dette hadde vi et datamateriale som nå bestod av tekst. Videre ble vi bedre kjent med datamateriale ved å lese hverandres intervjuer gjentatte ganger for å gjøre oss godt kjent med materiale. Vi bemerket oss ulike temaer og koder når vi leste gjennom intervjuene flere ganger. I denne fasen skaffet vi oss et helhetsinntrykk og startet allerede her med å både skrive ned

feltnotater og markere i tekst både stikkord og tema av interesse som kunne brukes senere i analysen. Underveis i denne fasen prøvde vi også å være kritiske til datamateriale. (Braun & Clarke, 2022, s. 43-44)

#### *- De første kodene*

Å kode ansees som en prosess der vi identifiserer elementer ved dataene våre som vi mener er relevante til vår problemstilling. Arbeidet vi gjorde for å bli godt kjent med datamaterialet mener vi var med på å gi oss nødvendig forutsetninger for å arbeide videre og lage koder. En kode er en kort setning eller et ord som fanger essensen av et spesifikt segment datamateriale (Braun & Clarke, 2022, s.35). Vi valgte å kode intervjuene våre først hver for oss, for deretter å bytte intervjuer og kode igjen. Dette fordi vi ønsket å få med alt av rå-, og relevant data og ikke utelukke noe av materiale før senere i prosessen som kan være relevant for vår problemstilling. Et annet viktig aspekt i denne fasen er å finne mønster og mening med materiale (Braun & Clarke, 2022, s. 55). Videre jobbet vi mer systematisk med materialet vårt. I denne fasen valgte vi å gjøre dette ved hjelp av papir, markeringstusjer, og fargekoder der hver fargekode representerte et mulig relevant tema.

### **Fase 3-4**

#### *- Identifisere tema*

Vi sorterte kodene våre for å sette disse i system, og disse ble igjen satt under mulige temaer. Å systematisere disse bidro til at vi endte opp med flere temaer på tvers av dataene. Temaene fanger opp, og trekker frem viktige data som kan bidra til å svare på problemstillingen (Braun & Clarke, 2022, s 79). Noen av temaene måtte gjennomgå flere ganger og andre ble identifisert tidlig i prosessen. Vi startet med å prosessere teamene hver for oss slik at vi ikke ble påvirket av hverandre. Vi prøvde også å jobbe med temaene uten å bli for påvirket av problemstillingen og studien vår. Ved at vi identifiserte temaene hver for oss først opplevde vi at vi kom frem til forskjellige temaer som vi igjen kunne jobbe med. Disse temaene og kodene ble skrevet ned i et eget dokument, som igjen ble kritisk gjennomgått. Dette førte til at vi fant ytterligere flere koder som kunne passe sammen.

- *Evaluering av de identifiserte temaene*

I denne fasen skal forskeren trekke ut de temaene med mest relevans for problemstillingen. Temaene bør være sammenhengende og i denne fasen evaluerte vi dataene innenfor temaene. Vi vurderte om disse gav mening alene, men også samlet. I denne fasen gikk vi gjennom både intervjuene og kodingen grundig på nytt for å sikre at vi ikke hadde oversett relevant data. Det var viktig for oss at hovedpunktene hadde bred tematikk som kunne omfavne flere koder. Under denne prosessen ble både koder og tema fjernet, og nye lagt til som vi mente passet bedre til vår problemstilling. I denne fasen fikk vi også medstudenter til å se over de identifiserte temaene våre med et kritisk blikk. Dette bistod i arbeidet med å finne temaer som passet sammen og som passet til problemstillingen (Braun & Clarke, 2022, s. 100-101).

### Fase 5-6

- *Definere og navngi de identifiserte temaene.*

I denne fasen må temaene tydelig defineres og avgrenses. Det er viktig å få frem essensen av temaene opp mot problemstillingen. Det å identifisere tema er en aktiv prosess, og vi måtte gjøre dette gjentatte ganger for å sikre tilstrekkelig abstraksjon (Braun & Clarke, 2022, s 108). Vi forsøkte å navngi temaene slik at de både ble abstrakte nok samtidig som de kunne representere det meningsinnholdet kategorien bestod av. Vi sorterte temaene våre slik at vi endte opp med tre hovedkategorier med undertema bestående av passende koder. Hovedtema med undertema presenteres i tabell 2. Eksempel på analyseprosessen vises i tabell 3.

(Tabell 2)

| Hovedtema | Forebyggende arbeid og tiltak i operasjonsvirksomheten                                                                                  | Ivaretagelse av den sårbare pasienten                                                                                                  | Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet                                                                                                |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Undertema | <ul style="list-style-type: none"> <li>Begrense stimuli og opprettholdelse av sanser</li> <li>Verktøy til bruk i kartlegging</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Operasjonssykepleieres omsorg, erfaring og kompetanse</li> <li>Pårørende som ressurs</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kommunikasjon i team</li> <li>Økt bevissthet og samarbeid</li> <li>Tid og ressursbruk</li> </ul> |

- *Siste analyse og skriveprosess*

I siste del av analysen beskriver Braun & Clark at denne prosessen er med på å gi grunnlag for vår problemstilling og at vi i denne delen presenterer funnene og resultatene våre (Braun & Clark, 2022, s. 120). Vi jobbet kontinuerlig med plassering av overskrifter og tema etter hvor dette passet best. I presentasjon av resultatene har vi valgt å trekke frem direkte sitater fra informantene og et av hovedpoengene i denne fasen er å vise gjennomsiktighet for leser. Videre i oppgaven har vi presentert funn og drøfting hver for seg etter oppsett for masteroppgaven.

(Tabell 3)

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Transkripsjon/<br/>Meningsbærende<br/>enhet</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- «men da får man en grunnstatus på en måte, også kan det brukes til å se om pasienten er på grensen eller på vei til å utvikle et delir»</li> <li>- «at de får briller og høreapparat sånn at de både ser og hører og får med seg informasjon» «Noen av de har god effekt av det, fordi de kan stenge slag og støy litt ute ..., men jeg opplever at det kan være vanskelig å vurdere hva som er pasientens beste»</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- «vet ikke om det kan bidra til forebyggelse av delir men det er å ha med seg en kjent og kjær. Slik som barn (...) men det kunne ha vært en trygghet for pasienten å ha med seg inn på forberedelsesrommet her hos oss da.»</li> <li>- «At de skulle få hatt med seg pårørende? jeg tenker at dette kunne ha bidratt til trygghet. Hvis min pårørende hadde kommet inn (.....) og hvis (...) hadde vært med, så vet jeg hvordan dette ville påvirket fordi (...) er en trygg havn på en måte, sett ut ifra et menneskelig perspektiv</li> <li>- «vi er jo ikke bare et teknisk yrke, det er jo et omsorgsyrke i operasjonssykepleier og på en måte» «Vi er mer her og nå type pleie ...».</li> <li>- «Nei, det er jo det med at vi er litt her og nå da. Vi må på en måte få gjort den operasjonen vi skal gjøre for å hjelpe de videre da på en måte. Dette kombinert med å prøve å forebygge delir er ikke alltid helt samsvarende.</li> <li>- «Vi er tidvis presset for å gjennom programmet, og de fleste av oss ønsker å yte omsorg og skjerme pasienten»</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- «jeg tenker at vi er godt forberedt, at vi ikke bruker lenger tid enn det man må. Kortest mulig knivtid.»</li> <li>- «noen ganger går enn inn med de beste intensjoner, også kommer en veldig til kort da fordi teamet ikke har det fokuset»</li> <li>- «Vi blir oppgvestyrt ikke sant- anestesien rauter i gang med sine maskiner og sine greier, så kommer vi med våre ting og skal leire osv., det er ikke like lett å gjennomføre når resten av teamet og avdelingen er tut og kjør» «Vi får tunnelsyn og ser våre oppgaver»</li> <li>- «Samarbeid i teamet, og legge det til som et punkt under trygg kirurgi – slik at alle er bevist på det»</li> </ul> |
| <b>Koder</b>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Screeningstverktøy</li> <li>- Stimuli og støy</li> <li>- Opprettholde sanser og bruk musikk</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Økt trygghet ved bruk av pårørende som ressurs</li> <li>- Økt behov for skjerming</li> <li>- Operasjonssykepleierens omsorg og kompetanse</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Økt bevissthet og samarbeid</li> <li>- Tid og ressursbruk</li> <li>- Kommunikasjon i team</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Undertema</b>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Begrense stimuli og opprettholdelse av sanser</li> <li>- Verktøy til bruk av kartlegging</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operasjonssykepleieres omsorg, erfaring og kompetanse</li> <li>- Pårørende som ressurs</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kommunikasjon i team</li> <li>- Økt Bevissthet og samarbeid</li> <li>- Tid og ressursbruk</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Tema</b>                                        | <b>Forebyggende arbeid og tiltak i operasjonsvirksomheten</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Ivaretagelse av den sårbare pasienten</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

## **4.1 Etiske overveielser**

I all forskning kan det oppstå spørsmål og etiske dilemmaer. Spesielt i samfunnsforskningen som analyserer mennesker. Forskere må ta hensyn til informantenes rett til selvbestemmelse og autonomi. Forskeren har plikt til å respektere informantens privatliv (Johannessen et al., 2021, s. 47).

### **4.1.1 Informasjon, frivillighet og samtykke**

Informert samtykke er et samtykke som blir gitt etter at informantene har mottatt tilstrekkelig informasjon om prosjektet. Informanten skal vite nok om datainnsamlingen og hvordan data håndteres (Malterud, 2017, s. 217). Samtykke er bare gyldig hvis det kan dokumenteres. Våre informanter fikk samtykkeskjema utdelt skriftlig (NSD, uten år). I tillegg ble de informert muntlig før gjennomføring. Vi vurderte på forhånd om innsamling av data kunne berøre sensitiv informasjon som sårbare og følsomme områder, hvilket det ikke gjorde (Johannessen et al., 2021, s. 46). Forskere skal respektere menneskeverdet, og sikre informantenes frihet og selvbestemmelse. Vi fulgte de nasjonale retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021) Helsinkideklarasjonen fremhever at vitenskap og forskning ikke kan forsvare at informantene eller forskningsobjektene blir utsatt for unødvendig ubehag, og har som hensikt å beskytte sårbare grupper innenfor forskning (Førde, 2014). Deltagelsen i studien var frivillig og de kunne trekke seg fra studien på hvilket som helst tidspunkt uten å måtte oppgi årsak. Studier som inneholder personopplysninger, skal meldes til NSD. Prosjektet ble vurdert og godkjent av NSD – Norsk senter for forskningsdata (nå: SIKT, kunnskapssektorens tjenesteleverandør). Registreringsnummer 718580. Søknad ligger som vedlegg 3. Studien er godkjent av personvernombudet ved det aktuelle sykehuset. Godkjenning ligger som vedlegg 4. Det ble også innhentet tillatelse fra avdelingsleder i den representative avdelingen. Det blir ikke nødvendig å søke til REK fordi studien ikke innebærer direkte pasientkontakt.

### **4.1.2 Anonymisering**

Ved kvalitative undersøkelser er det vanlig med detaljerte beskrivelser av enkeltpersoner, og det var viktig for oss som forskere å sikre den enkelte informants anonymitet

(Johannessen et al., 2021, s. 50). Vi ønsker å opprettholde taushetsplikten ovenfor pasienter og informanter, og tillit mellom forsker og informant. Kravet om taushetsplikt gjentok vi på nytt før intervjurundene. Resultater fra studier som består av personopplysninger skal formidles i anonymisert form (Johannessen et al., 2021, s. 50). Kravet om anonymitet er ivaretatt ved at vi har transkribert materiale til bokmål, og brukt fiktive navn under transkribering. Dette fordi anonymiteten kunne vært truet, og informantene dermed gjenkjennbare fordi vi har få informanter i hver gruppe.

#### **4.1.3 Oppbevaring av data**

Lydopptak og videopptak som inneholder personidentifiserbare data er håndtert i tråd med gjeldende lover og forskrifter om håndtering av personidentifiserbare opplysninger (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Lydopptakene ble lagret i henhold til utdanningsinstitusjonen retningslinjer for ikke-sensitiv data, og kryptert og lagret i skyløsningen OneDrive som er en to-trinns verifiseringsløsning for å hindre tilgang for andre. Samtykkeskjema fra informantene har vært innelåst ved utdanningsinstitusjonen.

## 5.0 Resultater

Resultatene av studien presenterer de svarene informantene gav på problemstillingen. De struktureres inn under de samme kategoriene vi kom frem til i analysen som presentert i tabell 1.

### 5.1 Ivaretagelse av den sårbare pasienten

Gjennomsnittlig yrkeserfaring blant informantene som operasjonssykepleier var på 11 år, hvorav den minst erfarne hadde jobbet cirka tre og et halvt år, og den mest erfarne hadde jobbet 24 år som operasjonssykepleier. På spørsmål om hvilke erfaringer de hadde med postoperativt delirium og hvordan de ville vurdere sin egen kompetanse tilknyttet dette svarte tilnærmet samtlige at de hadde liten erfaring om postoperativt delirium i det perioperative møtet. «Nei, så er vi kanskje ikke så inne i hva som skjer etterpå, vi er mer her og nå type pleie selv om det kan ha gunstig gevinst for det postoperative deliriumet selvfølgelig». Flere av informantene oppga at de hadde så godt som ingen erfaring med postoperativt delirium. De ville selv klassifisere sin kunnskap om temaet som lav, og ikke høyere enn to på en skala fra en til seks. En informant knyttet den lave kompetansen opp mot at operasjonssykepleiere ser pasienten over så kort tid, og at det derfor kan være vanskelig å skille et nylig oppstått delirium eller allerede etablert kognitiv svikt. En annen informant forklarte dette med at operasjonssykepleiere har mer fokus på det som skjer «her og nå» inne på operasjonsavdelingen, og derfor rettes det mindre fokus mot det postoperative forløpet.

Under intervjuene ble det diskutert om gjeldende prosedyrer for følge av pårørende hos barn kan være overførbart til den eldre hoftepasienten. Flertallet av operasjonssykepleierne var enige i dette. En av operasjonssykepleierne beskrev det slik: «En ting som kunne vært godt for pasienten er å ha med seg en kjent og kjær slik som barn.» En av informantene påpekte at operasjonssykepleiere bør kunne ta individuelle vurderinger, og at muligheten for å kunne ha med seg verge eller pårørende inn på operasjonsstuen ikke bare bør gjelde for barn. «Det kan være vanlige voksne som er i en spesiell sårbar situasjon, og da bør vi prøve å legge til rette for at det blir best mulig for alle parter.»

Vi som ferske operasjonssykepleiere ønsket å finne ut om studenter og nyutdannede har et økt fokus på forebygging av postoperativt delirium kontra de med lenger arbeidserfaring. Det var ingen av informantene som hadde hørt ~~neen~~ studenter stille spørsmål rundt arbeidet med forebygging av postoperativt delirium i praksis. På spørsmål om de hadde blitt mer observante på det dersom de hadde fått spørsmål rundt det var svaret ja. En av informantene peker på at grunnen til at det ikke stilles spørsmål rundt forebygging av postoperativt delirium er at det er lite fokus på temaet både under videreutdanningen og i utøvelsen av operasjonssykepleie. Det fremkom også at begrepet postoperativt delirium var lite kjent blant noen av informantene

## **5.2 Forebyggende arbeid og tiltak i operasjonsvirksomheten**

Fokusgruppene som en helhet presenterte en rekke tiltak mot forebygging av postoperativt delirium. Tiltakene som ble nevnt var skjerming, korrekt leiring, ivaretagelse av sanser i form av briller og høreapparat, gjentakelse av informasjon, forebygging av hypotermi og optimal smertelindring. Majoriteten av informantene i intervjuene peker på leiring som et område de både har høyt fokus på og er trygge på. Informantene var opptatt av å sikre rett leie under operasjonen, forebygging av hypotermi pre- og peroperativt og generelt sørge for en så god komfort for pasientene som mulig. I tillegg til leiring pekes det på forebygging av hypotermi, og at dette er et viktig forebyggende tiltak i arbeidet med forebygging av postoperativt delirium. Operasjonssykepleierne i studien forklarte at de har mulighet til å varme opp operasjonsbordet før pasienten kommer inn på operasjonsstuen, og at de har mulighet til å varme opp sengen før pasienten kjøres ut på postoperativ avdeling. Samlet beskriver informantene tiltak som forebygger hypotermi som videre er bidragsytende i det forebyggende arbeidet mot postoperativt delirium.

En av informantene hadde lang erfaring fra ortopedisk sengepost, og knyttet smerteproblematikk opp mot postoperativt delirium. Denne operasjonssykepleieren pleide å foreslå for anestesilegen om det var mulig å sette en femoralisblokkade fremfor å gi analgetika per os eller per intravenøst. I tillegg til dette ble også pasientrelaterte risikofaktorer for utvikling av delirium tatt opp. Her påpekte informantene at stor kirurgi som hoftebruddet i seg selv var en stor risikofaktor, men også andre faktorer som

infeksjon, allerede etablert kognitiv svikt, høy ASA- klassifisering og høy skrøpelighet blant de eldre med dårlig ernæringsstatus.

«Jeg tenker også på den naturlige aldringsprosessen, dette er som ofte gamle pasienter med lav mental reservekapasitet (..) Faktorer som kan stresse pasientene og være med på å utvikle postoperativt delirium er nye mennesker, nye omgivelser og lys- og lydstimuli. Slike ting som det er vanskelig å unngå i en operasjonsavdeling».

Flertallet av informantene hadde ingen kjennskap til former for screeningverktøy til identifisering av delirium eller identifisering av risikofaktorer hos pasienten for utvikling av delirium. De hadde heller ingen kjennskap til at de ble brukt i praksis. Informantene fremstod som overrasket da de ble informert om at resultatene av for eksempel skjemaet 4AT ligger som et eget dokument i pasientjournalen. En av informantene oppgir at dette til fordel burde være litt tydeligere for de ansatte på operasjonsavdelingen «kanskje det skulle vært litt tydeligere, eller? Det burde ha vært med på vår trygg kirurgi». På spørsmål om denne informasjonen hadde blitt tatt stilling til dersom de hadde vært klar over den svarte flertallet ja. Flere av informantene uttrykte et ønske om at denne informasjonen skulle vært litt tydeligere eller kommet bedre frem. For eksempel at denne informasjonen også lå i pasientens operasjonsskjema som anestesi og operasjon forholder seg til.

Det kom frem at operasjonssykepleierne har et delvis ubevisst forhold til forebygging av postoperativt delirium. En av informantene påpekte at tiltakene som å forhindre blødning, hypotermi og infeksjon også bidrar til forebygging av postoperativt delirium. Forskjellen er at de ikke er bevisst på at dette er forebyggende arbeid «Kanskje ikke så alt for mange mennesker å forholde seg til. Jo fler jo mer forvirring tenker jeg». Informantene mener at operasjonssykepleierne har et forbedringspotensial når det kommer til å skjerme pasienten. Dette består av å skjerme pasienten for unødvendig mange personer som bidrar i arbeidet med forberedelser hos pasienten samt minimere støy. En av informantene peker også på tiltaket med å begrense støy i form av unødvendig prat mellom personalet. Flere av operasjonssykepleierne i vår studie mente at en bevisstgjøring på hva som sies, og hvordan vi snakker til og om pasienten kan være aktuelt i forbindelse med redusering av støy. «skjerming er kanskje vanskelig i vår avdeling.. mye støy og lys, og mye trafikk frem og tilbake foran forberedelsesrommet». En av informantene sa at pasienten skjermes bedre jo

færre ansatte som er på jobb. Denne operasjonssykepleieren forklarte dette med at i hverdagene er det ofte mange flere ansatte på jobb enn det er i helgene, og at det på den måten blir færre folk å forholde seg til for pasienten i for eksempel helgene kontra en hverdag. Det ble også nevnt at pasienten ville blitt skjermet for unødvendig støy dersom det til enhver tid var nok personell og ressurser på jobb. På den måten vil operasjonsteamet alltid være dedikert til sin pasient uten å måtte løpe mellom flere arbeidsoppgaver. En av operasjonssykepleierne forklarte denne dedikasjonen slik: «Når man er der, så er man der.»

### **5.3 Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet**

Det var til dels delte meninger rundt hvor lett eller utfordrende det er å skjerme pasienten som skal forberedes ute på forberedelsesrommet før pasienten kommer inn på operasjonsstua. Det vises til mye støy, mange ansatte som går frem og tilbake foran forberedelsesrommet uten at skjermingsgardinen trekkes for og at operasjonsteamet kan bli oppgavestyr i arbeidet. Med det menes at mange «kaster» seg over pasienten samtidig – både operasjonssykepleierne og anestesisykepleierne. Anestesisykepleierne skal legge intravenøse tilganger, anestesilegen skal legge spinalbedøvelse, samtidig som operasjonssykepleierne skal sette på varmemstrømper og legge urinkateter. Dette forklares videre av en informant med at operasjonsteamet er presset på tid, og at operasjonsavdelingen ønsker å få ned skiftetiden. Skiftetid regnes som tiden mellom hver operasjon.

«Det er jo litt interessant at vi nå befinner oss i en tid hvor man skal drive med parallelljobbing, og har fokus på å gjøre mest mulig på kortest mulig tid. Kanskje vi kan holde oss unna pasienten til ting har roet seg, og deretter gjøre våre oppgaver».

Det nevnes at bedre kommunikasjon mellom anestesi og operasjon kan skjerme pasienten for støy i den grad det gjøres avtaler på forhånd. «Man må ha med seg ledelsen.. det ligger litt høyere enn oss.» En av operasjonssykepleierne mente at det kunne være utfordrende å innføre forebyggende tiltak på samtlige pasienter grunnet økonomiske og logistiske begrensninger. Løsningen ville blitt å selektere ut de mest sårbare pasientene, og gitt de helhetlig pleie og omsorg i forbindelse med å forebygge postoperativt delirium. Å drive operasjonsavdelingen mest mulig effektiv samtidig som de ansatte føler seg presset til å få igjennom operasjonsprogrammet kan føre til at operasjonsteamet prioriterer de

forebyggende tiltakene annerledes, sier en av operasjonssykepleierne. «De fleste av oss ønsker å yte omsorg ovenfor pasienten, men det er ikke alltid så lett å gjennomføre når resten av avdelingen er «tut- og- kjør». Operasjonssykepleieren trekker frem at på grunn av tidspress og stort program kan det være vanskelig å innføre forebyggende tiltak på samtlige utsatte pasienter, og at man derfor må være selektiv i arbeidet.

«Hvem kan strykes, og hvem kan få mat og drikke?» Informanten med dette utsagnet relaterer dette til dehydrering, underernæring og eldre skjøre pasienter. Informantene i studien peker på at veien fra akuttmottak til operasjonsavdelingen kan være lang for en pasient med hoftebrudd. Med dette menes at pasientene ofte blir strøket fra dagens operasjonsprogram, de blir sendt frem og tilbake mellom operasjonsavdelingen og sengeposten på grunn av kapasiteten og prioriteringer som gjøres. De blir ofte liggende lenge å faste fordi operasjonen blir utsatt. En av operasjonssykepleierne trekker frem bedre kommunikasjon med ortopedene og dermed bedre koordinering av operasjonsprogrammet som et tiltak til at færre pasienter blir liggende å faste uten at de blir operert. Knivtid defineres som tiden ortopedene starter å operere til pasienten er ferdig operert og bandasjen er på. Operasjonssykepleierne i studien nevnte at de er godt forberedt når de tar imot en hoftepasient, og at de på den måten ikke bruker lenger tid enn de må. En annen operasjonssykepleier nevner at operativ behandling ved hoftebrudd er høyst nødvendig for å hjelpe pasienten, og at dette kombinert med å forebygge ikke alltid er samsvarende i praksis.

Alle informantene var godt kjente med bruk av sjekklisten for trygg kirurgi. En av utfordringene som informantene pekte på med denne listen er at noen ganger er det noen andre som går gjennom del 1 av trygg kirurgi enn de som tilhører den aktuelle operasjonsstua den vakta. Dette for å sikre effektivitet og at operasjonsprogrammet ble ferdig for dagen. «Det burde vært et eget punkt under del 1 av trygg kirurgi. Vi ramser opp sykdommer og risikofaktorer så det kan like gjerne nevnes der også». I begge intervjuene ble det tatt opp at det kunne være hensiktsmessig å få inn risiko for utvikling av postoperativt delirium under denne sjekklisten. Det ble også satt spørsmålstegn ved hvorfor dette ikke allerede var etablert i sjekklisten. Risikoen for utvikling av postoperativt delirium ble under intervjuene sammenlignet med punktet «risiko for hypotermi». Ved å

integrere dette punktet i sjekklisten for trygg kirurgi vil teamet bli oppmerksom på denne risikoen allerede før pasienten kommer inn til operasjonsavdelingen og de angir at bevisstheten rundt tema hadde økt. «At dere skriver om dette temaet er med på å skape både økt kunnskap og økt bevissthet». Informantene var positive til å fremme forebygging av postoperativt delirium i operasjonsavdelingen, og mente at eksempelvis denne masteroppgaven vil bidra til å fremme fokuset og øke bevisstheten rundt dette som tema. Andre alternativer for å øke fokuset var undervisning, lese forskningsartikler og deling av informasjon. En av informantene peker på at operasjonssykepleie i stor grad er et teknisk yrke, men at vi samtidig skal ha med seg omsorgen inn i arbeidet med pasienten. Det kommer også frem at det finnes en interesse for om de forebyggende tiltakene som gjøres faktisk har betydning for det postoperative forløpet hva angår postoperativt delirium.

### *Sammendrag av resultater*

De fleste informantene rangerte sin kunnskap om forebygging av postoperativt delirium som lav. Til tross for dette hadde de inngående kunnskaper om aktuelle risikofaktorer, og forebyggende tiltak. Det kan være vanskelig å sette disse forebyggende tiltakene i praksis fordi operasjonssykepleiere kan bli styrt av de oppgavene som skal gjøres. En hoftebruddspasient skal gjennom mange forberedelser før operasjonen starter, og det kan derfor være vanskelig å skjerme vedkommende fra uønsket stimuli som støy, miljøskiftninger og ulike yrkesgrupper. Samtlige av operasjonssykepleierne var åpne for økt bevissthet rundt temaet. Et forslag for å øke bevisstheten er å inkludere risiko for postoperativt delirium som eget punkt under «sjekkliste for trygg kirurgi» og ha intern undervisning. Et annet forebyggende tiltak var å la pasienten ha med seg en pårørende eller en ledsager slik man gjør hos barn.

## 6.0 Diskusjon

### 6.1 Diskusjon av resultater

#### 6.1.1 Ivaretagelse av den sårbare pasienten

Eldre pasienter som er innlagt med hoftebrudd har opptil 50% sjanse for å utvikle delirium enten pre-, per- eller postoperativt (Engedal & Haugen, 2018, s. 156). Det vil si at som operasjonssykepleier er det viktig å ha kunnskap om forebygging av dette. I dette kapitlet vil resultatene fra studien vår diskuteres opp mot vår problemstilling, relevant forskning og selvvalgt litteratur. Det viktigste, og kanskje mest interessante, funnet i denne studien var operasjonssykepleierens lave evaluering av egen kompetanse. Dette til tross for at kunnskap om både risikofaktorer for postoperativt delirium hos pasienten samt risikofaktorer på operasjonsavdelingen var høyt representert. Et ønske er at operasjonssykepleierne kan bevisstheten rundt egen kompetanse. Operasjonssykepleierne trakk frem tidspress, dårlig kommunikasjon i det kirurgiske teamet og/eller med sengepost og lite ressurser som begrensende i det forebyggende arbeidet. På den andre siden var bruk av pårørende i operasjonsavdelingen og implementering av risiko for utvikling av postoperativt delirium som eget punkt under sjekkliste for trygg kirurgi fremmede tiltak.

Operasjonssykepleierne i studien fremhevet at de var bevisste på at selv om operasjonssykepleiefaget er et teknisk yrke, så har vi også ansvar for å gi omsorg og pleie til den enkelte pasienten. Denne omsorgen har vi valgt å kalle for en ubevisst omsorg begrunnet med at informantene ikke var denne omsorgen bevisst. Et interessant funn ved vår studie er at det i løpet av begge intervju rundene kom frem at operasjonssykepleierne hadde god kunnskap om forebygging av postoperativt delirium til tross for at de rangerte sin kompetanse som relativt lav. Et eksempel på det er informanten som rangerte sin kunnskap som «(..) ikke høyere enn to på en skala fra en til seks». Funnet kan indikere at de ikke klarer å sette ord på sin egen kompetanse, eller er den til fulle helt bevisst. Likevel evner de, slik retningslinjene beskriver, å analysere risikofaktorer for utvikling av postoperativt delirium hos operasjonspasienten og prosedyren for å forebygge komplikasjoner og uønskede hendelser. De anvender sine kunnskaper og ferdigheter for å ivareta pasientsikkerheten i risikofylte overganger i det perioperative forløpet slik det er beskrevet i retningslinjene (Forskrift om nasjonal retningslinje for

operasjonssykepleierutdanning, 2022). En av operasjonssykepleierne i studien vår pekte på at operasjonssykepleiere har størst fokus på det som skjer «her og nå», og at vi derfor har mindre fokus på det postoperative forløpet. Samtidig viser funn fra Ingvarsdottir og Halldorsdottirs studie at operasjonssykepleierne så på seg selv som navigatører, og at vår oppgave er å navigere pasienten trygt gjennom hele det perioperative forløpet (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017, s. 955). Imidlertid presenterer en studie gjort i Sverige fra 2020 spesialistkompetansen hos operasjonssykepleieren. Forfatterne av denne studien påpeker at vår jobb er å identifisere helsebehov og gi omsorg til operasjonspasienten og deres pårørende. Vi innhenter kunnskap, analyserer og forebygger for å kunne gi best mulig behandling. For å kunne gjøre dette må operasjonssykepleieren ha helhetlig kunnskap om, og en dypere forståelse for ivaretagelse av operasjonspasienten og miljøet på operasjonsstuen. Operasjonssykepleieren sørger for at pasienter får personsentrert perioperativ sykepleie i samarbeid med kirurg og de andre som er med i operasjonsteamet (Von Vogelsang et al., 2019, s. 495-502). Dette samsvarer med de nasjonale retningslinjene for operasjonssykepleierutdanningen som sier at operasjonssykepleieren skal analysere det perioperative pasientforløpet og sikre kontinuitet i operasjonssykepleie (Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning, 2022).

Eldre er en av de mest sårbare pasientgruppene vi møter som operasjonssykepleiere (Hansen, 2018, s. 82). Et funn ved denne studien er at operasjonssykepleierne så det som nyttig for pasienten å ha mulighet til å ta med seg en pårørende eller verge inn på operasjonsstuen. Dette tiltaket ble sammenlignet med prosedyrene som blir tatt i bruk når pasienter under 18 år behandles på operasjonsavdelingen. Blant annet kan personer som pasienten kjenner bidra til å realitetsorientere, og til å dempe angst. Derfor bør pårørende oppfordres til å være mye til stede (Ranhoff, 2020, s. 466). Vår erfaring er at den eldre operasjonspasienten sjelden har med seg pårørende eller annen verge inn til operasjonsstuen slik som praktiseres med barn. Bøyum påpeker i sin studie at pårørende kan ha en positiv og beroligende effekt på pasienter på vei inn i et delir. På den andre siden fordrer bruk av pårørende at pårørende også gis tilstrekkelig informasjon fordi mange synes det er ubehagelig å se sine nære i en redusert eller endret mental tilstand (Bøyum, 2013, s. 210-217). Det vil si at bruk av pårørende kan kreve ekstra ressurser fra operasjonssykepleierne i form av ivaretagelse av pårørende samt gi de tilstrekkelig

informasjon. Selv om forslaget med å ha med seg pårørende ble godt mottatt blant operasjonssykepleierne i vår studie opplever de at det i liten grad blir praktisert. Gjennom arbeidet med denne masteroppgaven har vi identifisert at en av årsakene til dette kan være at vi har funnet lite litteratur som omhandler eldre pasienter og pårørende i operasjonsavdelingen. Av den grunn kan tiltaket være lite kjent blant operasjonssykepleierne. Likevel ser vi en overføringsverdi mellom barn og eldre. Det kan derfor hevdes at bruk av pårørende i operasjonsavdelingen er et nyttig ikke-medikamentelt tiltak i det forebyggende arbeidet av postoperativt delirium. Dette argumentet kan underbygges med at dersom pasienten har et godt forhold til sine pårørende bør disse brukes som en ressurs (Stubberud, 2015, s. 278). Pasienter som er svært forvirret kan kjenne igjen egne pårørende og dermed bli mottagelige for realitetsorientering (Bøyum, 2013, s. 216). Et annet interessant funn ved vår studie er at en av våre informanter sa at operasjonssykepleiere bør evne å ta individuelle vurderinger. Dette utsagnet peker tilbake på vurderingen om å ta med pårørende inn på operasjonsavdelingen eller ikke. Vurderingene kan gjøres på bakgrunn av informasjon fra pasientens elektroniske journal. Ingvarsdottir og Halldorsdottirs studie fant at erfarne operasjonssykepleiere konstant utfører risikovurderinger for pasienten. Dette innebærer å vurdere og respektere pasientens sårbarhet. Operasjonssykepleiere er derfor i en viktig nøkkelposisjon til å identifisere de faktorene som kan true pasientsikkerheten (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017, s. 951). På bakgrunn av dette kunne det vært interessant å studere effekten av bruk av pårørende i operasjonsavdelingen. Informantene i denne studien pekte på både positive og negative sider ved å bruke pårørende i operasjonsavdelingen. Et positivt aspekt som ble nevnt under intervjuene var at pasienten har en kjent og kjær med seg, og at dette kan være beroligende slik annen litteratur støtter. På den andre siden kan hygieneprinsippet diskuteres, og om hyppig bruk av pårørende kan være en utfordring med tanke på de strenge hygienekravene som finnes på en operasjonsavdeling slik informantene påpeker under intervjuene.

De operasjonssykepleierne som i vår studie rangerte sin kunnskap om forebygging av postoperativt delirium som lav forklarte den manglende kompetansen med et manglende fokus på problemet. Til sammenligning fant Wang et al. at postoperativt delirium som komplikasjon får mye mindre oppmerksomhet sammenlignet med andre komplikasjoner

som dyp venetrombose, lungeemboli og infeksjoner (Wang et al., 2017, s. 6). Her kan vi derfor se en sammenheng mellom fokusområder og tilhørende kunnskap. Økt fokus og kunnskapsgrunnlag om forebygging av postoperativt delirium kan bidra til å tidlig identifisere de pasientene som er i risiko, eller som er under utvikling av postoperativt delirium (Bond & Guide, 2015, s. 32). Wang et al. viser til effekten av et sammensatt geriatrisk forebyggelsesprogram mot delirium hos geriatriske hoftepasienter. Forebyggelsesprogrammet beskriver at den høye forekomsten av delirium kan forklares med at kunnskapen om forebygging hos kirurgene er for lav. Dette til tross for at den kirurgiske teknikken og de kirurgiske ferdigheter har blitt bedre (Wang et al., 2017, s. 6).

### **6.1.2 Forebyggende arbeid og tiltak i operasjonsvirksomheten**

Operasjonssykepleierne i studien presiserte at å forebygge hypotermi er et viktig tiltak i det forebyggende arbeidet. Videre forklarte de at det forebyggende arbeidet bestod i å bruke varmeteppe (warm-touch), å dekke til pasienten pre- og peroperativt samt at sengen ble varmet opp før pasienten ble flyttet over fra operasjonsbordet. Denne kunnskapen støttes av Eide som anbefaler at utsatte pasienter forhåndsoppvarmes med varmeførende tiltak, som for eksempel varmeteppe, før anestesi blir gitt (Eide, 2019, s. 315). Hypotermi defineres som kjernetemperatur under 36 grader (Eide, 2019, s. 307-308). Opptil 50-90% av alle operasjonspasienter blir utilsiktet nedkjølt, og de får dermed økt blødningstendens, dårligere sårtilheling, økt fare for trykksår og forlenget sykehusopphold (Eide, 2019, s. 315). Dette underbygges av Frisch et al. som fant at eldre hoftebruddspasienter har økende risiko for hypotermi (Frisch et al., 2016, s.1171). Det vil si at hypotermi bidrar til dårligere sårtilheling av operasjonssåret og sårinfeksjoner. Dessuten kan infeksjoner bidra til økt liggetid på sykehus og økt mortalitet hos den eldre hoftebruddspasienten (Dovjak et al., 2013, s. 448). Konsekvensene av infeksjon er økt risiko for utvikling av postoperativt delirium hos den eldre pasienten (Bøyum, 2013, s. 213). Samlet ser vi derfor at forebygging av hypotermi er bidragsytende i arbeidet med forebygging av postoperativt delirium.

Operasjonssykepleierne i vår studie oppgav at de tidvis har mulighet til å påvirke både knivtid og skiftetid ved å være godt forberedt på pasienten og inngrepet som skal utføres. Dette peker igjen tilbake på et underbevisst fokus i arbeidet med forebygging av

postoperativt delirium. Den pre-operative tiden ansees som viktig når det gjelder hoftebrudd, og hvis tiden før pasienten blir operert overstiger 48 timer øker sannsynligheten for dødelighet og utvikling av postoperativt delirium. I tillegg gir ytterligere kirurgiske forsinkelser som for eksempel lenger knivtid og økt liggetid på operasjonsbordet høyere risiko for å utvikle delirium (Juliebø, et al., 2009., 1355). Pioli et al. viser til at rask kirurgisk behandling hos geriatiske pasienter kan være med på å forhindre postoperative komplikasjoner, som for eksempel postoperativt delirium. Dette kan i følge den samme artikkelen forklares med at dersom pasienten blir raskt operert blir tiden pasienten utsettes for ulike disponerende faktorer redusert. Slike faktorer kan være inflammasjon, økt katabolisme, blødning og immobilisering (Pioli et al., 2019, s. 42). Sammenlignet med artikkelen fra Juliebø et al. så peker denne studien på at forsinket kirurgi helt ned til 24 timer har betydning for utvikling av små medisinske komplikasjoner som også inkluderer delirium. Pioli et al. peker også på at pasienter som gjennomgår et såkalt fast-track forløp har mindre komplikasjoner enn de som ikke gjør det (Pioli et al., 2019, s. 45). Prinsipper for god akuttbehandling av pasienter med hoftebrudd er god operativ behandling med kort ventetid. Under 48 timer er kvalitetsstandard i Norge, men 24 timer anbefales (Ranhoff, Helbostad & Martinsen, 2020, s. 528). Åge Bøyum underbygger aspektet om forsinket kirurgi i sin artikkel fra 2013, og at dette er uheldig for dehydrering, immobilisering og faste (Bøyum, 2013, s. 210-217). Covid-19 førte til at flere pasienter måtte vente lenger på operasjon enn det som var anbefalt. Dette i påvente av prøvesvar, lav bemanning ved sykehusene og redusert kirurgisk drift. En studie viser at hoftebruddspasienter måtte vente i gjennomsnitt 2,4 dager på å bli operert, hvorav laveste tall var null dager og høyeste tretten dager (Fischer et al., 2021, s. 9). Dette peker tilbake på en negativ effekt, og en motsetning til den forskningen som tidligere er presentert og anbefalt.

Etter gjennomføring av intervjuene er vi som forfattere og forskere blitt mer oppmerksomme på bruken av screeningverktøy, og mer spesifikt bruken av 4AT som en risikoidentifisering. 4AT er et enkelt utformet screeningverktøy som er utformet for en rask førstegangsvurdering av delirium eller kognitiv svikt. En skår på 4 eller mer antyder delirium, men er ikke diagnostisk. 4AT kartlegger årvåkenhet, forkortet mental vurdering ved at pasienten skal oppgi korrekt alder, årstall og sted, oppmerksomhet og akutt endring eller fluktuasjon i tilstand (Legeforeningen, 2015). Vi har erfart at samtlige journaler som

tilhører hoftebruddspasienter har inneholdt 4AT-vurdering fra sengepost. 4AT blir beskrevet som et sensitivt og spesifikt verktøy hos hoftepasienter. For å få mest mulig ut av det anbefales det å gjøre flere screeninger, og at man sikrer seg en baseline ved innkomst (Fischer et al., 2021, s. 7). Informantene i denne studien oppgav at de ikke hadde kjennskap til 4AT som screeningverktøy. Midlertidig var de positive til å ta det i bruk. Det kom frem et ønske om at denne informasjonen skulle vært tydeligere. Dette kan peke på et ønske om forbedring og økt bevissthet rundt postoperativt delirium. En studie gjennomført i Sverige i 2018 underbygger viktigheten av dette. Den viser at operasjonssykepleiere trenger å danne seg et fullstendig bilde av pasienten for å være godt forberedt, både for mottak av pasienten og gjennomføring av kirurgien. Det fullstendige bildet baseres på informasjon fra pasientens journal. Det er viktig å ha dialog med resten av det kirurgiske teamet for å sikre at alle har samme oppfatning av pasienten og prosedyren som skal gjennomføres (Sandelin et al., 2019, s. 2641). Per i dag sikres dette ved å gjennomgå sjekkliste for trygg kirurgi før pasienten hentes inn i avdelingen. En av operasjonssykepleierne i vår studie kom med forslaget om å inkludere informasjon om 4AT i sjekklisten for trygg kirurgi. På den måten vil hele operasjonsteamet bli gjort oppmerksomme på at pasienten er i risikogruppen for utvikling av postoperativt delirium. Hensikten med sjekklisten for trygg kirurgi er å bidra til en proaktiv og systematisk tilnærming til risiko i kirurgi, og sette i gang korrigerende tiltak for å hindre kirurgiske komplikasjoner og pasientskader. Når vi nå har sett på de komplikasjonene postoperativt delirium fører med seg kan det være aktuelt å diskutere om dette skal inkluderes i sjekklisten i fremtiden (I trygge hender 24-7, u.å.).

Operasjonssykepleierne i denne studien trakk frem at bedre kommunikasjon mellom sengepost og operasjonsavdelingen kan føre til at pasientene som ikke blir operert på dagens program tidligere kan få mat og drikke. Dette for å unngå at pasientene faster unødvendig. For å unngå dette må ansvarlig sykepleier på sengepost få beskjed om at pasienten ikke blir operert likevel. Fareaspektet med faste hos hoftepasientene kan underbygges i Weissenberger-Leduc og Zmaritz's studie som viser at den pre-operative perioden hos hoftebruddspasienter som legges inn akutt kan være spesielt krevende. Pasientene har en opplevelse av munntørrehet og sult mens de venter på kirurgi. For eldre, sårbare pasienter med høy skrøpelighet gir dette en økt risiko for feilernæring (Weissenberger-Leduc & Zmaritz, 2013, s. 470). Likevel er vår erfaring at

hoftebruddspasienter ofte blir stående på operasjonsprogrammet selv om det er usikkert om teamet rekker gjennom dagens program. Å sette pasienter over til neste dag gjøres i samarbeid med kirurg og operasjonssykepleier med programansvar på operasjonsavdelingen. Dette fordrer god kommunikasjon mellom kirurger og operasjonssykepleier med programansvar. Et av operasjonssykepleiernes ansvarsområder er å ta ansvar for planlegging og organisering av den kirurgiske virksomheten. Samtidig har operasjonssykepleieren et ledelsesansvar i utøvelse av operasjonssykepleie, og vi skal bidra til et sikkert samarbeid og kommunikasjon i teamet. Dette underbygger både vårt ansvar overfor pasientene, men også ansvaret operasjonssykepleieren har innad i operasjonsteamet. I tillegg til screening for risiko for utvikling av delirium bør alle hoftebruddspasienters ernæringsstatus vurderes. Denne vurderingen består av å kartlegge BMI, kontroll av albumin og pre-albumin samt om pasienten har tapt vekt den siste tiden. Dårlig ernæringsstatus er assosiert med høyere infeksjonsfare, dårligere sårtilheling og økt liggetid ved sykehusene. I tillegg til dårlig ernæringsstatus er dehydrering og elektrolyttforstyrrelser predisponerende faktorer for utvikling av delirium (Chow et al., 2012, s. 457-459). Dette støttes også av Weissenberger-Leduc & Zmaritz (Weissenberger-Leduc & Zmaritz, 2013, s. 473).

Som presentert i resultatene våre fortalte en av operasjonssykepleierne at vedkommende pleide å foreslå en femoralisblokada for anestesilegen. Dette med bakgrunn i at informanten hadde erfaring fra ortopedisk sengepost, og tidligere har opplevd å jobbe med pasienter som er i mye smerter og som senere kan utvikle postoperativt delirium. Forskning viser at postoperative smerter hos hoftebruddspasienter gir høyere risiko for utvikling av postoperativt delirium (Weissenberger-Leduc & Zmaritz, 2013, s. 470). Adekvat smertelindring kan derfor være et viktig tiltak i det forebyggende arbeidet. Fisher et al. presenterer viktigheten av korrekt smertelindring. Både fordi det er kostnadseffektivt, men også fordi det er humant og en essensiell faktor i det forebyggende arbeidet mot postoperativt delirium. I den samme artikkelen presenteres Guay et als. Review som underbygger at det finnes moderate kvalitetsbevis for at en femoralisblokada kan redusere risiko for pneumoni og få pasienten raskere mobilisert (Fisher et al., 2021, s. 5). Dette peker tilbake på kortere liggetid og raskere rehabilitering. På den andre siden utførte Uysal et al. en randomisert kontrollert studie angående effekten av en preoperativ nerveblokada, og

her var forskjellen mellom gruppene ikke signifikant (Uysal et al., 2020, s. 113). Effekten av korrekt smertelindring i det forebyggende arbeidet mot delirium kan derfor diskuteres. Til tross for det vet vi at økt liggetid gir høyere risiko for utvikling av postoperativt delirium, samt økt infeksjonsfare og fare for trykksår. Adekvat smertelindring bør være en del av et sammensatt forebyggingsprogram. Derfor er det hensiktsmessig å inneha kunnskap om sammenhengen mellom smerter og postoperativt delirium som operasjonssykepleier (Oberai et al., 2018, s. 482).

Vår erfaring er at de tiltakene som informantene oppgir under intervjuene blir gjennomført i praksis. Disse tiltakene samler den avanserte kunnskapen operasjonssykepleiere innehar, og beskrives videre i ansvars- og funksjonsbeskrivelsen for operasjonssykepleiere for å sikre pasienten ved å forebygge ytterligere skade og lidelse enn det behandlingen utgjør i seg selv (NSFLOS, 2015).

### **6.1.3 Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet**

Operasjonssykepleierne i vår studie var bevisste på at det kirurgiske teamet tidvis «kaster seg over» pasienten når vedkommende ankommer operasjonsavdelingen. Med dette menes at de forskjellige yrkesgruppene utfører oppgaver samtidig og arbeider parallelt. Operasjonssykepleiere arbeider sammen med kirurger, anestesisykepleiere og anestesileger. Sammen utgjør disse yrkesgruppene det kirurgiske teamet. For å ivareta pasientsikkerheten i et kirurgisk teamarbeid må operasjonssykepleieren inneha både tekniske og ikke-tekniske ferdigheter. De ikke-tekniske ferdighetene består av kognitive og sosiale ferdigheter som kommunikasjon, situasjonsforståelse og teamarbeid (Kaldråstøyl et al., 2022, s. 56). Informantene i vår studie mente at det er mulig å trekke seg litt tilbake, og skjerme pasienten for mye støy, frem til anestesisykepleiere og anestesileger er ferdige med sitt arbeid. Denne skjermingen ble sammenlignet med prosedyren for arbeidet med barn som operasjonspasienter. Denne kunnskapen peker også tilbake på de ikke-tekniske ferdighetene samt evnen til å gjøre individuelle risikovurderinger.

Et funn i vår studie er at det kirurgiske teamet tidvis kan kjenne på et stress eller et jag for å komme gjennom dagens operasjonsprogram. De kan være presset på tid, ha få ressurser og bli avbrutt i arbeidet på grunn av for eksempel et akutt keisersnitt som krever umiddelbare

ressurser. Konsekvensene kan bli at forebyggende tiltak som for eksempel skjerming blir nedprioritert. Pasienter som er under utvikling av delirium trenger ro, og må skjermes for støy og mange sanseinntrykk (Stubberud, 2015, s.282). Informantene oppga at de hadde kunnskap om at skjerming var viktig, men at det kan være vanskelig å gjennomføre i praksis. Her peker operasjonssykepleierne i studien vår på at det både kan være for mange, og for få ressurser. Fordelen med å være mange på jobb, slik en av operasjonssykepleierne beskriver, er at de har tid til å være dedikert til sin pasient. På den andre siden, ved få ressurser, så blir pasienten automatisk skjermet fordi det er færre som arbeider med pasienten samtidig. Pasienten vil også bli skjermet for mindre støy dersom det er færre personer rundt. Her er det viktig at operasjonsteamet samarbeider på tvers av yrkesgrupper for å sikre best mulige forhold rundt pasienten. Det stilles høye krav til effektivitet og produksjon i en operasjonsavdeling. Disse kravene kan føre til uønskede hendelser som kan true pasientsikkerheten fordi det kirurgiske teamet er presset på å gjøre mest mulig på minst mulig tid (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017, s. 951-952). Dette samsvarer med funn i vår studie. En av informantene påpekte at helsevesenet nå er i en tid hvor det er høyt fokus på parallelljobbing. På den måten strebes det etter å få gjort mest mulig på kortest mulig tid, slik Ingvarsdottir og Halldorsdottir påpeker i sin studie. Stress og ulike former for avbrytelser kan påvirke utførelsen til det kirurgiske teamet, som videre kan påvirke knivtiden og øke risikoen for feil og uønskede hendelser. Samlet er dette faktorer som påvirker pasientsikkerheten (Ingvarsdottir & Halldorsdottir, 2017, s. 951-952).

Imidlertid kan det diskuteres om parallelljobbing og høyest mulig effektivitet er det beste i det lange løp når vi ser hvordan det kan påvirke pasientsikkerheten. Informantene våre var også bevisst på de negative konsekvensene effektivitet og hastverk kan føre med seg. Informantene i vår studie mente at det kan være utfordrende å iverksette tiltak på samtlige pasienter på grunn av økonomiske og logistiske begrensinger. Oberai et al. fant i sin studie at tidlig intervensjon med identifisering av risikofaktorer hos en pasient som blir lagt inn som øyeblikkelig hjelp er nøkkelen til å lykkes med et forebyggingsprogram mot delirium (Oberai et al., 2018, s. 481). Våre informanternes opplevelse av økonomiske og logistiske begrensninger peker på en kompetanse om at iverksetting av tiltak er viktig, men at ytre faktorer virker begrensende. Videre i resultatene har vi presisert at bruk av

screeningverktøyet 4AT skal ligge dokumentert i pasientens journal før de kommer inn til operasjon, og på den måten har operasjonssykepleierne tilgang til verdifull informasjon for å identifisere de pasientene som er i risikogruppen for å utvikle delirium eller allerede har utviklet det. Sett tilbake på Oberai et al. sitt funn, så viser dette at risikovurderingen allerede er gjort. Det kom frem at operasjonssykepleierne hadde liten til ingen kunnskap om at denne informasjonen lå synlig. Her peker de på at kommunikasjon mellom sengepost og operasjonsavdelingen kunne vært bedre. Informantene understreker også at dersom de hadde hatt kunnskap om at denne informasjonen var tilgjengelig hadde de tatt stilling til den informasjonen, og brukt den i det forebyggende arbeidet. Det viser til en evne og et ønske om å tilpasse operasjonssykepleien til den enkelte pasient. Dette kan sees opp mot et av operasjonssykepleierens terapeutisk ansvarsområder som innebærer å innhente opplysninger om pasienten som er viktig for individuell og planlagt behandling (NSFLOS, 2015). Samtidig kan dette støttes av Teunissen et al. som mener at en endring i tankesett, planlegging og god ledelse er viktig i det fremtidige helsevesen, og derfor må vi ta i bruk nye strategier for å opprettholde kvaliteten på helsetjenestene (Teunissen et al., 2020, s. 61). Dette funnet er interessant sett opp imot at den eldre andelen av befolkningen stadig er i vekst, og at behovet for hvordan vi kan ivareta disse som pasienten er økende (Eide & Dāvøy, 2018, s. 29). I løpet av intervjurundene våre kom det flere forslag til hvordan informasjonen om 4AT og risiko for utvikling av postoperativt delirium kunne vært tydeligere for hele det kirurgiske teamet. Disse forslagene innebar Inkludering av skjemaet på sjekkliste for trygg kirurgi, bedre kommunikasjon mellom sengepost og operasjonsavdeling eller inkludering av skjemaet i operasjonsskjemaet i pasientens operasjonsskjema. Basert på informantenes utsagn kunne det vært interessant å se på om inkludering av denne informasjonen ville gjort de ansatte på operasjonsavdelingen mer bevisst i behandlingen av en pasient i risikogruppen for utvikling av postoperativt delirium.

## 6.2 Metodediskusjon

### 6.2.1 Valg av metodedesign og utvalg

I denne delen vil vi dokumentere vår refleksivitet gjennom prosessen og arbeidet med masteroppgaven. Vi reflekterer over valg og vurderinger som er gjort underveis i prosessen, rollen som forsker og det å inneha et kritisk blikk underveis samt forforståelse og fremgangsmåte i oppgaven (Dragset & Ellingsen, 2010). Vår forforståelse av temaet var en betydningsfull motivasjon for å påbegynne studien, noe som samsvarer med Malteruds teori (Malterud, 2017, s. 45). Problemstillingen står sentral når det gjelder valg av forskningsdesign, og vi anså kvalitativ metodedesign med fokusgruppeintervjuer som godt egnet til å utforske kunnskaper og erfaringer knyttet til forebygging av postoperativt delirium. Et kvalitativt metodedesign gav oss muligheten til å tilegne oss en dypere forståelse av fenomenet vi ønsker å studere (Malterud, 2012, s.18-19). Andre kvalitative design som observasjonsstudier samt individuelle dybdeintervjuer ble vurdert. Vi reflekterte over om individuelle dybdeintervjuer kunne ha fått frem andre synspunkter og svar på vår problemstilling. Vi reflekterte også over hva andre potensielle metodedesign kunne ha gitt oss av data. Kvantitativ metode er mindre egnet til å frembringe data som kan gi svar på menneskers kunnskaper og erfaringer. Vi erkjente at det ville bli utfordrende å finne et egnet spørreskjema som kunne besvare problemstillingen vår, fordi var interessert i å få frem erfaringer og kunnskaper hos operasjonssykepleiere. Et mixed methods-design ville ha gitt oss både kvalitative og kvantitative data, men vi vurderte at det ville ha vært både ressurs og kompetansemessig for krevende. Malterud argumenterer for at fokusgruppeintervjuer er en overkommelig og et naturlig valg av metode for førstegangsforskere, og at det kan gi ny og nyttig kunnskap for å besvare problemstillingen. (Malterud, 2002, s. 2469). Fokusgruppeintervjuer er en effektiv metode for datainnsamling hvor forskeren kan samle inn et rikt datamateriale og ulike synspunkter på kort tid. Det krever imidlertid at alle deltakerne får muligheten til å trykke seg og bli hørt (Polit & Beck, 2021, s. 515). Vi forsøkte å ivareta denne balansen ved å informere deltagerne om betydningen av alles deltagelse fra start av intervjuene. I tillegg oppfordret en moderator aktivt alle til å komme med sine betraktninger under intervjuet. En styrke ved fokusgruppeintervjuer er at forskeren både kan være til stede, observere informantene og ha mulighet til å påvirke forløpet i samtalen underveis (Johannessen et al., 2021, s. 125).

Ved å delta sammen under intervjuene kunne vi skrive ned notater underveis om kontekst, måten utsagn ble uttrykt på og interaksjonene mellom informantene. Dette sikret viktige observasjoner om kontekst og samhandling mellom informantene, og dette ble en styrke for kunnskapsutviklingen. Samtidig forsøkte vi å være bevisst på interaksjonen mellom informant og intervjuer. Malterud hevder at det er spesielt viktig at forskeren forstår hvordan denne interaksjonen kan påvirke datamaterialet (Malterud, 2002, s.2469). Dette samspillet forsøkte vi å være oss bevisste i tolkningen av datamaterialet og funnene våre. I følge Malterud er det å intervju enkeltpersoner som ved et dybdeintervju godt egnet ved problemstillinger som fordypningstemaer da disse krever trygghet og ettertanke. Det kunne gitt oss individuelle meninger og synspunkter. På den andre siden ville vi mistet den positive effekten av interaksjonen deltakerne imellom som frembrakte diskusjoner og meningsutvekslinger (Malterud, 2002, s. 2469). Denne interaksjonen anser vi som en styrke fordi opplevelser, erfaringer og meninger i gruppen bidro til et rikt datamateriale. Ettersom vi hadde forhåndskunnskap om hva vi ønsket å utforske, utarbeidet vi en intervjuguide støttet av relevant teori og diskuterte denne med veileder. For å styrke intervjuguiden ytterligere benyttet vi oss av et pilotintervju over Zoom. Dette intervjuet resulterte i at vi endret på et par av spørsmålene da vi oppdaget at disse var like i formuleringen og ikke åpne spørsmål. Selv om vi hadde liten erfaring med utforming av intervjuguide, erfarte vi at den fungerte godt under intervjuene. Semistrukturerte intervjuer har den fordelen med å være et hjelpemiddel for å holde en rød tråd på tema som utforskes, og at spørsmålene i denne guiden har hensikt med å belyse fenomenet fra ulike vinkler og perspektiver fra informantene (Dragset & Ellingsen, 2010). Til tross for dette er vi likevel åpne for at en mer erfaren forsker hadde kunnet finne andre interessante aspekter ved å bruke en annen strategi for datainnsamling enn det vi gjorde.

Ifølge Tjora er hovedregelen at utvalget i en fokusgruppe bør ha mellom seks til tolv deltagere (Tjora, 2021, s.138-139). På grunn av begrensede ressurser i avdelingen var ikke dette gjennomførbart. Dette kan ha vært begrensende faktor for våre data som studien bygger på. Til tross for dette argumenterer Johannessen et al. med at en av styrkene i kvalitativ forskning er at et mindre utvalg kan være tilstrekkelig å for å oppnå en god metning av data, da hver informant kan besitte tilstrekkelig og relevant informasjon om fenomenet det skal forskes på (Johannessen et al., 2021, s.74). På den ene siden skal antall

informanter være høyt nok til at opplevelser og erfaringer som ønskes kommer frem. På den andre siden skal ikke informantene få prestasjonsangst under datainnsamlingen. Tjora hevder at gruppene kan settes sammen på bakgrunn av allerede eksisterende relasjoner, og det har vist seg at å bruke relativt homogene grupper kan være gunstig fordi informantene kjenner på en tilhørighet (Tjora, 2021, s. 138-139). Med utgangspunkt i Tjoras teori mener vi at vi langt på vei klarte å oppnå en god metning med det utvalget vi hadde. Videre bestod utvalget vårt av operasjonssykepleiere med bred og variert erfaring innen yrket, og vi mener at dette gjenspeiler informantenes evne til å kunne gi gode data. Vi opplevde at ved å bruke små grupper følte informantene seg trygge, og det gjorde det enklere for informantene å dele data og diskutere seg imellom. Dette fikk vi bekreftet i etterkant av intervjuene. Flere av informantene gruet seg i forkant, men opplevde intervjuprosessen som en positiv opplevelse fordi de var i et kjent miljø der de kunne snakke fritt og føle seg hørt.

Johannessen et al. hevder at utvalget ikke skal være større enn at det er mulig å gjennomføre en grundig og detaljert analyse (Johannessen et al., 2021, s. 74). Som relativ uerfaren innen forskningsfeltet opplevde vi datamaterialet som overkommelig med utvalget vi hadde, samtidig som vi kunne gjennomføre en grundig analyse og oppnå relevante funn som gav oss svar på problemstillingen.

### **6.2.2 Studiens kvalitetsvurderinger**

Refleksivitet er ifølge Pilot og Beck en prosess der forskerne reflekterer kritisk over seg selv, vurderer de data som samles inn og kvaliteten på studien. Å kunne presentere tanker i en forskningskontekst, og vise en grundig gjennomføring av studien samtidig som en viser selvbevissthet kan være med på å øke kvaliteten på studien (Polit & Beck, 2021, s. 156-157).

Ved å inneha tidligere erfaring som sykepleiere fra sengepost og overvåkningsavdelinger ansees vår forforståelse av tema som relativt høy. Samtidig hadde vi en formening om at tema trengtes å tilføres operasjonssykepleiere, og at vi under denne prosessen likevel kan tolke og analysere data fra et subjektivt ståsted. Denne forforståelsen kunne vi ta med oss inn i både arbeidet med prosjektplanen, utforming av intervjuguiden og gjennomføringen av intervjuene. Det var stor sannsynlighet for at vi kunne kjenne oss igjen i flere av funnene

vi fikk, så vi var svært oppmerksomme på å ikke lete etter de utsagnene og resultatene som bekreftet egne antagelser. Lincoln og Guba (1985) hevder at det å inneha forkunnskaper og erfaringer fra det aktuelle forskningsfeltet er et viktig poeng for troverdighet. Dette kan bidra til å skille mellom relevant og ikke relevant informasjon (Polit & Beck, 2021, s. 569). Til tross for at det er kompetansen og egenhet som er avgjørende for de dataene som skapes (Dragset & Ellingsen, 2010). Vi arbeidet kontinuerlig med å ha et subjektivt ståsted, og var bevisste på dette under hele prosessen hvilket styrker både troverdigheten og påliteligheten i studien.

For å bevare kriteriet om troverdighet i oppgaven var det viktig for oss å utarbeide et ordrett transkript. Malterud påpeker at å jobbe flere sammen kan gi økt bredde og annerledes tolkning av dataene. Samtidig så kan allerede eksisterende kunnskap og holdninger påvirke resultatet (Malterud, 2017, s. 195). Vi valgte av den grunn å transkribere hver for oss før vi dobbeltsjekket hverandre for å sikre at relevant data ikke gikk tapt. Dette mener vi er med på å styrke troverdigheten i studien. Johannessen et al. underbygger dette poenget ved å påpeke at det å la andre personer analysere samme datamaterialet for så å se om man kommer frem til samme tolkning vil styrke troverdigheten (Johannessen et al., 2021, s. 256). Konsekvensene av å gjøre dette hver for oss uten å dobbeltsjekke hverandre kan være at vi hadde stått igjen med to forskjellige tolkninger av intervjuet og transkripsjonen. Det vil si at det kan være mye som blir formidlet i taushet under intervjuet som ikke kommer med på opptaket, og at enkelte resultater derfor kan utebli. Ved at begge var til stede under intervjuene og at vi kontrollerte hverandre flere ganger underbygger en troverdighet i transkripsjon og analyse (Dragset & Ellingen, 2010). Videre har vi presentert resultatene gjennom direkte sitater i tillegg til å legge ved et utdrag av den tematiske analysen. Å underbygge resultater ved bruk av direkte sitater fra informantene kan hjelpe leseren å komme tettere på rådata isteden kun gjennom vår tolkning (Tjora, 2021, s. 248).

Pålitelighet innen kvalitativ forskning setter søkelys på nøyaktighet i analyse og gjengivelse av data. Begrepet stiller spørsmål ved om en utenforstående forsker hadde kommet frem til de samme resultatene ved bruk av samme fremgangsmåte og metode. Derfor er det viktig å gjøre en grundig beskrivelse av forskningsprosessen (Polit & Beck, 2021, s. 569). I denne studien forsøker vi å møte dette pålitelighetskravet ved å redegjøre for

fremgangsmåte. Samtidig hevder Polit og Beck at kriteriet om troverdighet ikke kan oppnås i fravær av pålitelighet (Polit & Beck, 2021, s. 596). Av den grunn har vi gjort rede for bakgrunn, teoretisk ståsted og hensikt med studien. Vi har fremstilt valg av metode, krav om rekruttering av informanter, hvordan analysen er blitt utviklet fra allerede innhentet empiri, og vært så transparent som mulig i analyseprosessen og fremstilling av resultater. Å fremstille arbeidet med analysen steg for steg bidrar til å skille den vitenskapelige tilnærmingen fra overfladiske påstander. Vi har vært åpne om valg vi har foretatt oss under hele forskningsprosessen. Av den grunn oppfyller vi ønsket om å være transparente og også kravet om troverdighet og gyldighet i studien. For å vurdere studiens overførbarhet er det viktig at vi som forskere har gitt nok beskrivende data slik at leser kan vurdere om funnene i studien kan brukes eller overføres til andre grupper (Polit & Beck, 2021, s. 569). Som tidligere nevnt er funnene fra studien fra et lite utvalg, og det kan derfor stilles spørsmål ved om funnene kan generaliseres. Dette kan igjen peke på en utfordring ved valgte metodadesign. Sett fra et annet perspektiv er utvalget strategisk utplukket, og resultatene gjenspeiler de kunnskaper og erfaringer operasjonssykepleierne har om forebygging av postoperativt delirium. Vi mener derfor at studien har en overførbarhet til andre operasjonssykepleiere, og ser på det strategiske utvalget som en styrke i forbindelse med studiens overførbarhet.

Sammen med overførbarhet vurderes også gyldighet. Gyldighet i masterstudier handler om å stille spørsmålsteget ved om man har undersøkt det man skulle undersøke i samsvar med problemstillingen (Drageset & Ellingsen, 2010). Underveis i intervjuene ønsket vi å sikre gyldigheten ved å kontrollere svarene dersom det var noe uklart mellom intervjuer og informant. Eksempler på dette er å stille spørsmål som «Har jeg forstått deg rett?» eller oppfølgingsspørsmål som «hva mener du med. ...?» (Drageset & Ellingsen, 2010). Dersom forskeren unngår å kontrollere slike ting underveis så kan konsekvensene være at vår tolkning av svaret kan være annerledes enn det informanten ønsker å formidle. Gjennom dette sikret vi en felles forståelse mellom informant og forsker. Under intervjuene delte vi rollene som moderator og sekretær. På den måten kunne vi observere stemning, samhandling og hendelser som av ulike årsaker ikke ble fanget opp på lydopptaket. Disse funnene ble notert ned og brukt til å styrke gyldigheten når datamaterialet skulle

transkriberes. Samtidig hindret det oss i å miste rådata som kunne gått tapt (Johannessen et al., 2021, s.256; Malterud, 2012, s. 65-66).

Oppsummert er vi bevisste på at antall fokusgrupper var lavere enn først ønsket. På en annen side er vi fornøyd med gjennomføring av intervjuer og mener at mengden datamateriale vi samlet inn er med på å gi oss et troverdig bilde av virkeligheten samtidig som vi innhentet nok datamateriale til å svare på problemstillingen. Vi ønsket å fylle kravet om å være transparente ved å fremstille hele forskningsprosessen og den analytiske prosessen så godt som mulig. Vi har forsøkt å være refleksive i redegjørelsen for vår for forståelse, samt bevart kriteriet om troverdighet, gyldighet og pålitelighet.

## 7.0 Konklusjon

Operasjonssykepleierne i studien viste gode kunnskaper og erfaringer om forebygging av postoperativt delirium til tross for at de rangerte sin kompetanse som lav. Dette tolkes til at de ikke er sin kunnskap helt bevisst, og at begrepet postoperativt delirium har lite fokus i operasjonsavdelingen. Det ble tydelig at operasjonssykepleierne har inngående kunnskaper om forebygging av postoperativt delirium. Denne kunnskapen beskrives som forebygging av hypotermi, skjerming av pasienten, fokus på knivtid og å tilpasse operasjonssykepleien til den enkelte pasient gjennom hele det perioperative forløpet. Et viktig element for å få gjennomført sistnevnte punkt er å innhente informasjon fra pasientens journal som for eksempel informasjon fra sjekklisten 4AT. Samlet beskriver denne studien et kontinuerlig, ubevisst arbeid i forebyggelsen av postoperativt delirium. Operasjonssykepleierne var åpne for å øke bevisstheten rundt dette ved å for eksempel inkludere risiko for utvikling av postoperativt delirium som eget punkt i sjekklisten for trygg kirurgi. Operasjonssykepleierne trakk frem at det å være presset på tid eller ha få ressurser kan være et hinder for forebyggende tiltak som for eksempel skjerming. Bruk av pårørende i operasjonsavdelingen var et annet forslag, og operasjonssykepleierne identifiserte både positive og negative sider ved det. Det stilles høye krav til effektivitet i en operasjonsavdeling, og disse kravene kan føre til hendelser som kan true pasientsikkerheten. Kvaliteten på samarbeidet innad i det kirurgiske teamet, og mellom operasjonsavdelingen og sengeposten kan også være avgjørende for en pasient i risiko for å utvikle postoperativt delirium. Forebyggende og effektivt teamarbeid med god kommunikasjon blant helsepersonell er avgjørende for å optimalisere pasientresultater og redusere forekomsten av postoperativt delirium.

Ønskelige implikasjoner fra denne studien er økt bevissthet rundt forebygging av postoperativt delirium i operasjonsavdelingen. Vi har erfart at operasjonssykepleiere innehar mye kunnskap om forebygging av postoperativt delirium, og ønsker at denne kunnskapen skal brukes mer aktivt og bevisst i håp om å styrke kvaliteten på helsetjenestene som ytes. Når det gjelder fremtidige studier, kunne det være interessant å undersøke om økt oppmerksomhet rundt forebygging av postoperativt delirium blant operasjonssykepleiere resulterer i en reduksjon i forekomsten av postoperativt delirium blant pasienter med hoftebrudd.

## Referanseliste

- Bjørnstad, I.C., & Halstensen, T-D. (2021). Peroperativ anestesisykepleie. I A-C. Leonardsen (Red.) *Anestesisykepleie*. (3.utg). Cappelen Damm Akademisk
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis : a practical guide*. SAGE.
- Brottveit, G., & Del Busso, L. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: om å arbeide forskningsrelatert* (p. 181). Gyldendal akademisk.
- Bøyum, Å. W. (2013). Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. *Sykepleien Forskning*, 8(3), 210-9. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0091>
- Chow, WB., Rosenthal, RA., Merkow, RP, Ko, CY., & Esnaola NF. (2012). Optimal preoperative assessment of the geriatric surgical patient: a best practices guideline from the american college of surgeons national surgical quality improvement program and the american geriatrics society. *Journal of the American College of Surgeons*, 215(4), 453–466. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2012.06.017>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag – NEM. (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. (Publisert 15.01.2010). Hentet april.22 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Dovjak P, Iglseider B, Mikosch P, Gosch M, Müller E, Pinter G, Pils K, Gerstofer I, Thaler H, Zmaritz M, Weissenberger-Leduc M, Müller W. (2013). *Treatment and prevention of postoperative complications in hip fracture patients: infections and delirium*. doi: 10.1007/s10354-013-0228-y.
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2010). *Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju*. *Sykepleien Forskning* 2010;5(4):332-335. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>
- Eide, P.H (2018). Forebygging av hypotermi. I I G-M Dåvøy, P-H Eide & I Hansen(red.) *Operasjonssykepleie*. (2. utg., s. 307-319). Gyldendal norsk forlag.
- Eide, P-H. & Dåvøy, G. (2018). Funksjons- og ansvarsområde. I G-M Dåvøy, P-H Eide & I Hansen(red.) *Operasjonssykepleie*. (2. utg., s.28-34). Gyldendal norsk forlag.
- Engedal, K., & Haugen, P-K. (2018). *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling*. Forlaget aldring og helse – akademisk.
- Fischer, Maleitzke, T., Eder, C., Ahmad, S., Stöckle, U., & Braun, K. F. (2021). Management of proximal femur fractures in the elderly: current concepts and treatment options. *European Journal of Medical Research*, 26(1), 1–86. <https://doi.org/10.1186/s40001-021-00556-0>

Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning. (FOR-2021-10-26-3095). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2021-10-26-3095>

Frisch NB, Pepper AM, Jildeh TR, Shaw J, Guthrie T, Silverton C. *Intraoperative Hypothermia During Surgical Fixation of Hip Fractures*. Orthopedics. 2016 Nov 1;39(6):e1170-e1177. DOI:[10.3928/01477447-20160811-04](https://doi.org/10.3928/01477447-20160811-04)

Førde, R. (2014, 10.oktober). Helsinkideklarasjonen. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

Gulbrandsen, T., & Stubberud, D.-G. (2015). *Intensivsykepleie* (3. utg., p. 991). Cappelen Damm akademisk.

Hansen, I. (2018). *Den gamle operasjonspasienten*. I G-M Dåvøy, P-H Eide & I Hansen(red). *Operasjonssykepleie*. (2. utg., s. 81-87). Gyldendal norsk forlag.

Hansen, I. (2018). *Operasjonsspasientens psykososiale behov*. I G-M Dåvøy, P-H Eide & I Hansen(red). *Operasjonssykepleie*. (2. utg., s. 99-127). Gyldendal norsk forlag.

Helsebiblioteket. (2016, desember). *Delirium – forebygging, diagnostikk og behandling*. Helsebiblioteket.no. Hentet 2.April 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/delirium-diagnostikk-og-behandling>

Helsetilsynet. (2010, desember). *Stikkprøvetilsyn: Behandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd*. [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/veileder\\_hoftebrudd\\_internserien18\\_2010.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/veileder_hoftebrudd_internserien18_2010.pdf)

Ingvarsdottir E, Halldorsdottir S (2017) *Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses*. Scand J Caring Sci. 2018 Jun;32(2):951-960. <https://doi.org/10.1111/scs.12532>

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

Juliebø V, Bjørø K, Krogseth M, Skovlund E, Ranhoff AH, & Whyller TB. (2009) Risk factors for preoperative and postoperative delirium in elderly patients with hip fracture. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1354-1361. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02377.x>

Kaldråstøyl, G., Milje Bohman, B., Salemonsens, E., & Bentsen, S. B. (2022). Fremmede kirurgisk teamarbeid- en kvalitativ studie av operasjonssykepleieres erfaringer og oppfatninger. *Inspira*, 17(2), 55–68. <https://doi.org/10.23865/inspira.v17.3804>

Kirurgiske komplikasjoner – i trygge hender 24/7. (Uten år). <https://www.itryggehender24-7.no/reduser-pasientskader/kirurgiske-komplikasjoner#referanser>

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., p. 381) Gyldendal Norsk Forlag.

Legeforeningen. (2015). *4AT- screening for delirium og kognitiv sikt*.  
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/bcf2ee0183d54c17b7005b963818c0ab/4at-norsk-versjon-2015.pdf>

Legemiddelhåndboka. (2020). T22 Anestesi. I legemiddelhåndboka  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjs0fvslpD\\_AhWMSvEDHUHTB9QQFnoECAkQAAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.legemiddelhandboka.no%2Fpdf%2FT22&usg=AOvVaw2PZD5Q76WEvWTqObQ5\\_Nap](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjs0fvslpD_AhWMSvEDHUHTB9QQFnoECAkQAAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.legemiddelhandboka.no%2Fpdf%2FT22&usg=AOvVaw2PZD5Q76WEvWTqObQ5_Nap)

Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – Forutsetninger, muligheter og utfordringer. *Ugeskrift for læger*, 167(22), 2377-2380.

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. (P. 164.) Universitetsforlaget.

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

Meyer, H.E (2004, 19.mars). *Fakta om beinskjørhet og brudd (osteoporose og osteoporotiske brudd)*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/fp/folkesykdommer/beinskjorhet/beinskjorhet-og-brudd---fakta-om-os/>

M. M de Castro, S., Unlü, C., Tuynman, J., Honig, A., van Wagenveld, B. A., Steller, E.P., & Cvrouenraets, B. (2014). *Incidence and risk factors of delirium in the elderly general surgical patient. American Journal of Surgery*, 208(1), 26-32.  
<https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.12.029>

Norsk Senter for Forskningsdata. *Fyll ut meldeskjema for personopplysninger*. (Uten år)  
<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger>

NSFLOS. (2015). *Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse*.  
<https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>

Oberai T, Laver K, Crotty M, Killington M, Jaarsma R (2018). *Effectiveness of multicomponent interventions on incidence of delirium in hospitalized older patients with hip fracture: a systematic review*. 30(4):481-492. doi: 10.1017/S1041610217002782.

Partridge, J. S., Martin, F.C., Harari, D., & Dhesi, J.K (2013). The delirium experience: what is the effect on patients, relatives and staff and what can be done to modify this? *International Journal of Geriatrics Psychiatry*, 28(8), 804-812.  
<https://doi.org/10.1002/gps.3900>

Pioli, G., Bendini, C., Giusti, A., Pignedoli, P., Cappa, M., Iotti, E., Ferri, M.A., Bergonzini, E., & Sabetta, E. Surgical delay is a risk factor of delirium in hip fracture patients with mild-moderate cognitive impairment. *Aging Clin Exp Res.* 2019 Jan;31(1):41-47. doi: 10.1007/s40520-018-0985-y.

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

Ranhoff, A.H. (2020). Delirium (akutt forvirring). I Kirkevold, M., Brotdkorb, K., & Ranhoff, A.H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie*. (3. utgave., s. 458-470).

Ranhoff, A.H., Hellbostad, J., & Martinsen, M.I. (2020). Osteoporose og brudd (Red.) I Kirkevold, M., Brotdkorb, K., & Ranhoff, A.H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie*. (3. utgave., s. 524-533).

Sandelin, Kalman, S., & Gustafsson, B. Åkesdotter. (2019). Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork—Operating theatre nurses' perspectives: A qualitative interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13-14), 2635–2643. <https://doi.org/10.1111/jocn.14850>

Stubberud, D.G. (2020). Å forebygge og behandle delirium. I D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.) *Intensivsykepleie* (4.utg. s. 212-234). Cappelen damm akademisk

Sneppen, O., Bünger, C., Hvid, I. & Søballe(Red.). (2014). *Ortopædisk kirurgi*. FADLs Forlag.

Søgaard, A. J. (2016, 12.april). *Nedgang i forekomsten av hoftebrudd*. <https://www.fhi.no/nyheter/2016/nedgang-i-forekomsten-av-hoftebrudd>

Teunissen, C., Burell, B., & Maskill, V. (2020) Effective Surgical Teams: An Integrative Literature Review. *Western Journal of Nursing Research*, 42(1), 61-75. <https://ezproxy.hiof.no:2647/10.1177/0193945919834896>

Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave.). Gyldendal.

Uysal, A. İ., Altıparmak, B., Yaşar, E., Turan, M., Canbek, U., Yılmaz, N., & Demirbilek, S. G. (2020). The effects of early femoral nerve block intervention on preoperative pain management and incidence of postoperative delirium geriatric patients undergoing trochanteric femur fracture surgery: A randomized controlled trial. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery / Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*, 26(1), 109–114. <https://doi.org/10.14744/tjtes.2019.78002>

Von Vogelsand, A., Swenne, C.L., Gustafsson, B.å., & Falk Brynhildsen, K. (2019) Operating theatre nurse specialist competence to ensure patient safety in the operating theatre: A discursive paper. *Nursing Open*, 7 (2), 495-502. <https://doi.org/10.1002/nop2.424>

Wang, Tang, J., Zhou, F., Yang, L., & Wu, J. (2017). Comprehensive geriatric care reduces acute perioperative delirium in elderly patients with hip fractures: A meta-analysis.

Medicine (Baltimore), 96(26), e7361–e7361.  
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000007361>

Weissenberger-Leduc, & Zmaritz, M. (2013). Nursing care for the elderly with hip fracture in an acute care hospital. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 163(19-20), 468–475.  
<https://doi.org/10.1007/s10354-013-0247-8>

White, L.B., Coyne, E., & Grealish, L. (2021). Management of delirium within intraoperative settings for older adults with hip fracture: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.) 30(15/16), 2169-2178. <https://doi.org/10.1111/jocn.15720>

Wyller, T-B. (2020). *Geriatrici – en medisinsk lærebok*. (3. Utg). Gyldendal norsk forlag.

Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykeleie*. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393rammeplan\\_for\\_videreutdanning\\_i\\_operasjonssykeleie\\_05.pdf?fbclid=IwAR3F7GK4I2tkPFiPirhCK5nn6\\_vLEsSH0UvpbYX\\_dgNtLBTOE5jUSmIRAVo](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393rammeplan_for_videreutdanning_i_operasjonssykeleie_05.pdf?fbclid=IwAR3F7GK4I2tkPFiPirhCK5nn6_vLEsSH0UvpbYX_dgNtLBTOE5jUSmIRAVo)

Yang, Y., Zhao, X., Gao, L., Wang, Y., & Wang, J. (2021). Incidence and associated factors of delirium after orthopedic surgery in elderly patients: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clinical & Experimental Research*, 33(6), 1493-1506.  
<https://doi.org/10.1007/s40520-020-01674-1>

Zhao, X., & Yuan, W. (2022). Perioperative multicomponent Interdisciplinary program reduces delirium incidence in elderly patients with hip fracture. *Journal of the American psychiatric nurses association*, 28(2), 154-163.  
<https://doi.org/10.1177/1078390320915250>

## Vedlegg 1

### Intervjuguide

Tema for masteroppgaven vår er: «Postoperativt delirium – operasjonssykepleieres erfaringer med, og kunnskaper om perioperativ forebygging av postoperativt delirium».

#### Tema A (Innledning)

1. Hvor lenge har dere jobbet som sykepleier?
2. Hvor lenge har dere jobbet som operasjonssykepleier?
3. Hvilke erfaringer har dere om postoperativt delirium? Hvordan vil dere vurdere egen kunnskap/kompetanse om postoperativt delirium?

**Oppfølging:** Er dere kjent med risikofaktorer? Eventuelt hvilke?

#### Tema B (Refleksjon)

1. Hvilke erfaringer har dere med delirumpasienter?  
**Oppfølging:** Har du noen tanker om hva som kan være viktig i forebyggelse av delirium? Eventuelt hva?
2. Hvilke erfaringer har dere med forebygging av postoperativt delirium ved ortopedisk seksjon i operasjonsavdelingen?

**Oppfølging:** Hvordan kunne økt kunnskap om dette temaet ha påvirket dine handlinger?

1. Har dere noen tanker om hvilke pasienter som er i risikogruppen for utvikling av postoperativt delirium?
2. Har dere noen eksempler på forebyggende tiltak som kan være aktuelle i arbeidet med risikopasienten?
3. Er dere kjent med noen verktøy som kan brukes i kartlegging av risikopasienten?

**Oppfølging:** Har dere noen erfaringer med at disse verktøyene blir brukt? Hvis ja, opplever dere at disse opplysningene blir sett og tatt stilling til?

- Har dere opplevd at studenter eller kollegaer har etterspurt et større fokus på forebygging av delirium?

**Oppfølging:** Dersom dette blir etterspurt, hadde dere hatt et større søkelys på å tilrettelegge for å forebygge delirium?

**Oppfølging:**

- Hvordan erfarer dere at bruk av aktiv skjerming blir gjort?
- Hva tenker dere om bruk av tid og ressurser? Opplever dere at pårørende blir brukt som ressurs?
- Hva tenker dere om kommunikasjon med risikopasienten? For eksempel bruk av briller og høreapparat
- Realitetsorientering og bruk av klokke
- Bruk av musikk under inngrepet

#### Tema C (Avrundning)

1. Opplever dere at det er behov for å øke fokuset på forebygging av postoperativt delirium?

2. Har dere noen tanker om hvordan dere som gruppe kan øke fokuset på dette i avdelingen?

Oppfølging: trygg kirurgi

3. Hva er deres tanker om hvordan forebyggende tiltak kan iverksettes i avdelingen?
4. Er det noe annet viktig dere tenker på som vi ikke har spurt om?

## **Vil du delta i forskningsprosjektet** **«Operasjonssykepleieres erfaringer, og kunnskaper om** **forebygging av postoperativt delirium»?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge operasjonssykepleieres erfaringer og kunnskaper om forebygging av postoperativt delirium i operasjonsavdelingen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Formålet med studien er å utforske operasjonssykepleieres erfaringer og kunnskaper om forebygging av postoperativt delirium i operasjonsavdelingen. Studien retter seg mot de operasjonssykepleiere som daglig jobber ved ortopedisk seksjon ved operasjonsavdelingen.

Ut ifra tittel som tidligere presentert er det utformet følgende to forskningsspørsmål som vi ønsker å få svar på gjennom fokusgruppeintervju sammen med dere:

1. Hvilke erfaringer og opplevelser har operasjonssykepleieren i arbeidet med forebygging av postoperativt delirium?
2. I hvilken grad blir eventuelle kunnskaper og tiltak brukt i praksis?

Resultatene av disse intervjuene vil samlet utgjøre vår masteroppgave i klinisk sykepleie med fordypning i operasjonssykepleie.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Christiane Johannessen og Madelèn Engsmyr er ansvarlig for prosjektet.

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

Du får spørsmål om å delta på denne studien fordi du er ansatt ved ortopedisk seksjon ved operasjonsavdelingen xxx. På denne måten har du daglig kontakt med pasienter som er i faresonen for å utvikle postoperativt delirium, og vi ønsker å kartlegge dine kunnskaper og erfaringer omkring dette tema.

Gruppene er satt sammen ved hjelp av leder ved operasjonsavdelingen. Eiere av prosjektet har ikke satt sammen gruppene selv.

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

Intervjuene vil gjennomføres i sykehusets lokaler. Vi skal gjøre fokusgruppeintervjuer, som er et alternativ under kvalitativ metode. Intervjuguiden er utformet slik at vi kun skal innhente opplysninger om dine erfaringer, tanker og kunnskaper rundt postoperativt delirium og forebyggelse av dette. Det vil *ikke* innhentes personlige eller sensitive data.

Intervjuene tas opp via kryptert lydbåndopptaker. Dette gjøres via en app som er godkjent av, og i bruk hos Høgskolen i Østfold. Ved avsluttet prosjekt vil disse lydfilene slettes.

Tidsaspekt ansees å være innen juni 2025.

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du deltar på et intervju som tar maks 60 minutter. I dette intervjuet vil vi stille spørsmål om det aktuelle tema som tidligere presentert i dette informasjonsskrivet. Spørsmålene er åpne, og vi ønsker å invitere dere til samtaler og refleksjon.

### **Det er frivillig å delta**

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

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

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

Det er kun eierne av prosjektet (Christiane Johannessen og Madelen Engsmyr) i samråd med veileder ved Høgskolen i Østfold som vil ha tilgang til opplysninger som du oppgir. Som deltager vil du ikke kunne gjenkjennes i publikasjon, og vi vil ikke utgi noen personlige opplysninger om deg.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes våren 2023. Råmateriale (datainnsamlingen) vil slettes senest Juni 2025 på grunn av mulighet for publikasjon av artikkel senere. Ved transkribering (omgjørelse av data i form av lydopptak til tekst) vil navnet ditt byttes ut med for eksempel «operasjonssykepleier 1». Transkripsjonen vil aldri bestå av navn.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Østfold har Norsk senter for forskningsdata (NSD) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

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

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

|                                     |                |
|-------------------------------------|----------------|
| Christiane Johannessen telefon xxxx | e-post: xxxx   |
| Madelèn T Engsmøyr telefon xxxx     | e-post: xxxxxx |
| Veileder er xxxx med telefon xxxx   | epost: xxxxxx  |

- Vårt personvernombud: Personvern og forskningsavdelingen xxxx

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

- Personverntjenester på epost:xxx

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*  
(Forsker/veileder)

*Eventuelt student*

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Operasjonssykepleieres erfaringer og kunnskaper om forebygging av postoperativt delirium og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju som tas opp via lydopptak.
- at opplysninger om meg publiseres, men at disse opplysningene er anonymisert

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

---

-  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3



Meldeskjema / Postoperativt delirium – operasjonssykepleieres erfaringer med, og kunnskaper om perioperativ forebygging av postoperativt delirium / Vurdering

# Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
718580

**Vurderingstype**  
Standard

**Dato**  
23.11.2022

### Prosjektittel

Postoperativt delirium – operasjonssykepleieres erfaringer med, og kunnskaper om perioperativ forebygging av postoperativt delirium

### Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Østfold / Fakultet for helse, velferd og organisasjon / Institutt for sykepleie, helse og bioingeniørfag

### Prosjektansvarlig

Astrid Wevling

### Student

Madelen Engsmyr

### Prosjektperiode

01.11.2022 - 20.06.2025

### Kategorier personopplysninger

Alminnelige

### Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 20.06.2025.

[Meldeskjema](#)

### Kommentar

#### OM VURDERINGEN

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

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

#### VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.06.2025.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

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

#### TAUSHETSPLIKT

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres slik at det ikke fremkommer opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lenger enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Nettskjema er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema](https://nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema).

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 4

## Notat

Side 1 av 1

Vår saksbehandler

Forskningsavdelingen

Vår dato

23.08.2022

Vår referanse

22/06580-2

Til

Forskningsavdelingen

Kopi til

Forskningsavdelingen

### Kommentar fra personvernombudet

Masterprosjekt: Erfaringer og kunnskaper fra operasjonssykepleiere som jobber med pasienter med hoftefrakturer og utvikling av delirium

Studenter: Madelen Engsmyr og Christiane Johannessen

Utdanningsinstitusjon og dataansvarlig: Høgskolen i Østfold

Public360: 22/06580

Det vises til forespørsel om å gjennomføre masterprosjektet innen operasjonssykepleie. Det skal gjennomføres intervjuer av ansatte ved Ortopedisk seksjon, Operasjonsavdelingen,

Slik prosjektet er beskrevet forutsettes det at Høgskolen i Østfold er dataansvarlig og at data ikke lagres eller oppbevares ved . Det eneste som skal skje ved  er intervju av ansatte, og før prosjektet kan gjennomføres forutsettes det at aktuell avdelingssjef samtykker til denne aktiviteten. Utover dette har personvernombudet ved  ingen innvendinger til gjennomføringen av prosjektet.

Med vennlig hilsen,

Rådgiver, forskningsavdelingen

*Dette notatet er elektronisk godkjent av personvernombudet og sendes uten signatur*

## Vedlegg 5

Redegjørelse for eget arbeid med masteroppgaven «Postoperativt delirium – hvordan opplever operasjonssykepleiere sin egen kunnskap og erfaringer i arbeidet med forebygging av postoperativt delirium?» Av Christiane Johannessen

Utarbeidingen av denne oppgaven startet allerede våren 2021 da vi skrev en hovedoppgave under videreutdanningen som fungerte som en kappe for denne masterstudien. Denne kappen ble skrevet sammen. Videre har vi samarbeidet med utarbeidelse av intervjuguide, og ble også enige tidlig om å dele rollene som moderator og sekretær under intervjurundene. Jeg hadde rollen som moderator. Vi transkriberte et intervju hver.

I denne oppgaven har jeg hatt størst fokus på resultater og diskusjon av funn fra intervjuene, mens min makker har jobbet mye med dataanalysen og metodediskusjon. Vi har oppdatert hverandre underveis, og vi har alltid hatt god kommunikasjon på hvor vi har befunnet oss i løypa. De tingene vi har opplevd som vanskelig eller utfordrende har vi diskutert med hverandre, og på den måten har vi inkludert hverandre i den andres arbeid. Derfor opplever jeg samarbeidet og kommunikasjonen oss i mellom som god. Øvrige temaer i studien som innledning, bakgrunn, spesialsykepleiefaglig relevans, teori og lignende har vi jobbet med sammen. Vi har lest korrektur sammen, og har deltatt på alle veiledninger sammen.

Jeg opplever arbeidet som likt fordelt.

Dato og sted

Kragerø, 7/6 23

Christiane Johannessen

Underskrift

Christiane Johannessen

Forfatter

Dato og sted

Kragerø, 7/6-23

Madlen Engsmyr

Underskrift

Madlen Engsmyr

Makker

## Redegjørelse for eget arbeid

Arbeid med masteroppgaven «Postoperativt delirium – hvordan opplever operasjonssykepleiere sin egen kunnskap og erfaringer i arbeidet med forebygging av postoperativt delirium?»

I forkant av arbeidet med masterstudien skrev vi en kappe som fungerte som en del av hovedoppgaven under videreutdanningen. Denne kappen skrev vi sammen. Vi har gjort et litteratursøk med og uten bibliotekar for å se hva som finnes av forskning på temaet og relevant teori. Søket er fordelt likt på begge studentene. Søk til personvernombud ved aktuelt sted og NSD (nå SIKT) har jeg hatt ansvar for.

Intervjuguiden ble utarbeidet i felleskap. Under intervjuene delte vi rollen som moderator og sekretær, hvor jeg fungerte som sekretær under begge intervjuene. Vi transkriberte et intervju hver, og kontrollerte hverandre etterpå. Videre i denne masteroppgaven har jeg hatt størst fokus på metodedel, metodediskusjon og kapittelet om dataanalyse og utarbeidelse av tabell med transkript. Partneren min har jobbet med presentasjon av resultater og diskusjon av funn. Resten av oppgaven som innledning, spesialsykepleiefaglig relevans og andre teoretiske kapitler har vi samarbeidet om. Vi har sammen lest korrektur på oppgaven, alltid vært deltagende i hverandres arbeid og begge har deltatt på samtlige veiledningstimer.

Vi har hatt god kommunikasjon gjennom hele prosessen, fordelt arbeidet godt og jeg opplever samarbeidet som godt.

Min opplevelse er at arbeidet med studien er likt fordelt.

Kjeller, 7/6<sup>23</sup>

Sted, dato

Madelen Engsmyr

Student

Madelen Engsmyr

Christiane Johannessen

Student

Christiane Johannessen