

Det intraoperativa teamarbetet

Främjande och hindrande faktorer ur operationssjuksköterskans synvinkel

FÖRFATTARE	Jonna Ericson Johanna Sjöberg
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterske- programmet med inriktning mot operationssjukvård 60 högskolepoäng/ Examensarbete för magister i omvårdnad OM5340
	VT 2015
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Birgitta Åkesdotter Gustafsson
EXAMINATOR	Monica Pettersson
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa	

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Det intraoperativa teamarbetet – Främjande och hindrande faktorer
Titel (engelsk):	The intraoperative teamwork – Promotion and inhibitory factors
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård/ Examensarbete för magister i omvårdnad/ OM5340
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	37 sidor
Författare:	Jonna Ericson Johanna Sjöberg
Handledare:	Birgitta Åkesdotter Gustafsson
Examinator:	Monica Pettersson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: För att hälso- och sjukvården ska kunna upprätthålla en patientsäker och god vård har det framtagits gemensamma kärnkompetenser för samtliga vårdprofessioner, där en av dessa är teamarbete och samverkan med andra. Ett operationsteam arbetar i en komplex miljö där det ställs stora krav på de olika teammedlemmarna. För att uppnå lyckade resultat och skapa en trivsamt arbetsmiljö samt värna om patientsäkerheten behöver teamets medlemmar formell kompetens samt kunna samarbeta och interagera med varandra.

Operationssjuksköterskan är en del av detta multiprofessionella operationsteam och att ta del av och beskriva hennes upplevelser av teamarbete kan ge en förståelse för vad som främjar och hindrar det intraoperativa teamarbetet. **Syfte:** Syftet var att belysa

operationssjuksköterskans upplevelser av främjande och hindrande faktorer som påverkade teamarbetet under den intraoperativa fasen. **Metod:** Studien är utformad som en kvalitativ intervjustudie och den metod som studien utgår från är critical incident technique. Resultatet är analyserat utifrån en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Fem

operationssjuksköterskor från två sjukhus i mellersta Sverige intervjuades. **Resultat:** Resultatet utmynnade i fem kategorier med tillhörande underkategorier. De fem kategorierna var; kommunikation, förståelse och respekt, samarbete, yrkesroll samt inställning och attityd. Innehållet under samtliga kategorier visade på både främjande och hindrande faktorer för teamarbetet. **Slutsats:** Teamarbetet under den intraoperativa fasen innebär komplexa interaktioner mellan olika professioner, vilket kräver mycket av de olika teammedlemmarna. Lika väl som att en faktor kan vara främjande inom operationsteamet kan denna faktor även vara hindrande om den inte hanteras eller genomförs väl. Studien visar flera olika faktorer kring operationssjuksköterskans upplevelser av fungerande och icke fungerande teamarbete.

Nyckelord: operationssjuksköterska, operationsteam, teamarbete, kvalitativ intervjustudie, patientsäkerhet

ABSTRACT

Background: To be able to maintain patient safety and good care, common competencies for all healthcare professions have been established, one of these is teamwork and collaboration. A surgical team works in a complex environment which puts great demands on the various team members. To achieve successful results and to create a pleasant working environment, the team requires the possibility to collaborate and interact with each other. The surgical nurse is a part of this multi-professional team and sharing her experiences of teamwork can provide an understanding of what promotes and prevents the intraoperative teamwork. **Aim:** The aim was to highlight the experiences of the surgical nurse considering promotional and inhibitory factors affecting the teamwork during the intraoperative phase. **Method:** The study is designed as a qualitative study based on the critical incident technique, where the results are analyzed from a qualitative content analysis with an inductive approach. Five surgical nurses at two hospitals in western Sweden were interviewed. **Results:** The result came up with five categories with associated subcategories. The five categories were: communication, understanding and respect, cooperation, professional role and attitude and approach. The content in all categories reflected promotional and impeding factors for teamwork. **Conclusions:** Teamwork during the intraoperative phase involves complex interactions between various professions, which require a lot of from the different team members. As well as one factor can lead to promotion factors within the operating team, this factor can also be prohibitive if not managed or implemented well. The study shows a variety of factors surrounding the surgery nurse 's experiences of functioning and not functioning teamwork.

Keywords: theatre nurse, surgical team, team work, qualitativ interview study, patient safety

INNEHÅLL

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Operationssjuksköterska	3
Team	4
Operationsteam	6
Kommunikation	7
Problemformulering	8
SYFTE	9
METOD	9
DESIGN	9
URVAL	10
DATAINSAMLING	10
DATAANALYS	11
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	13
RESULTAT	14
KOMMUNIKATION	14
FÖRSTÅELSE OCH RESPEKT	18
SAMARBETE	19
YRKESROLL	21
INSTÄLLNING OCH ATTITYD	25
DISKUSSION	28
METODDISKUSSION	28
RESULTATDISKUSSION	30
Slutsats	33
REFERENSER	34
BILAGOR	
I Information och samtycke till verksamhetschef/enhetschef	
II Information och samtycke till deltagare	
III Intervjuguide	

INTRODUKTION

INLEDNING

Att arbeta i team är en arbetsform som blir allt vanligare. Däremot är det inte sagt att bara för att team upprättas så innebär detta att resultaten blir bättre. Att arbeta i team ställer stora krav på de individer som ingår i teamet. Lika väl som ett väl fungerande team kan uppnå framgångsrika resultat, kan ett icke-fungerande team leda till det motsatta.

För att säkerställa patientsäkerheten och upprätthålla en god vård genomförs operationer av ett operationsteam bestående av sjukvårdspersonal med olika professioner och rätt kompetens för uppgiften. Varje teammedlem ansvarar för sina specifika arbetsuppgifter och därmed är teamet beroende av varandras deltagande. Som blivande operationssjuksköterskor och medlemmar i ett multiprofessionellt team är det av vikt att identifiera vilka faktorer som främjar respektive hindrar teamarbete.

BAKGRUND

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) skyldig att se till att en hög patientsäkerhet upprätthålls. WHO:s checklista infördes för att upprätthålla en patientsäker vård i samband med operation och för att öka teamarbete och kommunikation i samband med kirurgi (World Health Organization, 2014). För att arbeta patientsäkert behöver samtliga teammedlemmar ha rätt kompetens för professionens specifika uppgifter (Svensk sjuksköterskeförening & Svenska läkaresällskapet, 2013). Inom den opererande avdelningen genomförs arbetet i team och för att upprätthålla kvalitén på arbetsutförandet behöver teamet kunna samverka och tillvarata varandras olika kompetenser. Operationssjuksköterskan, som är en del i operationsteamet, behöver kunna planera, konsultera, informera och samarbeta med de andra yrkesspecialiteterna och använda WHO's checklista för att tillgodose en patientsäker perioperativt vård. Genom att samarbeta och kommunicera med teammedlemmarna försöker operationssjuksköterskan att utveckla, förbättra och främja ett gott arbetsklimat (Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2011).

För att hälso- och sjukvården ska kunna upprätthålla en patientsäker och god vård finns det sex olika kärnkompetenser som är gemensamma för vårdprofessioner. Dessa sex kärnkompetenser är identifierade av Institute of Quality and Safety Education for Nurses (QSEN). En av kärnkompetenserna är teamarbete och samverkan med andra (QSEN, 2012).

Det finns en viss skillnad på hur kirurger och de andra medlemmarna i operationsteamet ser på aspekter som rör kommunikation, teamarbete och situationsmedvetenhet (Wauben, Dekker-van Doorn, Van Wijngaarden, Goossens, Huijsman, Klein & Lange, 2011). Generellt sett så har kirurgerna en mer positiv bild av kommunikation och teamarbete medan sjuksköterskorna har en sämre uppfattning (Makary, Sexton, Freischlag, Holzmueller, Millman, Rowen & Pronovost, 2006; Mitchell, Flin, Yule, Mitchell, Coutts & Youngson, 2011). Situationsmedvetenhet, kommunikation, teamarbete, hantering av uppgifter och hantering av stress är kognitiva och sociala egenskaper som leder till framgångsrika prestationer hos operationssjuksköterskan (Mitchell et al., 2011). Makary et al. (2006) visar att kirurger är mer nöjda med samarbetet med operationssjuksköterskor än vad operationssjuksköterskorna är med kirurgerna. Studien visar att läkarna inom operationsteamet, kirurger och anestesiologer, betygsatte teamarbetet inom sin egen profession som högt, men trots detta var läkarna de som fick det lägsta betyget gällande samarbete från de övriga professionella medarbetarna i teamet. Operationssjuksköterskor fick det högsta betyget för samarbete.

Crew Resource Management (CRM) är ett koncept som håller på att införas på vissa svenska sjukhus som bygger på att upprätthålla en säker verksamhet. En säker vård uppfylls genom att se till att teammedlemmarna har de kunskaper, färdigheter och attityder som behövs för att hantera krävande situationer (Patientförsäkringen LÖF, 2014). En observationsstudie (Halverson, Casey, Andersson, Anderson, Park, Rademarker & Moorman, 2011) har genomförts före och efter att operationsteam har genomgått CRM-träning. Före utbildningen observerade forskarna 56 kommunikationsmissar på 76 timmar medan det efter utbildningen noterades 20 kommunikationsmissar på 74 timmar. De största missarna som gjordes i kommunikationen gällde utrustning och att alla teammedlemmar inte hölls uppdaterade om hur operationen fortlöpte, vilket i sin tur ledde till förseningar och ineffektivitet.

Specialistsjuksköterskestudenter som får öva i en träningsmiljö som präglas av en positiv säkerhetskultur och ett positivt klimat för teamarbete, uppfattar att de erhållit en bättre beredskap för interprofessionellt lärande samt bättre uppfattning om säkerhetsklimat och teamarbete (Wallin, Kalman, Sandelin, Färnert, Dahlstrand & Jylli, 2014). Alltså kan en medveten och utformad utbildningsinsats skapa en lärandemiljö som modell för upprättande av säkerheten på operationssalen. Gillespie, Chaboyer, Longbottom & Wallis (2009) har i en intervjustudie fastställt att både läkare och sjuksköterskor är positivt inställda till utbildning i teamarbete, men anser att tidspress och stress gör det svårt att hinna delta i utbildningar.

Operationssjuksköterska

En operationssjuksköterska arbetar pre-, intra- och postoperativt, det vill säga praktiserar omvårdnad i alla dess former före, under och efter ingreppet.

Under den preoperativa fasen samlar operationssjuksköterskan in data om patienten och planerar med hjälp av detta vården genom att ställa omvårdnadsdiagnoser och formulera omvårdnads mål. Under den intraoperativa fasen sker genomförandet av den planerade omvårdnaden och operationssjuksköterskan kan i denna fas ha två olika roller, osteril eller steril (Steelman, 2015).

Operationssjuksköterskans ansvarsområde består av bland mycket annat av att förebygga smittspridning och infektioner genom aseptiskt tänkande och handlande, instrumentera och assistera kirurgen under ingreppet samt att se till att inget oavsiktligt lämnas kvar i patienten genom att utföra kontrollräkning av utrustning före, under och efter ingreppet.

Operationssjuksköterskan ansvarar även för att dubbelkontrollera vilket ingrepp som ska göras, om patienten är markerad på rätt ställe samt kontrollera att patientens identitet stämmer (Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2011). Kolvered, Öhlén & Gustafsson (2012) har i en intervjustudie visat att operationssjuksköterskan genomför en rad olika omvårdnadshandlingar under den intraoperativa fasen.

Operationssjuksköterskorna beskriver hur de skapar en trygg atmosfär för patienten genom att ha denna i fokus och ta hänsyn till uttryck och kroppsspråk samt tänker på miljön runt omkring patienten som att till exempel täcka över instrument för att inte skrämna eller oroa patienten i onödan. Operationssjuksköterskorna uppger att det är viktigt att vara påläst om ingreppet som ska utföras och vara väl förberedd gällande utrustning och annat för att

samarbetet med kirurgen ska fungera och därmed leda till ett bra resultat för patienten.

Under den postoperativa fasen utvärderas de planerade och genomförda omvårdnadsåtgärderna (Steelman, 2015).

Team

Enligt nationalencyklopedin definieras team som ”mindre grupp som samarbetar i bestämt syfte” (NE, 2014). För att en grupp ska bli ett team behövs ett synergiskapande samarbete och en tydlig gemensam målbild. I teamet arbetar medlemmarna nära varandra och denna närhet formas i strävan mot synergin och målet (Sandberg, 2006). Synergi förklaras utifrån ett socialt och arbetsrelaterat sammanhang som en samarbetsvinst och innefattar patientnytta, samarbetshälsa hos teammedlemmarna och teamets utveckling (Sandberg, 2006; Edberg, Ehrenberg, Friberg, Wallin, Wijk & Öhlén, 2013).

Det kan finnas många olika team och sammansättningar av dessa, men gemensamt för alla team är att olika kompetenser arbetar tillsammans mot samma mål, det vill säga att ge patienten en så säker och bra vård som möjligt. Ingen teammedlem är viktigare än någon annan, utan allas kompetenser ska användas till att komplettera varandra. Det är viktigt att alla teammedlemmar känner till sina roller och funktioner och att det finns en situationsmedvetenhet, vilket innebär en förståelse för den aktuella situationen (Svensk sjuksköterskeförening & Svenska läkaresällskapet, 2013). För att uppnå synergi krävs att varje teammedlem tar till vara på varje enskild teammedlems kompetens och att lösningen på arbetsuppgiften till stor del sker i process av ömsesidigt givande och tagande.

Teammedlemmarna behöver ha förmågan att sätta teamet framför sina egna individuella insatser och se sin plats i det stora hela så att ett helhetsperspektiv skapas (Sandberg, 2006). Ett välfungerande team resulterar i positiva resultat för både patienter, anhöriga, teammedlemmar, organisationer och samhället. För att nå de positiva resultaten behövs adekvata resurser, teammedlemmarna behöver ha god kompetens och samarbetet i teamet behöver fungera tillfredsställande med ett gott arbetsklimat (Sandberg, 2009; Sandberg, 2006).

Arbetsklimatet har stor betydelse för teamet (Sandberg, 2006). När teamarbetet inte fungerar påverkas teammedlemmarnas arbetsklimat, den personliga utvecklingen och hälsan berörs och det dåliga arbetsklimatet leder till att teamets arbetsresultat och prestationer påverkas negativt (Sandberg, 2009; Sandberg, 2006). Det är svårt att sätta fingret på orsaken till att ett team inte fungerar, då ett team är ett komplext samspel mellan teammedlemmarnas egenskaper, fysiska och organisatoriska förutsättningar (Edberg et al., 2013).

För att teamarbetet ska bli optimalt behöver teammedlemmarna dela med sig av information till varandra. I livshotande och tidskrävande situationer ska informationen delas på ett kontrollerat, kortfattat och medvetet sätt så att samtliga teammedlemmar får en gemensam lägesbedömning. Det är även viktigt att oklara direktiv eller önskemål tydliggörs för att undvika missförstånd (Mitchell et al., 2011; Gillespie, Gwinner, Chaboyer & Fairweather, 2013). Att vara en teammedlem innebär att krav ställs på individen och för att kunna ingå i teamet behövs en egen professionalitet samt en förmåga till samarbete. Samarbetsförmåga beskrivs som att lyssna, lära och uttrycka sin egna professionella kompetens för bästa gemensamma lösning (Sandberg, 2006).

För att nå ett gemensamt mål på ett framgångsrikt sätt är det viktigt att teamet har respekt för varandras yrkesroller och att teamet lutar sig mot en gemensam värdegrund (Svensk sjuksköterskeförening & Svenska läkaresällskapet, 2013). Det är svårt för ett team att ha ett ömsesidigt förtroende och respekt för varandra om teammedlemmarna inte arbetat ihop tidigare (Gillespie et al., 2013). Då inte teammedlemmarna känner varandra blir de olika professionerna mer reserverade och tveksamma. För att få fungerande professionella relationer i teamet behöver detta vårdas över tid. Efter att ett team arbetat ihop under en tidsperiod har de utvecklat förståelse för varandras kapacitet och kan genomföra operationer endast genom att använda gester och få ord (Leach, Myrtle & Weaver, 2011). Sandberg (2006) beskriver att ett inarbetat team där teammedlemmarna är vana vid varandra i större utsträckning leder till framgång än ett nytt team, däremot kan ibland ett inarbetat team fastna i inövade rutiner som inte alltid passar ihop med nya direktiv. Gillespie et al. (2009) visar på att gamla traditioner har stor betydelse för hur teamet fungerar. De olika professionerna är självständiga och arbetar sida vid sida med utgångspunkt i sin egen profession vilket kan hindra teamarbetet. Både läkare och sjuksköterskor beskriver hur de kan känna sig som tre team (kirurger, narkosläkare och sjuksköterskor) som arbetar tillsammans istället för ett team,

vilket kan ha en negativ inverkan på samarbetet genom kommunikationssvårigheter

Operationsteam

Ett operationsteam består av medlemmar från olika professioner och med olika kompetenser där varje medlem hanterar sina uppgifter inom sitt specifika ansvarsområde.

Teammedlemmarna kan därmed inte ta över varandras uppgifter utan är beroende av varandras kompetenser. Däremot är uppgifterna inom varje profession standardiserade så enskilda teammedlemmar är utbytbara mot personal med samma kompetens (Lind, 2009).

Operationssalen är en högriskmiljö där flera olika professioner ska samverka under olika former. Dessa professioner ska kunna arbeta både självständigt utifrån sin speciella kompetens och tillsammans i ett team. Detta kan ha både för- och nackdelar. Olika sätt att kommunicera och tänka utifrån profession ger kommunikationsmissar medan det samtidigt bidrar till teamets effektivitet (Gillespie et al., 2009).

Stress och trötthet kan påverka operationssjuksköterskans genomförande under den intraoperativa fasen (Mitchell et al., 2011). Det är inte enbart den egna stressen som påverkar arbetet utan även stress från andra i teamet. Genom att operationssjuksköterskan behåller lugnet hos sig själv och fortsätter vara fokuserad på sina uppgifter så smittar detta även av sig till övriga teammedlemmar (Mitchell et al., 2011; Gillespie et al., 2013).

Enligt Gustafsson (2014) består ett operationsteam av patient, kirurg, anestesilog, anestesijuksköterska, instrumenterande operationssjuksköterska samt cirkulerande operationssjuksköterska.

Operationssjuksköterska

Operationssjuksköterskan har en viktig roll i teamet, då ingen annan av teammedlemmarna besitter det unika kunnandet inom hygien och aseptik. Operationssjuksköterskan är även den teammedlem som har gedigen kunskap om medicinskteknisk utrustning, instrument och säkerhetskontroller. Genom kunskap om och förmåga till samarbete med övriga teammedlemmar gällande patientens säkerhet och omvårdnad under hela den perioperativa fasen fyller operationssjuksköterskan en viktig roll (Gustafsson, 2014).

Anestesisjuksköterska

Anestesisjuksköterskans perioperativa arbetsuppgifter består av, utifrån ordination från anestesilog, att självständigt eller med stöd av anestesilog genomföra anestesi och sedering

av patienten under det kirurgiska ingreppet. Under ingreppet ansvarar anestesijuksköterskan bland annat för att övervaka patientens parametrar (i form av till exempel andning, cirkulation och temperatur) och vätskebalans samt säkerställa den medicintekniska utrustningens funktion. Tillsammans med övriga teammedlemmar ansvarar anestesijuksköterskan för patientens omvårdnad, dokumentation och positionering samt att säkerhetskontroller genomförs med hjälp av WHO:s checklista (Riksföreningen för anesthesi- och intensivvård & svensk sjuksköterskeförmedling, 2012).

Kirurg

Kirurgen är den som bedömer om patienten behöver genomgå ett operativt ingrepp och som därefter har det medicinska ansvaret för patienten. Kirurgen ska, med hjälp av gedigen kunskap inom patofysiologi, behärska operationstekniska metoder i både akuta och planerade situationer samt basal smärtlindring och effekt av anestesi. Multidisciplinär samverkan är en viktig del av kirurgens ansvarsområde samt att kunna leda arbetet i vårdteam (Socialstyrelsen, 2008a).

Anestesiolog

En anestesiolog är en läkare med specialistexamen inom anesthesi- och intensivvård. Anestesiologen ansvarar för den perioperativa anestesin och smärtlindringen både inom akut och planerad vård. Detta innebär bl.a. att genomföra preoperativa bedömningar, anpassa anestesin efter varje patients behov, ansvara för övervakning, anestesi och smärtlindring under den intraoperativa fasen (ofta genom delegation till anesthesijuksköterskan) samt att följa upp smärtlindringen postoperativt. Anestesiologen ska ha förmåga att leda arbetet kring kritiskt sjuka patienter. Ett multiprofessionellt synsätt är en annan viktig kompetensförmåga (Socialstyrelsen, 2008b).

Kommunikation

Enligt Sandberg (2009) leder välfungerande kommunikation till synergi. Kommunikationen ska genomföras på ett öppet, kreativt och prestigelöst sätt så att teamet kan ta sig igenom gemensamma problem. Genom dialog utvecklas teamet (Sandberg, 2006). All kommunikation behöver inte vara verbal utan icke-verbal kommunikation är viktig under den intraoperativa fasen då mun och näsa täcks av ett munskydd. Den icke-verbala kommunikationen består av att läsa av ansiktsuttryck från ögon och ögonbryn och genom gester från händerna (Mitchell et

al., 2011). Under en operation kan tystnad vara användbart och nödvändigt för att kunna genomföra operationsingrepp på ett säkert sätt. Tystnad kan återspegla ett erfaret operationsteam som är bekant med varandra och bekväma i sin arbetssituation, men ibland kan tystnaden också bero på olika maktprocesser som pågår i operationssalen. Dessa maktprocesser kan visa sig genom tystnad som återspeglar rädsla för att yttra sig för att blotta brist på kunskap och även leda till en återhållsam kommunikation mellan sjuksköterskor och läkare (Gardezi, Lingard, Espin, Whyte, Orser & Baker, 2009).

Gemensamma förståelser i operationsteamet skapas genom öppen kommunikation. Om teamets medlemmar har en förståelse för varandras uppgifter och delar samma perspektiv främjas kirurgins säkerhet. Då det saknas respektfull professionell bekräftelse och grundläggande kommunikation i teamet försämras teamets prestationer genom att ansträngning för att skapa gemensamma överenskommelser hindras (Gillespie et al., 2013). I en studie spelades sammanlagt 22 timmar av perioperativ kommunikation in och under denna tid observerades 1936 olika kommunikationstillfällen. Vid 8,7 % av dessa hittades brister i kommunikationen. Studien visade att kommunikationen mellan olika yrkeskategorier resulterade i missar dubbelt så ofta som när kommunikation skedde mellan personal av samma yrkeskategori. Hela 88,7% av alla kommunikationsfel påverkade effektiviteten eller säkerheten under operationen (Hu, Arriaga, Peyre, Corso, Roth & Greenberg, 2012).

Samband sätts mellan hur länge ett team har arbetat tillsammans och hur väl kommunikationen fungerar. Ju bättre ett team känner varandra ju färre kommunikationsmissar sker. Det kan också ses ett samband mellan olika typer av avbrott under operationen, fler avbrott ger fler kommunikationsmissar (Gillespie, Chaboyer & Fairweather 2012). Bristande kommunikation äventyrar patientsäkerheten och kvaliteten på vården (Nagpal, Vats, Lamb, Ashrafian, Sevdalis, Vincent & Moorthy, 2010).

Problemformulering

På en operationssal närvarar flera personer med olika professioner och utgör tillsammans ett professionellt operationsteam. Teamarbete förutsätter att de olika deltagarna har rätt kompetens för uppgiften som bidrar till att teamet fungerar och har förmåga till samarbete. Ett

fungerade teamarbete leder till ett bra arbetsklimat, ökad patientsäkerhet och ett bättre flyt i det intraoperativa arbetet. Operationssjuksköterskan är en del i teamet och det är därför av stor betydelse att ta reda på vilka faktorer som främjar respektive hindrar ett framgångsrikt teamarbete.

SYFTE

Syftet var att belysa operationssjuksköterskans upplevelser av främjande och hindrande faktorer som påverkade teamarbetet under den intraoperativa fasen.

METOD

DESIGN

Studien är utformad som en kvalitativ intervjustudie. Då det var svårt att hitta studier som beskriver operationssjuksköterskans upplevelser, är en kvalitativ ansats en bra metod för att genomföra en studie med hjälp av berättelser (Polit & Beck, 2012). Den metod som valdes att användas är Critical Incident Technique.

Critical Incident Technique

Critical incident technique (CIT) presenterades första gången 1954 av militärpsykologen John Flanagan, som observerade hur piloter betedde sig i luften i samband med övning och i skarpt läge. Han såg hur ett stort antal av piloterna inte lyckades med sitt uppdrag och började analysera varför genom att ta del av piloternas upplevelser av det han kallade kritiska incidenter samt ta reda på hur de handskades med dessa händelser (Flanagan, 1954; Fridlund, 2012). Polit och Beck (2012) beskriver CIT som en metod för att studera specifika händelser och beteenden med hjälp av de intervjuades observationer och upplevelser.

För att händelsen ska vara kritisk, *critical*, ska den ha avgörande betydelse för framgång eller misslyckande i arbetsuppgiften. Med *incident* menas att händelsen ska vara en mänsklig observerbar aktivitet, utifrån vilken slutsatser kan dras av personen själv som är med i handlingen (Flanagan, 1954; Fridlund, 2012). CIT studerar beteenden i efterhand ur

studiedeltagarnas perspektiv och identifierar om beteendet leder till positiva eller negativa resultat (Fridlund, 2012).

URVAL

Då studien ville belysa operationssjuksköterskornas upplevelser, bestod deltagarna i intervjustudien enbart av operationssjuksköterskor och därför användes ett lämplighetsurval. Ett lämplighetsurval innebär att försöka skaffa sig kunskap om en enhetlig grupp (Danielson (2013). Tillstånd söktes hos verksamhetscheferna på två sjukhus i mellersta Sverige, se bilaga I, och när samtycke erhöles informerades operationssjuksköterskorna på de två operationsavdelningarna om studien under morgonmöten och arbetsplatsträffar. De operationssjuksköterskor som frivilligt ville delta i studien fick anmäla sig till någon av oss. Redan från början fick operationssjuksköterskorna information om att endast fem deltagare behövdes. Inga inklusions- eller exklusionskriterier, förutom att deltagarna skulle vara operationssjuksköterskor, användes för urvalet för att få ett bredare urval av deltagare. Två personer anmälde sig frivilligt direkt i samband med informationen, medan det tog några veckor innan det slutligen anmälde sig ytterligare tre till. Samtliga deltagare var kvinnliga operationssjuksköterskor och hade varit yrkesverksamma som operationssjuksköterskor mellan tre och 31 år, se tabell 1. De som visade intresse för att delta i studien erhöles muntlig och skriftlig information om studien och vad deltagandet innebar, se bilaga II.

Tabell 1. Demografisk data över deltagarna

KOD	KÖN	ANTAL YRKESVERKSAMMA ÅR SOM OPERATIONSSJUKSKÖTERSKA
D1	Kvinna	3
D2	Kvinna	4
D3	Kvinna	31
D4	Kvinna	9
D5	Kvinna	15

DATAINSAMLING

En intervjuguide utformades utifrån CIT, vilket innebar att deltagarna skulle berätta om en positiv och en negativ händelse då teamarbetet fungerat bra respektive sämre under den intraoperativa fasen., se bilaga III. Vid tre av intervjuerna deltog båda intervjuerna och vid

resterande två närvarande endast en intervjuare. Vid de intervjuer båda deltog ledde den ena själva intervjun och ställde frågor utifrån intervjuguiden, medan den andra observerade och lyssnade. Framåt slutet av intervjun kunde den som var observatör flika in för att förtydliga sådant som varit oklart under intervjun. Det gjordes först en provintervju för att få ett grepp över om de frågor som ställdes räckte för att få tillräckligt med material eller om intervjuguiden behövdes ändras. Provintervjun diskuterades med handledaren och det beslutades att frågorna var tillräckliga och behövde inte justeras.

Varje intervju tog mellan 10 minuter och 18 minuter. Intervjuerna spelades in digitalt och transkriberades. Efter transkriptionen fick intervjutexten från varje deltagare ett kodnummer. De kodade intervjutexterna underlättade att återfinna citat som skulle synliggöra deltagarnas upplevelser och stärka arbetets trovärdighet i resultatet.

DATAANALYS

Enligt Fridlund (2012) beskriver Flanagan ingen direkt metod för att analysera data insamlad enligt CIT. Det är därför vanligt att den metod som används för detta är en kvalitativ innehållsanalys (Fridlund, 2012). Därför används en kvalitativ innehållsanalysmodell med induktiv ansats enligt Graneheim och Lundman (2004). Med induktiv ansats menas att de texter som analyseras är baserade på människors berättelser om sina upplevelser och analysen sker utan särskilda förutsättningar och slutsatser görs utifrån det som hittas i texterna (Polit & Beck, 2012).

De transkriberade texterna analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys med manifest innehåll, där manifest står för att forskaren lyfter fram det synliga och uppenbara innehållet i de transkriberade texterna (Graneheim & Lundman, 2004).

Efter att intervjuerna transkriberats plockades meningsenheter ut från texterna.

Meningsenheterna plockades ut noggrant då de skulle motsvara syftet, sådant som inte svarade på syftet valdes att uteslutas. Sedan kortades meningsheterna ner, kondenserades, men själva innebörden i meningen fick inte gå förlorad. Därefter kodades texten och koderna ledde fram till underkategorier som till sist bildade övergripande kategorier. Arbetet från att ta fram meningsenheter till att bilda kategorier gjordes tillsammans. Dataanalysen resulterade i fem olika kategorier med tillhörande underkategorier, vilket presenteras under resultatet. I tabell 2 visas exempel på dataanalysförfarandet.

Tabell 2. Exempel på dataanalysförfarande

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Man behöver kanske inte prata så mycket med varandra...	Behöver inte prata så mycket med varandra	Behöver inte prata	Tyst kommunikation	Kommunikation
Känsla av att det fungerar mindre bra...missförstånd och kommunikationsproblem	Missförstånd och kommunikationsproblem	Kommunikationsproblem	Bristande kommunikation	
Så väntar man in varandra, så blir det väntetider, så det blir det missnöje. Så tror man att den andre segar...Egentligen ska väl inte det påverka för man ska väl ha förståelse för varandra ändå...	Väntar in varandra, det blir missnöje, tror att den andre segar, borde ha förståelse för varandra	Ingen förståelse för varandra	Bristande förståelse och respekt för varandra	Förståelse och respekt
Så det är jätteviktigt att vi accepterar varandra å respekterar varandra och lyssnar på varandra...när det handlar om teamarbete.	Jätteviktigt att acceptera varandra, respektera varandra, lyssna på varandra.	Acceptera och lyssna på varandra	Visa respekt och förståelse för varandra	
Man måste se och att jag ser att de behöver hjälp...så att man hela tiden är beredd och gå utanför sin egen profession för att bidra till teamet.	Ser att de behöver hjälp, så att man hela tiden är beredd att gå utanför sin egen profession.	Hjälpa varandra över professionerna	Arbeta tillsammans med varandra	Samarbete
...då fogade jag mig faktiskt och jag ångrade mig så himla mycket efteråt...bara för att hon var på dåligt humör och inte ville hjälpas åt.	Hon var på dåligt humör och inte ville hjälpas åt	Dåligt humör påverkar samarbetet	Arbeta parallellt med varandra	

Fortsättning tabell 2.

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
...en känsla att det flyter på och att alla yrkeskategorier inne på sal vet vad dem ska jag göra.	Flyter på, alla vet vad dem ska göra	Alla vet vad dem ska göra	Trygg i sin yrkesroll	Yrkesroll
Då tycker jag att det fungerar bäst, ja när man vet vilka som är på sal...	Fungerar bäst när man vet vilka som är på sal	Veta vilka som är på sal	Känna till varandra professionellt	
Så när teamarbetet fungerar bra...så är det ofta personbundet. Man klickar jättebra med vissa och vissa har väldigt lätt att kompromissa.	Ofta personbundet. Klickar jättebra med vissa och vissa har väldigt lätt att kompromissa	Vissa har lätt att kompromissa	Personbundet	Inställning och attityd
...inte jättesvårt att göra sig lite till...när man märker att de andra inte är helt på topp. Det går att lyfta om man själv är lite positiv.	När man märker att de andra inte är helt på topp. Det går att lyfta om man själv är lite positiv.	Vara positiv lyfter andra	Positiv attityd påverkar	

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Under andra världskriget skedde fruktansvärda övergrepp på människor i forskningssyfte och för att undvika att någonting liknande skulle inträffa igen och för att skydda människor som deltar i forskning, skapade World Medical Association (WMA) Helsingforsdeklarationen (Svenska läkareförbundet, 2013). Enligt Helsingforsdeklarationen ska hänsyn till de som deltar i studien komma före vetenskapens och samhällets intressen. Detta innebär att de som väljer att delta i studien ska informeras om att deras deltagande sker frivilligt och att de när som helst kan avbryta sin medverkan utan att detta får några följder. Studiedeltagarna och all information som de ger behandlas konfidentiellt och alla deltagare och allt material kommer

att koda så att ingenting kan härledas till en enskild person (World Medical Association, 2013). Den insamlade datan kommer endast att användas för forskningsändamål i enlighet med nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Samtliga deltagare i föreliggande studie erhöll skriftlig och muntlig information om studien och informerades om att de när som kunde avbryta sin medverkan utan någon förklaring.

RESULTAT

Analysen resulterade i fem kategorier med tillhörande underkategorier, se tabell 3.

Tabell 3. Kategorier och underkategorier

KATEGORIER	UNDERKATEGORIER
Kommunikation	Tyst kommunikation Tydlig kommunikation Bristande kommunikation
Förståelse och respekt	Visa förståelse och respekt för varandra Bristande förståelse och respekt för varandra
Samarbete	Arbeta tillsammans med varandra Arbeta parallellt med varandra
Yrkesroll	Trygg i sin yrkesroll Uppfattning om den egna yrkesrollen Känna till varandra professionellt Professionell yrkesrelation
Inställning och attityd	Personbundet Positiv attityd påverkar Negativ attityd påverkar

KOMMUNIKATION

En av de tydligaste kategorierna som framträdde efter intervjuerna med operationssjuksköterskorna var kommunikation. Kommunikation påverkade det intraoperativa teamarbetet, både som en främjande men också som en hindrande faktor. Utifrån intervjuerna

utkristalliserades tre underkategorier: Tyst kommunikation, tydlig kommunikation och bristande kommunikation.

Tyst kommunikation

Kommunikation behöver inte alltid vara verbal. Ett team som var väl sammansvetsat och där var och en kände sig trygg i sin yrkesroll och kunde sina arbetsuppgifter behövde inte kommunicera så mycket med ord för att få arbetet att flyta på. Detta kunde vara en fördel i kritiska situationer, där ett väl fungerande teamarbete alltså kunde vara näst intill ordlöst. Underkategorin tyst kommunikation lyftes alltså fram som en faktor som kunde främja det intraoperativa teamarbetet. En operationssjuksköterska berättade:

[...] jag har ju upplevt situationer där det är akut för patienten och då, då, det har ju fungerat bra alltså att, att teamet har slutit upp och gjort det man ska göra, nästan varit, inte tysta men, ja bara pratat om det som är viktigt. (D1)

Tydlig kommunikation

En viktig faktor som främjade det intraoperativa teamarbetet var en tydlig kommunikation. För att operationssjuksköterskorna skulle kunna utföra sin del av arbetet på ett bra sätt och därmed bidra till teamarbetet var det viktigt med tydlig kommunikation från de övriga teammedlemmarna men det var lika viktigt att operationssjuksköterskan själv tänkte på hur hon kommunicerade med övriga. En operationssjuksköterska berättade att hon försökte påverka övriga i teamet att kommunicera tydligt genom att föregå med gott exempel.

Att om jag är tydlig tänker jag att det smittar av sig på de andra. Om jag talar tydligt och högt och är kortfattad så tänker jag att det ska vara så. (D1)

Tydlig kommunikation innebar inte bara att tala på ett begripligt sätt utan också att se till så att alla var med och lyssnade och kunde ta del av informationen som delgavs. Det var ingen mening med att dela med sig av information om bara kanske hälften på salen lyssnade och hörde vad som sades. Att missa viktig information för att någon trodde att alla hade lyssnat kunde leda till misstag och försvåra teamarbetet medan det faktum att alla tog del av samma information runt patienten och utrustningen skapade bättre förutsättningar för att teamarbetet skulle bli framgångsrikt. En operationssjuksköterska berättade att de hade mycket kvar att lära

när det gällde time out:en på hennes avdelning men att hon försökte se till att alla var med och lyssnade och tog del av informationen som framkom.

[...]narkosköterskan säger vad hon förväntar sig från sitt perspektiv å så talar jag om vad jag vet om det är något speciellt med och så. (D4)

Bristande kommunikation

Bristande kommunikation var den största underkategorin som framträdde under kommunikation. En kommunikation som inte fungerar var en hindrande faktor för ett väl fungerande teamarbete.

Så det, de gångerna som jag uppfattar att det liksom inte gått så bra det är för att man inte har kommunicerat tillräckligt tydligt med varandra. (D1)

Att kommunikationen inte fungerade berodde på flera orsaker, yttre såväl som inre, och orsakas av alla personalkategorier i teamet. En orsak som ledde till bristande kommunikation och missuppfattningar var rena språkförbistringar som berodde på att någon i teamet inte behärskade svenska språket tillräckligt bra.

Det kan vara att man inte, inte uppfattar situationen för man hör inte. Eller man förstår inte. Det kan vara språkförbistringar med operatörer som inte talar ren svenska. (D1)

Yttre faktorer så som miljön på operationssalen, med till exempel apparater som lät, rökutsug som susade och att all sterilkädd personal hade munskydd på sig var också faktorer som försvårade kommunikationen. Det blev svårare att höra vad andra sa och att inte kunna se mimik och ansiktsuttryck bidrog också till att det blev svårare att uppfatta andra.

Vi har ju de fysiska faktorerna som hindrar med munskydd, och miljön runt omkring och att alla står med sitt, det är ju inte en samtalssituation i operationssåret. (D1)

Bristande kommunikation kunde också bero på den mänskliga faktorn, att de olika

medlemmarna i teamet helt enkelt glömde bort att informera varandra om olika saker och detta i sin tur påverkade teamarbetet. Även detta var någonting som orsakades av alla yrkeskategorier. En operationssjuksköterska beskrev att det ibland uppstod situationer där patienterna var planerade för en typ av lokalbedövning beroende på det ingrepp som skulle utföras och sedan visade det sig att operatören har tänkt om gällande ingreppet utan att meddela detta vilket krävde en annan form av anestesi, till exempel sövning. Hade detta meddelats det övriga teamet i tid så hade tid kunnat sparas, rätt utrustning hade funnits framme från början, patienten hade kunnat informeras i tid och rätt anestesi hade kunnat förberedas.

[...] det kan ju vara brister i kommunikationen mellan sköterskorna också men ofta kan det ju vara att läkarna tänker och så glömmar dem berätta vad dem har tänkt och så. (D4)

En operationssjuksköterska berättade hur det ofta blev ändringar i operationsprogrammet och att det hände att någon medlem i teamet som fått reda på detta glömde att informera övriga.

Det händer ju ganska ofta och då kan det ju hända att narkosköterskan får reda på saker och så glömmar hon. Eller att jag får reda på det och så kanske jag missar att tala om det för undersköterskan eller narkosköterskan [...] (D4)

Ibland var det inte bara glömska som orsakade kommunikationsmissar utan andra faktorer som att operationssjuksköterskan var rädd för att störa operatören med frågor vilket i sin tur påverkade samarbetet med övriga teammedlemmar.

Eller att man glömmar att tala om att nu är vi strax färdiga så ni kan börja väcka, kanske på grund av osäkerhet från min sida för jag vet inte om vi strax är färdiga eller jag vill inte störa med att fråga men om jag hade gjort det så hade det ju kunnat haft ett smidigare flöde för patienten hade ju kunnat vakna fortare och komma ut därifrån och pigga till. (D1)

FÖRSTÅELSE OCH RESPEKT

Förståelse och respekt för varandra inom operationsteamet var en faktor som tydligt framkom i intervjuerna. Under kategorin bildades underkategorierna visa förståelse och respekt och bristande förståelse och respekt.

Visa förståelse och respekt för varandra

Flera operationssjuksköterskor nämnde att i teamet måste det finnas en förståelse för varandras olika uppgifter och det måste finnas en insikt om att alla behövs. Det blir helt enkelt inte ett team utan varandra och en operationssjuksköterska beskrev det såhär:

Att det finns en förståelse för de olika yrkeskategorierna och vad man behöver göra i byten så att det inte... det hjälper inte att anestesin rusar på om inte jag har en kollega som kan hjälpa mig för då kommer jag efter och då kan de stå där med en nedsövd patient men jag är inte färdig. (D1)

Operationssjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att respektera och acceptera varandra genom att lyssna och lita på att kollegorna gjorde det som det som skulle göras. Behövde någon i operationssalen ha tillgång till patienten så var kanske någon annan tvungen att backa undan och vara behjälplig istället.

Alla har ju en arbetsuppgift i teamet och den, det ska man ju göra och då får man ju ändå respektera varandra. Jag ifrågasätter ju inte kirurgen, vad han gör om inte jag uppenbarligen ser att han gör fel. (D3)

En operationssjuksköterska ansåg att det var viktigt att respektera varandra om det till exempel tillstötte något och läget blev koncentrerat, då behövde omgivningen ta hänsyn till detta och dämpa sig.

Bristande förståelse och respekt för varandra

Det framkom i intervjuerna att det ibland upplevdes frustration över att de olika medlemmarna i teamet inte hade koll på vad de andra i teamet gjorde. Detta ledde till bristande förståelse för varandra och ett missnöje på operationssalen. En

operationssjuksköterska trodde att förklaringen till detta var att teammedlemmarna vid vissa tillfällen inte såg varandra och då kunde det lätt leda till att det drogs egna slutsatser som kunde leda till irritation.

Så väntar man in varandra, så blir det väntetider, så blir det missnöje. Så tror man att den andre segar eller. Egentligen ska väl inte det påverka för man ska väl ha förståelse för varandra ändå, men [...] man kanske inte får förståelse för varandra för att man inte ser vad som händer. (D2)

Vissa hade varit med om händelser då de upplevde att operatören inte lyssnade på dem och struntade i deras åsikter. En operationssjuksköterska beskrev en händelse såhär:

Då så sa vi till huvudoperatören då att vi saknar en kärklämna. Men då svarade han bara; ja, men ni får leta någon annanstans för den är i alla fall inte här [...] Så sydde de ihop. (D3)

Vid denna händelse upplevde operationssjuksköterskan att operatören inte respekterade henne och att hon inte heller fick någon uppbackning av någon annan på salen. Någon annan operationssjuksköterska hade varit med om att en operatör hade blivit arg på henne för att hon ville försäkra sig om att inget instrument fanns kvar i patienten och upplevde detta som att hon inte fick någon respekt eller förståelse.

SAMARBETE

Samarbete var en faktor som kunde utkristalliseras vid flera tillfällen under intervjuerna. Samarbete fick därför bilda en egen kategori med underkategorierna arbeta tillsammans med varandra och arbeta parallellt med varandra.

Arbeta tillsammans med varandra

En egenskap för lyckat samarbete var att gå utanför den egna yrkesrollen och hjälpas åt. Att ha förmåga att se vad andra på salen behövde hjälp med och inte bara se de egna

arbetsuppgifterna ledde till ett bra samarbete. Att vara sams på salen var en faktor som flera operationssjuksköterskor nämnde. Även att känna av stämningen på salen och att anpassa sig efter de andra ansågs vara goda egenskaper. Att samtliga följde med i teamarbetet var en annan positiv faktor.

Jag försöker vara lite kameleont och följa med i teamarbetet på salen och rättar mig jättemycket efter dem andra som är på salen efter hur dem är. (D2)

Två av operationssjuksköterskorna nämnde att under jourer då det var mindre personal, fungerade teamarbetet bättre. Det ställde mer krav på varje individ då det var mindre personer runt omkring, vilket ledde till ökat beroende av varandra och det blev viktigare att hjälpas åt.

Ofta när vi har jourarbete, då är vi ju bara fyra personal plus narkosläkaren. Då överskrider man gränserna ytterligare hela tiden [...] Det är där man riktigt lär sig att se vad man kan göra för en nästa för att det ska bli bra [...] och hjälper varandra hela vägen in med patienten, under operation och hela vägen ut. (D1)

Att vara överens och ha en gemensam målsättning nämndes också ha en betydelse för ett lyckat samarbete. Denna gemensamma målsättning kunde erhållas genom ett team-möte innan själva operationen eller genom att se till att ha en ordentlig time out i samband med operationsstarten.

Vi har infört [...] att vi ska ha sånt här team-möte på salen på morgonen [...] på något sätt pratar man ihop sig och så är man på samma spår på något sätt direkt. Annars kan det vara att alla springer åt sitt håll. (D4)

För att kunna bidra och vara aktiv i teamet upplevde en operationssjuksköterska att det var skönt att få gjort en del av sina egna arbetsuppgifter först, så att det var gjort, för att sedan vara behjälplig. Denna operationssjuksköterska upplevde att om alla var aktiva i teamet gick det undan och det fanns en större chans att få påverka och få saker lite mer som hon själv ville.

Arbeta parallellt med varandra

Det framkom att inställningen till att hjälpa varandra påverkas av vilken inställning de andra på salen hade till samarbete. Om det fanns någon på salen som var ovillig till att hjälpa till med något som inte ansågs vara ens uppgift kunde detta lätt smitta av sig. En operationssjuksköterska som inte hade arbetat i så många år kände sig trevande inför äldre kollegor och rättade sig mycket efter deras åsikter och kände att hon fått onda ögat av sin äldre operationskollega då hon hade varit på väg att hjälpa en anesthesisjuksköterska.

Vi var färdiga och jag tror att dem på anestesin var och lämnade patienten på iva [...] dem hade mycket kvar att göra när dem kom tillbaka och då tyckte hon att vi går ut och sätter oss för dem sätter sig innan oss ibland. (D2)

Samarbetet brast då de på operationssalen inte lyssnade på varandra och då någon gjorde som den själv ville utan hänsyn till de andra. Att känna sig lämnad och inte veta vad de andra i teamet gjorde var en annan faktor som en operationssjuksköterska nämnde.

Vi arbetar mycket om varandra [...] Och jag tycker att jag kan känna ibland att vart gick nu narkosköterskan. (D2)

YRKESROLL

Yrkesrollen framträdde klart och tydligt som en kategori då i stort sett alla operationssjuksköterskor berörde begreppet på ett eller annat sätt. Hur operationssjuksköterskan såg på sig själv utifrån yrkesrollen och hur trygg hon kände sig i den, låg till grund både som främjande men också hindrande faktorer för teamarbetet. Att ha en professionell yrkesrelation och att helt enkelt känna till vilka alla är på operationssalen var också av vikt för samarbetet.

Trygg i sin yrkesroll

En operationssjuksköterska berättade att hon upplevde att teamarbetet fungerade som bäst när alla i teamet visste vad var och en skulle göra, det vill säga att alla var trygga i sin yrkesroll. För att få till en fungerande helhet gällde det att alla små bitar var på plats.

[...]det är när man har en känsla att det flyter på och att alla yrkeskategorier inne på salen vet vad dem ska jag göra. Man behöver kanske inte prata så mycket med varandra för alla har sitt ansvarsområde som dem känner sig trygga med. (D1)

Ofta arbetade operationsteamet under tidspress och det var viktigt att alla teammedlemmar visste vad de skulle göra för att arbetet skulle gå smidigt.

*[...]det är ganska mycket som ska göras men vi roddar runt det på kort tid ändå.
[...] Det är för att alla vet vad de ska göra. (D1)*

Att vara trygg i sin egen yrkesroll gjorde att operationssjuksköterskorna hade lättare att gå utanför sin egen profession och hjälpa de andra teammedlemmarna. Det var genom att ha förmågan att kunna uppmärksamma att de andra yrkeskategorierna behövde hjälp som operationssjuksköterskan kunde bidra till ett framgångsrikt teamarbete.

Jag är inte så noga eller vad man ska säga med min roll, att jag är operationssköterska och då gör jag bara detta. (D2)

Att ha trygghet och förmåga att kunna gå utanför den egna yrkesrollen kunde ibland vara rent livsnödvändigt för patienten. Bevara det sterila sterilt är en oerhört viktig arbetsuppgift för alla operationssjuksköterskor. Att vara trygg i sin yrkesroll som operationssjuksköterska innebar då att hon i en situation hade förmågan att skilja på när hon skulle hålla hårt på steriliteten och när hon inte skulle göra det. Hon var trygg nog i sin yrkesroll för att kunna förstå och acceptera att någonting annat gick före just en av hennes viktigaste arbetsuppgifter. En operationssjuksköterska beskrev situationer där patienter opererades i ansiktet och narkossjuksköterskorna inte hade åtkomst till tuben. Det hade då hänt vid några tillfällen att tuben hade knickat sig. När detta inte gick att ordna sterilt hade det fått osterilas då det var viktigare att patienterna fick luft än att hålla området sterilt.

I första hand så kanske vi eller kirurgen kan peta på tuben eller göra nåt, i annat fall så får man ju osterila, då får man ju gå ur den här[...] den här ramen som man har och tänka utanför att ja skit samma om det är osterilt, patienten

måste ha luft va. (D3)

Känna till varandra professionellt

Flera operationssjuksköterskor pratade också om vikten av att veta vilka som var på operationssalen och vad de hade för arbetsuppgifter. Det var inte alltid som alla teammedlemmar kände varandra sedan tidigare och det var då viktigt att alla presenterade sig ordentligt för varandra med namn och yrkeskategori. Vikten av att känna till varandra professionellt lyftes fram både som en främjande och en hindrande faktor. Att inte känna till de andra var en hindrande faktor i teamarbetet som kunde leda till missförstånd och misstag medan en ordentlig presentation ledde till att arbetet flöt på smidigare.

Det kan ju komma nya läkare som man aldrig har träffat och då får man, jag tycker att det är viktigt att man presenterar sig vid namn så att alla vet vad dem heter och det är lätt att tilltala varandra under operationen [...] (D1)

När det gäller intraoperativt så tycker jag att det fungerar bra när vi alla, och det kan man inte alltid önska sig, men att man känner varandra och har en artig ton. (D1)

En operationssjuksköterska berättade hur viktigt det var att alla i teamet kände till varandra professionellt just för att undvika misstag och farliga situationer. Det var vanligt att ett operationsteam bestod av medlemmar som aldrig hade träffat varandra innan och det var då extra viktigt att de ägnade lite extra tid åt att presentera sig för varandra, gärna under time out:en innan operationen tog sin början för att sedan underlätta det intraoperativa teamarbetet.

När jag hade en annan student på avdelningen så kom kirurgen och medan han höll på å ta rock på sig och sånt så sa han till min student ”okej, du kan börja å bedöva lite”. Å han visste inte, vad är han? Å, och, han bara sa till honom ”du kan börja bedöva”. Han sa ”nej, jag är bara operationssköterskestudent, jag kan inte göra det. (D5)

Kirurgen tog bara för givet att personen som stod där och som han inte kände till sedan innan, var en annan läkare. En potentiellt farlig situation som skapades av en teammedlem kunde

undvikas tack vare att en annan teammedlem sa ifrån och klargjorde vem han var och vad han hade för funktion. Hela situationen hade kunnat undvikas om alla i teamet kände till varandra sedan innan eller om alla hade presenterat sig för varandra.

Man måste veta vem är vem på sal faktiskt. Det är jätteviktigt. Vad har man för uppgift. (D5)

Professionell yrkesrelation

Att vara professionell i sitt yrkesutövande och i relation till de andra medlemmarna var också en viktig faktor för framgång i teamarbetet. En operationssjuksköterska beskrev att det var viktigt att visa upp sitt professionella jag på arbetsplatsen, det vill säga att lämna privata tråkigheter hemma. Hur en teammedlem betedde sig på arbetsplatsen påverkade alla andra och därför var det viktigt att vara positiv. De andra teammedlemmarna skulle inte drabbas av att en medlem till exempel hade sovit dåligt eller hade sjuka barn, det hörde inte hemma på arbetsplatsen och var inte ett professionellt beteende.

Man måste vara professionell på salen för skakar man av sig det och inte kommer själv dit med massa dåligt i sitt bagage så har man mycket lättare för att skapa en bra relation med dem på salen. (D2)

Uppfattning om den egna yrkesrollen

Uppfattningen om den egna yrkesrollen var också av vikt för hur den enskilda teammedlemmen bidrog till teamarbetet. En syn på det egna yrket som mindre värt än de andras kunde leda till att personen i fråga blev mindre villig att hjälpa de andra teammedlemmarna. En operationssjuksköterska berättade att hon blivit illa behandlad av en annan operationssjuksköterska. Detta var i samband med att hon försökte att bidra till teamarbetet genom att hjälpa anestesijüksköterskorna då de hade väldigt mycket att göra. Hon trodde att grunden till detta låg i hur operationssjuksköterskorna såg på betydelsen av sin egen yrkesroll, att om någon kände sig mindre värd så blev denna inte lika villig att bidra till teamet.

Men jag tror nog att det bottnar mycket i den egna upplevelsen av sin yrkesroll. [...] det har varit tal en del om i gruppen operationssjuksköterskor att många inte känner sig lika mycket värda som narkossjuksköterskorna. Och då tycker vissa av våra kollegor då att de bryr sig inte om oss och vi betyder ingenting och sådär. (D2)

Att uppleva att den egna yrkesrollen var mindre värd än någon annans ledde till mindrevärdeskomplex och att det blev viktigt att hålla hårt på den egna yrkesrollen. Detta var en försvårande faktor för ett fungerande teamarbete eftersom det tidigare har konstaterats att det är viktigt att kunna gå utanför den egna yrkesrollen för att på ett bra sätt kunna bidra till teamarbetet.

Att de har någon form av mindrevärdeskomplex som inte finns egentligen. Tänker man till lite så vet man att alla har ju sina roller här och uppfyller de rollerna liksom. Så jag tror nog att en motvilja till teamarbete kan vara det många gånger, att man håller så hårt på sitt för att det är så viktigt för en själv att jag är opsyster och gör de och de. (D2)

Som en positiv faktor påpekade operationssjuksköterskan i intervjun att det gick att vända på ett negativt synsätt på den egna yrkesrollen.

Men jag tror att man får börja med sig själv. Tar man sig själv på allvar så gör väl även andra det. (D2)

INSTÄLLNING OCH ATTITYD

Vilken inställning och attityd operationssjuksköterskorna och de övriga teammedlemmar hade påverkade teamets arbete och även varandras humör. Kategorin inställning och attityd fick underkategorierna personbundet, positiv attityd påverkar samt negativ attityd påverkar.

Personbundet

Majoriteten av operationssjuksköterskorna ansåg att den största faktorn för ett lyckat samarbete var förknippat med den egna och kollegornas personlighet. Personkemi mellan de olika personerna på salen var av stor betydelse men även om teammedlemmarna kanske inte kände varandra så bra hade ändå vissa personer lättare för teamarbete, vilket förklarades med att det var deras personlighet.

Så när teamarbetet fungerar bra [...] så är det ofta personbundet. Man klickar jättebra med vissa och vissa har väldigt lätt för att kompromissa. (D2)

I de fall då teamarbetet hade fungerat sämre förklarades detta också vara personbundet. Vissa har inte förmåga att kunna ta emot konstruktiv kritik, vilket ansågs negativt. Att inte ta saker personligt eller att tappa fokus var positiva egenskaper.

Det skiljer sig från person till person hur det fungerar med kommunikationen, det är lättare med vissa. (D4)

Positiv attityd påverkar

En faktor till bra teamarbete som flera operationssjuksköterskor nämnde var vikten av att vara trevlig mot varandra. Även att ha en positiv inställning ansågs viktigt. Den positiva inställningen hade en förmåga att smitta över till de andra teammedlemmarna på salen.

Vara positiv och villig till att inte bara köra sitt race. (D2)

En operationssjuksköterska menade att när det genomfördes standardiserade ingrepp och alla kände sig trygga med ingreppet och hade fått samma utbildning, ledde detta till ett mer sammansvetsat team. Vid dessa tillfällen visade alla på operationssalen ett gemensamt intresse och var noga med att följa med i vad som hände på salen.

När vi har lyckats genomföra tre robotar på en dag utan att det brister i kvalitén, känner vi oss väldigt tillfreds, Att man får lite vikänsla och nu går det bra här, vad duktiga vi är. (D1)

En operationssjuksköterska beskrev hur en bra inställning kan påverka dem andra i teamet på salen:

Och det är faktiskt inte jättesvårt med att göra sig lite till och vända morgonhumöret när man märker att de andra inte är helt på topp. Det går att lyfta om man själv är lite positiv. (D2)

Eftersom operation är en plats som besöks av många olika yrkeskategorier och av personer som kanske aldrig satt sin fot på en operationssal tidigare, var det viktigt att det skapades en atmosfär där alla kände sig välkomna

[...] man ser till att alla känner sig välkomna. (D1)

Negativ attityd påverkar

Vid två av intervjuerna framkom det att teamarbetet påverkades negativt om kirurgen var på dåligt humör. Vid dessa tillfällen försökte alla göra kirurgen på gott humör. Det var till och med så att operationssjuksköterskor var rädda för vissa kirurger.

*Alla är jätterädda och försiktiga, att alla ska göra honom nöjd på något sätt
[...] alla vill ha kirurgen på ett bra humör. (D5)*

Det behövde inte nödvändigtvis vara endbart kirurgen som spred dålig stämning på salen, utan var någon, vem som helst, på operationssalen på dåligt humör så smittade det av sig till dem andra. Likaså var stress en faktor som ledde till att teamarbetet falerade.

*Alla vara rädda för att arbeta med honom eftersom han inte alls var trevlig.
(D5)*

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syftet med studien var att belysa främjande och hindrande faktorer för teamarbetet under den intraoperativa fasen och tanken var att intervjudeltagarna skulle berätta om en situation som de varit med om där teamarbetet fungerade bra och varför samt en situation där teamarbetet fungerade mindre bra och varför. Metoden som valdes för detta var CIT (critical incident technique). Det genomfördes först en provintervju för att se om intervjumallen eller upplägget behövde ändras men första intervjun fortlöpte väl och mycket information framkom. Efter konsultation med handledaren ansågs kommande intervjuer kunna fortsätta på samma sätt.

Fördelar med CIT kan till exempel vara att den ger tillgång till mycket information och att den utgår från studiedeltagarens egna upplevelser vilket ger en chans att se deras tolkning av situationen (Fridlund, 2012). Många av de andra deltagarna hade dock svårt att komma på specifika situationer att berätta om, vilket gjorde att intervjuarna fick hjälpa till med fler följdfrågor än vid provintervjun. I efterhand kan det reflekteras över om det blev för stort för deltagarna att öppet få berätta om en positiv och en negativ upplevelse i samband med teamarbete under den intraoperativa fasen. En nackdel med CIT kan vara att den intervjuade inte vill återge vissa händelser av olika skäl (Fridlund, 2012). Detta upplevdes inte vara ett problem under dessa intervjuer då det uppfattades att deltagarna kände sig trygga med att tala fritt. Utifrån frågeställningen och studiens syfte bedömdes CIT ha varit rätt metod att använda.

Planen från början var att genomföra intervjuerna med båda författarna närvarande och med gott om tid. Verkligheten ute i verksamheten var dock en annan, den ena arbetsplatsen hade nämligen en hög arbetsbelastning under denna period som intervjuerna ägde rum och det fanns knappt någon tid att sätta sig ner i lugn och ro. En av intervjuerna fick genomföras med stor tidspress. Denna intervjudeltagare hade fått löfte om att bli avlöst under operationen för att kunna delta i intervjun men detta skedde inte och intervjudeltagaren hade en tid att passa efter arbetet och var därför mycket stressad under den lilla tid som var kvar för intervjun. Då det på denna arbetsplats redan från början var mycket svårt att hitta tid för intervjuer fick denna genomföras ändå. Två av intervjuerna fick även de genomföras under viss tidspress när verksamheten tillät. Tillgång till ett enskilt rum för att genomföra en intervju på den ena

arbetsplatsen var begränsad. Detta medförde att en intervju blev avbruten två gånger av personal som kom in. Detta anses som en svaghet då Polit & Beck (2012) skriver att det är av vikt att miljön och omgivningen där intervjun sker är lugn och fri från störande moment. Hade situationen varit annorlunda med mindre press på verksamheten och intervjuerna hade kunnat genomföras i en lugnare atmosfär hade materialet kanske blivit större.

Tanken var från början att intervjuerna skulle ta mellan 45 till 60 minuter. Intervjuerna blev dock kortare, bland annat beroende på tidspress vid några intervjuer som beskrivs ovan men även beroende på det faktum att intervjudeltagarna helt enkelt kände att dem inte hade mer att berätta. Även följdfrågor ställdes men efter att även dessa var besvarade avslutades intervjun.

Polit & Beck (2012) beskriver att det inte finns någon regel för hur många intervjudeltagare en kvalitativ studie ska ha utan detta brukar bedömas efter hand som materialet samlas in. Datamättnad bedöms vara uppnått när ingen ny information längre framkommer. För att få in mer material hade vi kunnat söka fler operationssjuksköterskor att intervjua. Detta bedömdes dock tyvärr inte vara möjligt med tanke på den pressade verksamheten och personalsituationen samt att det inte fanns så stort intresse bland operationssjuksköterskorna att delta i studien.

Intervjudeltagarna var samtliga kvinnor och hade arbetat mellan tre till 31 år som operationssjuksköterskor. Den varierade arbetslivserfarenheten bedöms som en styrka då olika lång yrkeserfarenhet ger olika perspektiv på teamarbetet. Resultatet skulle kunna gälla för andra kvinnliga operationssjuksköterskor i liknande verksamheter.

Under tre av intervjuerna deltog båda intervjuarna och under de andra två intervjuerna deltog endast en intervjuare. Det är en svaghet vid tolkningen av texten av de intervjuer där endast en deltog då inte samma förförståelse finns. Då intervjuerna genomfördes med två personer ställde den ena frågor medan den andra iaktog intervjudeltagaren. Patton (2015) beskriver att det är lika viktigt att observera som att intervjua för att till fullo kunna ta in vad den intervjuade uttrycker för icke verbala känslor. Även Polit & Beck (2012) anser att det är viktigt för intervjuaren att uppmärksamma icke verbal kommunikation.

Intervjuerna genomfördes på praktikplatserna vilket medför fördelen att intervjuarna har en förståelse för verksamheten utifrån vilken många av intervjudeltagarna ger sina exempel. Polit

& Beck (2012) beskriver att det är en fördel om intervjuaren är bekant med studiedeltagarna och dess omgivning. Detta skapar förtroende och kan leda till högre kvalitet på det insamlade materialet genom att intervjuaren kan bedöma dess riktighet bättre tack vare sin förförståelse.

Varje intervju avslutades med en öppen fråga: ”Är det någonting mer du skulle vilja berätta?” Polit & Beck (2012) anser detta vara en bra fråga att avsluta med då den ger en chans till mer information som kanske inte har framkommit tidigare under intervjun.

Datanalysen av den första intervjun genomfördes tillsammans som en övning och för att kontrollera samstämmigheten. Sedan lästes de övriga intervjuerna var för sig och på egen hand togs meningsenheter ut. Dessa meningsenheter jämfördes sedan och det visade sig att tankesättet var detsamma. Övrigt arbete från meningsenheter fram till uttagning av kategorier gjordes tillsammans. Fördelen med att gå igenom materialet var för sig för att sedan stämma av tillsammans ger att tolkningen av materialet upplevdes mer trovärdigt.

RESULTATDISKUSSION

Analysen av det insamlade datamaterialet resulterade i fem olika kategorier; kommunikation, förståelse och respekt, samarbete, yrkesroll samt inställning och attityd.

Resultatet presenterar att för att uppnå ett patientsäkert teamarbete var det av betydelse att teammedlemmarna hade en gemensam målsättning. En stor fördel med att skapa gemensam målsättning var att prata ihop sig och ta del av varandras synvinklar, så att alla arbetade i samma riktning. Det framkommer i resultatet att ordentliga pre-operativa teammöten eller briefingar där teammedlemmarna kommunicerar med varandra leder till bättre intraoperativt samarbete. Även Sandberg (2006) nämner att en tydlig gemensam målbild är en främjande faktor för teamarbete. Vikten av att prata ihop sig innan själva operationens början studerades i studien gjord av Einav et al. (2010). I denna studie visade resultatet på att en genomgång ledde till ökad kommunikation och samordning mellan teammedlemmarna och samtliga medlemmar upplevde att det förtydligade deras roller och uppgifter. I en annan studie (Lingard, Whyte, Espin, Baker, Orser & Doran, 2006) beskrevs det att team-mötet innan operationen inte bara fungerade som informationskälla utan också hade en positiv effekt på

teamarbetet. Teammötet gav också den enskilda teammedlemmen möjlighet att dela med sig av viktig information till de andra.

Kommunikation var en faktor som ansågs främjande då den fungerade och hindrande då den fallerade. All kommunikation behöver inte vara verbal under operation (Mitchell et al., 2011). Att inte behöva kommunicera med ord var något som framkom som en främjande faktor i resultatet. Den tysta kommunikationen användes mest i de sammanhang då teamet redan var sammansvetsat och samtliga teammedlemmar kände sig trygga i sina yrkesroller. Att tystnad kan tyda på ett sammansvetsat team bekräftas av Gardezi et al. (2009) i vilken studie det visas att tyst kommunikation kan återspegla ett erfaret operationsteam som är bekant med varandra och bekväma med sin arbetssituation. Men vidare menar Gardezi et al. (2009) att tystnad även kan bero på att det förekommer vissa maktprocesser i operationssalen, vilket beror på rädsla för att yttra sig och detta kan leda till bristande kommunikation mellan sjuksköterskor och läkare. Just den bristande kommunikationen relaterat till rädsla, mellan operationssjuksköterska och operatör, var något som intervjudeltagarna kände igen sig i. Hela operationsteamet påverkades om operatören var på dåligt humör. Coe & Gould (2007) visar i sin studie att aggressivitet från operatören och meningsskiljaktigheter mellan operationssjuksköterskan och operatören var en vanlig förekommande företeelse på operationssalen, vilket ledde till att samarbetet mellan teammedlemmarna påverkades. Även Booij (2007) beskriver att en konflikt mellan två teammedlemmar kan påverka hela teamet på ett negativt sätt.

I resultatet framkom det att lyssna var en egenskap som bidrog till en tydlig kommunikation, vilket styrks av Nestel & Kidd (2006) studie där lyssna ansågs betydande för att uppnå en effektiv kommunikation. Det framkom i resultatet att tydlig kommunikation inte bara innebar att tala tydligt utan även att se till att alla hörde vad som sades och förstod under genomgången. Detta av vikt då en annan studie visade att kirurger och övriga teammedlemmar hade olika sätt att kommunicera på (Allard, Bleakley, Hobbs & Vinell, 2007). Det är viktigt att se till att kommunikationen sker tvåvägs och inte envägs, vilket innebär att kontrollera att den andre förstått genom att få bekräftelse och att oklara direktiv eller önskemål tydliggörs (Mitchell et al., 2011; Gillespie et al., 2012; Nestel & Kidd, 2006).

Flera operationssjuksköterskor nämnde att det i teamet måste finnas en förståelse för varandras olika uppgifter och poängterade vikten av att lita på sina kollegor. Även Nestel & Kidd (2006) visar att det är viktigt att kunna lita på varandra i teamet samt att veta att alla teammedlemmar är säkra på och utför sina arbetsuppgifter.

Det är viktigt att teammedlemmarna visar förståelse och respekt för varandras arbetsuppgifter för att nå ett framgångsrikt teamarbete tillsammans. Det framkom också att det faktum att inte veta vad de andra medlemmarna i teamet gjorde ledde till frustration. Detta liknar det som kom fram i en studie där medlemmar från ett operationsteam intervjuades (kirurger, anestesiläkare, operationssjuksköterskor och anestesisjuksköterskor) gällande förklaringar till förseningar av operationerna från de olika yrkeskategoriernas synvinkel (Rydenfält, Johansson, Larsson, Åkerman & Odenrick, 2011). De olika yrkeskategorierna pekar på vad de upplever är orsaker till förseningar och dessa överensstämmer inte med varandra. Olika yrkeskategorier upplever samtliga brist på förståelse från de andra kategorierna. Att inte ha koll på vad de andra i teamet gjorde ledde till bristande förståelse för varandra vilket i sin tur gav missnöje och irritation inne på operationssalen. Det framkom inte hur väl teammedlemmarna kände varandra när detta inträffade men enligt tidigare forskning kan förståelse och respekt falla om teammedlemmarna inte känner varandra och inte har så stor erfarenhet av att arbeta ihop tidigare (Gillespie et al., 2013; Leah et al., 2011).

Vidare anser Nestel & Kidd (2006) att för att teamarbetet ska fungera optimalt krävs det att samtliga teammedlemmar är alerta under hela operationens gång och på så sätt hänger med i vad som händer och sägs på operationssalen så att en bra kommunikation och samarbete kan upprätthållas. Detta var något som en operationssjuksköterska påpekade genom att redogöra för hur viktigt det var att om läget på operationssalen blev koncentrerat skulle samtliga uppmärksamma detta och visa hänsyn.

Vad som också påverkade kommunikationen var vilken uppfattning sjuksköterskorna hade om sin yrkesroll. Sjuksköterskorna förväntades ofta att arbeta utanför sin yrkesroll, vilket ledde till hinder för effektiv kommunikationen (Nestel & Kidd, 2006). Underkategorin uppfattning om den egna yrkesrollen visade att det var av vikt hur varje individ i teamet såg på betydelsen av den egna yrkesrollen. Om personen var av uppfattningen att det egna yrket var mindre värt än någon annans ledde detta till mindrevärdeskomplex och det i sin tur ledde till mindre benägenhet att hjälpa övriga teammedlemmar. Reid & Bromiley (2012) beskrev ett

scenario med en kritisk situation med en patient där två sjuksköterskor deltog tillsammans med flera läkare. Sjuksköterskorna såg vad som behövde göras men sade inte ifrån, de ansåg att deras åsikt inte var lika mycket värd.

Stress och trötthet kan påverka operationssjuksköterskans genomförande under den intraoperativa fasen, men det är inte enbart den egna stressen som påverkar utan stress från övriga teammedlemmar har en tendens att smitta av sig (Mitchell et al., 2011; Gillespie et al., 2013). Stress var ingen faktor som framkom i resultatet från studien, men däremot att andras attityd smittade av sig nämndes.

Kategorin inställning och attityd belyser att det är viktigt att teammedlemmarna tänker på hur de beter sig mot varandra. Attityden hos en teammedlem kan påverka alla på salen och detta i sin tur leder till ett klimat som kan vara antingen bra eller dåligt. Detta resultat stöds av en studie där resultatet visade att dålig stämning på sal mellan de sterilklädda teammedlemmarna (samma samband hittades inte för anestesiläkarna och pass på sal) riskerar påverka resultatet för patienten i negativ riktning (Nourok, Evans, Lipsitz, Satwicz, Kelly & Frankel, 2010). Att vara artig var en främjande faktor för kommunikationen (Nestel & Kidd, 2006). Detta stämmer överrens med resultatet där det framkommer att det var av stor betydelse att vara trevlig och ha en artig ton gentemot varandra. Detta för att skapa en bra stämning på operationssalen.

Slutsats

Teamarbetet under den intraoperativa fasen innebär komplexa interaktioner mellan olika professioner, vilket kräver mycket av de olika teammedlemmarna. Lika väl som att en faktor kan vara främjande inom operationsteamet kan denna faktor även leda till att vara hindrande om den inte hanteras eller genomförs väl. Studien visar flera olika faktorer kring operationssjuksköterskans upplevelser av fungerande teamarbete, som till exempel lyssna, ha tydlig kommunikation, gå utanför sin yrkesroll och hjälpa varandra, och inte fungerande teamarbete, som till exempel språkförbristningar, glömmer bort att informera varandra och avsaknad av respekt gentemot varandra. Icke fungerande operationsteam leder till ökad risk för vårdskador och lidande för patienten.

REFERENSER

Allard, J., Bleakley, A., Hobbs, A., & Vinell, T. (2007). Who's on the team today? The status of briefing amongst operating theatre practitioners in the UK hospital. *Journal of Interprofessional Care*, 21(2), 189-206.

Booij, L. (2007). Conflicts in the operating theatre. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 20(2), 152-156.

Coe, R., & Gould, D. (2008). Disagreement and aggression in the operating theatre. *Journal of advanced nursing*, 61(6), 609-618.

Danielson, E. (2013). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 163-173). Lund: Studentlitteratur.

Edberg, A., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlén, J. (Red.) (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Einav, Y., Gopher, D., Kara, I., Ben-Yosef, O., Lawn, M., Laufer, N., Liebergall, M., & Donchin, Y. (2010). Preoperative Briefing in the Operating Room: Shared Cognition, Teamwork, and Patient Safety. *Chest*, 137(2), 443-449. doi: 10.1378/chest.08-1732

Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327-358.

Fridlund, B. (2012). Kritisk incident teknik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 177-190). Lund: Studentlitteratur.

Gardezi, F., Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Orser, B., & Baker, R. (2009). Silence, power and communication in the operating room. *Journal Of Advanced Nursing*, 65(7), 1390-1399. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.04994.x

Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Longbottom, P., & Wallis, M. (2009). The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 732-741. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.001

Gillespie, B. M., Chaboyer, W., & Fairweather, N. (2012). Interruptions and Miscommunications in Surgery: An Observational Study. *AORN Journal*, 95(5), 576-590. doi:10.1016/j.aorn.2012.02.012

Gillespie, B. M., Gwinner, K., Chaboyer, W., & Fairweather, N. (2013). Team communications in surgery - creating a culture of safety. *Journal Of Interprofessional Care*, 27(5), 387-393. doi:10.3109/13561820.2013.784243

Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

- Gustafsson, Å. B. (2014). Specialistsjuksköterska med inriktning mot operationssjukvård. L. Nordgren & S. Almerud Österberg, (Red.), *Att bli specialistsjuksköterska eller barnmorska: utbildningar för framtiden*. (1. uppl. s. 155-173). Lund: Studentlitteratur.
- Halverson, A. L., Casey, J. T., Andersson, J., Anderson, K., Park, C., Rademaker, A. W., & Moorman, D. (2011). Communication failure in the operating room. *Surgery, 149*(3), 305-310. doi:10.1016/j.surg.2010.07.051
- Hu, Y-Y., Arriaga, A. F., Peyre, S. E., Corso, K. A., Roth, E. M., & Greenberg, C. C. (2012). Deconstructing intraoperative communication failures. *Journal of surgical research, 177*(1), 37-42. doi: 10.1016/j.jss.2012.04.029
- Kelvered, M., Öhlén, J., & Gustafsson, B. Å. (2012). Operating theatre nurses' experience of patient-related intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26*(3), 449-457. doi:1111/j.1471-6712.2011.00947.x 10.
- Leach, L. S., Myrtle, R. C., & Weaver, F. A. (2011). Surgical teams: role perspectives and role dynamics in the operating room. *Health Services Management Research, 24*(2), 81-90. doi:10.1258/hsmr.2010.010018
- Lind, J-I. (2009). Teambaserade strukturer – en möjlig utvecklingsinriktning. I J. Berlin, E. Carlström & H. Sandberg (Red.), *Team i vård, behandling och omsorg: erfarenheter och reflektioner* (s. 191-216). Lund: Studentlitteratur.
- Lingard, L., Whyte, S., Espin, S., Baker R, G., Orser, B., & Doran, D. (2006). Towards safer interprofessional communication: Constructing a model of “utility” from preoperative team briefings. *Journal of Interprofessional Care, 20*(5), 471-483. doi:10.1080/13561820600921865.
- Makary, M.A., Sexton, J. B., Freischlag, J.A., Holzmueller, C.G., Millman, E.A., Rowen, L., & Pronovost, P.J. (2006). Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American College of Surgeons, 202*(5), 746-752.
- Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K., & Youngson, G. (2011). Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *International Journal Of Nursing Studies, 48*(7), 818-828. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.11.005
- Nagpal, K., Vats, A., Lamb, B., Ashrafian, H., Sevdalis, N., Vincent, C., & Moorthy, K. (2010). Information Transfer and Communication in Surgery. *Annals of Surgery, 252*(2), 225-239. doi:10.1097/SLA.0b013e3181e495c2
- Nationalencyklopedin (NE). (2014). Hämtad 2014-12-22 från <http://www.ne.se/sök/?q=team>
- Nestel, D., & Kidd, J. (2006). Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. *BMC Nursing, 5*(1). doi:10.1186/1472-6955-5-1

Nurok, M., Evans, A. L., Lipsitz, S., Satwicz, P., Kelly, A., & Frankel, A. (2011). The relationship of the emotional climate of work and threat to patient outcome in a high-volume thoracic surgery operating room team. *BMJ Quality & Safety*, 20(3), 237-242. doi:10.1136/bmjqs.2009.039008

Patientförsäkringen LÖF. (2014). CRM. Hämtad 2012-12-22 från <http://www.patientforsakring.se/CRM.html>

Patton, M.Q. (2015) *Qualitative Research & Evaluation methods.(4.ed.)* United States of America:Sage.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

QSEN Institute. (2012). Graduate KSAS. Hämtad den 2014-12-27 från <http://www.aacn.nche.edu/faculty/qsen/competencies.pdf>

Reid, J., & Bromiley, M. (2012). Clinical human factors: the need to speak up to improve patient safety. *Nursing standard*, 26(35), 35-40.

Riksföreningen för anesthesi- och intensivvård & svensk sjuksköterskeförmedling. (2012). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anesthesisjukvård.* Hämtad 2015-01-13, från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/publikationer/kompetensbeskrivningar-publikationer/anesthesi.komp.webb.pdf>

Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2011). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård.* Hämtad 2014-12-18 från <http://www.seorna.com/media/31056/kompbeskrivning.pdf>

Rydenfält, C., Johansson G., Larsson P, A., Åkerman, K., & Odenrick, P. (2011). Social structures in the operating theatre: how contradicting rationalities and trust effect work. *Journal of advanced nursing*, 68(4), 783-795. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05779.x

Sandberg, H. (2006). *Det goda teamet: om teamarbete, arbetsklimat och samarbetshälsa.* Lund: Studentlitteratur.

Sandberg, H. (2009). Det goda teamet. I J. Berlin, E. Carlström & H. Sandberg (Red.), *Team i vård, behandling och omsorg: erfarenheter och reflektioner* (s. 217-237). Lund: Studentlitteratur.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen.* Hämtad 2014-12-22 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

Socialstyrelsen. (2008a). *Kirurgiska specialiteter.* Hämtad 2015-01-13 från <http://www.socialstyrelsen.se/ansokaomlegitimationochintyg/bevis,specialistkompetens/Docu>

ments/stmal-kirurgi.pdf

Socialstyrelsen. (2008b). *Anestesi och intensivvård*. Hämtad 2015-01-13 från <http://www.socialstyrelsen.se/ansokaomlegitimationochintyg/bevis,specialistkompetens/Documents/stmal-anestesi.pdf>

Steelman, V. M. (2015). Concepts Basic to Perioperative Nursing. In J.C. Rothrock & D. R. McEwen (Red.), *Alexander's care of the patient in surgery*. (15th edition) (s. 1-15). St. Louis, Missouri: Elsevier/Mosby.

Svensk sjuksköterskeförening & Svenska läkaresällskapet. (2013). *Teamarbete och Förbättringskunskap tvärkompetenser för god och säker vård*. Hämtad 2014-12- 29 från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/kvalitet-publikationer/teamarbete.och.forbattringskunskap.pdf>

Svenska läkareförbundet. (2013). WMA antog en reviderad Helsingforsdeklaration. Hämtad 2015-01-06 från <http://www.slf.se/Aktuellt/WMA-antar-en-reviderad-Helsingforsdeklaration/>

Wallin, C-J., Kalman, S., Sandelin, A., Färnert M-L, Dahlstrand, U., & Jylli, L. (2014). Creating an environment for patient safety and teamwork training in the operating theatre: A quasi-experimental study. *Medical Teacher*, 37(3), 267-276. doi:10.3109/0142159X.2014.947927

Wauben, L.S.G.L., Dekker-van Doorns, C.M., Van Wijngaarden, J.D.H., Goossens, R.H.M., Huijsman, R., & Lange, J.F. (2011). Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(2), 159-166. doi: 10.1093/intqhc/mzq079

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

World Health Organization. (2014). WHO Surgical Safety Checklist. Hämtad 2014-12-22 från <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist/en/>

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subject*. Hämtad 2015-01-06 från [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Till Verksamhetschef/Enhetschef

Förfrågan om att få genomföra en empirisk studie om operationssjuksköterskans syn på intraoperativt teamarbete under operation.

Vi är två sjuksköterskor vid Göteborgs Universitet som läser specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård. I utbildningen ingår det att genomföra en vetenskaplig studie, som presenteras i form av en magisteruppsats. Syftet med studien är att ta reda på vilka faktorer som främjar respektive hindrar teamarbetet under den intraoperativa fasen ur operationssjuksköterskornas synvinkel.

För att få reda på främjande och hindrande faktorer för det intraoperativa teamarbete under operation har vi tänkt genomföra en empirisk studie med hjälp av intervjuer. Vi kommer därför att behöva komma i kontakt med operationssjuksköterskor på er enhet. Vi planerar att genomföra intervjuerna under operationssjuksköterskornas arbetstid och beräknar cirka 45-60 minuter för varje intervju. Intervjuerna kommer att ske individuellt och avskilt. Deltagandet är frivilligt och de operationssjuksköterskor som väljer att delta kommer att kunna avbryta sitt deltagande när som helst utan att behöva ange någon anledning. Intervjuerna kommer att spelas in digitalt för att sedan skrivas ut och analyseras. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att all material kommer att kodas så att inget kan härledas till deltagarna.

Då vi får ert godkännande att genomföra intervjuerna på er operationsenhet planerar vi in tid för intervjuerna därefter.

Vid frågor och funderingar om studien kontakta gärna någon av oss på nedanstående uppgifter.

Vänliga hälsningar

Jonna Ericson

Operations-
sjuksköterskestudent

Tel: 0735 69 44 26

Email:

guseriJoaf@student.gu.se

Johanna Sjöberg

Operations-
sjuksköterskestudent

Tel: 0739 23 13 84

Email:

gussjobjo@student.gu.se

Birgitta Å Gustafsson

Handledare

Tel: 0706 21 62 00

Email:

[Birgitta.A.Gustafsson@ki.se](mailto:birgitta.A.Gustafsson@ki.se)



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Information och förfrågan till dig som operationssjuksköterska om medverkan till en intervjustudie.

Vi är två sjuksköterskor vid Göteborgs Universitet som läser specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård. I utbildningen ingår det att genomföra en vetenskaplig studie, som presenteras i form av en magisteruppsats. Syftet med studien är att ta reda på vilka faktorer operationssjuksköterskan upplever främjar respektive hindrar teamarbetet under den intraoperativa fasen. Med teamarbete menas samarbetet mellan dig som operationssjuksköterska och övriga medarbetare i teamet.

Du inbjuds härmed att delta i denna studie. Om du väljer att delta kommer vi boka tid för en intervju under din arbetstid när det passar dig. Intervjun kommer att ske individuellt och avskilt och beräknas ta cirka 45-60 minuter. Intervjun spelas in digitalt för att senare skrivas ut ordagrant och analyseras. All insamlad data behandlas konfidentiellt, vilket betyder att materialet kodas så att du och dina svar förblir anonyma. Du har möjlighet att när som helst avbryta medverkan i studien utan att behöva uppge någon speciell anledning.

Vid frågor och funderingar om studien kontakta gärna någon av oss på nedanstående uppgifter.

Vänliga hälsningar

Jonna Ericson

Operations-
sjuksköterskestudent

Tel: 0735 69 44 26

Email:

guserijoaf@student.gu.se

Birgitta.A.Gustafsson@ki.se

Johanna Sjöberg

Operations-
sjuksköterskestudent

Tel: 0739 23 13 84

Email:

gussjobjo@student.gu.se

Birgitta Å Gustafsson

Handledare

Tel: 0706 21 62 00

Email:

Intervjuguide

- 1) Kan du vara snäll att berätta om en situation när det intraoperativa teamarbetet fungerade bra? Varför fungerade det bra?
- 2) Kan du vara snäll och berätta om en situation när det intraoperativa teamarbetet fungerade sämre? Varför fungerade det sämre?

Eventuella följdfrågor:

Kan du förklara hur du menar?

Är det någonting mer du skulle vilja berätta?