iNSPIRA
Tidsskrift for anestesi-, operasjon- og intensivsykepleiere

Forskningsartikkel | Vol. 17, Nr. 2, 2022, s. 55–68

Fremmende kirurgisk teamarbeid – en kvalitativ studie av operasjonssykepleieres erfaringer og oppfatninger

Gunnhild Kaldråstøyl
Operasjonssykepleier/masterstudent (ORRN, MNSc), Høgskulen på Vestlandet, Norge

Britt Milje Bohman
Operasjonssykepleier/masterstudent (ORRN, MNSc), Høgskulen på Vestlandet, Norge

Elin Salemonsen
Førsteamanuensis/Helsesykepleier (RN, PhD), Høgskulen på Vestlandet, Norge

Signe Berit Bentsen
Professor/Operasjonssykepleier (ORRN, PhD), Høgskulen på Vestlandet/Oslo universitetssykehus, Norge
E-post: Signe.Berit.Bentsen@hvl.no

Sammendrag

Bakgrunn: Operasjonssykepleiere arbeider sammen med anestesisykepleiere, anestesileger og kirurger i det kirurgiske team. Dårlig kommunikasjonen mellom teammedlemmene, manglende respekt og liten arbeidserfaring påvirker teamarbeidet negativt. Det mangler kunnskap om hva som fremmer et godt kirurgisk teamarbeid. Det er derfor behov for mer kunnskap om hvilke erfaringer og oppfatninger operasjonssykepleiere har om hva som er fremmende for teamarbeidet på operasjonsstua.

Hensikt: Å få mer kunnskap om hvordan operasjonssykepleiere erfarer og oppfatter det å arbeide i det kirurgiske team, og belyse hva som kan fremme teamarbeidet.

Metode: Studien har et utforskende og beskrivende kvalitativt design. Åtte semistrukturerte individuelle intervju med operasjonssykepleiere fra to sykehus i Helse Vest ble gjennomført i februar 2021. Kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet i dataanalysen.

Resultater: I analysen kom det frem fire kategorier: betydningen av en god tone og trivsel på operasjonsstua, pasienten i fokus, lydhør og tydelig ledelse, og trygghet i yrkesrollen. I kategorien betydningen av en god tone og trivsel på operasjonsstua ble det identifisert tre underkategorier: god og tydelig kommunikasjon, respekt og likeverd, og ulike personligheter i et team.

Konklusjon: Operasjonssykepleierne erfarte at god kommunikasjon mellom medlemmene i det kirurgiske team var avgjørende for et godt teamarbeid. Respekt og likeverd skapte en god tone

© 2022 Gunnhild Kaldråstøyl, Britt Milje Bohman, Elin Salemonsen & Signe Berit Bentsen. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/BY/4.0/).

Kaldråstøyl, G, Bohman, BM, Salemonsen, E & Bentsen, SB. Fremmende kirurgisk teamarbeid – en kvalitativ studie av operasjonssykepleieres erfaringer og oppfatninger. Inspira. 2022;17(2):55-68. https://doi.org/10.23865/inspira.v17.3804

eISSN: 1892-977X

og gjorde det lettere å stille spørsmål og ha konstruktiv kommunikasjon. Personlige egenskaper, en støttende ledelse og trygghet i yrkesrollen var viktig for et godt teamarbeid. Felles teamtrening med alle profesjonene i teamet vil kunne bidra til å utvikle gode ikke-tekniske ferdigheter.

Nøkkelord: *ikke-tekniske ferdigheter; kirurgisk teamarbeid; operasjonssykepleie*

Abstract

Promoting teamwork in the operating theatre—a qualitative study of operating room nurses' experiences and perceptions

Background: The surgical team consists of operating room nurses, anesthesia nurses, surgeons, and anesthetists. Research shows that collaboration within the interdisciplinary surgical team in the operating theatre can be a challenge and may influence the teamwork negatively.

Aim: To gain more knowledge about what operating room nurses' experience as important to promote surgical teamwork.

Methods: The study had a qualitative design with eight semi-structured interviews. Qualitative content analysis was used to analyze the data.

Results: Operating room nurses experiences of promoting surgical teamwork were categorized in four main categories: (1) the meaning of a good atmosphere in the operating theatre, (2) the patient in focus, (3) sensitive and clear leadership, and (4) confidence in the professional role.

Conclusion: Achieving sufficient communication in the multidisciplinary surgical team is crucial to enhance the quality of the teamwork and patient safety. Promoting teamwork is complex, and personal characteristics, supportive leadership, and confidence in the professional role are significant aspects. To maintain a pleasant atmosphere in the operating theatre, respect and equality between the members of the team is essential. Joint team training may contribute to the development of non-technical skills within the surgical team.

Keywords: *non-technical skills; operating theatre; operating room nurse; surgical teamwork; teamwork*

Introduksjon

Pasientsikkerhet vil si å verne pasientene mot unødig skade ved helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelse (1). På operasjonsstua har det kirurgiske team ansvaret for pasientsikkerheten (2). Et team består av to eller flere personer som samhandler med hverandre over en begrenset tidsperiode (3). Det kirurgiske team består av kirurger, operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere og anestesileger (4,5). Det stilles krav til at alle har kompetanse innenfor eget fagområde, kan arbeide selvstendig og har evne til sosialt samspill (4,6). Det kirurgiske teams ansvar er å utføre kirurgiske inngrep med vellykket resultat på en effektiv og trygg måte, uten komplikasjoner for operasjonspasienten (2).

For å ivareta pasientsikkerheten i kirurgisk teamarbeid er det viktig at operasjonssykepleiere har like gode ikke-tekniske som tekniske ferdigheter (3,7). Ikke-tekniske ferdigheter er kognitive og sosiale ferdigheter som kommunikasjon, situasjonsforståelse og teamarbeid. Kommunikasjon er utveksling av informasjon, ideer, følelser, tilbakemeldinger og responser. Situasjonsforståelse er valg og forståelse av informasjon fra omgivelsene (3). Teamarbeid er samarbeidet og relasjonen mellom personene i teamet som er

gjensidig avhengig av hverandre for å kunne gi behandling og omsorg til pasientene (5). For at teamarbeidet skal fungere godt er det viktig å støtte hverandre, løse konflikter, utveksle informasjon og koordinere aktiviteter (3).

Godt kirurgisk teamarbeid ivaretas når alle personene i teamet har respekt for hverandres roller (7). Ahmed (8) fant i sin studie at trivsel, arbeidsglede og det å bli verdsatt og anerkjent gir effektivt kirurgisk teamarbeid (8). Resultatene fra Kaldheim og Slettebøs (9) studie viser at det å ha forståelse for hverandres arbeidsoppgaver gjør at det blir lettere å hjelpe hverandre, som igjen gir god lagånd på operasjonsstua (9). Rydenfaldt et al. (10) undersøkte de sosiale strukturene på operasjonsstua og fant ut at dårlig teamarbeid og kommunikasjon kan skyldes at teammedlemmene har ulik situasjonsforståelse og synspunkter (10). Studier viser at situasjonene det kirurgiske team arbeider i endres raskt, og at teamet kan få nye personer som de ikke har arbeidet sammen med. I slike situasjoner må alle ta ansvar for sine oppgaver, som også må koordineres med de andres oppgaver (4,11). Oksavik et al. (11) fant i sin studie at når operasjonssykepleierne har lang klinisk erfaring skaper dette trygghet i yrkesrollen, og at det er lettere å si ifra hvis noe er som det ikke skal være (11). Studier viser også at hvis ledelsen er engasjert og lydhør virker dette positivt inn på teamarbeidet (8,12).

Det eksisterer noe kunnskap om hvordan operasjonssykepleiere erfarer det å arbeide i det kirurgiske team, og at mistrivsel, mangel på respekt og dårlig kommunikasjon mellom personene i teamet har innvirkning på teamarbeidet (8–11). Det er imidlertid behov for mer kunnskap om hva operasjonssykepleiere oppfatter som fremmende for teamarbeidet på operasjonsstua. Hensikten med denne studien er derfor å få mer kunnskap om hvordan operasjonssykepleiere erfarer og oppfatter det å arbeide i det kirurgiske team, og belyse hva som kan fremme teamarbeidet på operasjonsstua. Denne kunnskapen kan være med på å bidra til bedre trivsel på operasjonsstua og øke pasientenes sikkerhet (3,5). Følgende forskningsspørsmål ble stilt: Hva erfarer og oppfatter operasjonssykepleiere som fremmende for teamarbeidet på operasjonsstua?

Metode

Design

Et utforskende og beskrivende kvalitativt design med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming ble benyttet for å få innsikt og kunnskap om operasjonssykepleieres erfaringer, meninger og oppfatninger med å arbeide i det kirurgisk team (13).

Rekruttering og utvalg

Studien ble gjennomført ved to ulike sykehus. Før rekruttering ble det gitt tillatelse fra lederne ved operasjonsavdelingene. Det ble informert om studien på avdelingenes morgenmøte. Informasjonsskriv ble lagt ut på personalrommene slik at alle kunne lese om studiens hensikt og hva det ville innebære å delta. Operasjonssykepleiere som ønsket å delta, og som tilfredsstilte kriteriene til å delta i studien, tok kontakt med førsteforfatterne (BMB, GK).

Strategisk utvalg ble benyttet for å rekruttere deltakere som kunne gi gode svar på problemstillingen (13). Inklusjonskriterier: operasjonssykepleiere med minst to års erfaring, i ≥ 75 prosent stilling. Eksklusjonskriterier: operasjonssykepleiere i lederstillinger og innleide operasjonssykepleiere. Åtte operasjonssykepleiere som tilfredsstilte kriteriene og som ønsket å delta i studien tok kontakt med førsteforfatterne (BMB, GK). Kvalitative studier har ofte få deltakere, da strategisk utvalg med god informasjonsflyt gir godt grunnlag for kunnskapsutvikling om mening og innsikt i konteksten som studeres (14).

Datainnsamling

Det ble gjennomført åtte semistrukturerte individuelle intervju. Gjennomsnittsalderen for deltakerne var 43 år, og gjennomsnittansiennitet som operasjonssykepleier var 11 år. Intervjuguide med hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål ble utformet ut ifra tidligere forskning, annen litteratur og erfaringer fra operasjonsavdeling (13). Ett pilotintervju ble gjennomført for å teste intervjuguiden (14). Deltakeren fortalte fritt om sine erfaringer med å arbeide i det kirurgiske team, og det ble ikke gjort endringer i intervjuguiden. Pilotintervjuet gav rikholdige data og viktig informasjon om hensikten og ble inkludert i datamaterialet. Hovedspørsmålene i intervjuguiden er vist i tabell 1.

Tabell 1 Intervjuguide – hovedspørsmål

Erfaringer og oppfatninger av hva som fremmer godt kirurgisk teamarbeid
• Hvilke erfaringer har du med kirurgisk teamarbeid?
• Hvordan erfarer du et godt kirurgisk teamarbeid?
• Hva vektlegger du som viktig for et godt kirurgisk teamarbeid?
• Hva hemmer og fremmer det kirurgiske teamarbeidet?

Intervjuene ble gjennomført i februar 2021 av de to førsteforfatterne (BMB, GK). Pilotintervjuet ble gjennomført av begge førsteforfatterne, deretter gjennomførte den ene av de to forfatterne fire og den andre tre intervjuer. Intervjuene hadde en varighet fra 30 til 50 minutter og ble gjennomført i eget rom i operasjonsavdelingen uten forstyrrelser. Intervjuene ble tatt opp på lydfil og feltnotater ble skrevet ned underveis (13). Hver av de to førsteforfatterne transkriberte fire intervjuer hver umiddelbart etter at de var gjennomført for å sikre rett gjengivelse av deltakernes beskrivelser og erfaringer (14). Samtidig som lydfil ble lyttet til ble hvert transkriberte intervju lest igjennom av førsteforfatterne for å kvalitetssikre transkriberingen (14). Alle deltakerne gav god og utfyllende informasjon, og med høy informasjonsstyrke kan 6–10 deltakere være tilstrekkelig (14).

Analyse

Graneheim og Lundmans (15) metode for kvalitativ innholdsanalyse ble brukt. Metoden legger vekt på tema og kontekst, og likheter og forskjeller i datamaterialet. En induktiv

tilnærming ble benyttet, der empirien la grunnlaget for kunnskapsutviklingen (15,16). Det manifeste innholdet i teksten presenteres som kategorier, nært til tekstens beskrivelser. Det latente innholdet presenteres som tema, som er tolket og abstrahert fra tekstens beskrivelser (15,16). Både en fenomenologisk (beskrivende) og hermeneutisk (tolkende) metode ble brukt, men resultatene er i hovedsak beskrivende. Resultatene presenteres derfor som underkategorier og kategorier (15,16). Analysen ble gjennomført av alle forfatterne. Førsteforfatterne og sisteforfatter er operasjonssykepleiere med erfaring med å arbeide i kirurgiske team. Andreforfatter er helsesykepleier og har erfaring med tverrfaglig samarbeid i primærhelsetjenesten. Førsteforfatterne har et naturvitenskapelig perspektiv og andreforfatter et helsefremmende perspektiv, mens sisteforfatter har både et naturvitenskapelig og helsefremmende perspektiv. Dette var en styrke da dataene ble sett i lys av ulike perspektiv, kunnskaper og erfaringer. Først ble de transkriberte intervjuene lest gjennom flere ganger for å få et helhetsinntrykk, og områder som var aktuelle for hensikten med studien ble identifisert. Deretter ble meningsbærende enheter identifisert, kondensert og kodet. Kodene ble sammenlignet i forhold til likheter og forskjeller, og abstrahert til underkategorier og kategorier (15). Eksempel på prosess fra meningsbærende enheter til kategori vises i tabell 2. Etter at hele analyseprosessen var gjennomført ble alle intervjuene lest gjennom av førsteforfatterne for å sikre at det som var gjengitt i resultatene var sammenfallende med det operasjonssykepleierne hadde sagt (14).

Tabell 2 Eksempel på analyseprosess fra meningsbærende enheter til koder, subkategori og kategori

Meningsbærende enheter	Kondenserte enheter	Koder	Subkategori	Kategori
At alle går mot et felles mål. Og rom for at dersom de på anestesien ikke er helt klar, så kan vi på en måte ta hensyn til de og motsatt, sant? At en har litt rom for sånne ting også.	Alle går mot et felles mål, rom for at om anestesi ikke er klar må vi ta hensyn til det og motsatt.	Viktig at alle har felles mål Ta hensyn til hverandre	Respekt og likeverd	Betydningen av en god tone og trivsel på operasjons stua

Troverdighet

I vurdering av studiens troverdighet ble kriteriene *credibility*, *dependability*, *confirmability* og *transferability* lagt til grunn (13,15). For at en skal kunne stole på resultatene (*credibility*) er det gjort rede for de metodiske prosessene i studien. Det er vist hvordan deltakerne, datasamling og analysen samsvarer med hensikten med studien. Det er gjort rede for forfatternes egne erfaringer og bakgrunn, og mulige påvirkninger. Resultatene er demonstrert gjennom bruk av direkte sitat fra operasjonssykepleierne. Stabiliteten, eller pålideligheten, over tid (*dependability*) ivaretas gjennom en kort datainnsamlingsperiode på to uker, der en må anta at det ikke har skjedd endringer i teamarbeidet ved de to operasjonsavdelingene. Analysen ble diskutert mellom alle forfatterne, i flere møter

og over tid. Det ble etablert konsensus om meningsenheter, underkategorier og kategorier som er gjengitt i resultatdelen. Dette ivaretar en troverdig tolkning av det empiriske datamaterialet (*confirmabilty*). En detaljert beskrivelse av studiens deltakere, kontekst og inklusjon- og eksklusjonskriterier kan hjelpe leseren til å vurdere om studien er overførbar til en annen kontekst (*transferability*). Det er imidlertid opp til leserne å vurdere om resultatene er overførbare til deres kontekst.

Etikk

Før intervjuene startet ble informasjon om studiens hensikt, deltakernes rett til å kunne trekke seg når som helst uten grunn og ivaretakelse av anonymitet gjentatt, og samtykkeskjema ble signert. Hvert intervju fikk et eget nummer (deltaker 1–8) for å ivareta deltakernes anonymitet (13). Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (nummer 212649), personvernombudet ved Høgskulen på Vestlandet (HVL) og personvernombudet ved helseforetaket. Dataene ble lagret i henhold til HVLs retningslinjer for informasjonssikkerhet.

Resultater

Gjennom analysen av datamaterialet kom det frem fire kategorier og tre underkategorier (tabell 3).

Tabell 3 Oversikt over hovedkategorier og underkategorier

Hovedkategorier	Betydningen av en god tone og trivsel på operasjonsstua	Pasienten i fokus	Lydhør og tydelig ledelse	Trygghet i yrkesrollen
Underkategorier	Tydelig og god kommunikasjon Respekt og likeverd Ulike personligheter i et team			

Betydningen av en god tone og trivsel på operasjonsstua

Tydelig og god kommunikasjon

Operasjonssykepleierne mente at et godt teamarbeid ble skapt gjennom god kommunikasjon. Erfaringen var at det var viktig å være lydhør og oppmerksom, samt snakke tydelig og henvende seg direkte til dem en kommuniserte med. Erfaringer operasjonssykepleierne hadde gjort var at det var hemmende når teammedlemmene mumlet eller ikke rettet blikket mot dem en kommuniserte med. En operasjonssykepleier sa:

> Du må lytte, og så må du kommunisere, du må snakke ganske høyt og tydelig, ikke for høyt selvfølgelig, du skal jo ikke være forstyrrende i en operasjonsstue heller. Du må være tydelig, synlig og lydhør tenker jeg!
>
> (*Deltaker 4*)

Operasjonssykepleierne erfarte at det var viktig å kommunisere planene for dagen til alle i teamet. Dette gjaldt ved bestilling av operasjonene, forberedelser av operasjonene og under selve inngrepet. De erfarte at det å være i forkant for det som skulle skje i operasjonene, og kommunisere med de en samarbeidet med, gjorde arbeidsdagen mer effektiv og økte trivselen i teamet. Det hendte at teamet måtte vente på enkelte personer. Da ble det tidspress, noe som førte til frustrasjon og amper stemning i teamet. Operasjonssykepleierne hadde også erfart at når det var tidspress ble det gitt korte beskjeder, det oppstod misforståelser og det ble dårlig flyt i arbeidet.

Operasjonssykepleierne oppfattet det som utfordrende å få til god kommunikasjon når det var språkproblemer, kulturforskjeller eller når de måtte samarbeide med teammedlemmer som de ikke kjente. Støy fra medisinsk teknisk utstyr var forstyrrende, og beskyttelsesutstyr, spesielt munnbind, kunne hindre god kommunikasjon. En deltaker mente at musikk var bra for arbeidsflyten og bidro til god stemning på operasjonsstua, mens andre mente at dette tok oppmerksomhet fra operasjonen og vanskeliggjorde kommunikasjonen mellom personene i teamet.

Respekt og likeverd

Operasjonssykepleierne erfarte at arbeidsmiljøet til tider var preget av hierarki, der legene var øverst på rangstigen og sykepleierne nederst. Erfaringen var at samarbeidet fungerte best når alle hadde gjensidig respekt for hverandre, noe som skapte trygghet og trivsel på operasjonsstua. Deltakerne mente at det var viktig å være lydhør, se dem man jobbet med og gi positive tilbakemeldinger til de andre i teamet. Operasjonssykepleierne uttrykte at det var nødvendig å løfte blikket og se de andre personene i teamet, da dette bidro til økt trivsel på operasjonsstua. Deltakerne mente det var viktig å vise forståelse når egne oppgaver kom i konflikt med andre sine oppgaver. En operasjonssykepleier sa:

> Det viktigste er kanskje at vi lytter til hverandre, at vi har respekt [...] og forståelse for hverandres arbeid.
>
> (*Deltaker 3*)

Ulike personligheter i et team

Operasjonssykepleierne oppfattet at trivselen og stemningen på operasjonsstua var avhengig av personene i teamet. Deltakerne oppfattet at det lett kunne oppstå konflikter når ulike personer hadde ulike synspunkt på hvordan oppgaver skulle utføres. Operasjonssykepleierne hadde erfart at enkelte teammedlemmer var raske og effektive, mens andre var detaljfokuserte og arbeidet saktere. Erfaringer operasjonssykepleierne hadde var at noen personer var sosiale, skapte god stemning og humor i en arbeidshverdag som var preget av mye alvor, mens andre var mer introverte og jobbet i det stille. Operasjonssykepleierne oppfattet at personer med sterke meninger som likte å ta avgjørelser uavhengig av de andre som mest utfordrende å samarbeide med. De erfarte

at det var viktig å ha selvinnsikt når en var en del av et team, og at en må tilpasse seg med tanke på når en kan prate, komme med innspill og når en må ta hensyn og være stille. En deltaker sa det slik:

> En må faktisk yte noe selv for at samarbeidet skal gå bra.
>
> (*Deltaker 1*)

Pasienten i fokus

Operasjonssykepleierne mente at alle i teamet hadde som mål at alt skulle være til pasientenes beste. Samarbeidet mellom personene i teamet fungerte best når pasienten var i fokus, og når alle var enige og dro i samme retning. Det var viktig at alle løftet blikket og at teammedlemmene så hverandre, men samtidig hadde oppmerksomheten rettet mot å utføre arbeidsoppgavene sine. En operasjonssykepleier sa:

> Der alle ting som på en måte kommer opp blir fanget, alle er lydhøre, en drar i samme retning, pasienten har en god opplevelse, vi har en god opplevelse.
>
> (*Deltaker 5*)

Imidlertid erfarte noen av operasjonssykepleierne at hvis teammedlemmene innimellom var så opptatt av sine egne roller at de glemte å ha et kollektivt fokus, var dette hemmende for teamarbeidet.

Lydhør og tydelig ledelse

Deltakerne mente at ledelsen hadde en viktig rolle når teamene skulle settes sammen, når informasjon ble gitt og når konflikthåndtering var nødvendig. Det kom frem at ledelsen burde ha en tydelig rolle og være lydhør for teammedlemmene. En operasjonssykepleier sa:

> Om en ønsker en forandring på noe som ikke fungerer bra, om ledelsen ikke er interessert i å ta innspill, så kommer vi ingen vei.
>
> (*Deltaker 5*)

Operasjonssykepleierne mente at det var positivt for teamarbeidet når ledelsen var åpen for innspill og gav støtte til teamet. Ifølge deltakerne virket tidspress og mangel på ressurser hemmende på teamarbeidet, og operasjonsprogram som var for store bidro til økt stress og press på teammedlemmene. Ifølge deltakerne hadde ledelsen en viktig rolle når de satte opp operasjonsprogrammene slik at teamet kunne jobbe med et forsvarlig tempo, og at nødvendige ressurser var tilgjengelige for å ivareta en sikker drift. Deltakerne mente at når arbeidsmengden var forsvarlig, kunne teammedlemmene utføre oppgavene sine på en sikker måte, og at dette fremmet teamarbeidet.

Trygghet i yrkesrollen

Ifølge operasjonssykepleierne fungerte teamarbeidet bedre når medlemmene av teamet hadde erfaring i yrkesrollen. På operasjonsstua er det mye å ha kontroll på. Operasjonssykepleierne erfarte at når teammedlemmene var uerfarne måtte teammedlemmene ha fokus på de tekniske ferdighetene, og at det var vanskelig å mestre de ikke-tekniske ferdighetene. Ifølge operasjonssykepleierne var mot viktig; mot til å stille spørsmål, mot til å si ifra og mot til å komme med innspill. Mot kom med erfaring, og med erfaring og tid økte tryggheten til de en arbeidet sammen med, noe som igjen var fremmende for trivselen og teamarbeidet. En operasjonssykepleier sa det slik:

> Jeg føler meg tryggere nå, for jeg føler meg tryggere på hva jeg kan, og vet hva som stemmer eller ikke, og at jeg har mer å komme med om det skulle være en diskusjon. Så erfaring er viktig.
>
> (*Deltaker 8*)

Diskusjon

Hensikten med studien var å få mer kunnskap om hvordan operasjonssykepleiere erfarer og oppfatter det å arbeide i det kirurgiske team, og belyse hva som kan fremme teamarbeidet på operasjonsstua.

Trivsel, god kommunikasjon og samarbeid fremmer teamarbeidet på operasjonsstua

Resultatene fra studien viste at trivsel, samarbeid og tydelig og god kommunikasjon fremmer teamarbeidet på operasjonsstua, noe som støtter flere tidligere studier (8,12,17). God kommunikasjon er viktig for å skape et godt arbeidsmiljø, da dette gjør at en kan være åpen ved uenigheter og at en oftere stiller spørsmål når noe er uklart (3). Dårlig kommunikasjon mellom teammedlemmene kan føre til misforståelser og at det oppstår uønskede hendelser (3,5,18). Videre erfarte operasjonssykepleierne at det å forstå og bli forstått var fremmende for teamarbeidet. For å bidra til dette mente de at det var viktig å snakke høyt og tydelig, og forsikre seg om at det som ble sagt ble oppfattet riktig. Ifølge Künzle et al. (4) er det særlig viktig å forebygge at misforståelser oppstår ved teamarbeid i akutte og kritiske situasjoner. Et kommunikasjonsverktøy er *closed loop* (5). Ved *closed loop* bekreftes beskjedene ved å gjenta det som blir sagt for å sikre at informasjonen som formidles er oppfattet riktig. Dette verktøyet brukes i det kirurgiske teamarbeidet i akutte situasjoner og ved traumer. Det må da handles raskt, og kommunikasjonsutvekslingen må kvalitetssikres (3).

Operasjonssykepleierne mente at det enkelte teammedlems individuelle egenskaper var viktig for at det skulle være effektivitet og trivsel i teamarbeidet. De erfarte at teammedlemmene som var tålmodige, høflige, lærevillige, hadde humor og selvinnsikt bidro til flyt og effektivitet i teamarbeidet. Resultatene støtter tidligere studier som viser at godt teamarbeid er avhengig av at teammedlemmene har selvinnsikt og selvkontroll

(10,11,17). Imidlertid forteller operasjonssykepleierne at konflikter kan oppstå. En litteraturoversikt viser at konflikter ofte oppstår i akutte situasjoner (4), og flere studier viser at disse ofte skyldes misforståelser, tidspress, stress og at teammedlemmene er overarbeidet (4,10,11). En fare i slike situasjoner er at viktig informasjon ikke blir formidlet på en god måte, og at uønskede hendelser oppstår både i forbindelse med selve operasjonen og at utstyr blir gjenglemt i pasienten (10).

Ifølge operasjonssykepleierne er det fremmende for teamarbeidet når alle samarbeider mot et felles mål, til pasientens beste. Å ha pasienten i fokus, eller utøve personsentrert omsorg, innebærer å utøve handlinger direkte mot pasienten i den aktuelle situasjonen i det per-operative forløpet (19). Forskning viser at det er viktig at operasjonssykepleierne koordinerer og planlegger arbeidet sammen med teamet allerede før operasjonen starter, og at instrumenter og annet utstyr er klart. Videre er det viktig at en skaper god atmosfære i samarbeidet med de andre i teamet, og spesielt med kirurgen. Det er også viktig at operasjonssykepleier er i forkant av det som skal skje i operasjonen for å kunne støtte kirurgen slik at resultatet av operasjonen blir best mulig for pasienten (10,20). Studier viser at sjekklista Trygg kirurgi både bidrar til bedre kommunikasjon og teamarbeid på operasjonsstua (21,22).

Operasjonssykepleierne mente at det var fremmende for teamarbeidet når en kunne stole på at alle teammedlemmene sa sin mening når dette var nødvendig. Erfaringen var imidlertid at det kunne være vanskelig å ytre sine meninger og å komme med innspill når en var nyutdannet, og utrygg i yrkesrollen og i samarbeidet med de andre i teamet. Tidligere studier viser at erfarne operasjonssykepleiere opplever at det er vanskelig når personer i teamet er studenter eller nyutdannede, når de ikke er kjent i avdelingen og ikke har erfaring med de kirurgiske inngrepene. Personene klarer da ikke å være like delaktige som de erfarne, og de med erfaring får større ansvar for å fremme teamarbeidet (10,11). Ifølge operasjonssykepleierne var erfaring også viktig for å få mot og trygghet til de andre i teamet. Erfaring kan gi mot til å stille spørsmål, mot til å si ifra og mot til å komme med innspill, noe som var fremmende for trivselen og teamarbeidet. Studier viser at operasjonssykepleiere med erfaring klarer lettere å si ifra hvis noe ikke stemmer (11,23), er flinkere til å tolke nonverbal kommunikasjon (24), har bedre situasjonsforståelse (3) og sier også sin mening (4). Alt dette er viktig for å skape et godt teamarbeid (11).

Resultatene viser at medisinsk teknisk utstyr som sug, åpning av utstyr og instrumenter til operasjonene, samtaler mellom kolleger eller med pasient, og musikk eller radio var det som var mest hemmende for kommunikasjonen mellom teammedlemmene. Når det var flere av disse støykildene samtidig, og når en i tillegg brukte munnbind, var dette ekstra hemmende for kommunikasjonen. Resultater fra tidligere studier viser at denne type støy kan være hemmende for teamarbeidet (11,17,25). Oksavik et al. (11) fant i sin studie at mye støy fra medisinsk teknisk utstyr kunne gjøre at det ble vanskelig å høre hva de andre i teamet sa, og at informasjon måtte bli gjentatt flere ganger. En annen studie fant at støy fra kommunikasjonen mellom teammedlemmene kunne bli

så høy at det ble utfordrende for operasjonssykepleierne å telle utstyr og instrumenter før pasientene ble overflyttet til postoperativ avdeling (17). Hvis vi ser resultatene fra vår studie og andre studier i sammenheng kan det tyde på at mye støy på operasjonsstua kan føre til at uønskede hendelser oppstår og at pasientsikkerheten trues.

Deltakerne mente det var viktig med en lydhør og støttende leder som tar tilbakemeldinger på alvor og er løsningsorientert når operasjonsprogrammene blir satt opp. Dette var viktig for at teamet kunne jobbe i et forsvarlig tempo, og for at nødvendige ressurser er tilgjengelige for en forsvarlig drift. Ledere har en viktig rolle for å sikre et godt teamarbeid (4). De har ansvar for å være motiverende og være bevisst på teamsammensetningen, og å bidra til konfliktløsing (4,12). Studier viser også at god ledelse bidrar til et godt teamarbeid, som igjen forebygger at uønskede hendelser oppstår (4,10).

Respekt og likeverd nødvendig for et positivt teamarbeid på operasjonsstua

Operasjonssykepleierne fortalte at å vise respekt, lytte til de andre i teamet, vise forståelse og hjelpe hverandre var viktig for å fremme teamarbeidet. Respekt er en nødvendig sosial ferdighet i det kirurgiske team og er basisen for kommunikasjonen og relasjonen mellom teammedlemmene (9). Våre resultater støtter en tidligere studie som viser at for at en skal oppleve et godt teamarbeid er det viktig å møte hverandre med respekt, vise likeverd for de ulike profesjonene i teamet og ha gjensidig dialog (9). Det er kjent at det har vært hierarkisk struktur i kirurgiske team, både mellom profesjoner og mellom de med mest og minst erfaring (26). I løpet av de siste tiår er det blitt en mindre hierarkisk struktur, og det kirurgiske teamarbeidet er mer preget av samarbeid (4,26). Dette er med på å bidra til motivasjon og støtte mellom teammedlemmene, økt jobbtilfredshet og effektivitet (4,26). Til tross for at trenden har gått mot en mindre hierarkisk struktur i det kirurgiske team viser denne studien, og også to nyere norske studier (11,17), at utbrudd og nedlatende og manglende kommunikasjon mellom ulike profesjoner påvirker det kirurgiske teamarbeidet negativt. Dette kan bidra til at maktposisjoner og hierarki opprettholdes. Sjekklisten Trygg kirurgi og «time-out» kan virke fremmende på teamarbeidet da hver enkelt person presenterer seg med navn og funksjon, noe som bidrar til økt forståelse for hverandres roller (21).

Metodiske vurderinger

Sjekklisten COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) (27) er benyttet i presentasjonen av studien.

En styrke er at operasjonssykepleierne som deltok i studien er ansatt ved to ulike sykehus og har lang erfaring med å arbeide i det kirurgiske team, og at forfatterne som foretok intervjuene også er operasjonssykepleiere. Dette gjorde at det ble god dialog mellom intervjuerne og deltakerne, noe som bidro til gode refleksjoner rundt det å arbeide i det kirurgiske team. Problemstillingen i studien var smal, med fokus på hva

som fremmer et godt teamarbeid. Et deltakerantall på åtte operasjonssykepleiere som har gode erfaringer om hensikten og som kan gi utfyllende og rikholdige data, anses som tilstrekkelig for å besvare studiens forskningsspørsmål (28). De fire forfatterne har ulik faglig bakgrunn og erfaring, noe som kan styrke studiens troverdighet. Det må tas i betraktning at tolkningen kan ha vært påvirket av forfatternes før-forståelse og egne erfaringer med å jobbe i det kirurgiske team. Dette kan ses som en styrke, da forfatterne har spesialisert kunnskap om konteksten i operasjonsavdelingen og kan stille relevante spørsmål og oppfølgingsspørsmål. En svakhet kan være at bare operasjonssykepleiere deltar i studien. Ved å inkludere de andre profesjonene (anestesisykepleiere, anestesileger, kirurger) kunne studien gitt en bredere forståelse for hva som fremmer et godt kirurgisk teamarbeid. Til tross for begrensningene bidrar studien med viktig kunnskap om operasjonssykepleieres erfaringer og oppfatninger for hva som kan fremme et godt teamarbeid.

Implikasjoner for praksis

Det er kjent at dårlig utførelse av ikke-tekniske ferdigheter fører til konflikter og spenninger i det kirurgiske team (5). For å fremme et godt kirurgisk teamarbeid kan teamtrening og simulering med de ulike profesjonene i teamet være nyttig. Profesjonene har ulik forståelse av situasjonene avhengig av eget fagområde, og ikke-tekniske ferdigheter har betydning for hvordan ulike personer håndterer stress i ulike situasjoner. Det er derfor viktig å trene på ikke-tekniske ferdigheter som situasjonsforståelse og interpersonale ferdigheter som kommunikasjon og teamarbeid slik at teammedlemmene blir trygge på egne og andres ferdigheter og fungerer bedre i teamet (3). Det er utviklet ulike verktøy (anestesileger – ANTS, kirurger – NOTTS, operasjonssykepleiere – SPLINTS, anestesisykepleiere – NANTS) for å utvikle og vurdere ikke-tekniske ferdigheter for de ulike profesjonene i det kirurgiske team (5,29), men selv om de ulike profesjonene har egne verktøy er det viktig at profesjonene trener sammen i undervisning, simulering og implementering av verktøyene.

Konklusjon

For at personene i det kirurgiske team skal oppleve godt teamarbeid er det viktig at alle er bevisste på hvordan de kommuniserer med de andre i teamet, at alle viser respekt for hverandres arbeid og er bevisst sin egen fremtoning. Å ha pasienten i fokus og dra i samme retning, til pasientens beste, er viktig for å både skape et godt teamarbeid og forebygge at uønskede hendelser oppstår. Ledelsen har en viktig rolle for å fremme teamarbeidet og forebygge konflikter ved å vise forståelse og være bevisst på teamsammensetningen, samt å bidra med nok ressurser slik at teammedlemmene ikke blir overarbeidet. Det er behov for flere større kvalitative studier som inkluderer flere sykehus og alle profesjonene i det kirurgiske team for å få en dypere innsikt i hva som fremmer teamarbeidet. Større kvantitative studier med bruk av validerte spørreskjema vil bidra med viktig kunnskap for å få bredde kunnskap om fremmende teamarbeid.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2010 [hentet 10.02.2022]. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2010/notat_2010_kartlegging-av-begrepet-pasientsikkerhet_v2.pdf
2. WHO. WHO guidelines for safe surgery 2009. Safe surgery safes lives [Internett]. Geneve: World Health Organization; 2009 [hentet 10.02.2022]. Tilgjengelig fra: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf;jsessionid=49AE89EB436E25CC5F3039F830F01AB9?sequence=1
3. Flin R, O'Connor P, Crichton M. Safety at the sharp end: a guide to non-technical skills. London: Taylor & Fransis; 2008.
4. Künzle B, Kolbe M, Grote G. Ensuring patient safety trhough effective leadership behaviour: A literature review. Saf Sci. 2010;48:1–17. https://doi.org/10.1016/j.ssci.2009.06.004
5. Husebø S, Ballangrud R. Teamarbeid i helsetjenesten: fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv. Oslo: Universitetsforlaget; 2021.
6. Abbot H, Boot H. Working in the perioperative team. I: Abbot H, Boot H, red. Foundations for operating department practice. Canada: Open University Press; 2014. s. 1–12.
7. Kaplow R, Turner K, Relf MV. Critical care nursing practice: Promoting excellence through caring, collaboration, and evidence. I: Fontaine DK, Morton PG, red. Critical care nursing: a holistic approach. 11. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2018. s. 1–11.
8. Ahmed I. Staff well-being in high-risk operating room environment: definition, facilitators, stressors, leadership, and team-working. A case-study from a large teaching hospital. Int J Healthc Manag. 2019;12:1–17. https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1298228
9. Kaldheim HKA, Slettebø Å. Respecting as a basic teamwork process in the operating theatre. Nordisk Sygeplejeforskning. 2016;5:49–64. https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-01-05
10. Rydenfalt C, Johansson G, Larsson PA, Akerman K, Odenrick P. Social structures in the operating theatre: how contradicting rationalities and trust affect work. J Adv Nurs. 2011;68:783–95. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05779.x
11. Oksavik WS, Heen C, Heggdal K. Faktorer som påvirker kommunikasjon og samspill i kirurgiske team med betydning for pasientsikkerhet – belyst fra operasjonssykepleierens ståsted. Klinisk Sygepleje. 2021;35:3–22. https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2021-01-02
12. James-Scotter M, Walker C, Jacobs S. An interprofessional perspective on job satisfaction in the operating room: a review of the literature. J Interprof Care. 2019;33:782–94. https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1593118
13. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
14. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2018.
15. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004;24:105–12. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001
16. Graneheim UH, Lindgren B-M, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. Nurse Educ Today. 2017;56:29–34. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002
17. Skråmm S, Jacobsen I, Hanssen I. Communication as a non-technical skill in the operating room: a qualitative study. Nurs Open. 2021;1–7. https://doi.org/10.1002/nop2.830
18. Murphy E. Patient saftey and risk management. I: Rothrock JC, red. Alexander's care of the patient in surgery. 16. utg. St. Louis, Mo: Elsevier; 2019. s. 16–46.

19. Arakelian E, Swenne C, Lindberg S, Rudolfsson G, vonVogelsang A. The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective – an integrative review. J Clin Nurs. 2016;26:2527–44. https://doi.org/10.1111/jocn.13639
20. Kelvered M, Öhlen j, Gustavsson B. Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. Scand J Caring Sci. 2016;26:2527–44. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00947.x
21. Russ S, Rout S, Wevadalis N, Moorthy K, Drzi A, Vincent C. Do safety checklist improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. Ann Surg. 2013;258:856–71. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000206
22. Urban D, Burian B, Patel K, Turley N, Elam M, MacRobie A, Merry A, Kumar M, Hanneberg A, Haynes A, Brindle ME. Surgical teams' attitudes about surgical safety and the surgical safety checklist at 10 years: a multinational survery. Ann Surg Open. 2021;2(3):e075. https://doi.org/10.1097/AS9.0000000000000075
23. Gillespie BM, Chaboyer W, Fairweather N. Interruptions and miscommunications in surgery: an observational study. AORN J. 2012;95:576–90. https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.02.012
24. Nestel D, Kidd J. Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. BMC Nurs. 2006;5:1. https://doi.org/10.1186/1472-6955-5-1
25. Oksavik Strand W. Samarbeid i team. I: Dåvøy G, Eide PH, Hansen I, red. Operasjonssykepleie. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018. s. 147–63.
26. Sherri A, Rodriquez M. Importance of the surgical techologist on the surgical team. I: Rothrok J, Alexander S, red. Alexander's surgical procedures. Canada: Elsevier; 2012. s. 1–10.
27. Tong ASP, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19:349–57. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042
28. Malterud K, Siersma V, Guassora A. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. Qual Health Res. 2016;26:1753–60. https://doi.org/10.1177/1049732315617444
29. Mykkeltveit I, Bentsen S. Den norske versjonen av SPLINTS (SPLINTS-no) – et instrument for å utvikle og vurdere ikke tekniske ferdigheter hos operasjonssykepleiere. Nordisk sygeplejeforskning. 2020;10:176–84. https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2020-03-04