

Teamarbeid på
operasjonsstuen:
Anestesisykepleieres
opplevelse

Anestesisykepleieres opplevelse av samarbeidet i det tverrfaglige teamet på operasjonsstuen: Hvilke elementer må ligge til grunn for et velfungerende team?



Universitetet
i Stavanger

Det
Helsevitenskapelige
fakultet

Master i spesialsykepleie med spesialisering i anestesisykepleie

Masteroppgave (30 studiepoeng)

v/ Lene Woll & Mia Emilie W. N. Eigenes

Veiledning v/ Britt S. Hansen, professor ved det helsevitenskapelige fakultet og Inger Brit T. Bakkalia, sykepleiefaglig rådgiver ved anestesiavdelingen

12. mai 2022

MASTER I SPESIALSYKEPLEIE, spesialisering i anesthesisykepleie

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vår 2022

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Mia Emilie Werner Nøttveit Eigenes og Lene Woll

VEILEDERE: Britt S. Hansen og Inger Brit T. Bakkalia

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Anesthesisykepleieres opplevelse av samarbeidet i det tverrfaglige teamet på operasjonsstuen: Hvilke elementer må ligge til grunn for et velfungerende team? En kvalitativ studie

Engelsk tittel: Anesthesia nurses' experience of collaboration in the interdisciplinary team in the operating room: Which elements are needed for a well-functioning team? A qualitative study

EMNEORD/STIKKORD:

Anesthesisykepleiers perspektiv, samarbeid, kommunikasjon, tverrfaglig team, operasjonsstuen, tydelighet, kommunikasjonsverktøy, Trygg Kirurgi, Closed loop, respektfullt samarbeid, forståelse

ANTALL ORD: 17 801

STAVANGER12.mai 2022

Forord

Vi nærmer oss nå slutten av to spesielle år på masterstudiet ved det Helsevitenskapelige fakultet ved Universitet i Stavanger. Masteroppgaven har fått sitt siste punktum, den siste praksisperioden er neste skritt, før vi så skal flakse ut av studentredet som ferske og stolte anestesisykepleiere.

Vi ønsker derfor å benytte anledningen til å takke. Først og fremst ønsker vi å rette en stor takk til våre to veiledere, for deres tid (dag som kveld) og for gode, verdifulle innspill under skrive- og forskningsprosessen. Takk til inspirerende og engasjerte lektorer, professorer og foredragsholdere ved UiS, som har gjort alt for å få til gode og kreative løsninger under koronapandemien. Takk til «våre» unike anestesisykepleiere som stilte opp som informanter til intervju. Deres bidrag utgjør en forskjell og er av stor betydning! Takk til alle dyktige praksisveiledere og anestesisykepleiere som har tatt oss med under tøffe praksisperioder. Dere har gjort møtet med den «forbudte avdeling» spennende, trygg og lærerik! Og sist, men ikke minst, tusen takk til familie og arbeidsplasser som har stilt opp og bidratt til muligheten for å kunne gjennomføre drømmestudiet!

Lene & Mia

Stavanger 11. mai 2022

SAMMENDRAG

Hensikt: Formålet med denne studien var å se nærmere på anestesisykepleieres opplevelse av teamarbeidet på operasjonsstuen, og hva som er viktig for å få til et velfungerende team, sett fra en anestesisykepleiers perspektiv.

Metode: Studien har blitt gjennomført med en induktiv kvalitativ metode med bruk av semistrukturerte intervju. Utvalget i studien bestod av seks anestesisykepleiere som jobbet på anesthesiavdelingen ved et Universitetssykehus på Vestlandet i Norge. Intervjuenes innhold ble analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse.

Funn: Ut ifra samlet datamateriale kom vi frem til fire hovedkategorier som beskrev det informantene mente var viktig for å skape et velfungerende team på operasjonsstuen. Våre funn viste at det måtte være 1) *Tydighet i kommunikasjon mellom profesjonene*, at anestesisykepleieren måtte ha 2) *Mot til å si ifra*, det var viktig med 3) *Et respektfullt samarbeid og en gjensidig forståelse for hverandres arbeidsoppgaver*, og 4) *Felles verktøy for opprettholdelse av et systematisk arbeid*.

Konklusjon: Anestesisykepleiernes opplevelse av kommunikasjon og teamarbeid i det tverrfaglige teamet på operasjonsstuen var stort sett god, men det var rom for forbedring. Tydighet i kommunikasjon tverrprofesjonelt, mot til å si ifra ved usikkerhet, gjensidig respekt og forståelse av hverandres arbeidsoppgaver, og felles systemer for et systematisk arbeid var avgjørende elementer for et velfungerende operasjonsteam.

ABSTRACT

Aim: The purpose of this study was to take a closer look at anaesthesia nurses' experience of the interdisciplinary teamwork in the operating room, and what is important to achieve a well-functional team, seen from an anaesthesia nurse's perspective.

Method: The method used in this study was an inductive qualitative method using semi-structured interviews. Our sample included six Nurse Anaesthetists working at the ward of Anaesthesia in one of the University Hospitals in Western Norway. Data collected was analysed through qualitative content-analysis.

Findings: Based on collected data, we found four main categories which described what the informants found important to create a well-functioning team in the operating room. Our findings showed that there must be 1) *Clear communication between the professions*, the anaesthesia nurse must have 2) *Courage to speak out*, the importance of a 3) *Respectful collaboration and mutual understanding of each other's work*, and 4) *Common tools to maintain a systematic work*.

Conclusion: The anaesthesia nurses' experience of communication and collaboration in the interdisciplinary team at the operation room was mainly satisfying, but there is room for improvements. Clear interprofessional communication, having the courage to speak out when being uncertain, mutual respect and understanding for each other's tasks, and shared tools and systems to maintain a systematic work are all elements of importance for a well-functioning operating team.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Studiens relevans	2
1.3 Hensikt.....	2
1.4 Problemstilling	2
1.5 Begrepsavklaring.....	2
3.0 TIDLIGERE RELEVANT FORSKNING	4
3.1 Litteratursøk	4
3.1.1 Primærsøk.....	4
3.1.2 Sekundærsøk	5
3.2 Generelt om teamarbeidet på operasjonsstuen.....	6
3.2.1 Kommunikasjon	6
3.2.2 Teamstruktur.....	7
3.2.3 Teamarbeidets betydning for pasientsikkerheten.....	7
3.2.4 Rolleforståelse.....	8
3.2.5 En felles forståelse.....	8
3.3 Anestesisykepleierens perspektiv på teamarbeidet.....	9
3.3.1 Anestesisykepleierens komplekse multitasking	9
3.3.2 Etterlevelse av verktøyet «Trygg Kirurgi»	10
4.0 TEORETISK RAMMEVERK	11
4.1 Norsk standard for anestesi og teamarbeid.....	11
4.2 Det tverrfaglige teamet på operasjonsstuen og «Trygg Kirurgi».....	11
4.2.1 utfordringer i teamarbeidet.....	12
4.2.2 Teamkompetanse	12
4.3 En teoretisk modell for teamarbeid: The Big Five	13
4.4 Programmet «NANTS» (Anesthetists Non-Technical Skills) betydning for pasientsikkerheten.....	14
5.0 METODE.....	15
5.1 Metodisk tilnærming og overveielser	15
5.1.1 Vår forforståelse.....	15
5.2 Kontekst.....	16
5.3 Design.....	17
5.4 Utvalg	17
5.4.1 «Informasjonskraft» (Informationpower).....	17
5.5 Innsamling av data.....	18
5.5.1 Intervjuprosessen	19

5.6 Analyse.....	19
5.6.1 Metode for kvalitativ innholdsanalyse	19
5.6.2 Analyseprosessen	20
5.6.3 Troverdighet.....	21
5.7 Forskningsetiske vurderinger.....	23
5.8 Metodekritikk	24
6.0 FUNN	26
6.1 Tydelighet i kommunikasjon mellom profesjonene.....	26
6.2 Mot til å si fra	29
6.3 Et respektfullt samarbeid og en forståelse for hverandres arbeidsoppgaver.....	31
6.4 Felles verktøy for opprettholdelse av et systematisk arbeid	36
7.0 DISKUSJON	41
8.0 KONKLUSJON	54
9.0 FORSLAG TIL FORBEDRING OG VIDERE FORSKNING	55
10.0 FAGLIG SAMARBEID OG NETTVERK.....	57
LITTERATUR	58
VEDLEGG 1: PICO skjema	66
VEDLEGG 2: Godkjenning fra PVO (personvernombudet) ved det representative sykehuset.....	67
VEDLEGG 3: Godkjenning for gjennomføring av forskningsprosjekt fra sykepleiefaglig rådgiver ved den representative avdelingen.....	68
VEDLEGG 4: Samtykkeskjema	69
VEDLEGG 5: Intervjuguide	73
VEDLEGG 6: Den kvalitative innholdsanalysen	75
VEDLEGG 7: COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) Checklist	83
VEDLEGG 8: «Trygg Kirurgi»	85

1.0 INTRODUKSJON

Operasjonsstuen er et høyteknologisk miljø ofte preget av høy intensitet og stress. Flere profesjoner skal jobbe sammen i team for å gi best mulig pleie og behandling til pasienten. Anestesisykepleiere har et ansvar, i samarbeid med det tverrfaglige operasjonsteamet, for å gjennomføre operasjonsprogrammet og håndtere øyeblikkelig-hjelp operasjoner. Dette ansvaret, sammen med en kontinuerlig utskiftning av teampersonell og bytte av ulike seksjoner kan være utfordrende å forholde seg til. I tillegg kan et ytre press føre til forstyrrende atferd som uprofesjonell oppførsel (Costello et al., 2011). Det forskes stadig på det tverrfaglige teamet på operasjonsstuen, med spesielt fokus på menneskelige faktorer som er med å påvirke pasientsikkerheten. Herav interessen for hvordan kommunikasjonssvikt påvirker kvaliteten og effektiviteten under et kirurgisk inngrep (Tørring et al., 2019). Det finnes imidlertid mer forskning som peker på barrierer i kommunikasjonen på operasjonsstuen i motsetning til hva som er effektiv kommunikasjon (Etherington et al., 2019). Å kunne si ifra og kommunisere med de andre i teamet, er av stor betydning for pasientsikkerheten. En forutsetning for dette er at informasjonen blir anerkjent og besvart på riktig måte. Hvordan de ulike rollene i operasjonsteamet formidler, og ikke minst responderer ved mottakelse av informasjon, kan være med på å styrke teamets funksjon og samholdighet (Long et al., 2020). Dårlig tverrfaglig kommunikasjon og teamarbeid, samt svikt i rutiner og retningslinjer er en av hovedårsakene til at det oppstår uheldige hendelser (Sundler et al., 2018). Ved inadekvat kommunikasjon i operasjonsteamet kan det oppstå misforståelser som kan føre til konsekvenser for pasientsikkerheten med uønskede hendelser som følge (Schibeavaag et al., 2018). Anestesisykepleieres oppgaver er kompleks og innebærer multitasking. God informasjonsutveksling og et godt teamarbeid blir derfor viktig for å sikre god flyt i arbeidet og ivaretagelse av pasienten.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I praksis som anestesisykepleiestudenter har vi erfart ulike utfordringer knyttet til det tverrfaglige samarbeidet inne på operasjonsstuen. Utfordringene vi har opplevd er ofte knyttet til informasjonsutveksling og uklarheter angående oppgavefordelinger og beskjeder innad teamet. I tillegg har vi opplevd utfordringer med å få med alt som skjer i operasjonsfeltet som har betydning for anestesian. For å få mer forståelse for ulike

holdninger, menneskelige verdier og personlige oppfatninger innad i operasjonsteamet, er det behov for mer forskning (Husebø et al., 2021). Vi ønsket å studere nærmere hvordan anestesisykepleiere opplevde samarbeidet i det tverrfaglige teamet på operasjonsstuen.

1.2 Studiens relevans

Utfordringer knyttet til kommunikasjon og samarbeid i det tverrfaglige teamet er noe vi står overfor hver dag i praksis. Det tverrfaglige teamet på operasjonsstuen består normalt sett av en eller flere kirurger, operasjonssykepleiere, anestesilege og anestesisykepleier. Hver spesialitet har forskjellige arbeidsoppgaver (Husebø et al., 2021). Det kreves et godt teamsamarbeid for å oppnå en god arbeidsflyt på operasjonsstuen, og for å ivareta pasientsikkerheten. Vi mener valgt tema og problemstilling er av høy relevans for vår praksis.

1.3 Hensikt

Det er behov for mer kunnskap om hvordan de ulike teammedlemmene opplever samarbeidet og dets innvirkning på pasientsikkerheten (Sandelin & Gustafsson, 2015). Vi ønsket derfor å se nærmere på opplevelsen av teamarbeid og hva som var viktig for å få til et velfungerende team på operasjonsstuen, sett fra en anestesisykepleiers perspektiv.

1.4 Problemstilling

Problemstillingen vår lyder som følger: Anestesisykepleieres opplevelse av samarbeidet i det tverrfaglige teamet på operasjonsstuen: Hvilke elementer må ligge til grunn for et velfungerende team?

1.5 Begrepsavklaring

Anestesisykepleierens oppgave innebærer å ivareta pasienten under det kirurgiske inngrepet, både psykisk og fysisk (Bruun, 2021). Det finnes flere former for anestesi, hvor pasienten er

våken eller «sovende». Under generell anestesi er pasienten «sovende» ved at de har fått analgetika, hypnotika og eventuelt et muskelavslappende anestesimiddel, for å oppnå amnesi (søvn og bevisstløshet) (Bjørnstad & Halstensen, 2021). Anestesisykepleierens oppgave innebærer å sikre vitale funksjoner ved å følge med på kliniske tegn hos pasienten, overvåke hjerterytme og vitale funksjoner på monitor og respirator, og påse adekvat ventilasjon av pasienten. Videre skal anestesisykepleieren følge med i operasjonsfeltet, planlegge videre anestesi, administrere medikamenter, samt utføre forebyggende tiltak mot hypotermi og sikre optimal leiring (Lunde & Ulfeldt, 2021).

3.0 TIDLIGERE RELEVANT FORSKNING

3.1 Litteratursøk

3.1.1 Primærsøk

Primærsøkene gjennomførte vi i tidsperioden 06.05.21 til 09.05.21. Vi utarbeidet et PICO-skjema (se vedlegg 1) og benyttet «MeSH» som hjelpemiddel for å få flere synonymer til relevante søkeord. Vi fikk også hjelp fra en bibliotekar for å kvalitetssikre søkene våre. Søk ble utført i databasene; British Nursing Index, Cinahl, Cochrane library og Medline. Ved noen søk fikk vi flere resultater, hvorav kun en eller to artikler var aktuelle. Mange funn anså vi som irrelevante for vårt tema og ble derfor forkastet. Artikkelen som ble forkastet var for tilspisset på konkrete kirurgiske inngrep eller pasientgrupper. Det viste seg at det finnes mye forskning innenfor kommunikasjon på operasjonsstuen, men ikke fra anestesisykepleierens perspektiv.

Målet med søkene var å kartlegge aktuell forskning innenfor valgt tema og problemstilling. For å kvalitetssikre søkene benyttet vi ulike avgrensninger. Vi forsøkte å avgrense søket til et anestesisykepleiers perspektiv. Videre benyttet vi avgrensninger som «peer reviewed» for kun fagfelleurderte artikler, videre «English Language», samt begrensning av tidsperiode på publisering til 2015-2021. Denne begrensningen valgte vi for å sikre mest mulig oppdatert forskning fordi ny forskning stadig tilkommer. Derimot viste det seg at det var lite funn i denne tidsrammen, derfor utvidet vi søket til 2000-2021.

De første søkene i Cinahl var begrenset til 2015-2021. Vi benyttet søkeord som «Perioperative Nursing» AND «Surgery» OR «operative» AND «teamwork», og dette ga oss ett resultat. Artikkelen var fra Sverige og het «Operating theatre nurses experiences of teamwork for safe surgery» (Sandelin & Gustafsson, 2015). Denne artikkelen var relevant for vår studie, men vi ønsket å utvide søket litt mer. Videre brukte vi søkeordene «Perioperative Nursing» AND «operating rooms», og her fikk vi 16 resultater, men ingen relevante. Deretter utvidet vi søket til 2000-2021 og anvendte søkeordene «Communication strategies» AND «Operating room» AND «collaboration». Dette gav oss to søkeresultater hvorav én artikkel var aktuell; Working together to build a respectful workplace: transforming OR culture (Costello et al., 2011). Denne studien var utført i Canada. Ved bruk

av søkeordene «communication» AND «collaboration» AND «operating room» fant vi den danske artikkelen «Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: an ethnographic study» (Tørring et al., 2019). Dette søket ga oss derimot flere resultater; 29 artikler og hvorav én artikkel ble funnet relevant for vår studie. Videre forsøkte vi søkeordene «Teamperformance» AND «communication» AND «operating room», hvor søket ga oss 13 resultater, hvorav fire artikler kunne være aktuelle. To artikler ble inkludert. Den ene var fra Australia og het «Team communications in Surgery - creating a culture of safety» og den andre var fra Storbritannia og het «Teamwork in the operating theatre cohesion or confusion» (Undre et al., 2006). Etter flere brede søk som omhandlet operasjonsteamet på et generelt nivå valgte vi å avgrense søket til anestesisykepleie for å utforske hva som fantes av forskning fra dette perspektivet, samtidig som vi valgte å begrense tidsrommet til 2013-2021 for å sikre funn relevant til anestesisykepleierens rolle i nyere tid. Vi benyttet så søkeordene «nurse anesthetist» AND «teamwork» AND «operating room», dette ga oss åtte resultater hvorav en studie var aktuell. Denne var fra Sverige og het «Incidents reported by nurse anaesthetists in the operating room» (Sundler et al., 2018). Ved bruk av søkeordene «surgical safety checklist» AND «teamwork» AND «nurse anesthetist» fant vi artikkelen «Swedish Nurse Anesthetists Experiences of the WHO Surgical Safety Checklist» (2018). Videre utførte vi et nytt søk i PubMed i tidsperioden 13.09.21 til 15.09.21 hvorav vi benyttet søkeord som; nurse, operating room, operating theatre, communication, communication barriers, communication skills, «Closed-loop», attitude, anaesthetist, surgery og teamwork. Vi begrenset søket til 2012 og 2015 til 2021.

De valgte artiklene benyttet i vår oppgave er tatt fra Cinahl og PubMed grunnet mangel på relevante funn i de andre databasene.

3.1.2 Sekundærsøk

Etter analyseprosessen gjennomførte vi et nytt litteratursøk i tidsperioden 11. til 14. Februar 2022. Et sekundærsøk for å undersøke om det var tilkommet ny relevant forskning etter primærsøket. Søkene ble utført i Cinahl, PubMed, British Nursing Index, Cochrane Library og Medline, men vi fikk kun relevante funn i PubMed og Cinahl. Vi huket av for «peer reviewed», engelsk språk og begrenset søket til tidsperioden 2021-2022. Søkeord som ga oss

relevante funn var; anesthesia nurse, operating theatre, surgery, operating room, nurse anesthetist, teamwork, intraoperative teamwork og surgical team. Totalt fant vi to artikler. Etter gjennomførelse av intervjuene fant vi også at ordet «multitasking» var gjentakende, og valgte derfor å søke på dette i sekundærsøket. Da fant vi en artikkelen «Tasks, multitasking and interruptions among the surgical team in an operating room: a prospective observational study» (Göras et al., 2019).

3.2 Generelt om teamarbeidet på operasjonsstuen

3.2.1 Kommunikasjon

I følge Undre et al. (2006) er trekk på god kommunikasjon klare og konkrete instruksjoner mellom profesjonene, god dialog mellom anestesilege og kirurg. I tillegg kreves det god prosedyrekunnskap. Mangelfull kommunikasjon og mangel på ekspertise i teamarbeidet på operasjonsstuen var kjennetegn på dårlig kommunikasjon. Det som var mest gjennomgående hos informantene med tanke på hva som utgjør et godt teamsamarbeid var ekspertise, feilfri og konstruktive tilbakemeldinger på ytelse og god kommunikasjon. Funnet viser at informantene stort sett var tilfreds med kvaliteten av teamarbeidet på operasjonsstuen, men at det er rom for forbedring (Undre et al., 2006).

Dårlig kommunikasjon innad i operasjonsteamet kan føre til redusert kvalitet og effektivitet av den kirurgiske prosedyren, og samarbeidet i teamet kan utarte seg forskjellig ut ifra varighet og type inngrep (Tørring et al., 2019). Kommunikasjonen og relasjonene i et team kan variere fra å ha fokus på et felles mål, være løsningsorientert og effektivt. Det kan også variere fra å være svært dynamisk, med preg av gjensidig respekt, til å være ironisk, respektløst, irettesettende og ikke fullt så dynamisk. Informantene i studien (Tørring et al., 2019) mente at medlemmene i teamet kunne være mer fokusert på egne oppgaver, hvor samarbeidet kunne bære preg av skyld og anklager, fremfor problemløsende kommunikasjon. Dette gjenspeiles i en studie utført av Castello et al. (2011) hvor mer enn halvparten (60%) av respondentene, hadde opplevd respektløs tilnærming mot seg og andre i teamet, i form av språk, ufin og uprofesjonell oppførsel (for eksempel baksnakking), samt upassende bruk av ressurser (Costello et al., 2011).

3.2.2 Teamstruktur

Struktur kan ha betydning for hvordan de ulike teammedlemmene kommuniserer og forholder seg til hverandre. Flere kirurger i en studie av Birnbach et al. (2017) mente at det å vite de andre teammedlemmenes navn ikke var viktig, og hvor slike holdninger reflekterte en hierarkisk struktur. Derimot bedres kommunikasjonen og funksjonaliteten i teamet ved bruk av navn (Chaboyer et al., 2013). Teamet kan ha arbeidet sammen i lang tid, men aldri ha henvendt seg til hverandre ved bruk av navn. En signifikant fordel med å kunne navnene til teammedlemmene er at en kan henvende seg direkte til den relevante personen, i tillegg til at det gir økt bruk av direkte kommunikasjon (Douglas et al., 2021). Ved å aktivt bruke hverandres navn bygges det et forhold blant teammedlemmene, som er et viktig aspekt for å tilrettelegge for et godt samarbeid i teamet (Etherington et al., 2021). Det gjelder spesielt når en ikke har noe kjennskap til hverandre fra før (Douglas et al., 2021). Teammedlemmene kan også føle seg ekskludert fra teamet dersom de ikke blir henvendt til ved bruk av navn. Spesielt for nyutdannede kan det føre til at de bare kjenner seg som en gjest på operasjonsstuen og ikke en del av teamet (Myklebust et al., 2019).

I følge Undre et al. (2006) mener 75% av informantene at teamstrukturen ikke er ideell. Det var uenighet mellom de ulike profesjonene om den «nåværende» strukturen i operasjonsteamet, det var imidlertid mer enighet om hva som oppfattes som den ideelle teamstrukturen; villighet til samarbeid og mindre hierarki. Det var betydelig uenighet om teamet bestod av flere lag, eller om det var ett samarbeidende lag (Undre et al., 2006). Ifølge Etherington et al. (2021) konkretiserer sykepleiere at ingen på stuen klarer å gjennomføre hele jobben sin uten at hele teamet er med å veilede hverandre og samarbeider (Etherington et al., 2021).

3.2.3 Teamarbeidets betydning for pasientsikkerheten

I en studie som omhandlet robotkirurgi, kom det frem at for å få et godt teamarbeid er det nødvendig med kunnskap, erfaring, samarbeid, kommunikasjon, organisering og et positivt og inkluderende arbeidsmiljø (Myklebust et al., 2019). Robotkirurgi involverer mange og krevende forberedelser, og det kan ofte være kaotisk i starten da alle vil utføre sine oppgaver på samme tid. Med erfaring vet alle i teamet hva de skal gjøre og hva som kreves for å få det til. Det viste seg at anestesisykepleierne ikke alltid kunne alle rutinene, og var nødt til å spørre operasjonssykepleierne, men at noen operasjonssykepleiere kunne irritere seg over

dette. Vennlighet og åpenhet bidrar til å styrke samarbeidet i gruppen, og i studien ble det konkludert med at teamarbeidet er et viktig element av pasientsikkerheten (Myklebust et al., 2019). Pasientsikkerhetsbegrepet innebærer at pasienten er «trygg og sikker». Det handler om kvalitet i helsetjenesten og fravær av unødig skade (Aase, 2018). Det er kjent at kommunikasjonen i teamet har betydning for pasientsikkerheten. Derfor skal pasientsikkerheten være sentralt for et velfungerende teamarbeid (Ballangrud & Husebø, 2021).

3.2.4 Rolleforståelse

Teammedlemmene i studien til Undre et al. (2006) hadde ulike rolleforståelser. Eksempelvis hadde kirurgene en tendens til å tilskrive seg en høyere forståelse av de andre teammedlemmenes rolle på operasjonsstuen, mens de andre i teamet vurderte kirurgens forståelse for de andres rolle som betydelig mindre (Undre et al., 2006). I en studie gjennomført av Paige et al. (2020) beskriver en anestesisykepleier to faktorer som er viktige komponenter for å få en jevn flyt i teamarbeidet;

«Klarhet om hva som er «ditt» ansvar og hva som er de «andres» ansvar, med hovedfokus på det felles målet, nemlig pasienten» (s. 960).

3.2.5 En felles forståelse

Det må være en felles forståelse for team- og prosesselementer som kan påvirke kulturen på operasjonsstuen, og hvordan forståelse av disse elementene bidrar til å fremme respekt i arbeidsmiljøet (Costello et al., 2011). Et godt teamsamarbeid på operasjonsstuen er hvor alle i temaet er avhengig av hverandre og må ta i bruk de egenskapene som kreves for å kunne oppnå en sikkerhetskultur på stuen. Det innebærer en felles forståelse gjennom åpen kommunikasjon, det å kunne håndtere stress, samt det å ha en aktiv deltakelse som kan påvirke teamets arbeid (Chaboyer et al., 2013).

3.3 Anestesisykepleierens perspektiv på teamarbeidet

I en studie om operasjonssykepleierens opplevelse av teamarbeidet på operasjonsstuen påpeker de viktigheten av kontinuerlig kommunikasjon med anestesisykepleieren. Dette fordi anestesisykepleieren kjenner til pasientens tilstand til enhver tid og kan forberede teamet på eventuelle kritiske hendelser. Operasjonssykepleieren opplevde at kommunikasjonen fungerte best når alle i teamet kjente til hverandre. Dette førte til et godt og effektivt teamarbeid, selv med non-verbal kommunikasjon (Sandelin & Gustafsson, 2015). Det finnes derimot et fåtall studier som har søkelys på anestesisykepleierens perspektiv med tanke på deltakelse i operasjonsteamet (Sundler et al., 2018). Sundler et al. (2018) utførte en studie for å få en forståelse av anestesisykepleierens mulige bidrag med tanke på pasientsikkerhet med utgangspunkt i deres avviksmeldinger. Studiens hovedfunn var gjennomgående dårlig tverrfaglig kommunikasjon og teamarbeid. Dette var hovedårsakene til uheldige hendelser. I tillegg ble heller ikke rutiner og retningslinjer regelmessig fulgt (Sundler et al., 2018).

3.3.1 Anestesisykepleierens komplekse multitasking

Multitasking er forbundet med økt risiko for menneskelige feil og uønskede hendelser (Laxmisan et al., 2007). Anestesisykepleieren er det teammedlemmet i operasjonsteamet som har høyest oppgavefrekvens med mest multitasking og avbrytelser (Göras et al., 2019). Ifølge en studie av Olin et al. (2021) tilbringer anestesisykepleieren over halvparten av sin tid på multitasking, hvorav den største andelen skjer under forberedelsene til vedlikehold av anestesi og ved kirurgi-start. I tillegg oppstår det mest avbrytelser under pre operative forberedelser, anestesiinnledning, og under forberedelsene til vedlikehold av anestesi. Slike avbrytelser kan være prosedyrerelatert, som for eksempel spørsmål fra kirurg om å endre operasjonsbordets stilling. Både anestesiinnledning og avslutning er kritiske faser (Olin et al., 2021), og til tross for at multitasking ansees som en profesjonell ferdighet (Forsberg et al., 2015), vil økt kompleksitet og kognitiv påkjenning hos anestesisykepleieren naturligvis gi økt risiko. Derfor bør multitasking og avbrytelser unngås i den grad det er mulig (Skaugset et al., 2016).

3.3.2 Etterlevelse av verktøyet «Trygg Kirurgi»

Ved det representative sykehuset er det kirurgen som leder gjennomgang av sjekklisten «Trygg Kirurgi», men det kan være ulik praksis ved andre sykehus. I følge Ronneberg & Nilsson (2015) rangerte anestesisykepleierne etterlevelsen av verktøyet «Trygg Kirurgi» til seks av ti på en skala fra en til ti. De påpekte at kirurgen sjeldent var interessert i hva andre i operasjonsteamet hadde å tilføye. Ved noen anledninger kunne de lage en «egen» versjon av sjekklisten, til tross for at sjekklisten fungerte som et viktig verktøy for å bekrefte teammedlemmenes ekspertise og kompetanse. Denne «bekreftelsen» økte følelsen av å være et helt team. Anestesisykepleierne opplevde også at den reduserte etterlevelsen av riktig bruk av sjekklisten kunne forårsake mangelfull eller feil ordinering av medisiner for videre behandling (Ronneberg & Nilsson, 2015).

4.0 TEORETISK RAMMEVERK

4.1 Norsk standard for anestesi og teamarbeid

Norsk standard for anestesi har som formål å definere de ulike rollene og funksjonene de to yrkesgruppene innenfor det samme fagfeltet har; nemlig anestesisykepleiere og anestesileger, og spesifiserer videre hvordan pasientsikkerheten skal ivaretas på best mulig måte innen anesthesiologisk praksis (Norsk anesthesiologisk forening & Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk sykepleierforbund, 2016). I Norden samarbeider anestesilegen og anestesisykepleieren som et team (Hustad, 2021). Av erfaring ser vi at dette fører til et godt samarbeid mellom anestesipersonalet. Derimot skal anestesipersonalet også samarbeide med et større tverrfaglig team inne på operasjonsstuen, hvor interpersonelle ferdigheter som kommunikasjon og koordinering av aktiviteter blir helt sentralt for teamarbeidet (Bruun, 2021).

Det finnes ulike verktøy for å styrke den tverrfaglige kommunikasjon, eksempelvis NANTS (Anesthetists Non-Technical Skills), «Trygg Kirurgi» og «Closed-loop», som vi vil komme nærmere inn på.

4.2 Det tverrfaglige teamet på operasjonsstuen og «Trygg Kirurgi»

De ulike profesjonene i det tverrfaglige teamet opplever teamarbeidet forskjellig, spesielt mellom sykepleierne og kirurg (Husebø et al., 2021). For å kvalitetssikre teamarbeidet er det utviklet et verktøy som brukes på norske sykehus og ellers i verden; sjekklisen «Trygg Kirurgi» (Verdens helseorganisasjon, 2009). Dette er en sjekklisse som består av tre deler; forberedelse før innledning av anestesi, time-out før start av kirurgi og avslutning av kirurgi (se vedlegg 8) (Verdens helseorganisasjon, 2008). Denne sjekklisen har vist seg å forbedre teamarbeidet på operasjonsstuen (Russ et al., 2013). Derimot er ikke alle team like flinke til å gjennomføre sjekklisen. Noen ganger kan hele bli utelatt, andre ganger kan deler bli utelatt (Schwendimann et al., 2019). Eksempelvis kunne presentasjonsdelen av teammedlemmene bli ekskludert. For anestesipersonell vil utelatelse av denne delen være et stort problem dersom en nødsituasjon oppstår intraoperativt, for eksempel hjertestans fordi en ikke kjenner til hverandres funksjoner og kompetanse (Ziman et al., 2018). En obligatorisk gjennomgang av sjekklisse og introduksjon av teammedlemmer alene vil heller ikke redusere at uønskede

hendelser kan oppstå eller løse utfordringer knyttet til kommunikasjon i teamet (Birnbach et al., 2017).

4.2.1 Utfordringer i teamarbeidet

Samarbeidsproblemer, kommunikasjonssvikt og uro er noen av de vanligste årsakene til eksempelvis feilmedisinering i anestesian. Anestesisykepleieren er hos pasienten gjennom hele anestesian og iverksetter tiltak dersom komplikasjoner oppstår (Haugen et al., 2021). Eksempelvis har anestesisykepleieren et særegent ansvar ved leiring og i noen tilfeller kan det være kontraindikasjoner mot at pasienten kan ligge i et bestemt leie perioperativt. Slike problemer må kommuniseres til alle i teamet slik at de er forberedt og informert om eventuelle utfordringer med leiet (Drageset & Haugen, 2021). Det foregår i tillegg en del «forstyrrelser» for anestesisykepleieren, som for eksempel kontinuerlig støy fra avsug, ventilasjon og tap av lyskilder (Hustad, 2021), noe vi opplever utfordrende med tanke på informasjonsutvekslingen for resten av teamet og utførelse av de komplekse arbeidsoppgavene anestesisykepleieren står ovenfor.

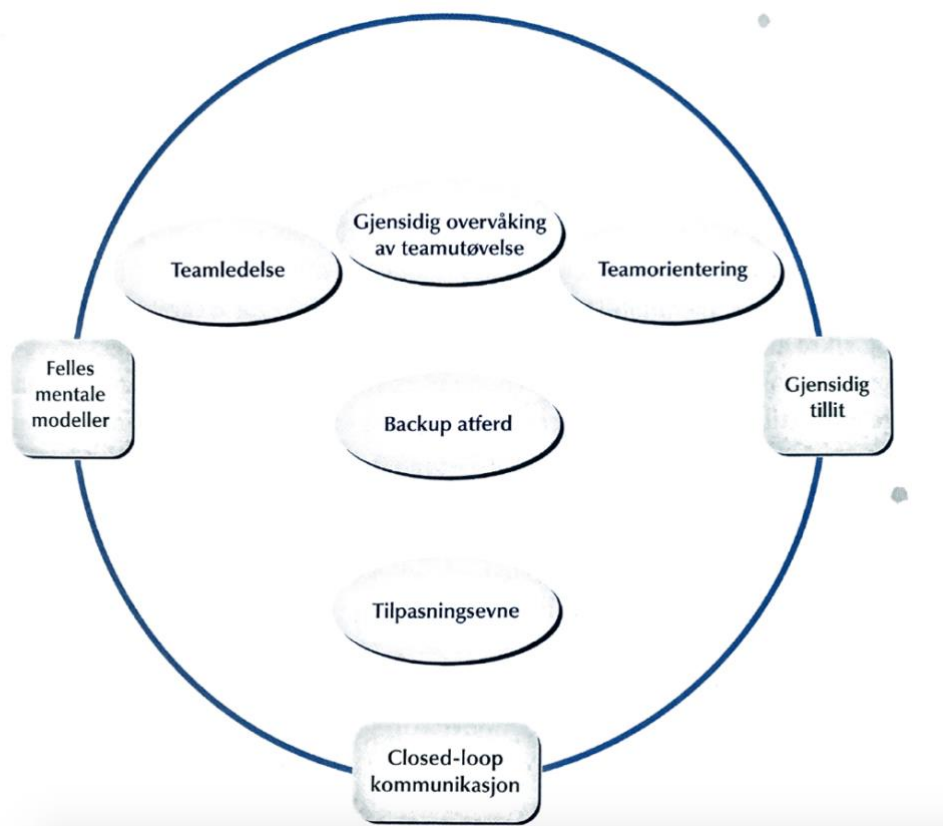
4.2.2 Teamkompetanse

For at et teamarbeid skal kunne være effektivt, med god utnyttelse av tilgjengelige ressurser, må kompetanse om teamarbeid ligge til grunn. Dette innebærer holdninger, kunnskaper og ferdigheter. De ulike ferdighetene består blant annet av; «Closed-loop» kommunikasjon, støttende atferd med balansering av arbeidsmengde, evne til tilpasning ved endringer og god konflikthåndtering. «Closed-loop» kommunikasjon er det samme som bekreftende kommunikasjon hvor mottaker bekrefter informasjonen som avsender kommuniserer. Slik sikres det at informasjonen er forstått riktig (Husebø & Ballangrud, 2021).

Holdninger teammedlemmene bør ha er gjensidig tillit, en trygghet av at teammedlemmene har positive intensjoner, samt kunne verdsette teamets mål, høyere enn sine egne mål. Kunnskaper omhandler forståelse av formålet til teamet og de tilgjengelige ressursene som ligger til grunn for å kunne oppnå det felles målet (Husebø & Ballangrud, 2021).

4.3 En teoretisk modell for teamarbeid: The Big Five

Det finnes ulike teoretiske modeller om teamarbeid som kan bidra med å understøtte vår studie. En teoretisk modell er «The Big Five», et rammeverk som består av fem hovedkomponenter; teamledelse, gjensidig overvåking av teamutøvelse, teamorientering, støttende atferd (backup atferd) og tilpasningsevne (Salas et al., 2005) (Se figur 1.). Teamledelse innebærer blant annet evnen til å koordinere og lede, mens gjensidig overvåking av teamutøvelse handler om å kunne utvikle en felles forståelse for “landskapet” en befinner seg i. Støttende atferd involverer blant annet å en evne til å se de andre teammedlemmenes behov. Å ha evnen til å endre teamutøvelsen ettersom forholdene rundt endrer seg går under det å ha god tilpasningsevne. Den siste komponenten, teamorientering, handler om å ha en tilbøyelighet. En evne til å sette teamets felles mål høyere enn sine egne. Modellen er oversatt til norsk av Husebø & Ballangrud (2021). Disse komponentene må ligge til grunn for et virkningsfullt teamarbeid. Komponentene påvirkes av tre koordinerende mekanismer bestående av; gjensidig tillit, «Closed-loop» kommunikasjon og felles mentale modeller (Salas et al., 2005).



Figur 1. «The Big Five». En modifisert og oversatt versjon utarbeidet av Husebø & Ballangrud, 2021, side 61.

4.4 Programmet «NANTS» (Anesthetists Non-Technical Skills) betydning for pasientsikkerheten

Verdens helseorganisasjon har anslått at flere av pasientskadene skjer på grunn av svikt eller ikke tilstrekkelig kommunikasjon mellom helsepersonell (Verdens helseorganisasjon, 2021). Heldigvis viser det seg at de færreste av feilene intraoperativt gir pasientskade, men at de kan forlenge operasjonstiden og øke risikoen for andre komplikasjoner. Dårlig utøvelse av ikke-tekniske ferdigheter har en sterk sammenheng med feil og konflikter som oppstår på operasjonsstuen og vil derfor kunne påvirke pasientsikkerheten i en negativ retning (Siu et al., 2016). Ikke-tekniske ferdigheter i helsesektoren innebærer noen spesifikke hovedelementer; beslutningstaking, situasjonsbevissthet, kommunikasjon, samarbeid, håndtering av stress og utmattelse, samt ledelse. Disse elementene skal bidra til en effektiv og trygg oppgaveutførelse i teamet (Flin et al., 2010). Derfor har det blitt utviklet et program for anestesipersonell som kalles «Anesthetists Non-Technical Skills» hvor den norske oversatte forkortelsen er «NANTS». Programmet består av fire hovedkategorier; samarbeid, situasjonsbevissthet, beslutningstaking og oppgaveløsning. Oppgaveløsning går blant annet ut på å planlegge, prioritere og forberede, samtidig som det opprettholdes visse standarder. Samarbeid handler om å kunne formidle informasjon mellom de ulike rollene, støtte andre i teamet, koordinere og vise autoritet. Situasjonsbevissthet går hovedsakelig ut på det å kunne identifisere og forstå situasjoner, og slik være i forkant. Beslutningstaking innebærer det å ta stilling til hvilke handlingsalternativer som er mest hensiktsmessige og med lavest mulig risiko (Fletcher et al., 2003).

5.0 METODE

5.1 Metodisk tilnærming og overveielser

Det finnes to hovedparadigmer innen helsevitenskapelig forskning; kvantitativ og kvalitativ. Vi hadde et ønske om å samle inn beskrivende og forklarende data, og valgte derfor å ta utgangspunkt i en vitenskapsteori som tilhører det kvalitative paradigmet. Kvalitative metoder er basert på det fortolkende paradigmet og er knyttet til hermeneutikk, fenomenologi og sosialkonstruksjonisme (Malterud, 2017). Vi ville gjennomføre en kvalitativ studie med individuelle intervjuer hvor vi benyttet en semistrukturert intervjuguide. Dette ville bidra til at hver informant kunne snakke åpent rundt temaene vi ønsket å dekke (Polit & Beck, 2020). Studiens filosofiske tradisjon består derfor av en blanding av hermeneutikk og fenomenologi. Graneheim et al. (2017) beskriver en to-dimensjonal modell med utgangspunkt i en epistemologisk tilnærming. Modellen beskriver at tydelig eller konkret tekst inngår i en fenomenologisk beskrivelse, hvorav det mer latente innholdet hører til en hermeneutisk tolkning og handler om informantenes opplevelse (Graneheim et al., 2004: 2020).

Den metodiske tilnærmingen vår var induktiv. Det vil si en tilnærming som er data- og tekstdrevet, hvor vi søker etter mønster, likheter og ulikheter med beskrivelse av ulike nivåer av tolkning og abstraksjon (Graneheim et al., 2017). Derfor har det vært viktig at vi hele tiden har vært bevisste på vår forforståelse.

5.1.1 Vår forforståelse

Under masterstudiet i anestesisykepleie har vi hatt praksis ved den aktuelle anesthesiavdelingen, og vi har opplevd den kontinuerlige utskiftningen av team som utfordrende. Vi har erfart at hyppig rullering mellom seksjoner kan gjøre det vanskelig å bli godt kjent i teamet. Det er hovedsakelig anestesipersonellet som rullerer, og vi har derfor ansett dette som spesielt utfordrende for denne spesifikke faggruppen. Vi har derfor opplevd hvor essensielt det er med tydelig kommunikasjon og informasjonsutveksling i teamet.

I forskerrollen var det viktig at vi klarte å sette forforståelsen vår til side. Forforståelse handler om det som bevisst og ubevisst ligger til grunn for hvordan vi innhenter, leser og

tolker dataene våre (Malterud, 2017). Forforståelsen kunne snevre inn horisonten vår, men kunne også vært fordelaktig dersom vi på forhånd var bevisst i forhold til den. I følge Malterud (2017) kan man skape et bevisst forhold til forforståelsen vår med å stille spørsmål som:

«Hva er min erfaring om det emnet jeg nå skal se nærmere på? Hvordan gjør dette min posisjon som forsker annerledes enn for forskere med et annet erfaringsgrunnlag? Hva er mine forventninger om hva jeg kan komme til å finne? Hvorfor er det akkurat dette jeg venter på å finne?» (s. 46)

Eksempelvis måtte vi være bevisste på hvorfor vi valgte å stille de spørsmålene vi stilte. Vi måtte tenke over hva vi forventet å finne. Spørsmålene vi valgte å stille ville være basert på vår forforståelse og erfaring. Vi måtte være bevisste på å få uventede funn fordi informantene kunne ha en annen erfaring og opplevelse enn oss. For eksempel; var vår opplevelse i studentrollen annerledes enn for dem som anestesisykepleiere?

5.2 Kontekst

Vi er to kvinner som studerte spesialsykepleie med spesialisering i anestesi. Erfaringsgrunnlaget vårt var fire til fem år som sykepleiere på medisinsk sengepost på sykehus. Dette var vårt første forskningsprosjekt, dersom det sees bort fra litteraturstudie utført under bachelorstudiet. Studien ble gjennomført ved et universitetssykehus på Vestlandet i Norge. Sykehuset hadde en anesthesiavdeling hvor de ansatte rullerte mellom ulike seksjoner; øre-nese-hals, generell, ortopedi, nevrologi, gynekologi, urologi og dagkirurgisk enhet, samt «utearbeid» på for eksempel radiologisk, kardiologisk og psykiatrisk avdeling. I tillegg hadde anestesisykepleierne en fungerende rolle i stans- og traumeteam, samt turnusarbeid. Dette førte til en kontinuerlig utskiftning av team hver dag, noe som ifølge Etherington et al. (2021, s. 12) kunne føre til at hovedfokuset ble snudd fra å være et godt teammedlem til å bare få gjennomført det aktuelle «case». Operasjonsteamet besto av flere profesjoner, hvor alle hadde sitt fokusområde. Samtidig skulle teamet jobbe sammen mot et felles mål.

Vår studie ble gjennomført ved det samme sykehuset vi har hatt våre praksisperioder under

masterstudiet, hvilket betyr at vi hadde noe kjennskap til enkelte av intervjuobjektene. Informantene var klar over studiets formål og at det var en del av vår masteroppgave.

5.3 Design

Før gjennomførelse av de individuelle intervjuene tok vi stilling til hvilket fokus vi ønsket å vektlegge innen temaet. For at intervjuene skulle holde seg til relevant tema og problemstilling ble det utarbeidet en intervjuguide (se vedlegg 5). Intervjuguiden fungerte også som en huskeliste og bidro til å holde samtalen til problemstillingen (Malterud, 2017). Vi ønsket mellom seks til ti informanter, som gjennom individuelle semistrukturerte intervjuer på cirka en time hver, ville få muligheten til å dele sine personlige erfaringer (Malterud, 2017).

5.4 Utvalg

Vi fulgte standard innsamlingsmetode for kvalitative studier med et begrenset utvalg (Polit & Beck, 2020). Utvalget inkluderte seks anestesisykepleiere med varierende erfaringsgrunnlag. For rekruttering til studien fikk vi assistanse av lederen ved anesthesiavdelingen ved sykehuset. Vi sendte ut en felles e-post til de ansatte anestesisykepleierne ved avdelingen. I e-posten presenterte vi oss selv og informerte om formål og hensikt med studien. Som vedlegg la vi med samtykkeskjema som inneholdt mer utfyllende informasjon om studien. De som ønsket å delta i studien kunne velge å svare på e-posten. Vi opplevde ikke at noen nektet å delta eller at noen trakk seg fra studien underveis. Utvalget bestod til slutt av to mannlige og fire kvinnelige anestesisykepleiere. Tre av informantene hadde over ti års erfaring og de resterende tre hadde halvannet til to års erfaring i yrket. To av informantene hadde lederstillinger.

5.4.1 «Informasjonskraft» (Informationpower)

I følge Malterud et al. (2016) finnes det fem dimensjoner som har betydning for informasjonskraften til utvalget; studiens formål, utvalgets spesifisitet, bruk av etablert teori, kvalitet av dialogen og analysestrategi. Studien vår hadde et spesifikt formål og krevde

derfor ikke et stort utvalg for å få god informasjonskraft. For å rekruttere informanter valgte vi en metode som ikke kun gikk på tilfeldighet. Vi ønsket informanter av begge kjønn, med varierende erfaring, hvilket bidro til økt spesifisitet av utvalget og at vi dermed slik kunne få god informasjonskraft med et mindre antall informanter. Under intervjuprosessen var vi forberedt på at vi kunne måtte rekruttere flere informanter, avhengig av hvilke funn vi fikk, men informantene ga både liknende og varierende funn ved beskrivelser av sine opplevelser. Dette gjorde at vi ikke krevde flere informanter for å opprettholde en god informasjonskraft (Malterud et al., 2016).

Rammeverket til vår studie inkluderte spesifikk teori som vi tenkte ville være relevant ut ifra vår forforståelse. I følge Malterud et al. (2016) vil et godt teoretisk grunnlag bidra til god informasjonskraft selv med et lite utvalg. Det er fordi informantene kunne komme med noe nytt som bygger på teorien; Eksisterende kunnskap bidrar til ny kunnskap (Malterud et al., 2016).

Dialogens kvalitet under gjennomførelsen av intervju var av stor betydning for informasjonskraften til studien. Med en god og klar kommunikasjon mellom intervjuer og informant trengtes det et mindre antall informanter for å bygge god informasjonskraft. Det skyldes at interaksjonen mellom intervjuer og informant er en kompleks situasjon hvor det kan oppstå problemer underveis som kan påvirke kommunikasjonen. Til tross for at vi ikke hadde erfaring med å intervjuer, opplevde vi å gjennomføre intervjuene med en klar og tydelig kommunikasjon, hvor vi forsøkte å bygge et tillitsforhold til informanten. Ved å oppnå et godt tillitsforhold kunne det bidra til å sikre data som muligens ville blitt utelatt dersom forholdet var fylt med konflikt og spenning (Malterud et al., 2016).

Vi valgte en analysestrategi som passet vår studies formål. Vi trengte data til bruk i dybdeanalyse. Ved slik analyse trengs det hovedsakelig ikke mange informanter, noe som også bidro til å styrke informasjonskraften til utvalget i vår studie (Malterud et al., 2016).

5.5 Innsamling av data

Vi gjennomførte individuelle intervju med utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide. Den endelige intervjuguiden ble utarbeidet etter at vi hadde gjennomført et grundig

pilotintervju ved hjelp fra medstudenter. Ved gjennomførelse av intervjuene benyttet vi lydbånd hvorav opptakene ble direkte lagret på et nettskjema som kun kunne åpnes ved bruk av en sikkerhetsnøkkel. Vi supplerte med å skrive feltnotater og tok i bruk sjekklisten i intervjuguiden. Ved å skrive feltnotatene kunne vi dokumentere egne observasjoner og eventuelle refleksjoner underveis. Feltnotatene ble derfor et godt hjelpemiddel for å fange opp ulike inntrykk samt tanker vi ikke kunne få med oss på lydopptakene (Malterud, 2017). Dataene ble behandlet konfidensielt og oppbevart på en kryptert disk via programvaren «VeraCrypt». Både digital og skriftlig data ble slettet og makulert ved prosjektslutt.

5.5.1 Intervjuprosessen

Vi utførte intervjuene i løpet av to uker, januar 2022. To intervju ble gjennomført per dag med én til to dagers mellomrom. Slik fikk vi mulighet til å transkribere lydopptakene i mellomtiden. Ved å transkribere tett på intervjuene var intervjuet fortsatt friskt i minnet, noe som bidro til økt effektivitet av transkriberingsprosessen. Vi vekslet på rollen som intervjuer. Den som ikke intervjuet førte feltnotater og kom med eventuelle tilleggsspørsmål. Intervjuene ble gjennomført på et kontor på informantens arbeidsplass. Intervjutiden varierte fra 25 minutter til en time. Erfaring og alder hadde betydning for engasjementet rundt temaet. Enkelte av informantene var meget engasjert og kunne prate lenge om hvert spørsmål. Noen av informantene kunne ha behov for flere oppfølgingsspørsmål for å øke horisonten. De kunne ha vansker med å komme på nye eksempler, meninger og tanker, og kunne derfor stagnere ved et spesifikt eksempel gjennom flere aspekter ved intervjuet. Disse informantene kunne bekrefte at de slet med å komme på noe nytt, og kunne stille spørsmål som «var det et godt nok svar?» eller «jeg vet ikke om det var det svaret dere ville ha?». Det ble derfor en fare for at data kunne påvirkes av det informanten trodde vi ønsket som svar. Informantene med lederstillinger hadde mye å tilføye angående temaarbeid og informasjonsutveksling, da de hadde mye og lenger erfaring. Vi hadde ikke inntrykk av at noen av informantene holdt igjen informasjon, men at de ønsket å dele sine erfaringer.

5.6 Analyse

5.6.1 Metode for kvalitativ innholdsanalyse

Vi benyttet kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim et al., 2004; 2020). Denne modellen er

delt inn i flere sekvenser for sortering av det innsamlede datamaterialet. De ulike sekvensene består av; domener, mening, kondensering, koding, underkategorier, kategorier, hovedkategorier og/eller undertema og tema, med videre abstraksjon og tolkning av innholdet. Denne analyseprosessen bidro til å skape troverdighet til våre funn (Graneheim et al., 2004; 2020).

5.6.2 Analyseprosessen

Analyseprosessen opplevde vi som utfordrende ettersom dette var helt nytt for oss. Vi fordelte arbeidet, og transkriberte og analyserte hverandres intervju. Begge leste gjennom alle intervjuene, slik at vi kunne tenke litt hver for oss, før vi så gjennomgikk materialet sammen. Dette for å få et bredere perspektiv. Vi analyserte ett og ett intervju, og delte inn i domener på litt ulike måter. Den ene delte meningsenheter opp i domener basert på spørsmål i intervjuguiden og den andre delte meningsenheter i domener ettersom hvilke svar som kom frem. Deretter startet fortetningsarbeidet. Vi kondenserte meningsenhetene og kodet uten å ta bort den essensielle betydningen av meningsenheten (se tabell 1. Utdrag fra analyseprosessen). Da vi begynte med kategorisering, slo vi sammen alle intervjuene. Kodene ble inndelt i underkategorier, kategorier og hovedkategorier. Vi benyttet oss av hovedkategorier og ikke hovedtema, da dette viste seg å være mest gunstig basert på våre funn.

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode
... Og da burde jo de (kirurgene), med engang de oppdaget at det var en mulig blødning, burde jo de sagt ifra til oss, sånn at vi gikk tilkalt hjelp, for du står ganske langt unna nede på labben.	De burde med engang de oppdaget blødningen sagt ifra til oss, sånn at vi fikk tilkalt hjelp.	Kirurgene ga ikke beskjed om blødning
Pasienten får altså et utrolig blodtrykksfall ... da må ho aktivt spør karkirurgene; Hva skjedde nå? Fikk dere en blødning? Så viste det seg at de hadde fått en blødning som de da ikke hadde gitt beskjed om, og som de kanskje, kanskje ikke trodde påvirket så mye, men de hadde fått en stor blødning som gjør at pasienten får så lavt blodtrykk at du tenker; oi, denne går snart i stans for jeg får det ikke opp.	Pasienten får et blodtrykksfall ... Ho må aktivt spør karkirurgene; Hva skjedde nå? Fikk dere en blødning? De hadde fått en blødning som de ikke hadde gitt beskjed om. De trodde kanskje det ikke påvirket mye, med de hadde fått en stor blødning. Pasienten får så lavt blodtrykk at du tenker; pasienten går snart i stans.	
... simulering med de forskjellige. For vi er veldig til å simulere sammen med anestesilegene, men kanskje ikke like gode på å simulere sammen med operasjon og kirurger.	Simulering med de forskjellige, for vi er ikke like gode på å simulere i lag med operasjon og kirurger.	Simulering på tvers av profesjoner
Jeg tenker jo at det må ha fokus på det (informasjonsutveksling) ... eller snakke om og ta det opp i når vi er mange i sammen.. og det går an å stimulere i sammen med flere profesjoner i sammen.	Det må være fokus på det (informasjonsutveksling). Snakke om det når vi er mange sammen. Det går an å simulere sammen, flere profesjoner.	

Tabell 1. Utdrag fra analyseprosessen.

5.6.3 Troverdighet

Den kvalitative analyseprosessen kunne påvirkes negativt som følge av vår egen fortolkning av teksten, og troverdigheten kunne dermed slik bli svekket. Troverdighet innenfor det kvalitative paradigmet består av; *credibility*, *dependability* og *transferability* (Graneheim et al., 2004; 2020). *Credibility* handler om forskningens fokus og om analyseprosessen adresserer studiens formål. Når det gjelder *credibility*, opprettholdt vi denne ved å velge en avgrenset problemstilling (Graneheim et al., 2004; 2020). Videre valgte vi å innhente informanter med «Convenience Sampling» (Polit & Beck, 2021). Informantene meldte seg frivillig og vi valgte informanter som passet best til våre inklusjonskriterier (Polit & Beck, 2021). Bevisst valgte vi informanter med ulik erfaring for å få mest mulig bredde i funnene. Dette bidro til å belyse flere ulike aspekter og perspektiver relatert til fokuset i studien. Vår

problemstilling inneholdt flere aspekter, så det krevde bred variasjon i dataene. I startfasen tenkte vi derfor at det var behov for et større antall informanter. Etter å ha gjennomført seks intervju så vi at vi hadde kompleksitet i dataene våre og vi vurderte derfor datakvaliteten som dekkende til problemstillingen. Under analyseprosessen så vi at det var mye likheter, men også variasjon i dataene, noe vi anså som en styrke.

Det var utfordrende å dele data inn i meningsenheter, i passende størrelse. Vi opplevde flere ganger at vi måtte korte ned meningsenhetene fordi de inneholdt flere meninger. Andre ganger hadde vi forkorte meningsenhetene for mye, hvilket gjorde det utfordrende å fortsette til kondensering og koding. Vi måtte flere ganger gå tilbake til det transkriberte materialet for å se om vi hadde mistet noe av betydning. Dette var viktig for den videre analyseprosessen. Under hele analyseprosessen hadde vi fokus på å ikke ekskludere noe data, inkludert data som vi fant irrelevant for vår problemstilling. Vi endte opp med flere revideringer av analysen for å sikre at ingen data ble tapt under abstraksjonsprosessen. I denne prosessen arbeidet vi sammen og fikk regelmessig veiledning av veilederne våre. I tillegg presenterte vi de delene av analysen vi var usikre på under et masterseminar. Dette involverte meningsenheter, koder og kategorier, samt sitater direkte fra det transkriberte materialet. Vi fikk flere tilbakemeldinger, kommentarer og gode spørsmål som videre bidro til videreutvikling og forbedringer av analysen. Det at vi var to personer til å tolke datamaterialet anså vi også som en fordel. På denne måten kunne vi unngå å mistolke data, da våre tolkninger kunne være ulike. Vi kunne dermed diskutere og reflektere rundt meningene. Et annet aspekt av en studies troverdighet er dependability, det vil si risikoen for at vi som forskere får inkonsekvent datasamling, men dette gjelder hovedsakelig når data samles over tid (Graneheim et al., 2004: 2020). Vi gjennomførte intervjuene i løpet av to uker, og anså derfor ikke dette som et problem for våre data.

Transferability, overførbarhet, handler om i hvilken grad funnene i studien kan overføres til en annen situasjon, setting eller gruppe (Graneheim et al., 2004: 2020). I flere land har anestesisykepleiere samme ansvar og funksjon, og funnene våre vil derfor kunne overføres til de representative landene. Derimot kan de ulike avdelingene eller seksjonene ved andre sykehus være organisert på en annen måte. I tillegg er det ikke alle land som anerkjenner anestesisykepleie som en selvstendig profesjon (International Council Of Nurses, 2021). Det

er derfor en mulighet for at våre funn ikke vil kunne overføres til disse sykehusene.

Vi valgte å ikke sende transkribert datamateriale til informantene for kommentarer eller eventuelle korreksjoner. Dette kunne føre til at informantene «endret» sin opprinnelige mening eller synspunkt, noe vi ville ansett som en svakhet.

Avslutningsvis gikk vi gjennom sjekklisten «COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist» (se vedlegg 7) for å kvalitetssikre studien vår.

5.7 Forskningsetiske vurderinger

Verdens legeforening har utviklet en erklæring som omhandler etiske prinsipper. Erklæringen skal være ledende for alle som utfører medisinsk forskning som involverer mennesker med identifiserbare data (Verdens legeforening, 1964: 2013). Vår studie involverte ikke pasienter eller sensitive tema. Det var imidlertid krav om at informantene i studien var informert og deltok på et frivillig grunnlag. Som forskere måtte vi verne om informantenes integritet og ta forholdsregler med tanke på privatliv og personvern (Verdens legeforening, 1964: 2013). Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) har internkontrollsystemer som innebærer en arkivplan og internkontroll med personlige opplysninger hvor de behandler disse opplysningene på vegne av andre. NSD sin behandling av data reguleres av ulike lovverk (Norsk senter for forskningsdata, 2020). Vi trengte kun å søke til personvernombudet ved sykehuset hvor studien skulle gjennomføres. Det var fordi studien kun involverte ansatte. Det var ikke behov for å søke til den Regionale etiske komite (REK) fordi forskningsprosjektet ikke skulle utføres på mennesker (herunder pasienter), omfattet humant biologisk materiale eller helseopplysninger (Helseforskningsloven, 2008, § 2 og 9). Fordi gjennomføringen av studiet skulle utføres i Norge ville vi måtte forholde oss til Forskningsetikkloven (2017, § 2). Vi innhentet samtykke fra de aktuelle informantene med bruk av et samtykkeskjema med mal innhentet fra NSD.

5.8 Metodekritikk

Vi valgte individuelle intervju fremfor gruppeintervju. Vi vurderte risikoen ved at informantenes svar kunne påvirkes av hverandre under et gruppeintervju. Ettersom dette var vår første erfaring med gjennomførelse av intervju, måtte vi være spesielt bevisste på å ikke prege intervjusituasjonen og dermed dets data (Drageset & Ellingsen, 2010). Det var utfordrende å ikke kommentere det som ble sagt og føre en dialog da temaet er engasjerende. Dette kunne avbryte informanten, påvirke data og virke forstyrrende på lydopptakene. Det var spesielt utfordrende ved lengre perioder med pause hvor informanten trengte tid til å tenke. Dersom informantene ikke fikk tilstrekkelig tid til å tenke seg om, anså vi som en svakhet ved studien. Vi hadde i tillegg kjennskap til enkelte av informantene fra praksis. Det kan ha påvirket informantenes svar. Informantenes leder var også en av veilederne ved studien, noe som også kan ha vært en påvirkende faktor. Vi ønsket å velge et lett tilgjengelig sted for gjennomføring av intervju. Et sted som også var et kjent miljø for informantene. Dette mente vi kunne bidra til å skape en trygghet i en ellers «uvariant» setting. To av informantene i studien hadde ledende stillinger, noe som kan bety at de ikke nødvendigvis var inne på operasjonsstuen fra inngrepet start til slutt. De fungerte mer som avløserer for annet anestesipersonale ved pauser. Det kan derfor tenkes at de ikke fikk med seg hvordan samarbeidskulturen på operasjonsstuen oppleves, i like stor grad. Ved å inkludere to informanter med lederstillinger, så vi i ettertid kunne være en svakhet. Det kunne være mulighet for at data ble påvirket ut ifra hvordan de ønsket å fremstille sin tilhørende seksjon.

Vi analyserte ett og ett intervju, hvor vi fordelte arbeidet mellom oss fra domener frem til koding av meningsenheter. Under analyseprosessen møtte vi på utfordringer. Vi hadde problemer med å beskrive diverse meningsenheter og koder, i tillegg til at vi var litt uenige ved enkelte tolkninger. Dette kan sees på som en styrke i analyseprosessen fordi det kan bidra til mindre risiko for mistolkning. Videre kan det anses som en svakhet at vi utførte dette arbeidet forskjellig fra start, da vi har ulike måter å tolke data på. Likevel har vi etter koding og kategorisering måttet gå tilbake til kodene og meningsenhetene i felleskap for å få mer forståelse for datamaterialet og analyseprosessen. Hvilket vi anså som en styrke.

I løpet av forskningsprosessen deltok vi på to masterseminarer ved UiS. Der fikk vi mulighet til å presentere masteroppgaven vår, diskutere metode og analyseprosess. Seminarene ga oss viktige innspill og kommentarer fra andre masterstudenter, lektorer og professorer, samt andre veiledere. Dette mener vi var med på å styrke vår studie.

I vår rolle som anestesisykepleiestudenter møtte vi praksis med et nytt blikk. Dette anså vi som positiv og som en styrke, da samarbeidskultur og miljø fort kan bli normalisert. Dette kunne bidra til å skape et nytt perspektiv.

Etter datainnsamling satt vi igjen med viktige data utover de spørsmålene som ble stilt under intervju. Problemstillingen var hele tiden under utvikling ut ifra de dataene informantene ga oss. Basert på dette har vi i ettertid sett at spørsmålene i intervjuguiden kunne ha vært formulert litt annerledes, men da hadde vi kanskje ikke sittet igjen med samme datamateriale.

6.0 FUNN

Vi kom frem til fire hovedkategorier som beskriver det anestesisykepleierne mente var viktige elementer for å skape et vellykket teamarbeid på operasjonsstuen. Vi fant at det måtte være en 1) Tydelighet i kommunikasjon mellom profesjonene, at anestesisykepleieren måtte ha 2) Mot til å si ifra, det måtte være 3) Et respektfullt samarbeid og en gjensidig forståelse for hverandres arbeidsoppgaver, og det var nødvendig med 4) Felles verktøy for opprettholdelse av et systematisk arbeid (se vedlegg 6: Den kvalitative innholdsanalysen). Herunder presenterer vi funnene i studien etter disse hovedkategoriene.

6.1 Tydelighet i kommunikasjon mellom profesjonene

Våre funn viste at det stort sett var en opplevelse av tilfredsstillende kommunikasjon i operasjonsteamet. Informantene fortalte om positive erfaringer relatert til kommunikasjon. Den ble beskrevet som «bra» med en relativt god informasjonsflyt bestående av klare, konkrete og direkte beskjeder. De ga uttrykk for at det stort sett var en god dialog på tvers av profesjonene, spesielt med operasjonssykepleierne. De følte seg som regel sett og hørt, og opplevde at beskjeder fra anestesisykepleier var av stor betydning for teamet;

«(...) når jeg kommuniserer til det kirurgiske teamet så følger de med, fordi plutselig kommer det en stemme fra en annen plass, og det er det ikke så ofte det gjør, så når det først gjør det så har det en tyngde i seg. Og det er en grunn til at en spør, sant.»

Videre hadde informantene stort sett en positiv opplevelse av gode svar ved etterspørsel;

«(...) det har alltid vært en fin kommunikasjon når jeg etterspør informasjonen. Det samme som med antibiotikaen; ja det var Cefazolin 2 g du sa? Ja, ok greit det (...)»

«(...) de fleste, du spør jo, spør mye spørsmål. Sånn, hva tenker dere? Hvor lenge er det igjen? Trenger pasienten å være muskelrelaksert? Kommer det til å gjøre vondt etterpå eller hva tenker dere? Og da er de, får som regel ganske gode svar.»

Ved å benytte direkte henvendelser og beskjeder, opplevde informantene at det var lettere å få oppmerksomheten fra de andre teammedlemmene.

«(...) det er veldig få ganger hvor jeg bare; du må stoppe med det du holder på med nå. Og da blir det jo direkte at det, det får de med seg (...) når jeg har sagt at; nå må du få ut den hånda, for nå skjer det noe, liksom. Da skjer det.»

En kontinuerlig informasjonsutveksling ble fremhevet som viktig. Ved adekvat informasjonsflyt kunne anesthesisykepleieren unngå å ha pasienten i narkose lengre enn nødvendig. Mer kommunikasjon og informasjonsutveksling bidro til bedre anestesi, og relevant informasjon til rett tid bidro til god flyt i arbeidet. Anesthesisykepleierne anså det som et godt samarbeid når kirurgen ga beskjed til resten av teamet når det nærmet seg kirurgislutt. Ved flere korte inngrep var teammedlemmene spesielt avhengig av et godt samarbeid for å få operasjonsprogrammet gjennom;

«Jeg føler jo at, sånn som i dag når jeg har flere korte inngrep, så er det veldig viktig med den gode kommunikasjonen. Da føler jeg at vi har en mer sånn kontinuerlig utveksling og mye utveksling.»

Ettersom teamet bestod av ulike profesjoner mente anesthesisykepleierne at det var viktig å orientere teammedlemmene om hva som foregikk i operasjonsfeltet og ellers på stuen. Det kunne involvere diverse prosedyrer underveis, eksempelvis leiring av pasient på operasjonsbord, innledning av anestesi, tidsperspektiv m.m. Dette ville være styrkende på teamets kommunikasjon. Herunder fremhevet de at operasjonssykepleierne var spesielt flinke; de fikk med seg informasjon som ble gitt og delte ofte informasjon som var av betydning for anestesi. Informantene beskrev her to ulike former for kommunikasjon på stuen;

«Så du har to forskjellige kommunikasjonsmåter kan du si, hvor den ene informerer for å være grei og den andre informerer fordi den trenger det.»

Det var som regel en opplevelse av tydelig kommunikasjon mellom anesthesisykepleier og anestesilege, men noen ganger kunne det oppstå uklarheter relatert til arbeidsoppgaver; Hvem gjør hva og hva har blitt gjort? Informantene fremhevet viktigheten av en felles

enighet før teamarbeidet og innledningen av narkose ble påbegynt. Det var for å sikre at arbeidsoppgaver og nødvendige avklaringer var gjort skikkelig på forhånd.

«(...) men så møtes man inne på stuen og der ligger allerede pasienten. Og da kunne ha en god kommunikasjon der inne hvor man på en måte tar en sånn kjapp; du, nå har jeg spurt om (...) jeg har sett på intubasjonsforhold, gapeevne og sånn, sånn at ikke det blir gjort to ganger for eksempel, eller jeg har ikke gjort det, så det må vi gjøre sammen (...) hvor, hva tenker vi her rundt medisiner? Jeg har funnet fram dette, ser det greit ut? Hva skal vi legge oss på av doser her?»

Opplevelsen av kommunikasjon og informasjonsutveksling i operasjonsteamet kunne variere og noen ganger oppleves utilfredsstillende. Dette skyldtes ulike faktorer. Informasjonsutvekslingen kunne påvirkes, styrkes eller svekkes, av måten teammedlemmene henvendte seg til hverandre på. Eksempelvis kunne dette være i form av beskjeder gitt som «klager» eller en opplevelse av et «de og oss» fremfor ett felles samarbeid. Kirurgene kunne gi beskjeder uten å henvende seg direkte. Dette kunne påvirke informasjonsutvekslingen negativt. Informantene beskrev eksempler på manglende kommunikasjon; at de i enkelte situasjoner kunne føle at kommunikasjonen i teamet ikke var optimal. Det kunne blant annet dreie seg om komplikasjoner i operasjonsfeltet som ikke ble videreformidlet til anestesisykepleieren. Ved at anestesisykepleieren ikke fikk beskjed, fikk de heller ingen tid til å forberede seg på eventuelle «uventede» komplikasjoner. Dette var et gjentakende problem. Informantene fortalte at de i slike hendelser var spesielt sårbare. Det kunne føre til alvorlige konsekvenser fordi hjelp kunne være langt unna, sett ut ifra hvilken operasjonsstue eller laboratorium de befant seg på. Informantene savnet generelt tilbakemeldinger fra kirurgene om hva som foregikk i operasjonsfeltet. Informantene savnet også tydelig kommunikasjon ved avsluttende kirurgi slik at de fikk mulighet til å planlegge avslutning av anestesi.

Manglende kommunikasjon kunne være et resultat av svikt i informasjonsflyt. Dette kunne skyldes at informasjon ble videreformidlet gjennom flere ledd, fra person til person. Kommunikasjonssvikt kunne også oppstå i form av at teammedlemmer ikke visste hvor eller hvem de skulle ringe, eller ikke klart å formidle alvorlighetsgrad i akutte situasjoner;

«(...) og da hadde man i tillegg en kommunikasjonssvikt hvor man (...) da får man hendene fulle sant (...) hvem spør du etter hjelp, jo, den løse operasjonssykepleieren; «du må ringe etter hjelp». Hvor det

da ble så dårlig kommunisert at den operasjonssykepleieren ikke klarte å finne ut av hvor hun skulle ringe og hvem hun skulle ringe til, og når hun da ringte opp og fikk tak i noen oppe, så sa hun bare «kan den og den anestesilegen komme ned?» Det ble ikke formidlet at dette haster kjempemye, det er snart stans.»

En utfordring relatert til akutte situasjoner kunne være dersom for mange av anestesipersonale kommuniserte samtidig;

«(...) det blir veldig vanskelig når det er veldig mange som, sånn tre til fire leger, fire til fem anestesi som snakker på kryss og tvers om. Hvem snakker med hvem, hva tid?»

Informantene savnet direkte henvendelser ved kommunikasjon, om ikke ved bruk av navn, så ved bruk av profesjonstittel. Slik ville teammedlemmene vite hvilke beskjeder som ble gitt til hvem. Anestesisykepleierne følte også at de ikke alltid ble oppfattet eller hørt ved forslag, det til tross for lengre arbeidserfaring.

6.2 Mot til å si fra

Det kom tydelig frem i intervjuene at anestesi og kirurgi innebar en risiko for pasienten. Informantene mente at alle teammedlemmene på operasjonsstuen hadde et felles ansvar for å tilstrebe en god kvalitet på pleie og behandling av pasienten, uavhengig av type inngrep og varighet. Informantene påpekte viktigheten av å gjøre hverandre gode.

Informantene mente det var viktig å spørre dersom de var usikre på noe og informere teamet, etter behov. I tillegg måtte det være en toleranse i teamet for at spørsmål ble stilt. Informantene fremhevet også viktigheten av å ha en holdning for å lære av feil. Feil bidro til læring og forebygging, men det krevde at teammedlemmene hadde mot til å si ifra når feil oppstod. Informantene påpekte viktigheten av å si ting høyt, og heller spørre en gang for mye enn en gang for lite;

«(...) det viktig at du at du er bevisst på å ta ansvar, at du våger å si det høyt.. skjer det noe her nå? «Nei, nei, dette er normalt». Ja vel, greit det, men at en heller spørre en gang for mye enn en gang for lite, det er viktig.»

Det ble beskrevet en episode hvor pasienten ble bradykard (langsom puls) i forbindelse med gastrokirurgi. Kirurgene fikk ikke dette med seg. Anestesisykepleieren står med monitoren og det er anestesisykepleierens ansvar å gi beskjed; *nå har vi et problem*. Til gjengjeld var det behov for at kirurgen gjorde det samme dersom det skjedde noe i operasjonsfeltet som var av betydning for anestesian, som anestesisykepleieren ikke fikk med seg. Informantene fortalte at noen kirurger kunne ta avstand fra diverse problemer fordi det ikke var «deres» problem.

«(...) andre ganger så opplever du at; det er ikke mitt, det bryr ikke jeg meg om.»

Spesielt informantene med kortere erfaring kunne beskrive en opplevelse av et «fryktklima», hvor det var ubehagelig å stille spørsmål. De var redd for å fremstå «dum». Denne problematikken kunne komme av tidligere erfaringer med ubehagelig respons;

«(...) at det er et klima der man ikke, der det ikke er dumme spørsmål. Der man ikke er redd for å stille spørsmål, for da kan jo man unngå å stille viktige spørsmål som kan (...) for å unngå feil, at det er et sann fryktklima, så kan det jo skje mer, mer feil tenker jeg.»

På tross av dette stilte informantene heller spørsmål ved usikkerhet, fremfor å la vær. De mente at de andre teammedlemmene måtte tolerere dette;

«(...) uansett så er det viktig å spørre; skjer det noe nå som vi må vite, noe som vi skal snakke om? Og bare hvis en er redd for at en skal dumme seg ut eller drite seg ut litt, så får en bare ta det da, så får en heller bare stå i det. Så bare; nei, nei, dette er vanlig, ja vel, så er det greit det.»

De mer erfarne anestesisykepleierne fortalte at det var lettere å stille spørsmål etter noen års erfaring, fordi de hadde bedre oversikt over hva som var normalt og ikke under et inngrep.

6.3 Et respektfullt samarbeid og en forståelse for hverandres arbeidsoppgaver

Det var enighet om at alle teammedlemmene måtte samarbeide og kommunisere på en respektfull måte for å oppnå et respektfullt samarbeid. Det gamle klassiske «hierarkiet» mellom lege og sykepleier var ikke så markant lenger. Informantene hadde en opplevelse av at alle på stuen var like viktige.

Informantene mente det var viktig å unngå «tunnelsyn» og ikke bli for opphengt i egne roller og arbeidsoppgaver. Eksempelvis var det viktig å sørge for at alle teammedlemmene var klare for å ta imot pasienten på operasjonsstuen, og at pasienten var tilstrekkelig klarert på forhånd. Informantene opplevde at dynamikken i teamet fungerte bedre når samarbeidet var basert på gjensidig respekt, gjensidig avhengighet, og når teammedlemmene anerkjente hverandres arbeid.

Det var ulike opplevelser av teamfølelse blant informantene. Høflighet, positive tilbakemeldinger og bruk av navn blant teammedlemmene bidro til å øke teamfølelsen. Følelsen av å faktisk bety noe for resten av teamet bidro til en opplevelse av trygghet og førte til et bedre arbeidsmiljø. Informantene kunne fortelle at kirurgene av og til kunne være direkte «ufine» i kommunikasjonen. Mangel på respekt kunne forårsake et dårlig samarbeidsklima og svekke teamfølelsen. Ubehagelige opplevelser av kommunikasjon, i form av nedlatende holdning og manglende gjensidig respekt, kunne svekke teamsamarbeidet. Dette kunne handle om ubehagelig tilsnakk ved uenigheter, misforståelser eller utilsiktede forstyrrelser inne på operasjonsstuen. Ifølge anestesisykepleierne kunne slik kommunikasjon oppstå som en følge av; mangel på forståelse av hverandres spesialitet, å unnlate å hilse på hverandre, uhøflige tilbakemeldinger, mangel på anerkjennelse og generell ufin kommunikasjon. Informantene mente at teammedlemmene gjerne måtte korrigere hverandre, men at det måtte gjøres med omtanke. Det skulle utvises respekt ved tilbakemeldinger fra begge sider.

Anestesisykepleierne opplevde mer teamfølelse med operasjonssykepleierne, da de som oftest tilhørte samme operasjonsstue den dagen. De andre teammedlemmene «kom og gikk». Operatøren ankom operasjonsstuen først etter at alt av forarbeid var klargjort av operasjonssykepleierne og anestesipersonalet, og anestesilegen forlot som oftest operasjonsstuen etter innledning av anestesi og kom ikke tilbake før det kirurgiske inngrepet nærmet seg slutten. Anestesisykepleierne beskrev utfordringer relatert til at yrket var relativt

selvstendig. Operasjonssykepleierne var som regel behjelpelige, fordi de hadde stort sett en god forståelse for anestesisykepleierens arbeidsoppgaver. De kunne blant annet være flinke til å oppdatere anestesisykepleieren underveis (i prosedyren), noe som ble verdsatt av anestesisykepleierne. Operasjonssykepleierne kunne også kontrollere medikamenter eller blodprodukter, og om nødvendig hente utstyr. En ulempe som ble belyst i denne forbindelse var at operasjonssykepleierne ikke alltid visste hva de faktisk dobbel kontrollerte. Operasjonssykepleierne hadde ikke tilstrekkelig kjennskap til medikamentene anestesipersonalet brukte.

Informantene påpekte viktigheten av å ha kjennskap til alle i teamet; at dette var helt grunnleggende. Ikke bare ville det øke teamfølelsen, men det ville også gi kjennskap til hverandres kompetanse. Det var et ønske om at teammedlemmene skulle ha en bedre forståelse for at anestesisykepleierne hadde ulikt kompetansenivå. Det var en utfordring at ikke alle teammedlemmene kjente til hverandre. Det at presentasjonsdelen av «Trygg Kirurgi» ofte ikke ble gjennomført, kunne føre til mangel av rolleavklaring på operasjonsstuen.

«(...) det er så viktig at alle vet hvem alle er sånn at du vet hvem du kan og, ja hvem du skal henvende deg til (...) Eh ja, er det til noen som er studenter som bare skal observere? (...) Er det noen som kan brukes til noe hvis skulle være noe akutt, sant, det er jo kjempeviktig (...)»

Informantene påpekte også at presentasjonen av teammedlemmene ville føre til en mindre formell stemning på operasjonsstuen, og dermed gi økt trygghet. Anestesisykepleierne med lengre erfaring hadde bedre kjennskap til teamets medlemmer og de enkeltes oppgaver. For dem gikk også oppgavene mer på automatikk, som gjorde det lettere å få med seg informasjon til tross for at de stod opptatt med noe.

De nyutdannede anestesisykepleierne mente det var viktig å være ærlig om at de var nye i yrkesrollen. De fortalte at det kunne være utfordrende som ny når de andre teammedlemmene forventet at alt var «selvsagt»;

«(...) det at antibiotika skal gis hver tredje time eller hver fjerde time er selvsagt for dem, men kanskje ikke for deg. Så det blir litt feil å si; vi gir antibiotika som vanlig.»

Informantene kunne ha en opplevelse av at operasjonsteamet var todelt, med en anesthesi- og operasjonsside. Kirurgen og operasjonssykepleieren kunne være konsentrert om det som foregikk i operasjonsfeltet, mens anesthesisykepleieren var opptatt med sitt på den andre siden av «forhenget». Dette kunne være problematisk fordi de risikerte at kirurgen ga viktig informasjon mens anesthesisykepleieren egentlig stod opptatt, og motsatt.

«(...) de tror kanskje at vi sitter med den kontrollen til bordet i hånda hele operasjonen, og sitter bare og venter på å justere på den liksom, det (...) Og det er jo, det er jo som oftest det som er kommunikasjonen med operatøren (...) å endre på det bordet.»

Til gjengjeld ble det fortalt at anesthesisykepleierne også måtte ha en forståelse for at selv om noe var irrelevant for dem, kunne det være viktig for kirurgen. Det handlet om å forstå hva som var viktig for de andre faggruppene, og at dette måtte være gjensidig.

Opplevelsen av rolle- og oppgaveforståelse i teamet var beskrevet som generelt god, men at det kunne variere. Anesthesisykepleierne opplevde ofte en mangel på forståelse fra resten av teamet, eksempelvis ved gjennomgang av «time-out» ved «Trygg Kirurgi». Da hadde anesthesisykepleieren ofte mange arbeidsoppgaver som måtte utføres samtidig og dette ble ikke alltid tatt hensyn til;

«(...) så hvis jeg sier, sånn, «ja, jeg er klar om ett minutt», så begynner de bare som oftest. Du får mer høre det hvis du (...) hvis jeg holder på med et eller annet, hvis h*n har falt i blodtrykk og jeg står og styrer med det liksom, blir det mer den «anestesi, nå må du følge med.» (...) jeg tror ikke de har helt forståelse for at jeg står ikke bare og diller liksom (...) Det er jo faktisk fordi jeg er opptatt.»

Under gjennomgangen av sjekklisten var det mye som foregikk parallelt for anesthesisykepleieren, og det var utfordrende å ha fokus på flere ting samtidig. I tillegg ble det utfordrende å opprettholde en adekvat kommunikasjon ved samtidighetskonflikter. Stress og multitasking kunne føre til at viktig informasjon ikke ble oppfattet, og dersom det ble for mye informasjon ble det fort at én eller flere ting kunne glippe;

«Så det å være påskrudd, og på en måte ikke holde på med andre ting (...) akkurat når det er «Trygg Kirurgi». Da skal du øke anestesydybden og gjør masse ting, sant, akkurat i det de, før de skal sette hud inn (...) av og til ser du litt på skjermen mens du gjør «Trygg Kirurgi», hvert fall hvis du står alene. Så at du etterpå tenker; hva var det egentlig de sa? Så jeg tror nok det at stress, andre ting som

gjøres samtidig, er veldig dårlig for, holdt på si (...) på en måte samtidighetskonflikter. For det er ofte at jeg tenker; hvor lang tid var det egentlig de sa de skulle bruke på dette, for eksempel.»

Informantene så på dette som den største kommunikasjonsutfordringen på operasjonsstuen. Anestesisykepleierne beskrev en generell opplevelse av mangel på forståelse for hva anestesi innebar. Eksempelvis ble det fortalt at de kunne stå med en «vanskelig luftvei», og få irrelevante spørsmål fra resten av teamet, noe som kunne oppleves forstyrrende. En anestesisykepleier kom med et eksempel;

«Vi intuberer og så blir det veldig vanskelig luftvei, eh og da er operasjonssykepleierne veldig på at de skal begynne å vaske og sånn.. men jeg vet jo veldig lite om disse instrumentene de bruker, veldig lite akkurat konkret kanskje om telling og alt, ja det de holder på med. På samme måte kan jo de veldig lite om selve anestesen og anesthesiapparatet og ehm, hva vi sliter med da, hvis det er noe.»

Informantene mente at situasjonsforståelse blant annet involverte å ikke forstyrre hverandre unødig, nemlig å vite når det var passende å stille spørsmål. Dette handlet også om evnen til å skille mellom viktig og uviktig informasjon i kritiske situasjoner, forståelse av situasjonens hastegrad, samt å være bevisst på når det passet å føre dagligdagse samtaler på operasjonsstuen. Dersom kirurgen ble veldig opptatt og konsentrert, måtte anestesisykepleieren følge nøye med og gjerne ta kontakt med operasjonssykepleieren i stedet for å forstyrre kirurgen. Dette kunne for eksempel være om pasienten begynte å blø mer enn forventet. Det var mer passende at anestesisykepleieren henvendte seg direkte til kirurg etter bekreftelse fra operasjonssykepleieren, med spørsmål som; *skal det bestilles blod? Skal anestesilegen kontaktes?*

Informantene opplevde at teamarbeidet og kommunikasjonen ble påvirket av situasjonen teamet befant seg i. Informasjonsflyten ble påvirket av type inngrep og varighet, ofte ut ifra alvorlighetsgrad, men kunne være uavhengig av seksjon og kultur på operasjonsstuen. Mumling bak munnbindet kunne også utfordre informasjonsutvekslingen. Ukompliserte, enkle, ofte dagkirurgiske og rutinebaserte inngrep, krevde mindre informasjonsutveksling for å få til et godt teamsamarbeid. Noen ganger innebar kommunikasjonen per operativt kun spørsmål om endringer på operasjonsbordet, og andre ganger var det behov for mer kommunikasjon;

«(...) underveis så, hvis alt er stabilt (...) på plasten (plastikk kirurgi) med de her bryst operasjonene, så kan jo de ta år og dag, så informasjon blir hele tiden litt sånn; ja, hvordan har pasienten det? Hvordan går det med dere? (...) og det er jo mer naturlig da, enn ved et inngrep som tar 20 minutter (...)»

Dersom noe uventet oppstod, eksempelvis blødning på et «lett» inngrep, erfarte informantene at kommunikasjonen i teamet kunne gå opp. Det var tydelig at dynamiske faktorer påvirket teamarbeidet. Noen ganger kunne kommunikasjonen i teamet avhenge av hvem man jobbet med, eksempelvis om vedkommende hadde en dårlig dag. Informantene mente at flertallet var dyktige når det gjaldt å informere resten av teamet, mens andre kunne være mindre bevisste. Dette kunne også påvirkes av vedkommendes erfaring og evne til å håndtere stress.

Det kom frem i intervjuene at akutte og kritiske situasjoner som regel påvirket teamarbeidet. En informant sa; *alle får høy puls i slike situasjoner til tross for øving og erfaring*. Det kunne være kaotisk med mange beskjeder, «tunnelsyn» og støy. Det var lett å gå glipp av viktig informasjon fordi teammedlemmene utførte arbeidsoppgavene sine på automatikk. Noen ganger ble kommunikasjonen bedre fordi akutte situasjoner førte til at beskjedene ble mer direkte. Det ble beskrevet en utfordring relatert til at akutte situasjoner krevde ekstra ressurser;

«(...) det er jo et dilemma, for det, mindre folk sånn at det blir klarere kommunikasjon, men samtidig så trenger du en del folk i sånne situasjoner fordi at det er så mye som skal gjøres på en gang.»

Spesielt ved innøvde og kjente akutte situasjoner, som Sectio Hastegrad 1, var det stort sett alltid et bra teamsamarbeid. Normalt sett fungerte kirurgen som en teamleder, men ved akutte situasjoner kunne dette være skiftende; ofte ble det naturlig at anestesilegen tok over rollen som leder. Informantene mente det var viktig at teamlederen var tydelig og trygg, hvis ikke kunne dette påvirke kommunikasjonen i teamet negativt. Informantene forklarte at alle var avhengige av hverandre; avhengige av en klar og tydelig kommunikasjon og at samarbeidet fungerte. Hver spesialitet var klar over hva de andre spesialitetene måtte ha klart før de kunne begynne.

«(...) vi sier fra når vi er klare, og så videre og så videre (...) det å kommunisere hvor den andre parten, hvor kirurgi, hvor er anestesi i dette her før de da er klar (...) hvordan ligger dere an i forhold til oss? Hvordan ligger du an i forhold til oss? Og den går veldig frem og tilbake (...)»

Informantene opplevde at teamarbeidet også kunne bli utfordret ved samtidighetskonflikter, vaktskifter og tidspress. De trakk også frem den kontinuerlige utskiftningen av team som en av hovedutfordringene. Det kunne være utfordrende å forholde seg til mange ulike teammedlemmer i forbindelse med teambytte hver dag. Alle kunne ikke gå overens med alle. Det kunne oppleves frustrerende å hver dag komme på jobb og ikke vite hvem de skulle jobbe med.

Vaktskifter og avløsninger ble beskrevet som spesielt utfordrende i noen settinger;

«(...) det var vaktskiftet og det var smittestue (...) Jeg hadde jo ikke tilgang på informasjon om pasienten, for papirene til pasienten var jo heller ikke inne på stuen, de ligger jo utenfor stuen (...)»

Avbrytelser og tidspress ble trukket frem som hovedårsaker til medisinfeil. Tidspress var i tillegg en årsak til at viktig beskjeder ble glemt. Informantene fortalte at det noen ganger kunne oppleves som at det var viktigere å få gjennom operasjonsprogrammet; effektivitet fremfor kvalitet. En anestesisykepleier fortalte om en situasjon hvor ingen fikk tid til å innhente nødvendig informasjon om pasienten og inngrepet;

«(...) og så plutselig kom det en lege som heller ikke visste, han hadde også bare fått beskjed om; bare innled. Bare komme i gang. Ingen av oss viste egentlig hva som foregikk, eh, med, hva pasienten feilet eller hva han skulle operere eller noen ting.. få i den tuben sånn de kan komme i gang med den pasienten (...)»

6.4 Felles verktøy for opprettholdelse av et systematisk arbeid

Informantene mente at gjennomførelsen av «Trygg Kirurgi» samlet teamet og involverte kvalitetssikring. Med dette trakk de frem viktigheten av «Trygg Kirurgi»; ved de aller fleste tilfellene gikk anestesen og det kirurgiske inngrepet bra, men at sjekklisten var til for den ene gangen det gikk galt.

«Det er jo sånn med «Trygg kirurgi» og, er sånn ni av ti ganger så er det egentlig helt unødvendig. Men det er jo den tienden gangen, der det er helt nødvendig, det er derfor du har den.»

Informantene fortalte at gjennomgangen av «Trygg Kirurgi» var blitt innarbeidet. Det kom derimot frem at «Trygg Kirurgi» i noen tilfeller nesten kunne bli glemt;

«(...) det har jo hendt av og til; «du, den der «Trygg kirurgi», skal vi ha tatt den nå snart?» Og da har jo nesten kirurgen allerede satt kniven i pasienten. Eh ja, og det skjer, men det har jo skjedd på lange inngrep og det har skjedd på korte inngrep.»

Beskjeder og informasjon gitt under «Trygg Kirurgi» kunne være den viktigste og den eneste informasjonen anestesisykepleieren fikk i løpet av inngrepet. Gjennomgangen av «Trygg Kirurgi» var også den viktigste informasjonsflyten teamet hadde på operasjonsstuen. Under gjennomgangen hadde alle oppmerksomheten rettet samme plass;

«(...) veldig gunstig å ta de beskjedene under «Trygg Kirurgi», og da vet du at du har alle sin oppmerksomhet. Og da skal det være stilt i rommet og det det pleier det å være en aksept for og en respekt for at det skal være. Og dersom noen ikke er oppmerksomme så, så stopper vi opp og gir de beskjed om å følge med, sånn at alle får de samme beskjedene, og at vi er kalibrerte på et vis.»

«Trygg Kirurgi» var med på å løfte uklarheter eller problemer, og slik forebygge at feil oppsto. En utfordring kunne være at ansvarlig anestesisykepleier ikke var på stuen under gjennomgang av «Trygg Kirurgi», grunnet for eksempel avløsning til pause. Kvaliteten av «Trygg Kirurgi» kunne også nedskaleres ved korte inngrep eller inngrep som var forventet å være «lette» og «komplikasjonsfrie». Noen ganger ble sjekklisten forenklet fordi noen punkter ved listen ble ansett som unaturlig eller irrelevant for det aktuelle inngrepet. Ved for eksempel dagkirurgi, med kjente prosedyrer, kunne kirurgen «rase» gjennom sjekklisten ved at det gikk raskt og unøyaktig for seg. Et annet viktig punkt av sjekklisten som innbar presentasjon av teammedlemmene kunne også bli hoppet over. Informantene mente at alle punktene ved «Trygg Kirurgi» var like viktige, uansett inngrep. Informantene påpekte at ved avsluttende «Trygg Kirurgi» kunne mye skje samtidig. Det var da spesielt viktig å ta en skikkelig «time-out». Informantene beskrev også at «Trygg Kirurgi» ikke alltid ble grundig gjennomført som følge av forglemmelser eller ved at «alle snakker og ingen hører». Et annet problem kunne innebære at flere teammedlemmer hadde noe de ønsket å komme med under «Trygg Kirurgi», og at det kunne være vanskelig å få med seg alt som ble sagt som en følge av samtidighetskonflikter og stress.

«Jeg tror ofte at hvis du er stresset så går ikke informasjonen like godt inn, sant, du må ofte få det gjentatt. Jeg har jo opplevd at jeg har stått og gått gjennom «Trygg Kirurgi» også etterpå så lurer jeg på hvor lang tid var det egentlig de sa de skulle bruke, at du merker at du ikke har vært så konsentrert, selv om du har stått og gått gjennom det sammen.»

I intervjuene ble kommunikasjonsverktøyet «Closed-loop» dratt frem som et viktig verktøy. Det bidro til å styrke informasjonsutvekslingen og kunne fange opp eventuelle misforståelser mellom teammedlemmene. Informantene mente det var viktig å bekrefte informasjon som ble gitt, for å sikre at gitt informasjon var registrert og forstått riktig hos mottakeren. På den måten kunne feil bli fanget opp og unngått. Anestesisykepleierne syntes dette var særs viktig fordi det kunne omhandle administrering av viktige medikamenter. Informantene beskrev et klassisk eksempel hvor det ofte kunne bli slik at «noen sa, men ingen gjorde» når «Closed-loop» ikke ble brukt. Det oppsto usikkerhet rundt hvem som utførte ulike instruksjoner som ble gitt. Slike misforståelser kunne typisk oppstå i situasjoner hvor det var mange folk inne på operasjonsstuen.

Avslutningsvis kom informantene med forslag de mente kunne føre til forbedring av det tverrfaglige teamarbeidet. De mente at det tverrfaglige teamet på operasjonsstuen kunne bli bedre på å kommunisere. Med dette presiserte de viktigheten av tydelighet i kommunikasjon i form av klar, høy og direkte tale for å oppnå en bedre informasjonsflyt. Informantene mente det var viktig å inkludere de ulike teammedlemmene, eksempelvis påpekte de viktigheten av å informere resten av teamet;

«Det er dårlig informasjonsflyt fordi vi burde ha sagt høyt; nå har vi en kritisk situasjon. Men alle på anestesen visste det jo, vi fikk flere folk, men operasjon fikk det ikke med seg.»

For å bedre felles kommunikasjon og informasjonsutveksling mente informantene at man måtte bli bedre på å ta i bruk allerede iverksatte tiltak, herunder å sikre en nøyaktig gjennomgang av «Trygg Kirurgi». Informantene mente det var viktig med et felles fokus på informasjonsutveksling og på hvordan teammedlemmene skulle kommunisere med hverandre. Et felles fokus på en kultur for samarbeid ble også vektlagt. Dette mente informantene var avgjørende for å skape et velfungerende team. Det var viktig å danne et grunnlag og en standard for samarbeid mellom profesjonene. Anestesisykepleierne mente det burde være en del av undervisningen både på studiet og på arbeidsplassen;

«(...) lage en veldig god kultur, og det på en måte hvor det stilles mer forventninger til deg, at du skal fungere i dette teamet. Forventningen kan du «så» allerede på universitetet (...) Felles undervisning her, og ta det steget opp her, og fortsette å samarbeide.»

Informantene hadde positive erfaringer relatert til felles undervisning med operasjonssykepleierne. De mente at det gjerne kunne vært mer av dette. Det kunne bidra til en enhetlig holdning og forståelse, og slik styrke teamsamarbeidet;

«(...) ha felles undervisning (...) jeg tror det er viktig å høre de samme ordene (...) alle har det samme fokuset, at det blir snakket om (...) det er viktig å snakke sammen, snakke på en sånn måte at det blir mottatt.»

Informantene nevnte derimot at korona pandemien hadde vært en utfordrende faktor med tanke på gjennomførelse av felles undervisning. Mer simulering på tvers av profesjonene var også et forslag til forbedring av teamsamarbeidet;

«Det går an å simulere i sammen med flere profesjoner (...) For vi er veldig til å simulere sammen med anestesilegene, men kanskje ikke like gode på å simulere sammen med operasjon og kirurger.»

Informantene ønsket ytterligere kunnskap om de andre profesjonenes arbeidsoppgaver. Det ble blant annet sagt;

«(...) hadde jeg kunnet mer om deres profesjon, og de mer om min, tror jeg óg gjerne hadde vært en god fordel for pasientsikkerheten egentlig.»

Informantene foreslo et felles tverrfaglig teammøte på starten av dagen. Dette kunne gi mulighet for felles gjennomgang av operasjonsprogrammet. Da kunne teammedlemmene bli bedre kjent med hverandre, diskutere mulige utfordringer, og definere seg som et team. Ved felles informasjon ville teamet få en enhetlig situasjonsforståelse for dagen. De trakk også frem dataprogrammet «ORplan» (et internt dataprogram som brukes på det representative sykehuset for oversikt over operasjonsprogram) som et godt verktøy for felles informasjonsinnhenting. Det ble brukt av både anestesipersonell, operasjonssykepleierne og kirurgene. Derimot kom det frem at det noen ganger kunne stå feilinformasjon i «ORplan». Informantene mente at dersom man brukte programmet riktig og hvis den mest nødvendige

informasjonen sto der, ville det bidra til å skape trygghet og bedre informasjonsflyt. Slik ville også informasjon fremstå lik for alle teammedlemmene.

Informantene mente at ledelsen kunne påminne om viktigheten av en nøyaktig gjennomgang av «Trygg Kirurgi» og å være bevisst på bruk av «Closed-loop» kommunikasjon. Informantene mente at ledelsen hadde i oppgave å opprettholde en god samarbeidskultur på operasjonsstuen, og håndtere eventuelle problemer som oppsto.

7.0 DISKUSJON

Hensikten med studien var å undersøke anestesisykepleiernes opplevelse av det tverrfaglige samarbeidet på operasjonsstuen. I dette kapittelet diskuterer vi funnene våre, hovedkategori for hovedkategori, opp mot tidligere forskning og valgt teoretisk rammeverk. Vi vil også reflektere rundt våre egne opplevelser og erfaringer fra praksis.

Problemstillingen var: Anestesisykepleieres opplevelse av samarbeidet i det tverrfaglige teamet på operasjonsstuen: Hvilke elementer må ligge til grunn for et velfungerende team?

Våre funn fra hovedkategori 1) viste at informantene stort sett hadde positive erfaringer og opplevelser relatert til tydelighet i kommunikasjonen i det tverrfaglige teamet, men at dette kunne variere. De mente at tydelig kommunikasjon besto av klare, konkrete og direkte beskjeder. Dette er sammenfallende med funnene i studien til Undre et al. (2006), hvor det kom frem at god kommunikasjon kjennetegnes av klare og konkrete beskjeder mellom profesjonene. I praksis har vi erfart at kommunikasjonen mellom teammedlemmene kan være utfordrende fordi det er individuelt hva som oppleves som klare og konkrete instruksjoner. Informasjonsutvekslingen i teamet er viktig for en effektiv teamutøvelse, og en presis og tydelig informasjonsutveksling mellom teammedlemmene er derfor avgjørende (Ballangrud & Husebø, 2018). Vi mener at god tverrfaglig kommunikasjon og et effektivt teamarbeid er signifikant for å kunne ivareta pasienten på en trygg og forsvarlig måte. I praksis har vi positive erfaringer med bruk av korte og konkrete beskjeder, gitt direkte til den det gjelder ved bruk av navn eller profesjon. Våre opplevelser sammenfaller derfor med våre funn. Vi har opplevd at slik kommunikasjon gir bedre oversikt og gir en opplevelse av trygghet. Det bidrar også til en opplevelse av profesjonalitet.

Funnene våre viste at mer kommunikasjon og informasjonsutveksling bidro til bedre anestesi. Informantene hadde stort sett en opplevelse av god dialog i teamet og anestesisykepleierne følte seg som oftest både sett og hørt av resten av teamet. De trakk frem to ulike måter for kommunikasjon; 1) teammedlemmene informerte for å være grei, eller 2) teammedlemmene informerte fordi de trengte det. I hvilken grad det utveksles informasjon mener vi kan påvirkes av relasjonen mellom teammedlemmene. Forskning har vist at kommunikasjonssvikt påvirker kvaliteten og effektiviteten av det kirurgiske inngrepet

(Tørring et al., 2019). Vi mener at en god stemning på stuen, kjennskap til teammedlemmene og personlige egenskaper har betydning for i hvilken grad teammedlemmene informerer for å være «grei». Informantene ytret viktigheten av et felles fokus på kommunikasjon og samarbeid på tvers av profesjonene. Ifølge Tørring et al. (2019) er det et positivt kjennetegn på et godt teamarbeid. En felles holdning i temaet bør være å sette teamets mål høyere enn egne mål. Det innebærer forståelse for hva som er teamets formål, og hvilke ressurser som må ligge til grunn for å nå målet (Husebø & Ballangrud, 2021). I praksis har vi av og til erfart at kommunikasjonssvikt har ført til at prosedyrer nesten har startet før alle teammedlemmene har vært forberedt. Det som er en følge av kommunikasjonssvikt. Vi mener derfor at teamet er avhengig av å kommunisere med hverandre for å kunne utføre de ulike arbeidsoppgavene på en trygg og forsvarlig måte.

Det var viktig for informantene at det var en «kontinuerlig» informasjonsutveksling mellom teammedlemmene. Det var blant annet et ønske om oppdateringer fra kirurg om hvordan de «lå an» i inngrepet og at kirurgen skulle gi beskjed dersom det oppsto komplikasjoner underveis. Teamet består av ulike profesjoner med definerte arbeidsoppgaver. Det kan derfor være en utfordring å «heve blikket» og å kunne se de andre teammedlemmenes behov og kompetanse (Bruun, 2021). Informantene mente at komplikasjoner, som for eksempel en uventet blødning, var særs viktig å få beskjed om. Vi mener at en kontinuerlig informasjonsutveksling mellom kirurg og anestesisykepleier kan bli en utfordring. Hva forventer kirurgen at anestesisykepleieren kan om selve inngrepet? Å skille mellom hva som er «selvsagt» og hva som er nødvendig informasjon å videreformidle, kommer trolig an på den enkelte anestesisykepleiers erfarings- og kunnskapsnivå.

I likhet med Undre et al. (2006) sin studie, mente også informantene at opplevelsen av kommunikasjon og teamsamarbeid kunne variere, og at det var rom for forbedring. Opplevelsene relatert til tydelig tverrfaglig kommunikasjon var stort sett gode, men det var også opplevelser som belyste negative erfaringer. Dersom informantene opplevde kommunikasjonen negativ ladet, kunne det påvirke samarbeidet negativt, og dermed effektiviteten av teamarbeidet. I likhet med våre funn, kan «dårlig» kommunikasjon i form av respektløs fremtoning føre til redusert kvalitet og effektivitet av teamarbeidet (Tørring et al., 2019). Et samarbeid preget av skyld og anklager, fremfor problemløsende kommunikasjon er en utfordring (Tørring et al., 2019). Informantene i vår studie mente at

slike utfordringer kunne være personavhengig. En respektløs kommunikasjon og relasjon i operasjonsteamet er også kjente utfordringer (Tørring et al., 2019) (Castello et al., 2011). I modellen «The Big Five» er en komponent; gjensidig overvåking av teamutøvelsen (Salas et al., 2005). For å få til et velfungerende teamsamarbeid er det et behov for at teammedlemmene skal evne å identifisere feil ved de andres utøvelse og gi tilbakemeldinger slik at det kan korrigeres (Salas et al., 2005). Tidligere forskning har også vist at konstruktive tilbakemeldinger kan føre til et godt teamsamarbeid (Undre et al., 2006). Dette sammenfaller med funnene i vår studie, hvor informantene ønsket at alle i teamet skulle kunne gi og ta imot konstruktive tilbakemeldinger. Vi mener at det er viktig å kunne gi hverandre konstruktive tilbakemeldinger, men at de må gis på en måte som ikke oppfattes som kritikk.

Funnene våre viste at kommunikasjonen i operasjonsteamet kan påvirkes av hvilken situasjon teamet befinner seg i. Informantene erfarte at noen ganger var det ikke behov for like mye kommunikasjon. Det var nødvendigvis ikke negativt, men kunne bety at inngrepet gikk etter planen. Akutte situasjoner øke kommunikasjonen. Derimot kunne akutte situasjoner være kaotiske, og informasjon kunne derfor også lett glippe. I praksis som anestesisykepleierstudenter har vi opplevd hvor viktig det er med tydelig og nok informasjonsutveksling. For å kunne vedlikeholde og planlegge anestesen på en trygg måte, er tydelig kommunikasjon grunnleggende for å oppnå god pasientbehandling (Bruun, 2021). Stress og personlige egenskaper, samt dårlig kjemi i teamet, kan trolig være årsaker til at kommunikasjonen i teamet oppleves som utilfredsstillende. Vi mener det alltid vil kunne være utfordringer relatert til kommunikasjon som en følge av individuelle forskjeller, da vi mennesker har ulike måter å tenke og forstå ting på.

Funnene i hovedkategori 2) viste at det var viktig å være modig og tørre å si ifra. Det handlet «til syvende og sist» om at pasienten skulle kunne føle seg trygg og være trygg under behandlingen. Ifølge Norsk standard for anestesi skal pasientsikkerheten ivaretas på best mulig måte innen anesthesiologisk praksis (Norsk anesthesiologisk forening & Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk sykepleierforbund, 2016). For å kunne opprettholde en slik praksis viser funnene våre at det må være en toleranse for å stille spørsmål. Eksempelvis har vi opplevd at det til tider kan være «vanskelig» å ta kontakt med kirurgen som står i operasjonsfeltet, i frykt for å forstyrre eller få en negativ tilbakemelding. Dette sammenfaller også med funnene våre. Av egen erfaring tør vi å påstå at et «fryktklima»

lettere kan føre til feil og misforståelser, noe som også kom frem i våre funn. Dette kan gjenspeiles i studien til Siu et al. (2016) hvor dårlig utøvelse av ikke-tekniske ferdigheter som kommunikasjon og ledelse hadde sterk sammenheng med feil og konflikter som oppstod på operasjonsstuen. Å kunne vise autoritet er et viktig element i teamarbeidet (Fletcher et al., 2003). En leder skal ifølge modellen «The Big Five» bidra med tilrettelegging for problemløsning og ta hensyn til hvert enkelt teammedlems bidrag til teamet (Salas et al., 2005). Ut ifra våre funn mener vi at det er viktig at anestesisykepleieren viser autoritet på operasjonsstuen når det er helt nødvendig. Vi har derimot erfart at det kan være vanskelig å ta ordet når man er usikker på om situasjonen faktisk er reelt truende eller ikke, hvilket også er gjenkjennbart i våre funn. Det involverer at vi har god situasjonsforståelse for å kunne identifisere mulige problemer, og slik være i forkant (Fletcher et al., 2003). Derimot har anestesisykepleierne i studien vår opplevd at det ikke alltid er like lett å si ifra og at andre profesjoner på operasjonsstuen ikke alltid hadde like god toleranse for dette. Dette kan potensielt bidra til at det oppstår konflikter på operasjonsstuen. Disse funnene anser vi som noe motstridene med tanke på teamorientering innen «The Big Five» (Salas et al., 2005). I følge «The Big Five» skal teammedlemmene være tilbøyelige for andres innspill og informasjonsutveksling (Salas et al., 2005). Mangel på en slik tilbøyeligheten mener vi kan skape problemer i vurderinger på hva som er «rett» avgjørelse ved en eventuell problemstilling. Vi har erfart at kjennskap og trygghet til de andre teammedlemmene senker terskelen for å stille spørsmål og å kunne gi beskjeder til resten av teamet. Informantene fortalte at negative opplevelser relatert til å stille spørsmål og å gi beskjeder kunne øke terskelen for å gjøre det på et senere tidspunkt. Likevel ville informantene heller ta ansvar og spørre, enn å risikere å gjøre feil, noe som viser viktigheten av at anestesisykepleieren er modig og våger å stå frem.

I funnene våre var det åpenbart at anestesisykepleieren hadde ansvar for å si ifra dersom eventuelle problemer oppsto underveis i anestesen. Det var et behov for at dette var gjensidig i teamet. Alle må ta i bruk de egenskapene som kreves for å opprettholde en sikkerhetskultur på stuen (Chaboyer et al., 2013). Det blir vanskelig for anestesisykepleieren å opprettholde en sikkerhetskultur på operasjonsstuen dersom resten av teamet ikke holder anestesisykepleieren oppdatert på status eller ikke tolererer at spørsmål blir stilt. Informantene var enig i at pasienten var «et felles ansvar» på operasjonsstuen. Vi mener det kan være positivt med et felles ansvar. Da er ingen alene om ansvaret. Det kom derimot frem

at enkelte teammedlemmer kunne ta avstand fra problemer fordi de mente det var «anestesi sitt problem» og ikke «deres». Slik vi opplever det kan også et felles ansvar føre til at andre i teamet venter på at noen andre i teamet skal ta ansvar, men at ingen gjør det. Det kan diskuteres hvordan oppgaveutførelsen i teamet kan fungere på en trygg og effektiv måte uten et felles tankesett og en felles situasjonsforståelse. Ut ifra vår erfaring fra praksis kan vi stille spørsmål som; hvem har hovedansvaret for leiring? Hvem har hovedansvaret for eliminasjon? Vi opplever denne ansvarsfordelingen som noe «flytende». Noen ganger tar operasjonssykepleieren ansvar, noen ganger tar anestesisykepleieren ansvar. Andre ganger har begge profesjonene et tydelig delt eller felles ansvar. Ut ifra vår egen erfaring var det utfordrende som ny å vite hvem som hadde ansvaret i diverse sammenhengene. Å være modig involverer derfor også å kunne ta ansvar. Det er viktig å tørre å si ifra dersom vi mener noe er feil eller om man er uenig, og at dette blir møtt med en positiv holdning. Informantene mente det var viktig å ha en holdning for å kunne innrømme feil og at det bidro til læring. Det er forventet at alle teammedlemmene gir beskjed eller stiller spørsmål dersom noe ikke fremstår korrekt (Haugen & Leonardsen, 2021). Mangel på erfaring og kompetanse kan føre til at uønskede hendelser oppstår (Aase, 2018). Mennesker er feilbarlige og uønskede hendelser må dermed forventes. Årsaker til underrapportering kommer som en følge av mangel på åpenhet og redsel for konsekvenser. Dette fører til manglende læring fra uønskede hendelser (Aase & Wiig, 2018).

Våre funn i hovedkategori 3) belyste viktigheten av å vise gjensidig respekt, hjelpe hverandre, ha forståelse for og anerkjenne hverandres arbeid og tilstrebe en god teamfølelse. Informantene mente det var viktig å ha kjennskap til hvert teammedlem. Det måtte være forståelse for at hver og en hadde ulikt kompetansenivå og ulik bakgrunn. Det var viktig å ha kjennskap til de andre i teamet og deres funksjon. Både for å styrke teamarbeidet, men også tilfelle noe uventet eller kritisk skulle oppstå. I en studie ble det fremhevet som problematisk dersom presentasjonsdelen av «Trygg Kirurgi» ble utelatt og en nødsituasjon oppsto intraoperativt, for eksempel hjertestans fordi en ikke ville kjenne til hverandres funksjoner og kompetanse (Ziman et al., 2018). Informantene mente også at det ble lettere å stille spørsmål dersom man hadde bedre kjennskap til de andre i teamet. Informantene med kortere erfaring kunne oppleve at resten av teamet antok enkelte ting som «selvsagt». Dette opplevde de som ubehagelig og «utrygt» noe som stemmer overens med vår erfaring fra

praksis. Det kan være alt fra antibiotika dosering, hva vi må ta hensyn til under inngrepet, til leiring og generelt å føle at en ikke kan eller vet hva man eventuelt skal spør om.

Funnene fra denne studien viste at teamfølelsen mellom anestesi og operasjonssykepleierne stort sett opplevdes bra. Likevel kunne anesthesisykepleierne oppleve at teamet var todelt. Dette kunne utfordre informasjonsutvekslingen. Informantene kunne oppleve et «de og oss», fremfor et samarbeid. Dette sammenfaller også med studien til Tørring et al. (2019), der teamet kunne oppleves todelt fordi anesthesisykepleieren satt på «andre siden av forhenget». Dette kunne lettere føre til misforståelser og mangel på forståelse av arbeidsoppgaver mellom profesjonene. Arbeidsforholdene er ofte bedre tilrettelagt for kirurg enn for anesthesisykepleieren, ved eksempelvis fjerning av lyskilder og liknende (Hustad, 2021). I praksis har vi erfart at anesthesisykepleierens arbeidsforhold ofte er trange, mørke og upraktiske, som en følge av steril oppdekning av pasienten. I praksis har vi erfart at vi må være fleksible for å få tilgang til pasienten, da ledninger fra monitoreringsutstyr, intravenøse tilganger og en intubert luftvei hos pasienten er tildekket. Dette fører til en fysisk skillevegg mellom kirurg og anesthesisykepleier som kan bidra til å forstyrre kommunikasjonen og gi opplevelsen av et skille i teamet.

Informantene uttrykte frustrasjon relatert til mangel på forståelse for at de stod opptatt. Det kunne være at operasjonssykepleierne og kirurgen kunne føre hverdagslige samtaler om hva som «foregikk i helgen», mens anestesi sto opptatt. Graden av forståelse kunne, ifølge våre funn, variere. Kjentegn på et godt teamarbeid involverte en god felles stresshåndtering og aktiv deltakelse mellom medlemmene (Chaboyer et al., 2013). Paige et al. (2020) påstår at mangel på rolleforståelse kan svekke flyten i teamarbeidet. Våre funn viste at det var lett for teammedlemmene å få «tunnelsyn». Det ble vanskelig å se utover egne arbeidsoppgaver og se «helheten». Det er derimot en teamleders oppgave å bidra til tydeliggjøring av roller og arbeidsoppgaver innad i teamet (Salas et al., 2005). Dette kommer frem i modellen til Salas et al. (2005) «The Big Five». Teamlederen skal ha oversikt over hvordan teamet fungerer sammen, og synkronisere arbeidet (Salas et al., 2005). Informantene kunne oppleve mangel på situasjonsforståelse fra de andre teammedlemmene, spesielt når de hadde det travelt. Dette handler nødvendigvis ikke om mangel på respekt og rolleforståelse, men om hvordan hvert enkelt individ evner å se utover egne arbeidsoppgaver og håndterer stress. Dårlig stresshåndtering kan trolig øke følelsen av et todelt team. Informantene beskrev at

anestesisykepleieren kunne ha sine problemer som måtte håndteres raskt, og at resten av teamet ikke alltid hadde forståelse for det. Dette kan by på problemer fordi anestesisykepleieren kan gå glipp av viktig informasjon, som en følge av at de andre teammedlemmene ikke tar hensyn til at anestesisykepleieren står opptatt.

I den forbindelse kom det også frem utfordringer relatert til gjennomgang av «Trygg Kirurgi». Anestesisykepleieren hadde ofte mye som foregikk idet resten av teamet var klare til å gjennomgå sjekklisten. Dette ble ikke alltid oppfattet eller forstått av resten av teamet. Det kunne være utfordrende for anestesisykepleierne å få med seg alt som ble sagt under «Trygg Kirurgi» når de var opptatt. Våre funn viste at multitasking var en stor utfordring for anestesisykepleieren, hvorav mesteparten av denne multitasking foregikk under gjennomgang av «Trygg Kirurgi», noe som også understøttes i Olin et al. (2021) sin studie. I denne studien fant de at anestesisykepleieren tilbragte godt over halvparten av sin tid på multitasking. Informantene mente det var lite forståelse fra de andre teammedlemmene for at de sto opptatt, og at gjennomgangen ofte bare startet uavhengig om anestesisykepleieren var klar eller ei.

I våre funn har vi sett at avbrytelser kan føre til forglemmelser og at stress øker sjansen for at informasjon glipper. Flere arbeidsoppgaver på en gang er forbundet med en høyere risiko for menneskelige feil og at uønskede hendelser kan oppstå (Laxmisan et al., 2007). Økt kognitiv påkjenning hos anestesisykepleieren, som følge av større kompleksitet i oppgaver, vil føre til økt risiko. Avbrytelser og mengde multitasking bør derfor unngås dersom det er mulig (Skaugset et al., 2016). Dersom anestesisykepleieren er tydeligere på hvilket problem de faktisk har eller hvilke arbeidsoppgaver de står ovenfor, kan det muligens bidra til redusert stress og føre til at de andre teammedlemmene får en bedre forståelse og dermed tar mer hensyn.

Struktur har vist seg å være betydningsfullt for hvordan teammedlemmene kommuniserer med hverandre (Birnbach et al., 2017). I praksis fikk vi opplevelsen av at de ulike spesialitetene på stuen var like viktige og at det var en liten grad av hierarki, noe informantene gjenspeilet ved at de følte seg sett og hørt. Sammenlignet med tidligere studier som viser at anestesisykepleierne kunne oppleve hierarki på operasjonsstuen (Undre et al., 2006), er våre funn motstridende. Informantene i vår studie erfarte at det stort sett var en forståelse for at alle var avhengige av hverandre for å få teamarbeidet til å fungere. Undre et

al. (2006) viser likevel til at ulik oppfatning av hvilken struktur teamet har, kan ha en uheldig påvirkning på kommunikasjonen i teamet. Vi tolker dermed at respekt, rolle- og oppgaveforståelse antakeligvis kan være bedre enn hva som ble gitt uttrykk for i vår studie.

I Norge samarbeider anestesilegen og anestesisykepleieren i et team (Hustad, 2021), og av egen erfaring har vi sett at dette fører til et godt samarbeid mellom anestesipersonalet. Likevel fant vi at samarbeidet ofte fungerte best med operasjonssykepleierne. Det har kommet frem i tidligere forskning at operasjonssykepleiere mener at den kontinuerlige kommunikasjonen med anestesisykepleieren er viktig fordi anestesisykepleieren er den som kjenner best til pasientens tilstand (Sandelin & Gustafsson, 2015). Anestesisykepleierne i vår studie mente at operasjonssykepleierne stort sett hadde god forståelse for at anestesisykepleierne ikke kunne ha full oversikt over alle rutiner og prosedyrer. De var flinke til å orientere anestesisykepleierne etter behov. Operasjonssykepleierne var ofte behjelpelige ved eksempelvis dobbel-kontroll av medikamenter, ettersom anestesisykepleieren ikke hadde andre å gjøre dette med. Anestesisykepleierne påpekte derimot utfordringer relatert til dette. Operasjonssykepleierne hadde ikke nødvendigvis god nok kjennskap til anestesisykepleierens oppgaver og funksjon, og heller ikke medikamenters virkningsmekanisme og doseringer. Dette mener vi at kan medføre en viss risiko fordi anestesisykepleierne håndterer potente legemidler. De fleste pasientskader oppstår grunnet svikt i kommunikasjonen mellom helsepersonell (Verdens helseorganisasjon, 2021). På bakgrunn av dette kan det være et behov for at operasjon- og anestesisykepleiere får bredere kunnskap om hverandres arbeidsoppgaver, for å sikre et trygt samarbeidsklima. Ut ifra egne erfaringer opplever vi at teamsamarbeidet fungerer best når en vet mer om de andre profesjonenes arbeidsoppgaver.

Informantene mente at hvordan teamsamarbeidet fungerte kunne påvirkes av hvilken situasjon teamet befant seg i. Akutte situasjoner kunne være kaotiske og slike situasjoner krevde ofte ekstra ressurser. Utfordringen kunne bli et ytterligere kaos. Et godt teamarbeid består av en gjensidig avhengighet av hverandre, hvor man må ta i bruk de egenskapene som kreves for å kunne oppnå en sikkerhetskultur på stuen, hvilket innebærer en felles forståelse gjennom åpen kommunikasjon, å kunne håndtere stress, samt ha en aktiv deltakelse i teamet (Chaboyer et al., 2013). Informantene våre mente at et velfungerende team i en akutt situasjon kunne kjennetegnes av gjensidig avhengighet basert på en felles

situasjonsforståelse, hvor teammedlemmene ikke forstyrret hverandre unødige. Til tross for «kaos» så det ut til at felles informasjon, forståelse og god stresshåndtering påvirket samarbeidet på en positiv måte, noe som også bekreftes av studien til Chaboyer et al. (2013). Vi tenker at det kaoset som oppstår som følge av en akutt situasjon, kan skape utfordringer relatert til ledelse og ansvar. Funnene våre viste at det kirurgen som oftest har «hovedansvaret», men at det kan snu i akutte situasjoner. Det blir ofte anestesilegen som får hovedansvaret i disse situasjonene. Ifølge Salas et al. (2005) er god tilpasningsevne viktig for et godt fungerende teamarbeid. Det er av betydning for teamet at teammedlemmene klarer å se endringer og videre utvikle en ny plan basert på disse endringene. Vi mener da at det er nødvendig med en støttende atferd (Salas et al., 2005), slik at teamlederen klarer å fullføre jobben på en adekvat måte.

Vi fant at situasjonsbetingede utfordringer kunne være vaktskifter, tidspress og mange ulike mennesker å forholde seg til, samt mangel på tid til informasjonsinnhenting. Disse utfordringene kunne påvirke teamsamarbeidet negativt. Det er ikke ukjent at anestesiteamet har en utfordring relatert til å kombinere effektivitet med best mulig kvalitet (Varughese et al., 2021). Dagens effektivisering av dagkirurgi med økt kapasitet og fokus på samfunnsøkonomi kan være en påvirkende faktor (Tsesmetsis, 2021). Informantene beskrev flere situasjoner hvor feil kunne oppstå som følge av dette. Det kunne være viktigere å «komme i gang» og få gjennom operasjonsprogrammet, enn å ha fokus på opprettholdelse av en viss kvalitet. Et ytre press om et effektivt operasjonsprogram kan trolig påvirke kvaliteten av behandlingen negativt. Vi mener at dersom kvaliteten ikke opprettholdes, kan risikoen for at uønskede hendelser oppstår øke og eventuelt forlenge operasjonstiden.

I den siste hovedkategorien, nummer 4) kom det frem at det var viktig med felles verktøy for kommunikasjon og informasjonsutveksling, og at dette skapte og bidro til opprettholdelse av systematikk i teamarbeidet. For dette fantes det ulike systemer. Sjekklisten «Trygg Kirurgi» og det interne dataprogrammet «ORplan» ble trukket frem som nyttige og viktig kommunikasjonsverktøy for informasjonsutveksling. Sjekklisten «Trygg Kirurgi» bidrar til å forbedre teamarbeidet på operasjonsstuen (Russ et al., 2013). Dataprogrammet «ORplan» gir operasjonsteamet informasjon om type inngrep, varighet og hvilke(n) kirurg(er) som skal gjennomføre inngrepet. Videre er det kort oppført informasjon

om pasientens diagnose(r) og aktuell sykehistorie, ASA-klassifisering, anestesiform og eventuell antibiotikabehandling. ASA-klassifisering brukes for å kunne ta en preoperativ vurdering av pasientens tilstand, med tanke på pasientens helsetilstand og risiko med anestesi (American Society of Anesthesiologists, 2014: 2020).

I vår studie viste «Trygg Kirurgi» seg å være et viktig verktøy for felles informasjonsutveksling, og utgjorde i mange tilfeller den viktigste informasjonskilden for anestesisykepleieren under inngrepet. Selv om gjennomgangen av sjekklisten «Trygg Kirurgi» var blitt innarbeidet, påpekte informantene at gjennomførelsen kunne variere ut ifra type inngrep eller hvilken person som ledet gjennomgangen. Ved noen anledninger kunne de som ledet gjennomgangen, hovedsakelig kirurgene, i likhet med tidligere studier, lage en «egen» versjon av sjekklisten (Ronneberg & Lisson, 2015). Det viste seg også i Schwendimann et al. (2019) sin studie, at ikke alle team var like flinke til å gjennomføre sjekklisten, og at deler av sjekklisten kunne bli utelatt. Informantene mente dette kunne skyldes en individuell tilpasset versjon av sjekklisten. Dette var avhengig av type inngrep, men også forglemmelser eller at ting skulle skje fort. Noe vi kan finne gjenkjennbart fra praksis. I følge Ronneberg & Nilsson (2015) rangerte anestesisykepleierne etterlevelsen av verktøyet «Trygg Kirurgi» til seks av ti, på en skala fra en til ti. De påpekte at kirurgen sjeldent var interessert i hva andre i operasjonsteamet hadde å tilføye. Informantene mente at alle punktene på sjekklisten var like viktige. Vi mener det er naturlig at alle teammedlemmene presenterer seg. Ofte ble presentasjonsdelen «hoppet over» fordi de fleste kjente til hverandre. Dette kunne gjøre det ubehagelig for nyutdannede som ikke hadde kjennskap til teammedlemmene og noen ganger er det studenter på operasjonsstuen, eller hospitanter. Ved «Trygg Kirurgi» kommer de ulike teammedlemmenes ekspertise og kompetanse frem, noe som vil være nødvendig å ha kunnskap om når det «haster mest» (Ronneberg & Nilsson, 2015). I tillegg mente informantene at en nøyaktig gjennomgang bidro til å sette en standard for samarbeidet og at det kunne påvirke hvordan teamet kommuniserte med hverandre. En skikkelig gjennomgang av «Trygg kirurgi» vil både styrke og forbedre teamarbeidet på operasjonsstuen (Russ et al., 2013), men bare dersom den blir utført riktig (Ronneberg & Nilsson, 2015). Ikke bare ville gjennomgangen styrke teamarbeidet, men det er også et viktig verktøy for å fremheve teammedlemmenes spesialitet og kompetanse (Ronneberg & Lisson, 2015). Ut ifra dette tenker vi det er et behov for at sjekklister tilpasses de ulike seksjonene eller inngrepene. Likevel vil en obligatorisk gjennomgang av sjekklisten og introduksjon av teammedlemmer alene vil ikke være nok til

å redusere uønskede hendelser eller løse utfordringer knyttet til kommunikasjon i teamet (Birnbach et al., 2017).

Informantene i vår studie opplevde at de under «Trygg Kirurgi» hadde alles oppmerksomhet, og at det var rom for å ta opp diverse spørsmål eller problemstillinger i plenum. Informantene påpekte viktigheten av at ansvarlig anestesisykepleieren på operasjonsstuen burde være den som var tilstede under gjennomgang av «Trygg Kirurgi», siden viktig informasjon som ble gjennomgått her. Vi har erfart usikkerheten og utfordringen ved at informasjon fort kan bli glemt ved muntlige rapporter etter avsløsning. Det var derfor spesielt viktig for oss å være på operasjonsstuen ved kirurgistart og delta under «Trygg kirurgi», og at det ble tilstrebet å unngå avsløsninger akkurat under denne fasen. Det er et felles ansvar at gjennomgangen av «Trygg Kirurgi» utføres skikkelig. Det faller også inn under Helsepersonelloven, som påpeker helsepersonellens ansvar om å utøve faglig forsvarlig arbeid (1999, § 4).

Ifølge modellen «Anesthetists Non-Technical Skills» (Fletcher et al., 2003) handler beslutningstaking i teamarbeid om å kunne formidle informasjon mellom de ulike teammedlemmene. Det innebærer å ta stilling til hvilke handlingsalternativer som er mest hensiktsmessig (Fletcher et al., 2003). Etersom dette står sentralt i teamarbeidet, viser funnene våre at «Trygg Kirurgi» fungerer som et verktøy hvor eventuelle problemer belyses eller oppdages, og hvor alle teammedlemmene involveres i videre planlegging og beslutningstaking. Eventuelle problemer som de andre profesjonene ikke er klar over kan også belyses.

Å anvende sjekklister kan være en utfordring. Det kan skyldes ulike barrierer som manglende implementering, motstand fra teammedlemmer eller å få alle teammedlemmene til å stoppe opp under gjennomgangen av sjekklisten (Haugen & Leonardsen, 2021).

Informantene påpekte at alle deler av «Trygg Kirurgi» listen var viktig og fremhevet avsluttende kirurgi som et viktig punkt. Dette omhandlet viktige beskjeder om videre behandling. Dersom denne delen ikke ble nøye gjennomgått kunne det føre til feil eller mangelfull medisinsordinasjon (Ronnberg & Lisson, 2015).

For å kunne oppnå god formidling av informasjon på tvers av teammedlemmene (Fletcher et al., 2003), trakk informantene frem «Closed-loop» kommunikasjon som et nyttig verktøy.

I vår studie fremhevet informantene hvordan «Closed-loop» kunne bidra til forebygging av feil gjennom å sikre at informasjon som ble gitt var mottatt og forstått, men at det likevel ikke alltid ble brukt. Samarbeidsproblemer og uro er ofte årsaken til feilmedisinering i anestesien (Haugen et al., 2021). Av erfaring har vi sett at mye informasjon på kort tid kan føre til misforståelser, og at eksempelvis informasjon som er gitt, men som ikke er blitt bekreftet ved bruk av «Closed-loop», har ført til feilordnasjon skriftlig på postoperativt skjema. Informantene mente at «Closed-loop» kommunikasjon kunne bidra til en reduisering av samarbeidsproblemer og misforståelser. For at et team skal kunne fungere er det nødvendig at alle teammedlemmene har teamkompetanse (Husebø & Ballangrud, 2021), og ifølge modellen «The Big Five» vil bruk av «Closed-loop» kommunikasjon bidra til å sikre at informasjon er mottatt og forstått riktig (Salas et al., 2004). I lys av dette kan det diskuteres hvorvidt «Closed-loop» bør iverksettes som et «obligatorisk» kommunikasjonsverktøy for å optimalisere tydeligheten i den tverrfaglige kommunikasjonen. «Closed-lopp» er derimot et kommunikasjonsverktøy som ikke kan ledes, i likhet med verktøyet «Trygg Kirurgi». Hvert teammedlem må derfor være bevisst på å bruke dette aktivt.

Informantene var tydelige på at teamet kunne bli bedre til å kommunisere og samarbeide. Som forslag til tiltak trakk informantene frem undervisning og simulering som to viktige tiltak for å fremme teamsamarbeidet. De mente det ville bidra til et felles fokus på kommunikasjon og informasjonsutveksling. I teorien ser vi at simulering har sine fordeler ved at det bidrar til økte ferdigheter i vurdering og beslutningstaking, og opprettholdelse av prosedyrekunnskaper (Husebø & Rystedt, 2018). Derimot kan det være utfordringer relatert til logistikk i forhold til lokalisering, instruktører, deltakere, materielle ressurser når det kommer til gjennomføring av simulering, samt å ta hensyn til de ulike individenes behov for læring. En simuleringssituasjon kan også skape engstelse og stress (Husebø & Rystedt, 2018). Vi opplever simulering som svært lærerikt og nødvendig, men at materiell og deltakere ikke alltid kan måles opp mot en reell situasjon. Det kan raskt oppleves «kunstig», med et «press» om å prestere. Informantene trakk frem undervisning som et viktig tiltak. Vi har utelukkende positiv erfaring med felles undervisning med operasjonssykepleierstudenter og intensivsykepleiestudenter fra vårt universitet. Felles undervisning og simulering opplever vi som nyttig for å skape kjennskap og forståelse for hverandres oppgaver og funksjon, samt at det bidrar til å øke teamfølelsen. Ut ifra våre funn mener vi derimot at det kunne vært et

ytterligere fokus på teamkommunikasjonen, og undersøkt mulighet for å integrere medisinstudenter i simulering.

8.0 KONKLUSJON

Tydighet i kommunikasjon mellom profesjonene er et viktig element for et velfungerende team. For god arbeidsflyt er det nødvendig med kontinuerlige oppdateringer mellom teammedlemmene i det tverrfaglige teamet. Det er også avgjørende for en bedre anestesi. Relasjonen mellom teammedlemmene har betydning for grad av informasjonsutveksling. Negativt ladet kommunikasjon kan svekke teamarbeidet og kvaliteten på pasientbehandlingen. Mot til å si ifra handler om å ta ansvar. Det er avgjørende for at pasienten skal være trygg under behandling på operasjonsstuen. Det er viktig å spørre ved usikkerhet, fremfor å risikere å gjøre feil. Operasjonsteamet må ha en toleranse for at det stilles spørsmål. Teammedlemmene skal ikke skille mellom «mitt» og «ditt» problem. Pasienten er et felles ansvar på operasjonsstuen. For å oppnå et vellykket teamarbeid er det viktig med et respektfullt samarbeid og en gjensidig forståelse for hverandres arbeidsoppgaver. En høflig tone hvor teammedlemmene er bevisst på hvordan de snakker til hverandre er viktig for å opprettholde et godt samarbeid. Anerkjennelse av hverandres arbeid og kjennskap til de ulike teammedlemmene vil styrke teamfølelsen og opplevelsen av trygghet på operasjonsstuen. Teammedlemmene må kunne «løfte blikket» og hjelpe hverandre. Kompleksiteten av en anesthesisykepleiers arbeidsoppgaver kan føre til samtidighetskonflikter. En forventning om at «alle kan alt», stadig utveksling av team og tidspress utfordrer teamsamarbeidet. Det er derfor avgjørende med en felles situasjonsforståelse. Ved en gjensidig forståelse av hverandres arbeidsoppgaver vil en unngå følelsen av et todelt team og vedlikeholde arbeidsflyten i teamet. For å sikre kvalitet i behandlingen er det nødvendig med felles verktøy for å opprettholde et systematisk og trygt arbeid. Verktøy som anvendes for å sikre et systematisk arbeid og felles informasjon er sjekklister «Trygg Kirurgi», interne dataprogram for felles informasjonsinnhenting og «Closed-loop» kommunikasjon. Det er viktig å sørge for en nøyaktig gjennomgang av «Trygg Kirurgi» og det må være tydelig hvem som har ansvar for gjennomførelsen av denne sjekklister. Hvert enkelt teammedlem må være bevisst på aktiv bruk av «Closed-loop» kommunikasjon for å sikre informasjonsutvekslingen. Felles verktøy involverer også felles undervisning og simulering på tvers av profesjonene.

Opplevelsen av kommunikasjon og teamsamarbeid i det tverrfaglige teamet på operasjonsstuen er stort sett god, men det er rom for forbedring. Tydighet, mot, respekt og felles systemer er avgjørende elementer for et velfungerende operasjonsteam.

9.0 FORSLAG TIL FORBEDRING OG VIDERE FORSKNING

Teammedlemmene i operasjonsteamet må være tydelige med bruk av klare og konkrete beskjeder, ved direkte henvendelser med bruk av navn eller profesjon. Det må være tydelig for alle i teamet hvem som skal kontaktes og hvilket telefonnummer som skal brukes dersom det oppstår en akutt situasjon. Dette kan eventuelt bli et punkt av «Trygg Kirurgi». Man kan også vurdere muligheten for en felles modell som kan bidra til en trygg og effektiv oppgaveutførelse for hele operasjonsteamet (ref. Anesthetists Non-Technical Skills som anvendes av anestesipersonell). Det må rettes et større fokus på bruk av allerede iverksatte verktøy og sikre en nøyaktig gjennomgang av «Trygg Kirurgi». Det bør også være tydelighet rundt hvem som har ansvar for gjennomgangen av sjekklisten. De ulike profesjonene må ha en mer aktiv bruk av dataprogrammet «ORplan», og sørge for at informasjon der er oppdatert og lik for alle. Bruken av sjekklisten «Trygg Kirurgi» bør evalueres og eventuelt utvikle tilpassede versjoner ut ifra seksjon eller type inngrep. Dette kan bidra til å sikre en standardisert og rutinebasert gjennomgang. I tillegg kan et forslag være å iverksette kommunikasjonsverktøyet «Closed-loop» som en obligatorisk kommunikasjonsform.

Et felles teammøte på starten av dagen, med anestesisykepleier, anestesilege, kirurg og operasjonssykepleiere kan skape et grunnlag for et godt teamsamarbeid. Det bør være et ytterligere fokus på tverrfaglig kommunikasjon og samarbeid i undervisning under masterutdannelsen. Felles simulering og trening på tvers av profesjoner kan være fordelaktig for å oppnå bedre forståelse for de ulike profesjonenes arbeidsoppgaver og skape en mer realistisk setting for simulering. Anestesi- og operasjonsavdelingen kan samkjøres ved å lage en oversikt over hvem som skal være på operasjonsstue sammen den kommende dagen. Det kan bidra til mer forutsigbarhet og et trygt arbeidsmiljø. Ledelsen må fortsette å opprettholde en god kultur for samarbeid, gjennom påminnelser, undervisning, møter og teambriefing. Det må være en kultur med aksept for å innrømme feil, slik at det åpner for videre læring.

Videre forslag til relevante forskningsområder kan være;

1. Etterlevelsen av sjekklisten «Trygg Kirurgi»; hvem er ansvarlig for at alle punkter ved sjekklisten gjennomføres eller hvorvidt denne sjekklisten er optimal ved alle inngrep?
2. En studie som kan avdekke kirurgenes eller operasjonssykepleiernes perspektiv av det tverrfaglige samarbeidet på operasjonsstuen; hvilke elementer må ligge til grunn

for et velfungerende teamsamarbeid?

3. Undersøke nærmere bruk og effekt av «Closed-loop» kommunikasjon; vil «Closed-loop» kommunikasjon bidra til en kvalitetssikring av informasjon gitt på tvers av profesjonene på operasjonsstuen?

10.0 FAGLIG SAMARBEID OG NETTVERK

Forskergruppen inkluderer sykepleiefaglig rådgiver ved anesthesiavdelingen ved et universitetssykehus på Vestlandet i Norge og en professor ved det Helsevitenskapelige fakultetet ved Universitetet. Informantene er anestesisykepleiere, uavhengig seksjon ved anesthesiavdelingen ved det aktuelle universitetssykehuset.

LITTERATUR

Aase, K. (2018) Kapittel 1: *Introduksjon*. I Aase, K. (red.), *Pasientsikkerhet, -teori og praksis* (3.utgave, s. 15-22). Universitetsforlaget AS.

Aase, K. & Wiig, S. (2018) Kapittel 6: Læring og uønskede hendelser. I Aase, K. (red.), *Pasientsikkerhet, -teori og praksis* (3.utgave, s. 101-115). Universitetsforlaget AS.

American Society Of Anesthesiologists (2014: 2020). ASA Physical Status Classification System. <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>

Ballangrud, R. & Husebø, S.E. (2018) Kapittel 16: *Strategier og verktøy for teamtrening*. I Aase, K. (red.), *Pasientsikkerhet, -teori og praksis* (3.utgave, s. 252-266). Universitetsforlaget AS.

Birnbach D. J., Rosen L.F., Fitzpatrick M., Paige J.T. & Arheart K. L. (2017). *Introductions During Time-outs: Do surgical team members know one another's Names?* The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 43, 284-288

Bjørnstad, I.C. & T.D. Halstensen (2021) *Peroperativ anesthesisykepleie*. I Leonardsen A.C.L. (Red.), *Anesthesisykepleie* (3. utgave, s. 257-266). Cappelen Damm Akademisk.

Bruun, A. M. G. (2021) Kapittel 1: *Anesthesisykepleierens identitet og kompetanse*. I Leonardsen A.C.L. (Red.), *Anesthesisykepleie* (3. utgave, s. 21-33). Cappelen Damm Akademisk.

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

Costello, J., C. Clarke, G. Gravely, D. D. Ágostino-Rose & R. Puopolo (2011). *Working together to Build a Respectful Workplace: Transforming OR Culture*. *AORN Journal*, 3 (1), 115-126.

Drageset, S., & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien forskning*, 4, 332-335.

Drageset, S. & Haugen, A.S., (2021). Kapittel 12: *Leiring av operasjonspasienten*. I Leonardsen A.C.L. (Red.), *Anestesisykepleie* (3. utgave, s. 219-230). Cappelen Damm Akademisk.

Douglas, N., Demedui, S., Conlan, K., Salmon, P., Chee, B., Sullivan, T., Heelan, D., Ozca, J., Symons, G. & Marane, C. (2021). Surgical caps displaying team members' names and roles improve effective communication in the operating room: a pilot study. *Patient Safety in Surgery*, 15 (27),

Etherington, N., Burns, J. K., Kitto, S., Brehaut, J. C., Britton, M., Singh, S., & Boet, S. (2021). Barriers and enablers to effective interprofessional teamwork in the operating room: A qualitative study using the Theoretical Domains Framework. *PLoS ONE*, 16 (4), 1-19.

Etherington, N., Wu, M., Cheng-Boivin, O., Larrigan, S., & Boet, S. (2019). Interprofessional communication in the operating room: a narrative review to advance research and practice. *Canadian Anesthesiologists' Society*, 66, 1251–1260.

Fletcher, G., Flin, R., McGeorge, P., Glavin, R., Maran, N., & Patey, R. (2003). Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS): evaluation of a behavioural marker system. *British Journal of Anaesthesia*, 90 (5), 580-588.

Flin, R, Patey, R, Glavin, R, & Maran, N. (2010) Anaesthetists' non-technical skills, *British Journal of Anaesthesia*, 105 (1), 38–44.

Forsberg H.H, Athlin Å.M., & Schwarz U.V.T. (2015). Nurses' perceptions of multitasking in the emergency department: effective, fun and unproblematic (at least for me) – a qualitative study. *International Emergency Nursing*, 23, 59–64.

Forskningsetikkloven (2017). Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2017-04-28-23>

Graneheim, U. H., Lindgren, B.M., & Lundman, B. (2017). Methodical challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34.

Graneheim, U. H., Lindgren, B.M., & Lundman, B. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108, 1-6.

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

Görs C, Olin K, Unbeck M, et al. (2019) Tasks, multitasking and interruptions among the surgical team in an operating room: a prospective observational study. *BMJ Open*, 9, 1–12.

Haugen, A.S., Leonardsen, A.C.L. & Brodshaug, I. (2021). Kapittel 5: *Pasientsikkerhet og anestesirelaterte komplikasjoner*. I Leonardsen A.C.L. (Red.), *Anestesisykepleie* (3. utgave, s. 65-84). Cappelen Damm Akademisk.

Haugen, A.S. & Leonardsen, A.C.L. (2021). Kapittel 5: *Pasientsikkerhet og anestesirelaterte komplikasjoner*. I Leonardsen A.C.L. (Red.), *Anestesisykepleie* (3. utgave, s. 82-84). Cappelen Damm Akademisk.

Helseforskningsloven (2008) Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell (LOV-2022-03-25-14). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Husebø, S. E., & Ballangrud, R. (red.) (2021). I kapittel 3: *Teoretiske modeller om teamarbeid og teamtrening*. I *Teamarbeid i helsetjenesten: Fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv* (s.60-90). Universitetsforlaget AS.

Husebø, S. E., Ballangrud, R., & Dieckmann, P. (2021). I kapittel 4: *Hva mangler det av forskning på teamarbeid i helsetjenesten?* I Husebø, S.E. & Ballangrud, R. (red.), *Teamarbeid i helsetjenesten: Fra et kvalitets -og pasientsikkerhetsperspektiv* (s.92-99). Universitetsforlaget AS.

Husebø, S.E. & Rystedt, H. (2018) Kapittel 11: *Simulering innen helsefag*. I Aase, K. (red.), *Pasientsikkerhet -teori og praksis* (3.utgave, s. 173-190). Universitetsforlaget AS.

Hustad, J., (2021). Kapittel 2: *Stress og stressmestring i anestesisykepleierens hverdag*. I Leonardsen A.C.L. (Red.), *Anestesisykepleie* (3. utgave, s. 35-42). Cappelen Damm Akademisk.

International Council Of Nurses (2021) *Guidelines On Advanced Practice Nursing: Nurse Anesthetists*.

https://www.icn.ch/system/files/2021-07/ICN_Nurse-Anaesthetist-Report_EN_WEB.pdf

Laxmisan A, Hakimzada F, Sayan OR, et al. (2007) The multitasking clinician: decision-making and cognitive demand during and after team handoffs in emergency care. *International Journal Of Medical Informatics*, 76, 801–11.

Leonardsen, A.C.L., Ødegården, T. & Haugen A.S., (2021). Kapittel 4: *Forskning og fagutvikling*. I Leonardsen A.C.L. (Red.), *Anestesisykepleie* (3. utgave, s. 55-63). Cappelen Damm Akademisk.

Linda Ronnberg, & Nilsson, U. (2015). Swedish Nurse Anesthetists' Experiences of the WHO Surgical Safety Checklist. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 30(6), 468-475.

Long, J. Jowsey T., Garden A., Hederson K. & Weller J. (2020) The flip side of speaking up: a new model to facilitate positiv responses to speaking up in the operating theatre. *British Journal of Anaesthesia*, 125 (6), 1099-1106.

Lunde E.M. & Ulfeldt, A.M., (2021). Kapittel 9: *Overvåking under anestesi*. I Leonardsen A.C.L. (Red.), *Anestesisykepleie* (3. utgave, s. 166-167). Cappelen Damm Akademisk.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utgave, s. 35-72 og 133-134). Universitetsforlaget AS.

Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26, 1753-1760.

Myklebust, M.V., Storheim, H., Hartvik, M., & Dysvik, E. (2019). Anesthesia Professionals' Perspectives of Teamwork During Robotic-AssistedSurgery. *AORN Journal*, 111 (1), 87-96.

Norsk anesthesiologisk forening & Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk sykepleierforbund. (2016). Norsk standard for anestesi, s. 1

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-anestesiologisk-forening/nyheter/2016/standard-for-anestesi-i-norge/>

Norsk senter for forskningsdata (2020). *Personvernerklæringen*.

<https://www.nsd.no/om-nsd-norsk-senter-for-forskningsdata/personvernerklaering/>

Schwendimann, R., Blatter, C., Lûthy, M., Mohr, G., Girart, T., Batzer, S., Hoffmann, H. (2019). Adherence to the WHO surgical safety checklist: An observational study in a Swiss academic center. *Patient Safety in Surgery*, 13 (1), 14.

Siu, J., Maran, N. & Paterson-Brown, S. (2016). Observation of behavioural markers of non-technical skills in the operating room and their relationship to intra-operative incidents. *The Surgeon*, 14 (3), s. 119-28.

Skaugset L.M, Farrell S., Carney M., et al. (2016). Can you Multitask? evidence and limitations of task switching and multitasking in emergency medicine. *Annals Of Emergency Medicine*, 68, 189–95.

Sundler, A.J., Johansson, E, Johansson, L., & Hedén, L. (2018). *Incidents reported by nurse anaesthetists in the operating room*. *Journal of Interprofessional Care*, 32 (6), 699-705.

Paige, J. T., Garbee, D. D., Bonanno, L. S., & Kerdolff, K. E. (2020). Qualitative Analysis of Effective Teamwork in the Operating Room (OR). *Journal of Surgical Education*, 78 (3), 967 -979.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11. utgave, s. 473-498). Wolters Kluwer.

Russ, S., Rout, S., Sevdalis, N., Moorthy, K., Darzi, A., & Vincent, C., (2013). *Do Safety*

Checklists Improve Teamwork and Communication in the Operating Room? A Systematic Review. Annals of Surgery, 258 (6). 856-871

Salas, E., Sims, D. E., & Burke, C. S. (2005). Is there a “Big Five” in Teamwork? *Small Group Research, 36 (5), 555–599.*

Sandelin, A., & Gustafsson, B. Å. (2015). *Operating theatre nurses’ experiences of teamwork for safe surgery. Nordic Journal of Nursing Research, 35 (3), 179-185.*

Schibevaag, L., Laugaland, K.A. & Aase, K., (2018). Kapittel 8: *Sikkerhet, samhandling og pasientoverganger.* I Aase K. (red), *Pasientsikkerhet - teori og praksis* (3. Utgave, s. 139-140). Universitetsforlaget AS.

Tsesmetsis, C. (2021) Kapittel 25: *Dagkirurgiske pasienter.* I Leonardsen A.C.L. (Red.) *Anestesisykepleie* (3. utgave, s. 357-367). Cappelen Damm Akademisk.

Tørring, B., Gittell, J. H., Laursen, M., Rasmussen, B. S. & Sørensen, E. E. (2019) *Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: An ethnographic study.* BMC Health Service Research, 19, 528.

Undre, S., N. Sevdalis, A. N. Healey, Sir A. Darzi & C.A. Vincent (2006) *Teamwork in the operating theatre: cohesion or confusion?* Journal of Evaluation in Clinical Practice, 12, 2, 182-189.

Varughese, A. M., Buck, D. W., Lane-Fall, M. B., & Gropper, M. A. (2020). Quality improvement in anesthesia practice and patient safety. *Miller's anesthesia 9th ed Philadelphia, PA: Elsevier, Inc, 84-104*

Verdens helseorganisasjon (2008) Surgery safety checklist. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe->

surgery/tool-and-resources

Verdens helseorganisasjon (2021) *Global patient safety action plan 2021-2030. Toward eliminating avoidable Harm in health care. Third draft January 2021.*

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/gpsap/global-patient-safety-action-plan-2021-2030_third-draft_january-2021_web.pdf?sfvrsn=6767dc05_15&download=true

Verdens helseorganisasjon (2009) WHO Guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives.

<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery&publication=9789241598552>

Verdens legeforening (1964: 2013). *Helsinkideklarasjonen.*

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

VEDLEGG 1: PICO skjema

Anestesisykepleie	Kommunikasjon i det tverrfaglige samarbeidet	Pasientsikkerhet, arbeidsmiljø	God kommunikasjon i operasjonsteamet
Teamwork	WHO surgical safety checklist	Compliance	Clear role distribution between nurse anaesthetist and operating nurses
Nurse anaesthetist	Operating room	Surgical safety checklist (ISBAR)	Strategy for optimal teamwork and communication in the operating room
Nurse	Communication	Closed loop communication (Patient) Safety	Safety in the operating room
Surgical nurse	Attitudes	Human error	Good sense of teamwork
Operasjonsstuen	Prevention of communication failures	Experience	Improve work performance
Operating room	Routinely introduction of team	Utfordringer	Human errors
Operating theatre	Clear communication	Challenges	Communication failures (in operating room)
Surgery	ISBAR	Work environment	Healthcare errors
Operative	Closed loop communication	Psychosocial factors	
Perioperative	Role distribution		
Nursing	(communication) Strategy		
Intraoperative	(optimal) teamwork		
Surgical patients	Collaboration strategies		
Surgeons	Tverrfaglig samarbeid		
Operating nurses	Interdisciplinary collaboration		
Interprofessional relations (nurse) Attitudes	Kommunikasjon		
	Communication		
	Multidisciplinary care team		
	Risk assessment		
	Incident reports		
	Multitasking		
	Communications barriers		

VEDLEGG 2: Godkjenning fra PVO (personvernombudet) ved det representative sykehuset

Helse [REDAKERT] - Behandlet

Hei,

Dette er en skriftliggjøring av tilbakemelding til prosjektet når det gjelder ivaretagelse av personvernet, hvorpå vurderingen ble gjort før prosjektet fikk oppstarts godkjenning.

Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved [REDAKERT] Universitetssykehus [REDAKERT]

Den behandlingsansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel 30 pålegger [REDAKERT] å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

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

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i personvern- og helseforskningslovgivningen.

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

1. Prosjektet skal godkjennes av klinikkseksjonen før oppstart.
2. Behandlingen skjer på lovlig, rettferdig og åpen måte med hensyn til de registrerte (art. 5.1 a) ved at disse er grundig informert og har signert samtykkeerklæring.
3. Behandlingen er begrenset til angitt formål (art. 5.1 b), ved at personopplysninger kun samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål.
4. Det samles ikke inn eller lagres flere opplysninger enn det som er nødvendig for formålet (dataminimering/lagringsbegrensning (art. 5.1 c), slik at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet.
5. Prosjektet skal ikke behandle pasientopplysninger.
6. Kravet til lagringsbegrensning (art. 5.1 e) ivaretas ved at personopplysningene ikke lagres lenger enn nødvendig for å oppfylle formålet.
7. Lydfil, samtykkeskjema samt transkriberte materiale skal oppbevares separat fra hverandre.
8. Alle dataene skal slettes/ anonymiseres ved prosjekt slutt 04.05.2022 og sluttmelding skal sendes til PVO.
9. De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter art. 15–20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet..
10. Koblingsnøkkel som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres enten elektronisk på tildelt område på Kvalitetsserveren eller nedlast på prosjektleders kontor og skal slettes ved prosjektslutt 04.05.2022.
11. PVO kontaktinformasjon skal ligge i samtykket: [REDAKERT]
12. Det forutsettes i utgangspunktet at prosjektet følger [REDAKERT] og UiS sine interne rutiner for lagring av data.

Personvernombud har, ut over det som er angitt over, ingen innvendinger til at prosjektet gjennomføres. Det forutsettes at prosjektet gjennomføres som beskrevet og i henhold til personvernforordninger samt øvrige relevante lover og forskrifter.

Med hilsen

[REDAKERT]

Jurist

for
personvernombudet

VEDLEGG 3: Godkjenning for gjennomføring av forskningsprosjekt fra sykepleiefaglig rådgiver ved den representative avdelingen

Søknad om tillatelse ved. kvalitativ studie



Tuesday, 9 November 2021 at 7:07 am

To: Mia Emilie Werner Nøttveit Eigenes; Cc: Lene Woll

Hei

Prosjektet godkjennes under forutsetning av at formelle avklaringer med personvernombud blir gjort.

Lykke til!

Vennlig hilsen

[Redacted]

Sykepleiefaglig rådgiver anesthesiavd/Klinikk A

[Redacted]

Helse Stavanger HF

www.sus.no



Fra: Mia Emilie Werner Nøttveit Eigenes

Sendt: mandag 8. november 2021 20:59

[Redacted]

Kopi: Lene Woll

Emne: Søknad om tillatelse ved. kvalitativ studie

Hei,

Vi er to studenter som tar masterutdannelse i spesialsykepleie med spesialisering i anestesi ved Universitetet i Stavanger, på 2. året. I forbindelse med vår masteroppgave trenger vi deltakere for å kunne gjennomføre en kvalitativ studie. Vår oppgave omhandler informasjonsutveksling i teamarbeidet på operasjonsstuen, sett fra en anestesisykepleiers perspektiv. Vi søker derfor om tillatelse til å utføre individuelle intervjuer av ansatte anestesisykepleiere ved Stavanger Universitetssjukehus.

Hører fra deg,

Mvh. Lene Woll (ansatt ved SUS) & Mia Emilie Werner Nøttveit Eigenes (ikke ansatt ved SUS)

Vil du delta i forskningsprosjektet

Tema: *Tverrfaglig samarbeid på operasjonsstuen*

“Hvordan opplever anestesisykepleiere informasjonsutveksling i det tverrfaglige teamet fra innledning til avslutning av generell anestesi?”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *se nærmere på kommunikasjonen i det tverrfaglige teamet*. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Det er behov for mer kunnskap om hvordan de ulike team-medlemmene opplever teamarbeidet på operasjonsstuen og dets innvirkning på pasientsikkerheten. I vår masteroppgave ønsker vi å belyse kommunikasjon i operasjonsteamet; hvordan utveksling av informasjon foregår mellom teammedlemmene, slik det oppleves fra et anestesisykepleiers perspektiv.

Studiens problemstillingen er; “Hvordan opplever anestesisykepleiere at informasjon blir gitt og mottatt i det tverrfaglige teamet fra innledning til avslutning av generell anestesi?”

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å intervju 10-14 anestesisykepleiere av begge kjønn. Aktuelle inklusjonskriterier vurderer vi følgende: nyutdannet anestesisykepleier (maks 2 år i yrket) og mer erfarne anestesisykepleiere (minst 5 år i yrket). For rekruttering av informanter med tillatelse av avdelingens leder ble det sendt ut mail til alle ansatte anestesisykepleiere med informasjon om studien.

Tillatelse for innhenting av informasjon er gitt fra forskningsavdelingen og personvernombudet ved Stavanger universitetssjukehus.

Hva innebærer det for deg å delta?

Studien baseres på individuelle intervju og vil ta utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide. Vi vil

benytte lydbånd, samt skrive ned feltnotater.

- *Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du stiller til et intervju på ca. 30-45 min. Under intervju vil det stilles åpne spørsmål med mulighet for å kunne dele dine erfaringer. Eksempler på to hovedspørsmål vil være;*

- *Hvordan opplever du informasjonsutveksling i det tverrfaglige teamet på operasjonsstuen?*
- *Kan du fortelle om en gang hvor du opplevde at informasjonsutvekslingen i operasjonsteamet var bra?*

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- *Intervjuene vil avidentifiseres og det oppgis ikke navn på lydopptak. Navn og eventuelle kontaktopplysninger vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Koblingsnøkkelen bli bli oppbevart på en godkjent forskningsserver. Det er kun intervjuere som får tilgang på sensitive opplysninger, data før øvrig vil diskuteres i samråd med veiledere fra UiS og SUS. Lagret datamateriale oppbevares kryptert.*

- *Data samles inn, bearbeides, transkriberes og lagres på nettskjema av Lene Woll og Mia Emilie W. N. Eigenes, studenter ved masterutdannelse i spesialsykepleie, med spesialisering i anestesi ved UiS.*

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes ved eventuell publisering av masteroppgave/artikkel.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 4.mai 2022. Personopplysninger og opptak vil slettes/makuleres etter endt prosjekt.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger og Stavanger Universitetssjukehus har personvernombudet ved Stavanger Universitetssjukehus vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

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

- *Universitetet i Stavanger ved i studentprosjekt må kontaktopplysninger til veileder/prosjektansvarlig fremgå, ikke kun student.*
- *Student Lene Woll (L.Woll@stud.uis.no), student Mia Emilie W. Nøttveit Eigenes (me.nottveit@stud.uis.no), veileder Britt Sætre Hansen (britt.s.hansen@uis.no) og veileder Inger-Brit T. Bakkalia (inger.brit.torkildsen.bakkalia@sus.no)*
- Vårt personvernombud: Stavanger Universitetssykehus (personvernombudet@sus.no) og Universitet i Stavanger (personvernombud@uis.no).

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig:

Lene Woll (ansatt ved SUS) & Mia Emilie W. N. Eigenes (ikke ansatt ved SUS)

Veiledere:

Inger Brit Bakkalia & Britt Sætre Hansen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *“Hvordan opplever anestesisykepleiere at informasjon blir gitt og mottatt i det tverrfaglige teamet fra innledning til avslutning av generell anestesi?”*, og har fått anledning til å stille spørsmål.

- Jeg samtykker til å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 5: Intervjuguide

Spørsmål 1:

Hvordan opplever du informasjonsutveksling i det tverrfaglige teamet på operasjonsstuen?

Beskjeder til deg som anestesisykepleier?

Beskjeder fra deg som anestesisykepleier?

Spørsmål 2:

Kan du fortelle om en gang hvor du opplevde at informasjonsutvekslingen i operasjonsteamet var bra?

Eksempelvis en gang i løpet av den siste tiden?

Spørsmål 3:

Kan du fortelle om en gang eller en situasjon hvor informasjonsutvekslingen i operasjonsteamet ikke fungerte?

Eksempelvis en gang i løpet av den siste tiden?

Hva gjorde at informasjonsutvekslingen ikke fungerte?

Har du eksempler på utfordringer som du mener kan påvirke informasjonsutvekslingen?

Spørsmål 4:

Har du forslag til hva som kan forbedringer informasjonsutvekslingen i operasjonsteamet?

På personnivå.

På organisatorisk/ledelse nivå.

Underspørsmål 1:

Opplever du forskjell i informasjonsutvekslingen innad i teamet ved korte vs lange inngrep?

Underspørsmål 2:

Du kan ha hørt riktig informasjon, men likevel gjort feil, hva tenker du er årsaken?

Stikkord/huskeliste med tema vi ønsker å få dekket under intervjuet:

- o «Slurv» med «Trygg Kirurgi» ved kortere inngrep?
- o Personavhengig teamarbeid?
- o Nyutdannet vs. erfaren
- o Kommunikasjon mellom anestesi og operasjonssykepleier, kommunikasjon mellom
- o anestesisykepleier og kirurg, og kommunikasjon mellom anestesisykepleier og

- o anestesilege
- o Utydelig videre plan
- o Antibiotika eller ikke? /Tromboseprofylakse?
- o Heparin?
- o Reversering, eks. motgift heparin eller muskelrelaksering?
- o Riktig dosering/Feilmedisinering?
- o Stabile vitalia hos pasienten?
- o «Trygg Kirurgi», etterlevelse av gjennomførelse og effekt
- o Ikke tilstrekkelig “Trygg Kirurgi” - negativ konsekvens?
- o Ukjente på operasjonsstuen?
- o «Closed-loop» kommunikasjon
- o Misforståelser
- o Uønskede hendelser
- o Vansker med å ta ordet
- o Å bli hørt
- o Rolleforståelse
- o Teamstruktur
- o Hierarki

VEDLEGG 6: Den kvalitative innholdsanalysen

Underkategori	Kategori	Hovedkategori
God dialog mellom anestesi og operasjonssykepleier	<i>Det er som regel en opplevelse av tilfredstillende kommunikasjon i operasjonsteamet</i>	Tydelighet i kommunikasjon mellom profesjonene
Viktigheten av tydelig kommunikasjon og informasjonsutveksling i operasjonsteamet		
God kommunikasjon og informasjonsflyt fører til bedre teamsamarbeid		
Opplevelse av tyngde ved informasjon gitt fra anestesi	<i>Viktigheten av å bli hørt i teamet</i>	
Det er viktig med alles oppmerksomhet på operasjonsstuen når det gis felles beskjeder		
Anestesi blir ikke alltid hørt på forslag til tross for lang erfaring		
Andre i teamet hever som regel stemmenivået når de gir beskjeder til anestesi.		
Det kan være mangel på kommunikasjon	<i>Noen ganger oppleves kommunikasjonen i operasjonsteamet utilfredstillende</i>	
Det kan være mangel på bruk av closed loop kommunikasjon i intense situasjoner		
Informasjonsutvesking kan påvirkes av måten vi snakker og henvender oss til hverandre på, og slik svekke samarbeidet		
Nedlatende holdning og mangel på gjensidig respekt kan føre til at vi ikke blir oppfattet/forstått		

Gode forberedelser preoperativt trenger ikke å bety adekvat kommunikasjon perioperativ		
(Det kan være) Mangel på tydelige beskjeder mellom sender og mottaker		
Alle teammedlemmene har et ansvar for å spørre ved usikkerhet og informere etter behov	<i>Alle teammedlemmene har et ansvar for å ivareta pasientsikkerheten</i>	Mot til å si ifra
Teammedlemmene må ha en toleranse for at kolleger spør		
Enkelte tar ikke ansvar - "ikke deres problem"		
Alle teammedlemmene har et felles ansvar for at Trygg Kirurgi blir gjennomført		
En holdning for å lære av feil		
Dobbelkontroll av riktig behandling	<i>Være nøyaktig i arbeidet for å sikre god kvalitet av pasientbehandlingen</i>	
Det er alltid en risiko med anestesi og det kirurgiske inngrepet		
Kvalitet av behandling skal være like god uavhengig av type inngrep eller varighet		
Det er som regel tydelig kommunikasjon i anestesi teamet	<i>Teamet kan oppleves delt mellom anestesi og operasjon</i>	Et respektfullt samarbeid og en forståelse for hverandres arbeidsoppgaver
Samarbeidet mellom anestesisykepleier og operasjonssykepleier oppleves naturlig		

Anestesisykepleieren opplever utfordringer relatert til at det er et relativt selvstendig yrke		
Ingen å dobbelkontrollere medikamenter med		
Man får "høre det" dersom man ikke følger med under time-out, til tross for at vi har mye å gjøre		
Det er god kommunikasjon anestesi imellom men <u>variabel</u> med kirurg		
Det skal være et samarbeid mellom alle teammedlemmene	<p><i>For å oppnå et respektfullt samarbeid er det nødvendig at teammedlemmene har fokus på å ivareta arbeidsmiljøet</i></p>	
Teammedlemmene skal ta hensyn til hverandre		
Det skal være fokus på å gjøre hverandre gode		
Alle i teamet er avhengige av hverandre		
Å trives på jobb		
Normal folkeskikk mellom teammedlemmene gir et godt arbeidsmiljø		
Opplevelse av teamfølelse er ulik		
Å gi hverandre tilbakemeldinger		
Å se hverandres arbeid og bidrag		
Å se hverandres arbeid og bidrag øker teamfølelsen		

En opplevelse av et dårlig arbeidsmiljø og samarbeidsklima	<i>Mangel på et respektfullt samarbeid kan føre til et dårlig samarbeidsklima og kan svekke teamfølelsen</i>	
Dårlig kommunikasjon kan føre til et dårlig arbeidsmiljø		
Unnlatelse av presentasjon av teammedlemmene kan svekke teamfølelsen		
Lengre inngrep kan føre til redusert teamfølelse		
Mangel på forståelse når anesthesi har det travelt eller opplever problemer	<i>Teammedlemmer kan ha mangel på situasjonsforståelse relatert til de andre spesialitetenes arbeidsoppgaver</i>	
Om teammedlemmene har en felles situasjonsforståelse er personavhengig		
Alle i teamet bør vite når situasjoner tillater spørsmål og snakk		
Det må være en felles situasjonsforståelse innad i teamet		
Å ikke forstyrre unødig		
At alle teammedlemmer er klare og at pasienten er klarert ordentlig før han tas inn på stuen		
Det kan være utfordrende dersom det er uklar ledelse i teamet		
Som erfaren anestesisykepleier har en økt kjennskap til teamet og oppgavene	<i>Det er nødvendig at alle i teamet har kjennskap til hverandre, inkludert erfaringsnivå</i>	

Som nyutdannet er en gjerne mer sårbar på grunn av mangel på kjennskap, kunnskap og erfaring		
Å kjenne teammedlemmene og deres erfaring skaper trygghet		
Det kan bli mer utfordrende å samarbeide når en ikke har kjennskap til hverandre		
Presentasjonsdelen av Trygg Kirurgi blir ikke alltid gjennomført		
Det er viktig å ha en forståelse for de ulike profesjonenes rolle	<i>Det kan være mangel på rolleforståelse på tvers av profesjonene</i>	
Å forstå når andre i teamet er opptatt eller har behov for informasjon		
Inngrep med lavere komplikasjonsrisiko fører til mindre informasjonsutveksling	<i>Kvaliteten av teamsamarbeidet og informasjonsflyt kan være situasjonsbetinget</i>	
Verktøyet Trygg Kirurgi forkortes ofte ved "enkle" kirurgiske inngrep		
Rutinebasert arbeid kan føre til mindre informasjonsflyt		

Lengre inngrep krever som regel mer informasjonsutveksling		
Uventede hendelser øker informasjonsflyten		
Det er viktig at alle får tilstrekkelig informasjon om pasienten før han tas inn på stuen	<i>Forståelse for at ulike inngrep krever ulike forberedelser</i>	
Lengre inngrep krever ofte mer forberedelser		
Noen teammedlemmer er lettere å samarbeide med enn andre	<i>Dynamiske faktorer påvirker teamsamarbeidet</i>	
Hvordan time-out gjennomføres i teamet kommer ann på operatøren på stuen		
Ulik opplevelse av informasjonssutveksling ut ifra hvem man jobber med i teamet		
Ulik opplevelse av informasjonssutveksling avhenger av operasjonsstue og inngrepslengde, men uavhengig seksjon		
Det kan være utfordrende med kommunikasjon i akutte situasjoner		
Akutte situasjoner kan være kaotiske		

Akutte situasjoner kan bidra til tydeligere kommunikasjon i teamet		
Utfordringer relatert til stadig utveksling av teammedlemmer		
Det er utfordrende å ikke vite hvem man skal jobbe med/ mange ulike personligheter å forholde seg til		
Opplevelse av støy og avbrytelser		
Det finnes utfordringer som hindrer eller svekker informasjonsflyten som; mumling bak munnbind, autoritetsangst, for mye informasjon på kort tid eller for lite informasjon og samtidighetskonflikter		
Avbrytelser, forstyrrelser og støy kan føre til utfordringer knyttet til medsinhåndtering og kan føre feil		
<u>Stress</u> ved samtidighetskonflikter, akutt situasjoner og mange folk, kan redusere fokus/konsentrasjon		
Det kan være utfordringer relatert til prosedyrer og rutiner		
Det kan være utfordrende når andre i teamet har forventinger om at alle kan alt		
Travelt fordi en må få gjennom operasjonsprogrammet		
En glemmer mer når en har dårlig tid		
Gjennomførelse av trygg kirurgi involverer kvalitetsikring	<i>Kvaliteten på gjennomførelsen av Trygg Kirurgi kan variere</i>	Felles verktøy for opprettholdelse av et systematisk arbeid
Trygg Kirurgi kan bli nedprioritert ved korte eller komplikasjonfrie inngrep		

Trygg kirurgi blir ikke alltid grundig gjennomført på grunn av forglemmelser eller at "alle snakker og ingen hører		
Trygg kirurgi blir ikke alltid grundig gjennomført på grunn av forglemmelser eller at "alle snakker og ingen hører		
Noen sa men ingen gjorde	<i>Closed-loop kommunikasjon styrker informasjonsutvekslingen og fanger opp eventuelle feil</i>	
Viktig å bekrefte informasjonen ved bruk av closed loop		
Kommunikasjonen kan forbedres gjennom tydelighet og skikkelig bruk av allerede iverksatte verktøy (eks. Trygg kirurgi)	<i>Fokus på samarbeid på tvers av profesjonene og en god samarbeidskultur</i>	
Felles simulering og undervisning med alle profesjonene i teamet		
Mangel på felles undervisning grunnet koronapandemien		
Kunne mer om hva de andre profesjonene gjør/mer kunnskap om de andre profesjonenes oppgaver		
Å ha fokus på en kultur for samarbeid		
Ledelsen kan bidra til forbedring		
Å ha et felles teammøte på starten av dagen		
Dataprogrammet ORplan er et godt verktøy for felles informasjonsinnhenting		

VEDLEGG 7: COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) Checklist

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	19
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	16
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	16
Gender	4	Was the researcher male or female?	16
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	16
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	16
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	17
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	16
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	15, 19
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	21
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	17
Sample size	12	How many participants were in the study?	17
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	17
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	29
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	N/A
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	16, 19
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	19
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	N/A
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	19
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	19
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	19
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	17-18
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	23

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	20
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	20-21
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	20
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	18-19
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	23
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	N/A
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	21-23
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	26
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	41-53

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

VEDLEGG 8: «Trygg Kirurgi»

Forberedelse <i>før innledning av anestesi</i>	Time-out <i>før operasjonsstart</i>	Avslutning <i>før hovedoperatør forlater operasjonsfeltet</i>
<p>Har pasienten bekreftet?</p> <input type="checkbox"/> Identitet <input type="checkbox"/> Operasjonsfelt <input type="checkbox"/> Type inngrep	<p>Er alle i teamet presentert for hverandre med navn og funksjon?</p> <input type="checkbox"/> Ja	<p>Teamet gjennomgår muntlig:</p> <input type="checkbox"/> Hvilke inngrep er gjennomført?
<p>Er operasjonsfeltet merket?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt	<p>Kirurg, operasjonssykepleier, anestesilege og anestesisykepleier bekrefter muntlig:</p> <input type="checkbox"/> Hva er pasientens navn? <input type="checkbox"/> Hva er planlagt prosedyre, operasjonsfelt og -side? <input type="checkbox"/> Er pasienten i rett leie?	<input type="checkbox"/> Stemmer antall instrumenter, kompresser/duker, nåler og utstyr forøvrig (eller ikke aktuelt)?
<p>Er anestesisjekk utført og medikamenter kontrollert?</p> <input type="checkbox"/> Ja	<p>Gjennomgang av potensielt risikofylte hendelser</p> <p>Kirurg:</p> <input type="checkbox"/> Hva er forventet blodtap? <input type="checkbox"/> Er det noen risikofaktorer teamet bør kjenne til? <input type="checkbox"/> Er det behov for spesielt utstyr eller ekstra undersøkelser? <input type="checkbox"/> Hva er forventet varighet av operasjonen?	<input type="checkbox"/> Er prøvematerialet riktig merket (inklusive pasientens identitet) og lagt på riktig medium?
<p>Har pasienten:</p> <p>Kjent allergi?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	<p>Anestesilege og anestesisykepleier:</p> <input type="checkbox"/> Hva er pasientens ASA-klassifikasjon? <input type="checkbox"/> Er det særlige risikofaktorer ved anestesen som teamet bør kjenne til?	<input type="checkbox"/> Har det vært problemer med utstyret som det skal varsles om?
<p>Vanskelig luftvei / risiko for aspirasjon?</p> <input type="checkbox"/> Ja, og utstyr / assistanse er tilgjengelig <input type="checkbox"/> Nei	<p>Operasjonssykepleier:</p> <input type="checkbox"/> Er steriliteten på instrumentene bekreftet (inkludert indikatorer)? <input type="checkbox"/> Er det utfordringer knyttet til bruken av utstyret?	<input type="checkbox"/> Hva er viktig for postoperativ behandling av denne pasienten?
<p>Risiko for >500 ml blodtap? (>7 ml / kg hos barn)</p> <input type="checkbox"/> Ja, og adekvat intravenøs tilgang og væske er tilgjengelig <input type="checkbox"/> Nei	<p>Spesielle infeksjonsforebyggende tiltak</p> <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt <input type="checkbox"/> Er antibiotikaproylaks fullført i løpet av de siste 60 minuttene? <input type="checkbox"/> Er tiltak for å forebygge hypotermi iverksatt? <input type="checkbox"/> For pasienter med diabetes: Er blodsukkeret innenfor normalområdet?	<p>Lokale tillegg</p>
<p>Risiko for hypotermi?</p> <input type="checkbox"/> Ja, og tiltak er planlagt eller iverksatt <input type="checkbox"/> Nei	<p>Er tromboseprofylakse gitt?</p> <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei: Hvorfor _____	
<p>Er nødvendig billedinformasjon tilgjengelig?</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		

Sjekkliste for trygg kirurgi

Versjon 2.1/ 18 01 2010

