



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Omvårdnadsvetenskap
15 hp, avancerad nivå
Anestesi/operation
2010/2011

**SAMARBETET PÅ
OPERATIONSSALEN - PERSONALENS
UPPFATTNING OM FRÄMJANDE OCH
HINDRANDE FAKTORER**

**COOPERATION IN OPERATING ROOM
- STAFF PERCEPTION OF
PROMOTING AND INHIBITORY
FACTORS**

Författare: Maria Lundius Kastenfalk & Erika Fessy Málaga

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Inom hälso-och sjukvården har samarbete vuxit fram som en organisationsform. Kunskap om hur vårdpersonal uppfattar samarbete är värdefullt för en fortsatt utveckling av organisationen och för att säkra god vård.

Syfte: Syftet med denna studie var att undersöka undersköterskans, anestesijuksköterskans och operationssjuksköterskans uppfattning av samarbetet på operationssalen samt vilka främjande och hindrande faktorer som påverkade samarbetet.

Metod: Som metod valdes en deskriptiv design med kvantitativa data. Ett frågeformulär har använts för att uppnå syftet med studien. Frågeformuläret har inspirerats av ”The Operating Room Management Attitudes Questionnaire”. Totalt 38 frågeformulär med medföljande informationsbrev delades ut till 12 operationssjuksköterskor, 13 anestesijuksköterskor och 13 undersköterskor. Personalen informerades om studien muntligen på en arbetsplatsträff (APT).

Resultat: Resultatet visade att de främjande faktorerna för ett fungerande samarbetet är god kommunikation, personkemi, kompetens, teamträning, checklista och konstruktiv kritik. De hindrande faktorerna för ett fungerande samarbete som framkom i resultatet var att det inte gavs tid för reflexion, bristande resurser gällande personal och utrusning samt trång arbetsmiljö.

Konklusion: Om kommunikationen fungerar mellan professionerna samt att tid ges för reflexion främjas i sin tur samarbetet och patientsäkerheten vilket minskar vårdskador.

Nyckelord: Samarbete, Patientsäkerhet, Anestesisjuksköterska, Operationssjuksköterska, Undersköterska

ABSTRACT

Background: Cooperation as a form of organisation has become more and more important within the health services. Knowledge of how health professionals perceive cooperation is valuable for the further development of the organization and to ensure good care.

Aim: The purpose of this study was to investigate an assistant nurse's, nurse's anesthetist and surgical nurse's the perception of cooperation in the operating room, as well as the promotion and prevention factors affecting cooperation.

Method: The method was a descriptive design with quantitative data. A questionnaire was used in order to achieve the purpose of the study. The questionnaire is inspired by "The Operating Room Management Attitudes Questionnaire". A total of 38 questionnaires with an accompanying information letter was distributed to 12 surgical nurses, 13 nurse anesthetists and 13 assistant nurses. The staff were informed about the study orally in a department meeting.

Results: The results showed that the promoting factors for an effective collaboration is good communication, personal chemistry, expertise, teamtraining, checklist and constructive criticism. The disincentives for a functional cooperation that emerged in the result, was that there was no time for reflection, a lack of staff resources, shortage of equipment and cramped working conditions.

Conclusion: A well functioning communication between professions, where time for reflection is given encouraging cooperation, which in turn promotes patient safety and thereby reduces preventable harm.

Keywords: Cooperation, Patientsafety, Nurse Anesthetist, Surgical Nurse, Assistant Nurse

Innehållsförteckning

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	2
2.1	Samarbete	2
2.2	Främjande faktorer för ett fungerande samarbete	2
2.2.1	Checklista	4
2.2.2	Reflektion	5
2.3	Hindrande faktorer för ett fungerande samarbete.....	5
2.3.1	Stress.....	7
2.4	Kompetensbeskrivning.....	9
3	Problemformulering	10
4	Syfte	10
5	Metod.....	11
5.1	Design	11
5.2	Urval	11
5.3	Genomförande	12
5.4	Dataanalys.....	12
6	ETISKA ASPEKTER	12
7	RESULTAT.....	13
8	DISKUSSION	18
8.1	Metoddiskussion.....	18
8.2	Resultatdiskussion	19
9	Konklusion	21
	REFERENSER	23
	Bilagor.....	31

1 INLEDNING

På operationsenheten arbetar vårdpersonal av olika yrkesgrupper. Detta gör att alla måste ha förståelse för varandras profession för att samarbetet ska fungera optimalt. Som studenter inför kommande yrkesroll som anesthesi och operationssjuksköterskor väcktes intresset för ämnet tidigt under vår introduktion på operationsenheten. Författarna märkte att samarbetet på operationssalen fungerade bättre när personalen var rak och tydlig i sin kommunikation, gemensamt hade gått igenom nästkommande operation samt startade operationen med att använda den aktuella checklisten vilket också ökar patientsäkerheten. Ett fungerande samarbete i ett operationslag är förutsättningen för en god arbetsmiljö och personligt välbefinnande, men också för att främja patientsäkerheten varför vi blev intresserade av att studera detta.

2 BAKGRUND

2.1 Samarbete

Enligt Nationalencyklopedin (2010) definierades samarbete som ”arbete som bedrivs av två eller flera tillsammans med ömsesidigt syfte”.

Schmalenberg & Kramer (2008); Taylor (2001) definierade samarbete som att man arbetar tillsammans. Det som påverkade samarbetet var kön, hierarki, kommunikation, makt, försvar och yrkesbekräftelse. Personalen kände sig påverkade vid olika beslut som skulle tas, grupstrycket blev ofta för stort och man vågade inte stå på sig.

Det framkom i Burke, Salas, Wilson-Donnelly & Priest (2007) studie att arbetslag bestående av experter med olika specialiteter förekommer allt oftare inom vården men ett expertteam bildas inte automatiskt.

2.2 Främjande faktorer för ett fungerande samarbete

Taylor (2001) uppgav att de främjande faktorerna för ett gott samarbete var: aktivt lyssnande, respekt för andras känslor, ta upp konflikter då de uppstår, samt att det ansågs viktigt att se skillnad på bestämdhet och aggressivitet. En kompetent ledare och att rannsaka sig själv i olika konflikter var nödvändiga förutsättningar för ett fungerande samarbete.

Det var viktigt enligt Schmalenberg och Kramer (2008) att känna att man hade kompetenta kollegor. Det var också viktigt att känna att man hade stöd från avdelningschefen och att man fick uppskattning från medarbetare.

Manias & Street (2000) såg stödande kommunikation som en central komponent i samarbete. Detta kunde yttra sig som uppmuntrande blickar, att sitta nära, vara receptiv och bekräftande, men även att ha ett korrekt språk.

Att använda humor i lagarbetet var främjande framförallt för att upprätthålla det känslomässiga och emotionella engagemang i arbetet med människor. Då utvecklar man en emotionell flexibilitet både för patienten och för teamet (Dean & Major, 2008). Faktorer för att främja samarbetet var definierat som förmågan att känna gemenskap genom att uppskatta olikheter i tro, principer, normer, kultur och värdegrunder, där ingick också att känna förtroende till arbetskollegorna och att kunna anpassa sig. Det visade sig att de som hade högst utbildning var de som trivdes bäst på sina arbetsplatser och hade högst tillit till sina arbetskamrater (Beheri, 2009). Ett gott ledarskap, erfaren

personal, utbildning och individuell motivation är viktiga aspekter för sammansättningen av ett team (Silén-Lipponen, Tossavainen, Turunen & Smith, 2005). Säkerhet är en grundläggande princip i omvårdnad och är viktigt vid kvalitetssäkring av vården (WHO, 2005). Enligt Eide & Eide (2006) var goda professionella kommunikationsfärdigheter bra både för patient och för vårdgivare. För att föra en god kommunikation i omvårdnad krävdes både empati och respekt för patienten. Att aktivt lyssna på den andre parten var att visa empati och samtidigt visa ett intresse och fokusera uppmärksamheten på den andre. Förmågan att vara uppmärksam och förmågan att lyssna var två grundläggande områden för kommunikationsfärdigheter. De menade vidare att god kommunikation kunde betraktas som en form av kontinuerlig kvalitetssäkring av den omvårdnad som utfördes. Vidare visade det sig att personal med goda samtalsfärdigheter lättare förstod patienterna och kunde bidra till en ökad trygghet i besvärliga situationer. Bättre kommunikationsfärdigheter reducerade stress och risk för felbehandlingar samtidigt som det fanns en möjlighet för vårdgivaren till självreflektion och självutveckling (a.a.).

Kalisch & Aebersold (2006) kom fram till att när kommunikation och samarbete fungerade var det mindre risk för vårdskador och därmed ökade patientsäkerheten. Det var därför viktigt att belysa vilka faktorer som påverkade dessa processer, det ledde till ökade kunskaper och bidrog därmed till en ökad patientsäkerhet.

(Mills, Neily & Dunn, 2007) menade att dålig kommunikation i operationssalen kan äventyra patientsäkerheten. En bra organisation, god kommunikation och ett bra samarbete gjorde att patientsäkerheten ökade och att arbetsmiljön främjades på ett positivt sätt. Detta styrktes även i Flin et al. (2006) där det även framkommer att ett gott ledarskap, teamträning och lyhördhet för sina kollegors önskemål ökade patientsäkerheten.

Einav et al. (2010) menade att om arbetslaget ges tid till att ha en genomgång av sin operation och det material som behövs så ökar patientsäkerheten.

Det framkom i en studie av Hurlbert & Garret (2009) att om operationssalarna anpassas efter en viss specialitet, så att aktuell utrustning inte flyttas mellan operationssalarna underlättade det för personalen och patientsäkerheten ökade.

Ett gott samarbete på operationssalen gjorde att patientsäkerheten ökade, operationstiden blev kortare och arbetet flöt på bättre, det framkom även att ett väl tränat operationslag hade färre komplikationer orsakade av den mänskliga faktorn än icke tränade operationslag. Teamträning för personalen i operationssalen ökade

patientsäkerheten och främjade samarbetet mellan personalen samt att personalen hade lättare för att föra en bra kommunikation med varandra (Catchpole et al., 2007; Neily et al., 2010).

2.2.1 Checklista

Som ett led i kampanjen att minska antalet dödsfall inom kirurgin har WHO (2008) tagit fram en checklista (The World Health Organization Safe Surgery Checklist), en rutin bestående av kontrollfrågor som operationslaget tillsammans går igenom före, under och efter operationen. Checklistan arbetades fram genom ett samarbete med kirurger, sjuksköterskor, anestesilog, patientsäkerhetsexperter och patienter över hela världen. Målet var att stärka inarbetade säkerhetsrutiner och att förbättra samarbetet och kommunikationen mellan olika yrkesgrupper inom sjukvården.

Att ha en standardiserad checklista innan operationsstart där hela operationsteamet är delaktigt, där olika utvalda kategorier ska ingå, har visat sig i Haynes et al studie minska både dödlighet och komplikationer relaterade till operationen. De har också visat sig att samarbetet och kommunikationen främjades av införandet av checklistan. (Haynes et al., 2009).

Wong et al. (2010) menade att införandet av checklistan på operationssalen endast var en del i patientsäkerhetsarbetet. De menade att team träning var en större del i patientsäkerheten och att checklistan var ett hjälpmedel i samarbetet kring patienten och patientsäkerheten.

Lyons (2010) gjorde en studie mellan åren 2002-2010 och införde en checklista på en neurokirurgisk operationsavdelning och följde även upp de problem och brister som uppstod under operationerna. De flesta var relaterade till den mänskliga faktorn och han menade att team träning var det effektivaste sättet att minimera dessa problem. Det framkom även att om operationslaget skulle ha en genomgång av utrustning, lokal samt ingrepp innan patienten togs in på operationssalen skulle detta främja patientsäkerheten ytterligare och minska risken för felbehandling eller missförstånd (Lyons, 2010).

Detta styrks även av (Lingard et al., 2008) studie där det framkom att kommunikationen i operationslaget styrktes ytterligare vid ”briefing” innan patienten kom till operationssalen.

2.2.2 Reflektion

Enligt svenska akademiens ordlista (2010) betyder ordet reflektion, återspeglning eller återkastning. Eide & Eide (2006) har påvisat att spegling var både lärorikt och tillfredsställande om den som gav gensvaret gjorde det på ett bra sätt. Viktigt var att i ge feedback på ett sådant sätt att den andre inte hamnade i en försvarsposition utan istället lärde sig något av det. I Gustafsson, Asp & Fagerberg (2008) studie framkom det att reflektion i grupp bidrog till att sjuksköterskorna kände att när de fick en bekräftelse från andra kollegor som upplevt samma sak underlättade detta jobbiga situationer. Genom delad reflektion upplevde sjuksköterskorna att de fick en bättre sammanhållning i arbetsgruppen vilket också ledde till ett bättre samarbete. Sjuksköterskorna tyckte att det var lättare att reflektera med personer som de kände, t ex kollegor men att de upplevde att reflektionen hade olika kvalitet beroende på vilka kollegor som var i gruppen. Vissa kollegor var lättare att reflektera med. Alla kände att det fanns ett behov av att få uttrycka sig och få förståelse från andra i personalgruppen (Gustafsson, Asp & Fagerberg 2008).

2.3 Hindrande faktorer för ett fungerande samarbete

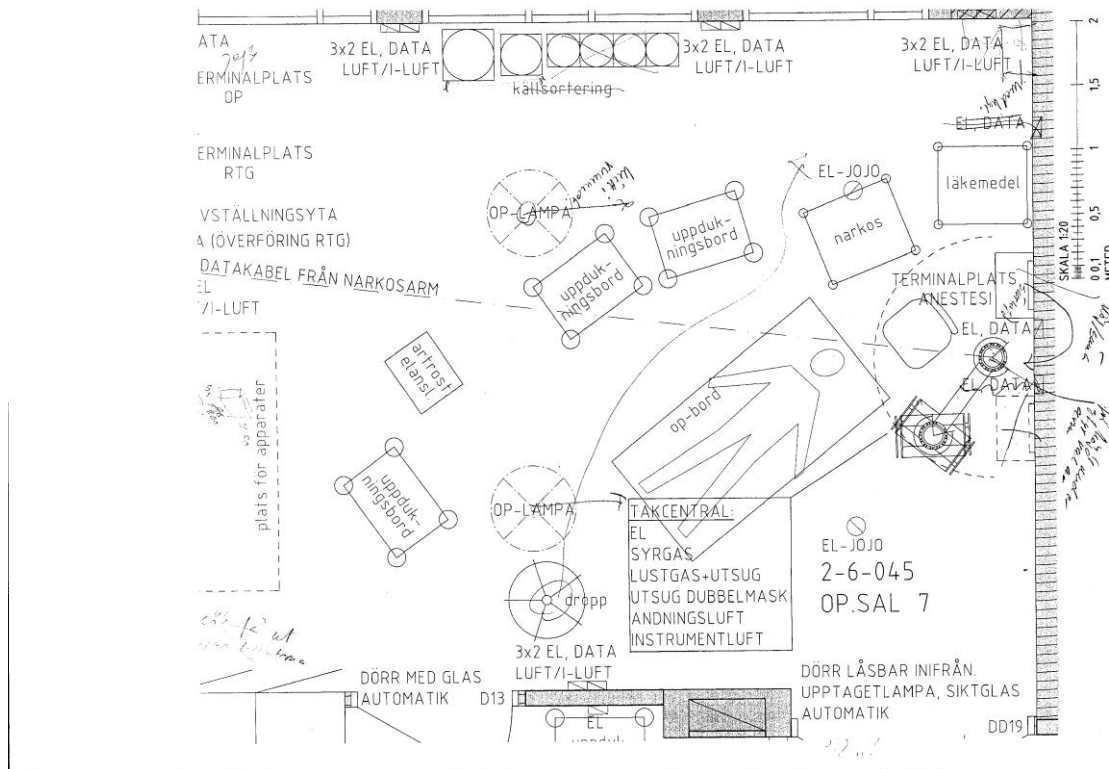
Kritik, aggression och att vara negativ var faktorer som påverkade samarbetet negativt. En oklar och för bred arbetsbeskrivning var en bidragande orsak till att det var svårt att utföra sitt arbete på ett tillfredsställande sätt. Vidare så tyckte sjuksköterskorna att det var frustrerande att försöka vara alla till lags (Taylor, 2001; Schmalenberg & Kramer, 2008). Garcia Vivar (2006) påvisade att en extremt diktatorisk och maktfull avdelningschef som inpräntar rädsla och disciplin hos sina sjuksköterskekollegor hade negativ påverkan på samarbetet. Ett sådant beteende från avdelningschefen bemöttes med tystnad och passivitet då sjuksköterskorna visade sig vara rädda att förlora sina jobb. Arbete i en operationssal kan jämföras med att flyga ett stort flygplan med passagerare. Piloten och andrepiloten har det yttersta ansvaret för passagerarna men även för övrig personal ombord på flygplanet. Ett misstag skulle kunna få fruktansvärda konsekvenser. I en operationssal är det kirurgen och anestesiläkaren som har ansvar för patienten. Ett misstag kan leda till döden för patienten vilket gör att det kan jämföras med piloten och andrepiloten. Med denna liknelse menade de att det är av stor vikt att teamträning görs för personal som ska arbeta i en operationssal (Gore et al., 2010).

Enligt Koneczny (2009) är ergonomin och arkitekturen på en operationssal sällan optimal. Operationssalarna är ofta små, många är gamla och då ej heller anpassade för dagens verksamhet.

Svensk förening för Vårdhygien (2010) har tagit fram ett dokument där det styrs hur lokalerna ska anpassas efter sin verksamhet (se figur 1 och 2). Lokalerna inom operationsavdelningen bör placeras på ett sådant sätt att inga onödiga transportvägar uppstår och uppdukningsrum där känsligt material förvaras får ej vara genomgångsrum. Bara personal som är ren/sterilklädd har tillträde till operationsrummet och ventilationen ska vara anpassad för operationsmiljö. Operationssalen ska hålla måtten 60 m² för allmän kirurgi och ortopedi samt 85 m² för hybridsal. En hybridsal är en högteknologisk operationssal där man på ett optimalt sätt kan kombinera modern röntgenteknik med kirurgi. Tekniken gör det också möjligt att utveckla moderna operationsmetoder vilket leder till mindre ingrepp och lindrigare komplikationer och ett bättre resultat för patienten. Preoperativ handtvätt/desinfektion ska finnas i direkt anslutning till operationssalen (Svensk förening för Vårdhygien, 2010).



Figur 1. Exempel hur en operationssal kan se ut. (YIT Sverige AB, 2011-02-08)



Figur 2 Ritning över operationssal på det aktuella sjukhuset där studien genomfördes

I en studie av Flin et al. (2006) var det många sjuksköterskor som upplevde att ledningen inte lyssnade när de tog upp problem och bekymmer. Detta kunde även leda till att misstag uppstod. En resursbrist som författarna Riley och Manias (2005) skrev om var svårigheten att erhålla tid till förbättringsarbeten. Olofsson et al. (2003) studie påvisade att personalen kände av när de blev mycket trötta och lättirriterade, vilket drabbade först medarbetarna och i slutändan patienterna. Lingard, Garwod, & Poenaru (2004) ansåg att bristande resurser gällande personal och utrustning kunde ge kommunikationsproblem. Kollegor skyllde förseningar i schemat på varandra och hårda ordväxlingar kunde uppstå. De framhöll att det var lätt att hamna i en ond cirkel.

2.3.1 Stress

Enligt Nationalencyklopedin (2010) definieras stress enligt följande ”något som utlöses av fysiska och mentala påfrestningar, stressorer, som individen har begränsad möjlighet att påverka”.

Hall (2004) har i en studie intervjuat sjuksköterskor som angav att svår arbetsrelaterad stress utlöste ilska och sömnsvårigheter, vilket gjorde att de ifrågasatte sin egen förmåga och fasade för att gå tillbaka till jobbet.

Enligt Coe & Gould (2007) är arbetet inom hälso och sjukvården ofta relaterat till stress. I studien framkom det att personalen ofta arbetade under hög arbetsbelastning och stor tidspress. Detta blev ofta ännu tydligare i en operationssal med olika professioner som ska samarbeta och mycket teknisk utrustning som ska handhas. Ett bra samarbete var då en hörnsten för att få arbetet på operationssalen att fungera. Allt för ofta så blev det konflikter på operationssalen och kunde äventyra patientsäkerheten då arbetsmiljön blir ännu mer påfrestad.

Silèn-Lipponen et al. (2005) fann att tidsbrist var en annan faktor som påverkade stressen. Läkare pressar personal att arbeta snabbare i en redan stressig miljö, vilket ledde till irritation och många tvingades arbeta övertid utan att få visad uppskattning för detta. Kommunikationen blev lidande och misstag begicks lättare. Stressfyllda och ostrukturerade situationer ledde ofta till ogynnsamma konsekvenser.

I forskning som rör stress specifikt bland anestesijuksköterskor har Perry (2005) påvisat att stress upplevs inom många olika områden. Han beskrev att denna personalgrupp upplevde patientrelaterad stress som till exempel sövning av barn, svårigheter att intubera och oväntade dödsfall på operationsbordet men även administrativ stress som hög arbetsbelastning, högt produktionstryck, brist på personal och svårt att ta rast (Perry, 2005).

Hustads (2007) nordiska studie gjord på anestesijuksköterskor och deras erfarenheter av stress beskrev stress i förhållande till medarbetare, ledning och administration. Hustad menade att stress i relation till medarbetare ofta är knutet till rollkonflikter. Konflikter som uppstår vid osäkerhet med inhyrda eller oerfarna anestesiläkarens kompetens samt konflikter som är knutna till meningsskiljaktigheter mellan anestesijuksköterskan och operationssjuksköterskan.

Vidare menade Hustad (2007) att stress också skapades av ökade produktionskrav, mindre tid till omsorg, låg bemanning, brist på stöd från chefer, lågt inflytande och små möjligheter att påverka.

Samarbetssvårigheter och bristfällig kommunikation mellan olika yrkeskategorier inom operationsverksamheten nämndes ofta som de tyngsta orsakerna till känsla av stress (Perry, 2005; Kingdon & Halvorsen, 2006).

I Sexton, Teasley, Cox & Carroll (2007) studie visade det sig däremot att sjuksköterskor som arbetade på operationsavdelning har en positivare uppfattning om sin arbetsmiljö än sjuksköterskor som arbetade på andra avdelningar. Sjuksköterskor som var verksamma på operationsavdelningar på mindre sjukhus var mer nöjda med sin arbetsmiljö och arbetsbelastning och upplevde ett större stöd från organisationen än de på större sjukhus.

Ett gott samarbete och bra teamwork minskade stressen hos personalen. Personal som upplevde ett bra lagarbete tyckte att det uppkom mindre konflikter, bättre patientsäkerhet och det i sig ledde till mindre stress. Det framkom även att personal som roterade på olika salar inte kände sig lika trygga och säkra på sina uppgifter och det ledde till ökad stress (Hull, Arora, Kassab, Kneebone & Sevdalis, 2011).

Olofsson, Bengtsson & Brink (2003) beskrev att sjuksköterskor uppfattade en känsla av maktlöshet när det inte fanns tillräckligt med tid vilket minskade möjligheterna att ta hand om patienterna på ett bra sätt.

Hillhouse & Adler (1997) har kommit fram till att det var inte endast patientantalet som hade betydelse för att sjuksköterskorna skulle känna sig stressade. Det var kombinationen av konflikter med medarbetare, mycket att göra och antalet patienter som åstadkom det.

Silén-Lipponen et al. (2005) framställde hur olösliga problem, meningsskiljaktigheter, omogenhet, fientlighet och aggressivt beteende hos lagmedlemmarna fick sjuksköterskor att känna sig stressade och överansträngda. Dispyter under operationen kunde leda till överhettade känslor som kunde äventyra patientsäkerheten genom att misstag begicks.

2.4 Kompetensbeskrivning

Enligt Högskoleförordningen (2006:1053) utbildningen på avancerad nivå skall huvudsakligen bygga på de kunskaper som studenterna får inom utbildning på grundnivå. Utbildningen på avancerad nivå skall innebära fördjupning av kunskaper, färdigheter och förmågor i förhållande till utbildning på grundnivå. En sjuksköterska med genomgången specialistsjuksköterskeexamen som anesthesi eller operationssjuksköterska ska visa fördjupad kunskap att på egen hand och i samråd med patienten kunna identifiera vårdbehov och utföra en vårdplan. Specialistsjuksköterskan ska även kunna leda och utvärdera vårdåtgärder som behövs för att gynna hälsa, och förebygga ohälsa För specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot

anestesisjukvård ska utbildningen leda till förmåga att ansvara för tillsyn och genomförande av lokal och generell anestesi, analgesi och sedering i samband med operationer, undersökningar och behandlingar av patienter samt visa förmåga att använda sina specialistkunskaper vid stora olyckor och katastrofer (Högskoleförordningen, 2 006:1053).

För specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot operationssjukvård ska utbildningen leda till att ansvara för aseptik, instrumentering, infektions- och komplikationsförebyggande åtgärder i samband med operationer, behandlingar och undersökningar av patienter samt förmåga att hantera biologiska preparat samt visa förmåga att använda sina specialistkunskaper vid stora olyckor och katastrofer (Högskoleförordningen, 2 006:1053).

För undersköterskan finns ingen generell gällande kompetensbeskrivning. I dagsläget är det verksamhetschefen som ska ta fram en lokal rutin för undersköterskans kompetensbeskrivning.

3 PROBLEMFORMULERING

På en operationssal arbetar olika professioner vilket kräver ett gott samarbete för att ge patienten en god och säker vård. Stress, trånga och slitna lokaler, tidsbrist samt otydlig kommunikation är hindrande faktorer för ett bra samarbete på operationssalen. Brist i kunskaper för varandras professioner samt tid till reflektion, otydlig kommunikation och ett dåligt ledarskap hindrar bra samarbetet på operationssalen som i sin tur minskar patientsäkerheten.

Påverkar dessa faktorer personalens uppfattning av samarbete?

4 SYFTE

Syftet med studien är undersöka operationssjuksköterskans, anestesisjuksköterskans och undersköterskans uppfattning av samarbetet på operationssalen om främjande och hindrande faktorer som påverkade samarbetet.

5 METOD

5.1 Design

Som metod valdes en deskriptiv design med kvantitativa data. Polit & Beck (2008) ansåg att metod måste bestämmas utifrån vad som lämpar sig bäst utifrån forskningsfrågor och syfte då metodvalet påverkar resultatet. Ett frågeformulär var bästa sättet att ta reda på studiens syfte. Frågeformuläret (bilaga 1) som har använts har inspirerats från ”The Operating Room Management Attitudes Questionnaire” (Flin et al., 2006). Frågeformuläret har testats på 2 anestesijuksköterskor och 2 operationssjuksköterskor som sedan exkluderades från studien då det efter detta har reviderats i mindre skala. I frågeformuläret skattade den utvalda personalen olika påståenden från 1-5 där 1 är ”håller inte med alls” och 5 är ” håller med helt” baserat på en Lickert skala samt en del ja och nej frågor med följdfrågor och även öppna frågor för mer uttömmande svar. Totalt innehöll frågeformuläret 16 frågor varav 8 frågor besvarades enligt Likertskalan, 5 ja och nej frågor med följdfrågan att de ska motivera sitt svar samt 2 frågor där respondenterna fick rangordna från 1-5 och 1 övrig fråga för möjlighet till ytterligare synpunkter.

Likertskalan är en skala där forskaren mäter olika attityder hos respondenten. Attitydmätningen utgår ifrån en observation av en eller flera reaktioner från individerna. Måttenheten bestäms genom olika sifferskalor eller genom negativa/positiva påståenden för att få fram index över flera enkelställda frågor. Respondenten får då markera i vilken grad han/hon instämmer i frågorna (Polit & Beck, 2008).

5.2 Urval

På det aktuella sjukhuset arbetar 13 operationssjuksköterskor, 15 anestesijuksköterskor och 18 undersköterskor, totalt 46 st. Inklusionskriterierna var att den aktuella personalen skulle vara i tjänst och ej föräldralediga eller långtidssjukskrivna. Totalt 38 frågeformulär med medföljande informationsbrev (bilaga 2) delades ut till 12 operationssjuksköterskor, 13 anestesijuksköterskor och 13 undersköterskor. Personalen informerades om studien muntligen på ett APT.

5.3 Genomförande

Frågeformulären delades ut under en 2 veckors period. De fick med sig ett kuvert och lämnade sedan in de ifyllda frågeformulären i författarnas postfack. Författarna delade ut frågeformulären personligen. Där det inte varit möjligt som till den personal som tjänstgjorde under natten har författarna lämnat frågeformulären i deras postfack och sedan ringt upp dem på kvällen och ombett dem att fylla i frågeformuläret.

Frågeformuläret behandlades konfidentiellt vilket framgick i medföljande brev.

Författarna fanns tillgängliga om frågor skulle uppstå.

5.4 Dataanalys

Sammanställning av materialet gjordes gemensamt av författarna för att få med så mycket information som möjligt. Fråga 1-8 som har lickertskala analyserades av författarna genom att sammanställa de olika svaren från de olika yrkeskategorierna och utifrån det räknade författarna ut ett medelvärde som sammanställdes i tabellform se tabell 1. Fråga 9-13 kategoriserades systematiskt och sorterades i olika grupper och redovisades i löpande text. Fråga 14-15 analyserades och författarna fick fram kategorier och sammanställde dessa i tabellform där det som respondenterna rangordnade som 1:a rang och 5:e rang redovisas. Fråga 16 analyserades och delades upp i grupper och redovisades i löpande text.

Därefter valdes citat ut för att belysa de grupper som framkommit i de semistrukturerade svaren (Polit & Beck, 2008).

6 ETISKA ASPEKTER

Projektplanen har muntligen och skriftligen presenterats för verksamhetschefen på det sjukhus som studien utfördes på och fått ett muntligt och skriftligt godkännande.

Studien var utformad efter de etiska riktlinjer som finns gällande vid omvårdnadsforskning. Deltagarnas personliga integritet skyddades samt att de fick saklig, tydlig och lättförståelig information där det även framkom att deltagandet var frivilligt. Frågeformulären har förvarats inlåsta och behandlats konfidentiellt (Polit & Beck, 2008).

Projektplan och personalinformationen granskades av Röda Korsets Högskolas granskningsnämnd för empiriska studentarbeten.

7 RESULTAT

Av 38 utlämnade frågeformulär besvarades 25 vilket motsvarar 66 %. Det externa bortfallet var 13 stycken (34 %). Av 13 utlämnade frågeformulären till undersköterskor, så svarade 8 där 2 stycken var mellan 30-40 år och hade en yrkeserfarenhet mellan 16-25 år, 4 stycken var mellan 41-50 år och hade en yrkeserfarenhet mellan 16-26 år samt 2 stycken mellan 51-65 år och hade en yrkeserfarenhet mellan 15-30 år. Av 12 utlämnade frågeformulär till operationssjuksköterskor, så svarade 9 där 2 stycken var mellan 30-40 år med en yrkeserfarenhet mellan 1-4 år, 2 stycken var mellan 41-50 år med en yrkeserfarenhet mellan 10-20 år och 5 stycken mellan 51-65 år med en yrkeserfarenhet mellan 20-44 år. Av 13 utlämnade frågeformulär till anestesijüksköterskor, så svarade 8 där 2 stycken var mellan 30-40 år med en yrkeserfarenhet mellan 1-5 år, 4 stycken mellan 41-50 år med en yrkeserfarenhet mellan 6-14 år samt 2 stycken mellan 51-65 med en yrkeserfarenhet mellan 23-36 år. Det fanns inget internt bortfall då alla inlämnade frågeformulär användes i studien. De tillfrågade uppfattade att samarbetet fungerade på operationssalen men att det fanns faktorer som kunde förbättras, och de gånger samarbetet fungerade sämre var det ofta personbundet. Resultatet på fråga 1-8 visade att det råder konsensus mellan professionerna då det inte fanns några stora skillnader i svaren (se tabell 1). Personaltätheten fick låga poäng av alla kategorier och förtroendet för sina kollegors kompetens fick höga poäng av alla kategorier. Det visade sig att i undersköterskegruppen ansåg 6 (n=8) att patientsäkerheten fick tillräckligt stor fokus på arbetsplatsen samtidigt som bara 4 (n=17) av operationssjuksköterskorna och anestesijüksköterskorna ansåg att det gavs tillräckligt stor fokus på patientsäkerheten. De tillfrågade uppfattade också att när patienten är på sal gör alla sitt yttersta för att sätta patientsäkerheten i fokus, de ansåg att personalen gör så gott de kan utifrån de resurser som finns tillgängliga.

Tabell 1

Operationssjuksköterskors (Opssk), anestesijuksköterskors (Anssk) och undersköterskors (usk) skattning av del olika påståendena på en skala från 1 till 5 där 1 är ”håller inte med alls” och 5 är ”håller med helt”. Medelvärdet redovisas.

Fråga	Opssk	Anssk	Usk
1. Jag har tillräckligt goda kunskaper för att utföra mitt arbete på ett tillfredställande sätt.	3,5	4,6	4,5
2a. (opssk) Jag tycker att mina kollegor i arbetslaget har tillräckligt goda kunskaper för att utföra sitt arbete på ett tillfredsställande sätt	-	4,1	4,5
2b. (usk) Jag tycker att mina kollegor i arbetslaget har tillräckligt goda kunskaper för att utföra sitt arbete på ett tillfredsställande sätt	4	3,8	-
2c. (anssk) Jag tycker att mina kollegor i arbetslaget har tillräckligt goda kunskaper för att utföra sitt arbete på ett tillfredsställande sätt	4,3	-	4,5
3. Jag tycker att vi tillsammans (i arbetslaget) har tillräckligt goda kunskaper för att utföra arbetet på ett tillfredsställande sätt.	4	3	4
4. Jag tycker att kommunikationen i arbetslaget fungerar bra på operationssalen.	4,3	3,9	3,8
5. Jag tycker att mina kollegor i arbetslaget lyssnar på mig	4,4	3,8	3,6
6. Samarbetet med att iordningställa och förbereda för nästa operation fungerar bra på operationssalen.	4,1	3,6	3,6
7. Jag tycker att det finns tillräckligt med personal för att utföra vårt arbete	2,3	2,5	1,5
8. Jag har tillräckligt goda kunskaper för att använda aktuell utrustning på ett korrekt och säkert sätt.	4	4,5	3,9

De lagar och författningar som finns ansågs följas i den mån de kunde. Det framkom att om personalen kände glädje när de gick till jobbet och kände att de gjorde ett tillfredställande arbete så fungerade samarbetet bättre. Personalen uppfattade även att de flesta gjorde så gott de kunde för att patienterna skulle känna sig trygga.

”När patienten är på sal är fokus riktat mot patienten.” (Operationssjuksköterska)

Den hårda arbetsbelastningen som upplevdes ansågs vara ett skäl till att patientsäkerheten kunde ligga i riskzonen. Det framkom även att personalen inte upplevde att patientsäkerheten hade så stort fokus från ledningen det var viktigare med kvantitet istället för kvalitet. Personalbristen, det höga tempot och många patienter samtidigt gjorde att personalen tappade fokus och blev trötta vilket de ansåg vara en risk för patienterna.

”Få personal, högt tempo, många patienter samtidigt, man blir trött och tappar fokus.”

(Operationssjuksköterska)

Ingen av de tillfrågade ansåg att det fanns tid för reflektion. De flesta ansåg att det var tiden som inte räckte till, de stod på sal tills det var dags att gå hem.

”För högt tryck på personalen. Operationer pågår många gånger in på jourtiden.”

(Anestesisjuksköterska)

De hade sällan gemensam fikarast på eftermiddagen, vilket kunde ha varit ett bra tillfälle för just reflektion. De tyckte att reflektion var ett bra tillfälle att effektivisera arbetet på operationssalen då det gavs tid till att lyfta fram problem som uppstått under dagen, detta skulle även göra att samarbetet fungerade bättre och man får förståelse för varandras yrkesroller.

”Önskar att teamet kunde samlas efter operationsprogrammet var slut och reflektera”

(Operationssjuksköterska)

Att det var just tidsbrist som var en bidragande faktor till att reflektion inte kunde genomföras framkom klart och tydligt men det ansågs även vara något som cheferna inte prioriterade.

”Det finns aldrig tid till detta och är heller inte något som cheferna prioriterar.”

(Undersköterska)

Endast 4 (n=25) ansåg att datorerna användes till annat än det de var avsedda för varför det heller inte ansågs som en orsak till eventuella samarbetsproblem eller irritationsmoment.

Av de tillfrågade tyckte 20 (n=25) inte att brister och problem synliggjordes. De ansåg att det inte fanns tid för detta och att när det fanns tid avsatt t.ex. vid arbetsplatsträffar, då pratades det bara om besparingar och hur personalen ska bli snabbare och effektivare. De upplevde också att kritik ofta gavs på ett dåligt sätt, det blev mer personligt istället för sakligt.

De tillfrågade tyckte att tiden är för knapp för att hinna med sitt arbete.

”Hög arbetsbelastning är orsaken, orkar inte ta sig tid med någonting”

(Undersköterska)

”Alla som jobbar gör sitt yttersta men pga. personalbrist och därmed tidsbrist så blir ofta inskolningar bristfälliga” (Operationssjuksköterska)

Tabell 2. Undersköterskornas (n=8) Anestesisjuksköterskors (n=8) Operationssjuksköterskor (n=9) rangordning av de fem viktigaste ämnena för att samarbetet ska fungera (1: a rang =viktigast; 5: e rang = mindre viktig)

Ämne	Yrkeskategori	1: a rang	5: e rang
Kommunikation	Undersköterska	6	0
	Anestesisjuksköterska	2	0
	Operationssjuksköterskan	6	0
Samarbetet	Undersköterska	1	0
	Anestesisjuksköterskan	1	1
	Operationssjuksköterskan	1	0
Patientsäkerhet	Undersköterskan	1	0
	Anestesisjuksköterskan	2	0
	Operationssjuksköterskan	2	0
Kunskap	Undersköterskan	0	0
	Anestesisjuksköterskan	1	0
	Operationssjuksköterskan	0	1
Reflexion	Undersköterska	0	0
	Anestesisjuksköterska	1	0
	Operationssjuksköterskan	0	1

Undersköterskan och operationssjuksköterskan rangordnade kommunikationen högst medan anestesisjuksköterskan hade en större spridning i vad som rangordnades högst se tabell 2. Samarbete och patientsäkerhet rangordnades som 2: a och 3: e av de olika

professionerna 13 (n=25). Kommunikationen har visat sig vara ett centralt begrepp som respondenterna tycker är viktigt för att främja samarbetet på operationssalen.

Tabell 3. Undersköterskors (n= 8) Anestesisjuksköterskan (n=8) Operationssjuksköterskan (n=9) förslag till förbättring för samarbetet (1: a rang =viktigast; 5: e rang = mindre viktig)

Ämne	Yrkeskategori	1: a rang	5: e rang
Kommunikation	Undersköterska	1	0
	Anestesisjuksköterska	1	0
	Operationssjuksköterskan	1	0
Samarbetet	Undersköterska	1	0
	Anestesisjuksköterskan	1	0
	Operationssjuksköterskan	2	0
Utbildning	Undersköterskan	1	0
	Anestesisjuksköterskan	1	2
	Operationssjuksköterskan	1	0
Planering	Undersköterskan	1	1
	Anestesisjuksköterskan	2	0
	Operationssjuksköterskan	3	0
Reflexion	Undersköterska	4	0
	Anestesisjuksköterska	3	0
	Operationssjuksköterskan	2	1

Reflektion var något som rangordnades högst av 9 (n=25) tillfrågade som en förbättringsåtgärd för att främja samarbetet på operationssalen se tabell 3. Av alla kategorier så rangordnades planering och samarbete som 2: a och 3: e rang av 13 (n=25) respondenter som ett förslag på förbättringsåtgärd för att främja samarbetet. Några synpunkter och citat från den övriga frågan nummer 16.

På jourtid ansågs samarbetet fungera bättre, då hjälptes alla åt på ett annorlunda sätt.

”Hjälpas åt som vid jourpass, varför fungerar inte detta på dagtid?” (Undersköterska)

Det framkom att samarbetet fungerade olika bra beroende vem man arbetade med för dagen, det fungerade bättre med vissa och då kände man sig mer tillfreds och upplevde att arbetet flöt på bättre. Det framkom även av flera att teamträning på operationssalen skulle underlätta och främja samarbetet. Att ta hänsyn och respektera varandras professioner ansågs även vara något som skulle främja samarbetet på operationssalen. *”Teamträning behövs för att få en ökad förståelse för varandras professioner och då skulle samarbetet bli bättre” (Anestesisjuksköterska).*

8 DISKUSSION

8.1 Metoddiskussion

På operationssalen arbetar professioner som undersköterskor, anestesisjuksköterskor, operationssjuksköterskor, anesthesiolog och kirurg. Anesthesiolog och kirurg har exkluderats då tiden inte hade räckt till för en så stor studie. Kompetensbeskrivningen ansåg författarna var relevant att ha med i bakgrunden för att kunna se om resultatet påverkas om personalen är hög eller lågutbildad. Tolkar respondenterna frågorna i frågeformuläret på samma sätt relaterat till utbildningsgrad.

Studien är gjord på en liten grupp undersköterskor, anestesisjuksköterskor och operationssjuksköterskor vilket leder till att resultatet inte kan generaliseras.

Svarsfrekvensen var 66 % (n=25) vilket gav ett externt bortfall på 34 % (n=13) som enligt Esaisson, Gilljam, Oscarsson, & Wängnerud (2007) är normalt om de externa bortfallet är mellan 20-35 %. Ett större bortfall behövde inte heller orsaka några problem då fördelningen var jämn utifrån de olika typer eller tillhörande grupper av respondenter som undersöktes. Svarsfrekvensen var 25 av 38 tillfrågade, 8 undersköterskor, 9 operationssjuksköterskor och 8 anestesisjuksköterskor som svarade på frågeformuläret.

Om alla frågeformulär hade delats ut personligen hade kanske svarsfrekvensen varit högre samt om ett påminnelsebrev hade delats ut till samtliga efter 1 vecka. Deltagarna hade endast 14 dagar på sig att besvara frågeformuläret vilket kan vara en faktor som påverkade svarsfrekvensen. En högre svarsfrekvens hade kanske uppnåtts om inte personalen hade varit så hårt belastade vid tidpunkten för studien.

Frågeformuläret som har använts testades på olika yrkeskategorier som t ex anesthesisjuksköterska och operationssjuksköterska men inte på en undersköterska vilket hade behövts då det framkommit att en del undersköterskor upplevde det svårt att fylla i vilket då kan ha gjort att svarsfrekvensen minskade i denna yrkesgrupp.

Likertskalan har använts och Polit & Beck (2008) betonar vikten av att denna typ av skalor bör ha ojämnt antal nummer vilket den har i studiens frågeformulär.

Frågeformuläret innehöll även ja och nej frågor med möjlighet för respondenterna att utveckla sitt svar med egna ord det för att belysa uppfattningen av hindrande och främjande faktorer på operationssalen som i sin tur kunde ge viktiga data för studien. Den demografiska datan är minimal med endast ålder och yrkeserfarenhet uppdelat i 3 olika åldersgrupper. Det hade dock varit av intresse att se om längre yrkeserfarenhet gör att man skattar annorlunda men vi valde att inte ta med detta i resultatet då studien är gjord på en liten klinik så det skulle bli svårt att behandla uppgifterna konfidentiellt.

Att skatta sin egen kompetens kan vara svårt och det finns en risk när deltagarna skattar sig själva, så skriver de vad de tror att andra förväntar sig att de ska kunna inte vad de själva känner (Polit & Beck, 2008).

Intervjuer hade kunnat ge ett annorlunda och ett djupare resultat och då fått mer detaljerade uppgifter hur de olika yrkesgrupperna upplever samarbetet på operationssalen. Dock kan det vara svårt att få personal att ställa upp eftersom det är känsliga frågor och en liten klinik så det skulle bli svårt att behandla uppgifterna konfidentiellt.

8.2 Resultatdiskussion

Studiens syfte var att undersöka uppfattningen av främjande och hindrande faktorer som kan påverka samarbete hos operationssjuksköterskor, anesthesisjuksköterskor och undersköterskor. Resultatet visade att majoriteten av respondenterna tyckte att ett fungerande samarbetet berodde på vilka man arbetade med i operationssalen, detta oavsett profession. I genomsnitt så låg medelvärdet över fyra på de första åtta frågorna i frågeformuläret vilket kan tolkas som att personalen var nöjd med sin egen och sina kollegors kompetens. Kommunikation nämndes som en fördel i samarbetet, när alla yrkeskategorier kom till tals med sin specifika information så påverkade det samarbetet positivt samt att patientsäkerheten främjades.

Kalisch & Aebersold (2006); Flin et al. (2006) bekräftar dessa hypoteser dvs. att när kommunikation och samarbete fungerade då minskade risk för vårdskador och patientsäkerheten ökade.

För att ha ett bra samarbete är det oftast inte yrkeskategorierna som avgör utan det är personkemin vilket har framkommit i studien. Personalen upplevde mindre stress när de arbetade med någon där personkemin stämde, de tyckte att arbetet blev effektivare och upplevde då arbetet mindre stressigt, vilket även har framkommit i Hull et al. (2011) studie där ett gott samarbete minskade stressen hos personalen och färre konflikter uppstod. Det framkom även att om de lagar, författningar och rutiner följs på arbetsplatsen så uppkom det färre konflikter vilket främjade samarbetet på operationssalen samt ökade patientsäkerheten.

Firth-Cozens, (2001); McCallin & Bamford, (2007) uppgav att multiprofessionella team var bättre för alla, både patienter och personal men teamen måste underhållas för att fungera optimalt, team arbetade mer effektivt när kollegorna kände ett förtroende för och litade på varandra, viktigt att underhålla relationerna inom teamet så att ett gott samarbete främjas, detta var även något som fram kom i studien då respondenterna önskade mer teamträning för att främja samarbetet och minska stressen. Efter att checklistan infördes på operationssalarna uppfattade respondenterna att patientsäkerheten hade blivit bättre då kritiska moment och risker informerades redan innan operationsstart. Detta har även framkommit i Wong et al. (2010) studie men där kom de även fram till att införandet av checklistan bara är en liten del i patientsäkerhetsarbetet. Den största delen är att det ges tillfälle för teamträning.

Frågan angående personalstyrkan skattades lägst oavsett yrkeskategorier med ett medelvärde på 2,1. De tillfrågade upplevde det stressigt att hinna med sitt operationsprogram och detta framkom även i Coe & Goulds (2007) & Hustad (2007) studie att personalen upplevde det stressigt med en konstant hög arbetsbelastning och stor tidspress.

De tillfrågade uttryckte att samarbetet skulle kunna vara bättre om det gavs tid till reflektion efter arbetsdagens slut. Det skulle ge möjlighet att lyfta fram problem och brister och hitta eventuella lösningar till dessa. Mindre irritation i arbetslaget skulle förbättra arbetsmiljön. Det skulle även leda till ökad förståelse mellan de olika yrkeskategorierna samt främja patientsäkerheten. Liknande resultat har även visat sig i Gustafsson, Asp & Fagerberg (2008).

Undersköterskorna tyckte att patientsäkerheten hade stort fokus på arbetsplatsen. Detta skilde sig ganska mycket då 6 (n8) av undersköterskorna uppfattade att patientsäkerheten fick stort fokus i jämförelse till operationssjuksköterskor och anestesijuksköterskor där endast 4 (n17) ansåg detta. De upplevde att det var viktigare att operationsprogrammet blev klart i tid än att patientsäkerheten prioriterades.

Vad är det som gör att det är så stor skillnad?

Då det är stor skillnad i utbildningsnivå mellan de olika professionerna så funderar författarna på om det är så att patientsäkerhet tolkas på olika sätt. Det vore intressant att se vad de olika professionerna tycker att patientsäkerhet är, hur de tolkar ordet patientsäkerhet och vad det innebär för just dem.

Resultaten visade att bristande resurser gällande personal och utrustning gav kommunikationsproblem som i sin tur kunde äventyra patientsäkerheten.

Nuförtiden är det högaktuellt att kvalitetssäkra vården men om personalen inte känner att fokus läggs på patientsäkerheten så kan man fråga sig om det är en kvalitetssäker vård?

Arbetsmiljön i en operationssal är inte alltid optimal då det är trånga och slitna lokaler vilket leder till att irritationsmoment uppstår, detta är en hindrande faktor för samarbetet då personalen ofta känner frustration över att inte kunna utföra sitt arbete på ett tillfredsställande sätt.

En del i personalen kände frustration över att ledningen inte tog deras synpunkter och problem på allvar. Det gör att de kände att det viktigaste är att producera, inte på vilket sätt det produceras. De tillfrågade tyckte att det bara handlar om ekonomi.

I Bono, Jackson, Foldes, Vinson & Muros (2007) studie visade det sig att en chef har stort inflytande på personalen, beroende på hur ledarskapet utövas. Det framkom även att ett gott ledarskap gynnar produktion och patientsäkerhet.

9 KONKLUSION

Enligt studiens resultat har det framkommit att ett bra samarbete på operationssalen kan främja patientsäkerheten och öka trivseln hos personalen. Detta då det skulle uppstå färre problem relaterade till konflikter inom operationslaget. Ökad förståelse för varandras professioner skulle kunna leda till ett bättre samarbete med en ökad patientsäkerhet som följd. En främjande åtgärd skulle vara att problem som uppstår under dagen lyftes i ett tidigt skede t ex vid reflektion vid arbetspasset slut vilket

förhoppningsvis skulle resultera i att det inte uppstod igen. En hindrande orsak till ett bra samarbete var att många uttryckte frustration över att ledningen uppfattades prioritera kvantitet istället för kvalitet vilket gav uttryck för en känsla av stress och otillräcklighet.

Skulle effektiviteten i operationssalen bli bättre om det gavs tid till reflektion efter arbetspassets slut vilket kunde leda till att samarbetet blev bättre, patientsäkerheten främjades och personalen kände sig mindre stressad.

Eftersom detta är en studie med litet underlag kan inte resultatet generaliseras.

Ytterligare forskning på större deltagargrupper skulle vara intressant, där läkare inkluderas samt att påvisa skillnader mellan yrkeserfarenhet och genus. En jämförelse mellan olika sjukhus skulle även vara av intresse samt att med en kvalitativ intervjustudie ha möjlighet att belysa ämnet djupare och då fånga en helhetsbild av samarbetet.

REFERENSER

Beheri, W.H. (2009). Diversity Within Nursing Effects on Nurse-Nurse Interaction, Job Satisfaction, and Turnover. *Nursing Administration Quarterly*, 33(3), 216–26.

Bono, J.E., Jackson- Foldes, H., Vinson, G. & Muros, J.P. (2007). Workplace Emotions: The Role of Supervision and Leadership. *Journal of Applied Psychology* 92(5), 1357-1367.

Burke, C.S., Salas, E., Wilson-Donnelly, K & Priest, H. (2007). How to Turn a Team of Experts into an Expert Medical Team: Guidance from the Aviation and Military Communities. *Qual Saf Health Care* 2004(13), 96-104.

Catchpole, K., Giddings, A., Wilkinson, M., Hirst, G., Dale, T. & de Laval, M. (2007). Improving patient safety by identifying latent failures in successful operations. *Surgery*, 142(1), 102-110.

Coe, R. & Gould, D. (2007). Disagreement and aggression in the operating theatre. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 609-618.

Dean, R.A.K. & Mayor, J. E.(2008). From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. *Journal of Critical Nursing*. 17, 1088-1095.

Eide, T. & Eide, H. (2006). *Kommunikation i praktiken – relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. Malmö: Liber AB.

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

Esaisson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H. & Wängnerud, L.(2007). *Metodpraktikan*: Stockholm: Norstedts Juridik AB.

Flin, R., Yule, S., McKenzie, L., Paterson-Brown, S. & Maran, N. (2006). Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. *Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh & Ireland*. 4 (3), 145-51.

Firth-Cozens, J. (2001). Multidisciplinary teamwork: the good, bad, and everything in between. *Quality in Health Care*, 10, 65-69.

García Vivar, C. (2006). Putting conflict management into practice: a nursing case study. *Journal of Nursing Management*, 14(3), 201–06.

Gore, D., Powell, J., Baer, J., Sexton, K., Richardsson, J., Marshall, D., Chinkes, D. & Townsend Jr, C. (2010). Crew Resource Management Improved Perception of Patient Safety in the Operating Room. *American Journal of Medical Quality*. 25 (1), 60-63.

Gustafsson, C., Asp, M. & Fagerberg, I.(2008). Reflection in night nursing: a phenomenographic study of municipal night duty registered nurses conceptions of reflection. *Journal of Clinical Nursing* 18, 1460-1469.

Hall, D. S. (2004). Work-related stress of registered nurses in a hospital setting. *Journal of Nurses in Staff Development*, 20(1), 6-14.

Haynes, A., Weiser, T., Berry, W., Lipsitz, S., Breizat, A-H., Dellinger, P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P., Lapitan, M., Merry, A., Morthy, K., Reznick, R., Taylor, B. & Gawande, A. (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *The New England Journal of Medicine*, 360 (5), 491-499.

Hillhouse, J. & Adler, C. (1997). Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: Result of a cluster analysis. *Social Science & Medicine*, 54 (12), 1781-1788.

Hull, L., Arora, S., Kassab, E., Kneebone, R. & Sevdalis, N. (2011). Assessment of stress and teamwork in the operating room: an exploratory study. *The American Journal of Surgery*, 201, 24-30.

Hurlbert, S. & Garret, J. (2009). Improving operating room safety. *Patient Safety in Surgery*, 3 (25), 1-6.

Hustad, J. (2007). *Hva opplever anestesisykepleiere som stressfylt i sitt arbeid, og hvordan påvirker dette dem?* Masteroppsats. Høgskolan i Agder, Norge. Institutionen för hälsa och idrott.

Högskoleförordningen.(2 006:1053).<http://www.hsv.se/reglerochtillsyn/lagarochregler/hogskoleforordningen.4.539a949110f3d5914ec800063912.html>.

Hämtad (2011-02-10).

Kalisch, B. J. & Aebersold, M. (2006). Overcoming barriers to patient safety. *Nursing Economics*, 24(3), 143-148.

Kingdon, B. & Halvorsen, F. (2006). Perioperative nurses perception of stress in the workplace. *AORN. J*, 84(4), 607-614.

Koneczny, S. (2009). The operating room: Architectural conditions and potential hazards. *Work* 33, 145-164.

Lingard, L., Garwood, S. & Poenaru, D. (2004). Tensions influencing operating room team function: does institutional context make a difference. *Medical Education*,38, 691-699.

Lingard, L.,Regher, G., Orser, B., Reznick, R., Baker, R., Doran, D., Espin, S., Bohnen, J. & Whyte, S. (2008). Evaluation of a Preoperative Checklist and Team Briefing Among Surgeons, Nurses, and Anaesthesiologists to Reduce Failures in Communication. *Arshives of Surgery*, 143 (1), 12-17.

Lyons, M. (2010). Eight-Year Experience With a Neurosurgical Checklist. *American Journal of Medical Quality*, 25(4), 285-288.

Manias, E. & Street, A.(2000). The handover: uncovering the hidden practices of nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(6), 373–83.

Mills, P., Neily, J. & Dunn, E. (2007). Teamwork and Communication in Surgical Teams: Implications for Patient Safety. *American College of Surgeons*, 206(1), 107-112.

Mc Callin, A. & Bamford, A. (2007). Interdisciplinary teamwork: is the influence of emotional intelligence fully appreciated? *Journal of Nursing management*, 15, 386-391.

Nationalencyklopedin.(2010).http://www.ne.se.lib.costello.pub.hb.Se/sve/samarbete?I_h_word=samarbete> Hämtad (2011-02-10).

Neily, J., Mills, P., Young-Xu, Y., Carney, B., West, P., Berger, D., Mazzia, L. Paull, D. & Bagian, J. (2010). Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality. *Journal of American Medical Association* 304(15), 1693-1700.

Olofsson, B., Bengtsson, C. & Brink, E. (2003). Absence of response: a study of nurses' experience of stress in the workplace. *Journal of Nursing Management*, 11, 351 - 358.

Perry, T.R. (2005). The certified registered nurse anaesthetist: occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationships. *AANA Journal*, 73(5), 351-356.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8:th ed.) Philadelphia: Lippincot, Williams & Wilkins.

Riley, R. & Manias, E. (2005). Rethinking theatre in modern operating rooms. *Nursing Inquiry*, 12 (1), 2-9.

Sexton, K.A., Teasley, S.L., Cox, K.S. & Carroll, C.A. (2007). United States operating room nurses: work environment perceptions. *Journal of preoperative Practice*, 17(3), 108, 110-4, 116-7.

Silèn-Lipponen, M., Tossavanien, K., Turunen, H., & Smith, A. (2005). Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 21-32.

Schmalenberg, C. & Kramer, M. (2008). Essentials of a Productive Nurse Work Environment. *Nursing Research*, 57 (1), 2-13.

Svenska akademiens ordlista. (2010)
<http://www.svenskaakademien.se/web/Ordlista.aspx> Hämtad (2011-02-07)

Svensk Förening för Vårdhygien [SFVH]. (2010).<http://www.sfvh.se/Dokument1/-BOV-/> Hämtad (2011-02-07)

Taylor B. (2001). Identifying and transforming dysfunctional nurse–nurse relationships through reflective practice and action research. *International Journal of Nursing Practice*, 7(6), 406–13.

Taylor, B. & Barling, J. (2004). Identifying sources and effects of career fatigue and burnout for mental health nurses: a qualitative approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(2), 117–25.

YIT Sverige AB. (2011). www.yit.se/cleanroom Hämtad (2011-02-08)

Wong, H., Forrest, D., Healey, A., Shirafkan, H., Hanna, G., Vincent, C. & Sevdalis, N. (2010). Information needs in operating room teams: what is right, what is wrong, and what is needed? *Surgical Endoscopy*, 10, 1007-1014.

World Health organization [WHO]. (2005). *World alliance for patient safety*.
www.who.int. Hämtad (2010-12-08).

World Health organization [WHO] .(2008). *World alliance for patient safety*
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Checklist_finalJun08.pdf Hämtad (2011-03-05).

Bilaga 1

Frågeformulär "Det finns inget jag i ett team"

Ålder _____ Yrke _____ Antal år i yrket _____ Antal år på denna arbetsplats _____

1. Jag har tillräckligt goda kunskaper för att utföra mitt arbete på ett tillfredställande sätt.

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 Instämmer helt

2. Jag tycker att mina kollegor i arbetslaget har tillräckligt goda kunskaper för att utföra sitt arbete på ett tillfredställande sätt
(svara endast på de yrkeskategorier som du INTE själv tillhör)

2.a Operationssjuksköterskan

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 Instämmer helt

2.b Undersköterskan

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 Instämmer helt

2.c Anestesisjuksköterskan

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 Instämmer helt

3. Jag tycker att vi tillsammans (i arbetslaget) har tillräckligt goda kunskaper för att utföra arbetet på ett tillfredsställande sätt

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 Instämmer helt

4. Jag tycker att kommunikationen i arbetslaget fungerar bra på operationssalen.

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 Instämmer helt

5. Jag tycker att mina kollegor i arbetslaget lyssnar på mig.

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 Instämmer helt

6. Samarbetet med att iordningställa och förbereda för nästa operation fungerar bra på operationssalen.

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 Instämmer helt

7. Jag tycker att det finns tillräckligt med personal för att utföra vårt arbete.

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 Instämmer helt

8. Jag har tillräckligt goda kunskaper för att använda aktuell utrustning på ett korrekt och säkert sätt.

Instämmer inte alls 1 2 3 4 5 Instämmer helt

9. Får patientsäkerheten tillräckligt stort fokus på din arbetsplats?

Ja Nej

Motivera ditt svar!

10. Anser du att arbetet på operationssalen utförs patientsäkert?

Ja Nej

Motivera ditt svar!

11. Ges tillräcklig tid till "spegling" av dagens arbete på operationssalen för att kunna reflektera över dagens händelser?

Ja Nej

Motivera ditt svar!

12. Används datorerna på operationssalen till det de är avsedda för?

Ja Nej

Motivera ditt svar!

13. Anser du att brister och problem i samarbetet synliggörs?

Ja Nej

Motivera ditt svar!

14. Vad är viktigt för dig för att samarbetet på operationssalen ska fungera?

(Ange de 5 viktigaste faktorerna och rangordna (1-5 med 1 som viktigast)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

15. Har du några förslag på förbättringar för att underlätta samarbetet för arbetslaget på operationssalen?

(Ange de 5 viktigaste förslagen och rangordna (1-5 med 1 som viktigast)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

16. Övrigt. Är det något vi glömt som du vill delge oss? Skriv gärna här.



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

DET FINNS INGET JAG I ETT TEAM

Just så heter den magisteruppsats som vi (Erika Fessy Málaga och Maria Lundius Kastenfalk) ska skriva. Syftet med studien är att undersöka operationssjuksköterskans, anestesisjuksköterskans och undersköterskans uppfattning av samarbetet på operationssalen. Våra frågeställningar lyder så här:

Hur uppfattar olika professioner samarbetet på operationssalen? Vad tycker de olika yrkesgrupperna är viktigast på operationssalen för ett fungerande samarbete? Uppfattar personalen att samarbetet påverkar vårdkvalitet?

Den har blivit godkänd att utföra av Röda Korsets Högskola samt av verksamhetschefen för VO Anestesi Heba Shemais.

Allt deltagande är frivilligt men det är önskvärt från vår sida att du tar dig tid att fylla i frågeformuläret och besvarar frågorna så generellt som möjligt. Alla svar kommer att behandlas konfidentiellt.

Tack på förhand!

Erika Fessy Málaga & Maria Lundius Kastenfalk

073 334 2208 & 073 254 6411

Handledare:

Lena Swedberg

Lena.swedberg@sodertaljesjukhus.se