

# Mellommenneskelige aspekter i operasjonsteamet - Operasjonssykepleieres opplevelser

Kvalitative intervju med operasjonssykepleiere om opplevelser i forhold til mellommenneskelige aspekter ved samarbeid i operasjonsteam.

**Elise Meling Kandal**  
**Kristina Løvslund Huset**  
**Linn Kvåle**

**Veileder**  
Anne Valen-Sendstad Skisland  
**Biveleder**  
Ulrika Söderhamn

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

# **Mellommenneskelige aspekter i operasjonsteamet - Operasjonssykepleieres opplevelser**

## **Masteroppgave**

Elise Meling Kandal  
Kristina Løvslund Huset  
Linn Kvåle

Universitetet i Agder  
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap  
Institutt for helse- og sykepleievitenskap  
Master i spesialsykeleie  
Spesialisering i operasjonssykepleie  
Kristiansand, kull 2012  
09.05.2014

Antall ord: 19 067



## FORORD

Vi fikk inspirasjon og ideer til denne studien når vi var i praksis som operasjonssykepleierstudenter.

Arbeidsprosessen har vært tidkrevende, spennende og lærerik.

Vi ønsker å takke vår veileder Anne Valen-Sendstad Skisland, førstelektor ved institutt for helse og sykepleievitenskap ved Universitetet i Agder, som har støttet og inspirert oss gjennom hele prosessen. En takk rettes også til Ulrika Söderhamn, professor ved institutt for helse og sykepleievitenskap ved Universitetet i Agder, for metodiske tips og tilbakemeldinger.

I tillegg vil vi også benytte anledningen til å takke våre intervjupersoner for deltakelse i studien, og deres bidrag med refleksjoner og tanker om forskningsteamet.

Kristiansand, mai 2014

Elise Meling Kandal

Kristina Løvslund Huset

Linn Kvåle

## SAMMENDRAG

**Studiens bakgrunn:** Erfaringer fra praksis i operasjonsavdelingen gjorde at vi stilte oss spørsmål om hva som gjør at teamsamarbeidet går effektivt og elegant. I tillegg reflekterte vi over hva som gjør at teamsamarbeidet av og til er mindre optimalt og fører til frustrasjon hos teammedlemmene.

**Hensikt og problemstilling:** Vi tok utgangspunkt i enkelte mellommenneskelige aspekter fra Reeves et al. (2010) sitt rammeverk for forståelse av tverrfaglig teamsamarbeid. Dette for å utforske hvordan operasjonssykepleiere opplever disse aspektene i forhold til samarbeidet i operasjonsteamet. Følgende problemstilling ble valgt: *Hvordan opplever operasjonssykepleiere mellommenneskelige aspekter ved samarbeid i operasjonsteamet?*

**Metode:** Det ble benyttet kvalitativ metode for besvarelse av problemstillingen. Innsamling av data ble gjort ved hjelp av semistrukturert intervju, av ni operasjonssykepleiere. Datamaterialet ble analysert med utgangspunkt i Graneheim og Lundman (2004) sin beskrivelse av kvalitativ innholdsanalyse.

**Resultater:** Funnene viser at operasjonssykepleierne opplever at samarbeidet i operasjonsteamet er tett og nært, da forskjellige yrkesgrupper samarbeider i flere timer i samme rom. Dette innebærer at alle de mellommenneskelige aspektene med holdninger, følelser og reaksjoner i operasjonsteamet blir forsterket og får stor påvirkningskraft på teammedlemmene og teamsamarbeidet. De mellommenneskelige aspektene kan ha både positiv og negativ påvirkningskraft.

**Konklusjon:** Med bakgrunn i våre funn, ser vi at samarbeidet kan ha et forbedringspotensial. Vi ser derfor muligheter i å utvikle kunnskap om hvordan mellommenneskelige aspekter kan forbedre teamsamarbeidet, og hvordan dette kan implementeres i praksis.

**Nøkkelord:** cooperation, human factors, interpersonal relationships, multidisciplinary care team, non-technical skills, perioperative nurse, teamwork.

## ABSTRACT

**Background:** Experiences from practice in surgical units led us to question what makes teamwork effective and elegant, and also reflect upon the causes of situations where the teamwork is less than optimal and team members become frustrated.

**Purpose and research question:** We based our research design on some of the relational factors defined in Reeves et al. (2010) conceptual framework for interprofessional teamwork. This was done to explore how surgical nurses experience these factors in relation to cooperation in surgical teams. We chose the following research question: *How do surgical nurses experience the relational factors of cooperation in surgical teams?*

**Method:** We used qualitative methods in this study. Data collection was conducted using semi-structured interviews. Our data material consists of interviews with nine theatre nurses. We analysed the material using qualitative content analysis as outlined by Graneheim and Lundman (2004).

**Results:** Our results show that theatre nurses find cooperation in surgical teams to be characterized by members from different occupational groups who closely cooperate for several hours in the same room. Relational factors with attitudes, emotions and reactions in the surgical team are therefore enhanced, and have a large influence on team members and team cooperation in both positive and negative ways.

**Conclusions:** Based on our findings we conclude that there is room for improvement of cooperation in surgical teams. Research should be carried out to develop knowledge about how interpersonal aspects can improve teamwork and how such strategies might be implemented in surgical teams.

**Keywords:** cooperation, human factors, interpersonal relationships, multidisciplinary care team, non-technical skills, perioperative nurse, teamwork.

# INNHold

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling .....	1
1.2 Avgrensing av problemstillingen.....	1
1.3 Hvorfor er studien viktig?.....	2
1.4 Hensikten med studien.....	2
1.5 Avklaringer.....	3
<b>2.0 LITTERATURSØK</b> .....	4
2.1 Forskning.....	5
<b>3.0 TEORETISK RAMMEVERK</b> .....	6
3.1 Mellommenneskelige aspekter .....	6
3.1.1 Arbeidskultur og sosialisering .....	6
3.1.2 Respekt og tillit.....	6
3.1.3 Makt og hierarki.....	7
3.1.4 Konflikter.....	8
3.1.5 Humor.....	9
3.1.6 Roller.....	11
3.2 Operasjonssykepleieres ansvarsområder.....	11
3.3 Operasjonsteamet .....	13
3.4 Samarbeid .....	14
<b>4.0 METODE</b> .....	15
4.1 Kvalitativ metode.....	15
4.2 Tilgang til intervjupersoner og utvalg.....	15
4.3 Intervjuprosessen.....	16
4.3.1 Semistrukturert intervju.....	16
4.3.2 Intervjuguide.....	16
4.3.3 Gjennomføring av intervju .....	17
4.3.4 Lydopptak.....	18
4.4 Transkribering.....	18
4.5 Kvalitativ innholdsanalyse.....	18
4.6 Etske overveielser .....	19
4.6.1 Etske godkjenninger .....	19
4.6.2 Informert samtykke.....	20
4.6.3 Taushetsplikt og konfidensialitet.....	20
4.7 Metodiske overveielser .....	20
<b>5.0 FUNN</b> .....	24

<b>5.1 Arbeidskultur og sosialisering.....</b>	<b>24</b>
<b>5.2 Respekt og tillit .....</b>	<b>27</b>
<b>5.3 Makt og hierarki .....</b>	<b>30</b>
<b>5.4 Konflikter .....</b>	<b>32</b>
<b>5.5 Humor .....</b>	<b>35</b>
<b>5.6 Roller .....</b>	<b>36</b>
<b>5.7 Pasientsikkerhet.....</b>	<b>37</b>
<b>6.0 DISKUSJON .....</b>	<b>39</b>
<b>6.1 Arbeidskultur og sosialisering.....</b>	<b>39</b>
<b>6.2 Respekt og tillit .....</b>	<b>41</b>
<b>6.3 Makt og hierarki .....</b>	<b>44</b>
<b>6.4 Konflikter .....</b>	<b>45</b>
<b>6.5 Humor .....</b>	<b>47</b>
<b>6.6 Roller .....</b>	<b>48</b>
<b>6.7 Pasientsikkerhet.....</b>	<b>50</b>
<b>7.0 KONKLUSJON.....</b>	<b>52</b>
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>54</b>

**Vedlegg 1:** PICO-skjema

**Vedlegg 2:** Forespørsel om deltakelse i undersøkelse

**Vedlegg 3:** Intervjuguide med forsknings spørsmål

**Vedlegg 4:** Intervjuguide før pilotintervju

**Vedlegg 5:** Intervjuguide etter pilotintervju

**Vedlegg 6:** Kolonneskjema

**Vedlegg 7:** Tilbakemelding fra FEK

**Vedlegg 8:** Tilbakemelding fra NSD





## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling

Gjennom masterutdanningen i spesialsykepleie har vi hatt praksisperioder ved ulike operasjonsavdelinger. I disse praksisperiodene har vi deltatt aktivt i den daglige hverdagen i operasjonsavdelingen, hvor man samarbeider med forskjellige yrkesgrupper i operasjonsteam. Vi opplevde variasjoner i kvaliteten på dette samarbeidet. Noen ganger gikk samarbeidet effektivt og elegant, mens andre ganger buttet det imot og førte til frustrasjon hos teammedlemmene. Enkelte teammedlemmer kom med uhøflige og frekke kommentarer til oss og andre teammedlemmer. Dette opplevde vi som unødvendig. Vi ble fortalt at med tiden kom vi til å utvikle «hard hud», og dermed vende oss til disse kommentarene. Opplevelsene fra praksis førte til en økt nysgjerrighet for temaet, samtidig som vi ble interessert i å vite mer om operasjonssykepleieres opplevelser rundt samarbeidet i operasjonsteamet. Med bakgrunn i dette kom vi frem til følgende problemstilling:

*Hvordan opplever operasjonssykepleiere mellommenneskelige aspekter ved samarbeid i operasjonsteamet?*

### 1.2 Avgrensing av problemstillingen

Med bakgrunn i at vi utdanner oss til operasjonssykepleiere, ble det naturlig å fokusere på operasjonssykepleieres opplevelser. Opplevelser kan beskrives som hendelser som engasjerer enkeltmennesker på en personlig måte (Pine og Gilmore, 1999). For å kunne få beskrivelser av operasjonssykepleieres opplevelser tok vi utgangspunkt i et rammeverk utarbeidet av Reeves et al. (2010). Rammeverket identifiserer fire hovedaspekter som inngår i forståelsen av et teamsamarbeid. Hovedaspektene rammeverket presenterer er; *relational*, *organisational*, *processual* og *contextual factors* (Reeves et al., 2010). Vi valgte å oversette *relational factors* til mellommenneskelige aspekter. Med bakgrunn i de mellommenneskelige aspektene Reeves et al. (2010) presenterer, tok vi utgangspunkt i: sosialisering, respekt og tillit, konflikter, humor, makt, hierarki og roller. For å få beskrivelser av hvilken kultur operasjonssykepleierne sosialiseres inn i, inkluderte vi også arbeidskultur. Arbeidskultur valgte vi å presentere

sammen med sosialisering. Gjennom arbeidet med studien har vi også valgt å slå sammen makt og hierarki.

### **1.3 Hvorfor er studien viktig?**

For å beskrive viktigheten av denne studien kan samarbeidet i operasjonsteamet ses på som en dans, noe flere studier har illustrert tidligere (Freischlag, 2012; Gillespie et al. 2013; Rowe, 2008). Når dansen gjennomføres feilfritt, baseres den på kodifiserte verbale og non-verbale utvekslinger og koreograferte tekniske bevegelser (Gillespie et al., 2013). Freischlag (2012) skriver at dansens tempo er avhengig av hvor godt teammedlemmene kjenner hverandre. Som i dans, er det i operasjonsteamet ikke alltid mulig å velge partner, men operasjonen må starte uansett (Freischlag, 2012). Fravær av kjennskap til partneren gjør at man må forklare neste steg i dansen grundigere, noe som fører til at dansen, altså operasjonen tar lengre tid. Videre er det viktig å opprettholde en åpen dialog under dansen for å gjennomføre alle trinnene (Rowe, 2008).

Dynamikken i operasjonsteamet preges av at flere yrkesgrupper med forskjellig fokus for arbeidet skal jobbe tett og koordinert sammen mot å nå et felles mål. Operasjonsteamets komplekse miljø åpner for at feil kan oppstå med bakgrunn i mellommenneskelige årsaker (Silén-Lipponen et al., 2005).

Operasjonssykepleieboken som benyttes i vår utdanning tar kun i begrenset omfang opp samarbeid i operasjonsteamet (Dåvøy et al., 2011). I tillegg finner vi lite forskning på hvordan operasjonssykepleiere opplever mellommenneskelige aspekter. Tidligere forskning har avdekket at operasjonsteamet påvirkes av mellommenneskelige aspekter (Lingard et al., 2002; Silén-Lipponen et al., 2005), og derfor mener vi dette er et viktig tema å forske på.

### **1.4 Hensikten med studien**

Hensikten med denne studien er å beskrive hvordan operasjonssykepleiere opplever mellommenneskelige aspekter ved samarbeid i operasjonsteamet. Vi håper at dette kan føre til økt forståelse for operasjonssykepleieres yrkesutøvelse og hvordan de opplever at mellommenneskelige aspekter påvirker teamsamarbeidet. Videre håper vi studien kan bidra til

økt forståelse, og dermed hjelpe oss i vår fremtidige yrkesutøvelse som operasjonssykepleiere.

## 1.5 Avklaringer

De mellommenneskelige aspektene vår studie tar utgangspunkt i, følger oss gjennom studien, fra teoretisk referanseramme, intervjuguide, funn, diskusjon og til konklusjon.

Noen artikler som er inkludert i vår studie omhandler sykepleiere i team. Disse sykepleierne har vi valgt å omtale som operasjonssykepleiere. Dette fordi operasjonssykepleie er en spesialisering innen sykepleie (Dåvøy et al., 2011), og det kan derfor tenkes at operasjonssykepleiere og sykepleiere vil ha liknende perspektiver.

Flere engelskspråklige artikler skriver om *non-technical skills* eller *human factors*. Disse artiklene har vi inkludert i vår studie, og valgt å oversette til mellommenneskelige aspekter.

## 2.0 LITTERATURSØK

Søk etter bøker ble utført via Universitetet i Agders database, innenfor «alle bibliotek».

Søkene resulterte i flere relevante bøker som er benyttet i oppgaven.

I arbeidet med prosjektbeskrivelsen ble det utført et litteratursøk i CINAHL og Scopus for å få et inntrykk av tidligere forskning.

Etter utført tekstanalyse og presentasjon av funn, utførte vi et nytt grundigere litteratursøk. Ved dette søket ble PICO-skjema benyttet som hjelpemiddel til å formulere et fokusert spørsmål. Dette hjalp oss med å dele opp spørsmålet slik at det ble strukturert på en hensiktsmessig måte (Nortvedt et al., 2012) (vedlegg 1).

S-pyramiden ble brukt som utgangspunkt for litteratursøket. Pyramiden inneholder seks nivåer av kunnskapskilder. Jo høyere opp i pyramiden man utfører litteratursøk, desto mer kvalitetsvurdert forskning finner man (Nortvedt et al., 2012). Studiens problemstilling ble også vurdert ved valg av søkedatabaser. Med bakgrunn i at vår problemstilling omhandler opplevelser, anbefales det å starte litteratursøket i sekundærtidsskrifter for deretter å søke i generelle databaser (Kunnskapsbasert praksis, 2008). Sekundærtidsskrifter inneholder både kvalitetsvurderte og oppsummerte oversikter og enkeltstudier (Nortvedt et al., 2012). Søket i sekundærtidsskriftet *Evidence-Based Nursing* ga kun et treff på en artikkel av interesse, men som likevel ikke var av stor nok relevans til at den ble inkludert i studien vår.

Litteratursøket fortsatte i CINAHL, som er en database som inneholder enkeltstudier. Denne databasen dekker forskjellige helsefagområder som blant annet sykepleie (Nortvedt et al., 2012). I CINAHL ble ordene i PICO-skjemaet kombinert (vedlegg 1). Ordene som står i samme rubrikk ble kombinert med OR, og rubrikkene ble kombinert med AND (Nortvedt, et al., 2012). Dette søket ga flere relevante treff på forskning som er inkludert i vår studie.

De språkene vi inkluderte i søkene var norsk, dansk, svensk og engelsk. Målet var å holde oss til studier som var produsert innen en tidsramme på 5, og maks 10 år. Dette gikk vi bort ifra, da de artiklene vi fant henviste til relevant forskning av eldre dato enn den grensen vi hadde satt.

Artiklene fra litteratursøket ble kontrollert i forhold til om de var fagfellevurderte. Dette innebærer at artiklene er kvalitetssikret på fagfeltet eller metoden (Nortvedt et al., 2012).

Dersom artiklene henviste til relevante funn fra andre studier, har vi i noen tilfeller inkludert disse i studien, men disse ble ikke kontrollert i forhold til om de var fagfellevurderte.

## 2.1 Forskning

Makary et al. (2006) fant i sin studie at det er forskjellige oppfatninger om samarbeid blant medlemmene av operasjonsteamet. Resultatene av studien viste at kirurger og anestesileger er mer fornøyde med samarbeidet, enn operasjon- og anestesisykepleiere er. Disse forskjellige oppfatningene av samarbeid i operasjonsteamet kan ha sammenheng med at yrkesgruppene har forskjellige oppfatninger av hva som utgjør effektivt arbeid. Operasjon- og anestesisykepleiere verdsetter å bli respektert for sine meninger, og kirurger og anestesileger opplever godt samarbeid når operasjon- og anestesisykepleiere imøtekommer deres behov og følger instruksjoner (Makary et al., 2006).

Silén-Lipponen et al. (2005) fant blant annet i sin studie at kjennskap til de andre teammedlemmene var viktig for å forebygge feil i operasjonsteamet. Kjennskap til teammedlemmene gjør at man lettere kan utfylle hverandre, forutse hverandres behov og hjelpe hverandre med arbeidsoppgaver på tvers av yrkesgruppene, og dette fører til at færre feil oppstår. Silén-Lipponen et al. (2005) anbefaler å fokusere mindre på individet som utfører feilen, og heller vende fokuset mot et teamansvar og omstendighetene som fører til feil.

Gillespie et al. (2013) fant i sin studie at intervjupersonene hadde behov for å utvikle en felles forståelse gjennom åpen kommunikasjon. Til tross for ønsket om en åpen kommunikasjon, fortsatte teammedlemmene med en hierarkisk kultur, for ikke å forlate profesjonell status. Studien fant også at hierarki blant teammedlemmene truet pasientsikkerheten, fordi teammedlemmer med mindre makt var motvillige til å si ifra om sine meninger.

Higgins og MacIntosh (2010) undersøkte hvordan ti canadiske operasjonssykepleiere hadde opplevd misbruk (*abuse*) i operasjonsteamet fra kirurger. Misbruket var oftest av psykologisk karakter, i form av å bli ydmyket, gjort til latter eller å bli skreket eller bannet til. De fant i sin studie at faktorer som bidro til misbruk, var blant annet kultur på operasjonsstua, inkludert miljø og hierarki (Higgins og MacIntosh, 2010).

## **3.0 TEORETISK RAMMEVERK**

### **3.1 Mellommenneskelige aspekter**

#### **3.1.1 Arbeidskultur og sosialisering**

Profesjonell sosialisering er en prosess hvor arbeidstaker tar til seg de normer, verdier og holdninger som knyttes til profesjonen de går inn i (Clark, 1997). Dette er en gradvis tilpasning som skjer i interaksjon med erfarne kolleger. Man tar til seg en profesjonsidentitet og arbeidskultur med særegen atferd, oppførsel, språk, verdier og holdninger (Sinclair, 1997).

Nye operasjonssykepleiere sosialiseres inn i en kultur som gir dem kompetanse til å jobbe effektivt i operasjonsteamet. Denne kulturen innebærer et sett med holdninger, regler og oppførsel som passer inn med resten av operasjonsteamet, og som knyttes til det å være profesjonell (Chun et al., 2009; Willems et al., 2013). Det er viktig med bevisstgjøring om hva kulturen som overføres innebærer, for å sikre en positiv utvikling av arbeidskulturen (Lingard et al., 2002). Gillespie et al. (2013) finner i sin forskning at operasjonsteamets samarbeidskultur har potensiale til å forsterke eller redusere pasientsikkerheten.

#### **3.1.2 Respekt og tillit**

Tillit spiller en viktig rolle i samarbeidet. Dette fordi det legger grunnlag for et gjensidig, mellommenneskelig fellesskap. Tillit kan oppstå spontant og umiddelbart, eller vokse frem og utvikles over tid. Ved at tillit utvikles over tid, bygger den på erfaringene man gjør i forhold til den andre. I et samarbeid utvikles tillit ved at man opplever at en person er til å stole på, at de tar ansvar for sine oppgaver og at man opplever at den andre har gode hensikter. Etablering av tillit kan hindres av skjulte agendaer, falskhet, mangel på personlig integritet, fastlåste oppfatninger og fordommer, i tillegg til lite engasjement i arbeidet (Kristiansen, 2011a).

Når man blir respektert føler man seg sett og verdsatt, og at det man sier har en betydning. Ved å bli respektert opplever man at den andre ser og anerkjenner det unike i en. Når man derimot ikke blir møtt med respekt kan man oppleve at å bli sett ut ifra rollen man har, og ikke med bakgrunn i personen man er og egenskapene man har. Dette kan oppleves som en krenkelse og man kan få følelsen av å ikke bli sett (Kristiansen, 2011b).

Respekt er en bidragsyter til godt samarbeid (Willems et al., 2013). Tillit og respekt i operasjonsteamet utvikles over tid, og ved å dele erfaringer. Ofte har man ikke tillit til et nytt teammedlem før de har bevist sin profesjonelle kompetanse og tekniske evner (Mc Callin og Bamford, 2007; Reeves et al., 2010; Rice Simpson et al., 2006). Om man føler seg respektert eller ei, er sentralt ved vurdering av kvaliteten på arbeidsmiljøet (Boggs, 2011). Når man opplever respekt og tillit i operasjonsteamet, gir det økt mestringsfølelse og selvtillit i utførelsen av arbeidsoppgavene (Gillespie et al., 2009).

### **3.1.3 Makt og hierarki**

Makt kan defineres som et eller flere menneskers sjanse til å få gjennomslag for sin vilje, selv om andre mennesker gjør motstand (Weber, 2010). I sosiale situasjoner hvor ulike personer eller grupper har motstridende interesser finnes det maktforskjeller. Personen som har størst sjanse for å få gjennomslag for sin vilje ved ulike interesser, er den som har mest makt i relasjonen. På den bakgrunn er makt et relasjonelt problem som forutsetter at noen forholder seg til andre og kan påvirke deres handlinger (Norvoll, 2009).

Makt kan også forstås positivt, som «makt til å gjøre noe». På den måten kan makt være en ressurs, for eksempel slik at en gruppe kan oppnå et ønsket mål. I helsevesenet er det ønskelig med de positive sidene ved makt, samtidig som man skal ha en kritisk holdning til bruk av makt på en negativ måte. Maktforhold i institusjoner er ofte meget stabile, og kan være vanskelig for enkeltpersoner å påvirke, dette ses for eksempel i form av hierarkisk oppbygging av rollene i helsevesenet (Norvoll, 2009).

Hierarki i helsevesenet kan forstås som en vertikal ordning hvor personer med erfaring og ansiennitet står øverst og har myndighet over personer med mindre erfaring og ansiennitet. Hierarki kan gjør at ansatte med liten erfaring ikke tør å si ifra til kollegaer som er høyere i hierarkiet. Motsatt kan hierarki også være positivt, ved at det sikrer at de erfarne har mulighet til å lære opp de med mindre erfaring (Reeves, et al., 2010).

Historisk sett har helsevesenet vært preget av et patriarkalsk maktsystem. Dette innebærer at legen som mann var overhode, mens kvinnen som sykepleier skulle underordne seg og være lydlig mot legen. Dette maktsystemet har kvinnelige sykepleiere gjort opprør mot, ved at kvinner ikke vil underordne seg en autoritær væremåte. Til tross for dette opprøret kan det se

ut til at tradisjonelle maktforhold i sykehus fortsatt preger hverdagen og dynamikken mellom yrkesgruppene (Norvoll, 2009).

### 3.1.4 Konflikter

Samarbeid og konflikter henger tett sammen. Der hvor samarbeidsbehovet er stort er det et desto større konfliktpotensial. Konflikter trenger ikke påvirke samarbeidet negativt, dette avgjøres av måten konflikten håndteres på (Ekeland, 2004).

Med bakgrunn i personlighet, kan mennesker oppleve og reagere ulikt på tilsynelatende like situasjoner, og derfor utføre yrkesrollen forskjellig. Selv om personlighet preger yrkesutøvelsen, er ikke alle sider av personligheten synlige til enhver tid. Noen mennesker har personlighetstrekk som kan være konfliktskapende i et arbeidsmiljø, og som kan bidra til å forverre konflikter når de oppstår (Ekeland, 2004).

Konflikter skaper følelser, og følelser kan skape konflikter. For å oppleve noe som en konflikt er det nødvendig med et visst nivå av følelser. Dersom følelsene ikke er tilstede oppleves ikke situasjonen ubehagelig nok til å gjøre noe med den. I situasjoner som blir for mye preget av følelser, er det økt risiko for at situasjonen kan komme ut av kontroll. Konflikten blir da i seg selv så forstyrrende at man mister fokuset på innholdet (Ekeland, 2004).

Årsaker til konflikter i arbeidslivet kan være mange. Ekeland (2004) definerer grunnlaget for at det oppstår en konflikt slik:

Vi kan snakke om konflikt når forskjeller mellom mennesker som er avhengige av hverandre, oppleves som uforenelige og truende i forhold til egne behov og interesser, og når det skapes spenninger og følelser fordi en av partene opplever at den andre benytter makt for å påvirke situasjonen til egen fordel. (Ekeland, 2004, s. 88).

Både bruk av makt og mangel på bruk av makt kan føre til konflikt. Det er spesielt når noen opplever bruk av makt som urimelig at det oppstår et problem. På denne måten kan noen få gjennomslag for sine meninger, på måter som andre reagerer på (Ekeland, 2004).

En måte å takle angst og usikkerhet på er å gå til angrep. Ved å gå til angrep forsøker man å få kontroll over situasjonen ved aktiv deltakelse, som blir en kamp om å markere seg. Det



oppstår kamp om hver beslutning, og om detaljer og bagateller. Målet er å få gjennomslag for sine meninger, og kan arte seg som misnøye eller kritikk. Dette kan medføre mistro til hverandre og splittelse og konflikter innad i gruppen (Aanderaa, 1999).

I team hvor ulike profesjoner skal koordinere sine oppgaver, er rolleavklaring ikke alltid like lett. Profesjonene kan ha ulike og uklare oppfatninger om hva hverandres roller innebærer. Rollekonflikt kan dreie seg om at rollene overlapper hverandre, eller når det handler om funksjoner som begge parter opplever som viktige for sin yrkesrolle. Er det for stor avstand mellom rollene kan det oppstå uklarhet om ansvar, og at derfor noen arbeidsoppgaver «faller mellom to stoler» (Ekeland, 2004).

Å møte en konflikt med mål om å samarbeide, verdsettes høyt. I god konflikthåndtering er respekt og dialog to nøkkelbegreper. Dialog mellom de gjeldende parter er ikke alltid mulig, men bør tilstrebes dersom målet er å fortsette samarbeidet uten ødeleggende konflikter (Ekeland, 2004). Løses konflikten med dialog kan det være en kilde til utvikling, vekst, kvalitet, kreativitet og gode løsninger (West, 1994). Mangel på dialog kan føre til at man risikerer å ikke se det brede spekteret av mulige løsninger, som kan innebære at den beste løsningen ikke blir vurdert (Reeves et al., 2010). Konflikter som ikke håndteres etterlater seg følelser som dukker opp igjen ved senere samarbeid (Boggs, 2011).

### **3.1.5 Humor**

Humor innebærer alt som får oss til å le. Humoristisk sans er individuelt, og det som er morsomt for en person er ikke nødvendigvis morsomt for en annen. Mennesker har forskjellige referanserammer, bakgrunn og intellektuell kapasitet, som gjør at vi derfor reagerer ulikt på humor. I positiv form skaper humor energi og fjerner negative tanker, mens brukt på en negativ måte kan det oppleves som kritikk eller krenkelse. Humor skal derfor ikke brukes dersom ikke begge parter finner det passende (Sæther, 2005).

I arbeidslivet har humor mange viktige funksjoner. Humor kan brukes for å understreke regler og grenser og lette spenninger mellom profesjoner (Reeves et al., 2010). Forskning erkjenner at humor innad i grupper kan føre til en følelse av samhold og tilhørighet (Romero og Cruthirds, 2006). Humor inspirerer til økt innsats, kan skape entusiastiske holdninger blant kolleger og interessen for arbeidet forsterkes. Dersom humor er tilstede på arbeidsplassen kan

det medføre at det er lettere å be om hjelp fra kolleger, og bidra til å ufarliggjøre samarbeidet (Sæther, 2005).

Humor brukes til å lette på stemningen i vanskelige situasjoner (Reeves et al., 2010), og kan også bidra til å redusere stress (Romero og Cruthirds, 2006). Innenfor katastrofelitteratur er humor blitt identifisert som en viktig egenskap for helsepersonell (Hsu et al., 2006). En vits kan fort snu alvor om til humor, og forvandle noe ubehagelig om til noe morsomt (Sæther, 2005).

Humor kan føre til en lettere samkjøring mellom mennesker med varierende maktforhold (Romero og Cruthirds, 2006), og kan minske den hierarkiske avstanden (Cooper, 2008). Der hvor maktfordelingen er ulik er det akseptabelt å bruke humor til å signalisere at man er uenige eller utfordre meningene til personen i maktposisjonen (Ackroyd og Thompson, 1999; Holmes, 2000).

Negativ bruk av humor virker ekskluderende, kan oppleves som kritikk eller krenkelse og den utsatte kan føle seg nedtrykt og miste gruppetilhørigheten (Sæther, 2005). Denne formen for humor bygger ofte på frykt, angst og en fiendtlig innstilling, og kan ha som mål å skade andre. Frykten for det ukjente kan medføre et ønske om å gjøre andre mindreverdige. Noen bruker også humor for å styrke sin egen makt, ved å latterliggjøre andre (Sæther, 2005).

Ikke alle personer er mottakelige for humor. De som har en personlighet som preges av makt og forfengelighet, kan motvirke humor. Disse personene tiltrekkes ikke av latter, og alvor er en del av fremtoningen deres. Den forfengelige er ofte selvopptatt, og tror at tanker bare er viktige når man selv har tenkt dem. Forfengelige personer forsøker å skjule sine feil, og ønsker ikke å omgis med latter. Personer som er opptatte av makt kan oppfatte latter som en trussel. Dette fordi det kobles til noe useriøst som de ikke ønsker å bli assosiert med (Sæther, 2005).

Det finnes lite litteratur som omhandler humor i den kirurgiske settingen (Willems et al., 2013), og humor i jobbsammenheng er et tema det generelt er forsket lite på (Cooper, 2008).

### 3.1.6 Roller

Summen av de forventninger og normer som er knyttet til en stilling eller posisjon i et sosialt system, kalles roller. En rolle kan ses på som uavhengig av den personen som fyller rollen. Den personlige tolkningen av rollene og hvordan man møter forventningene vil si hvordan man spiller rollen (Garsjø, 2001). Når man skal beskrive hvordan yrkesutøvere går inn i en rolle, må man ikke bare forstå rollen som spilles, men også hvordan personene som fyller rollen velger å spille den (Hem, 2009).

Man lærer å fylle roller gjennom sosialiseringprosesser, ved å få negative eller positive tilbakemeldinger. Tilbakemeldingene gis med bakgrunn i verdier man ønsker å bevare. Roller vil derfor innebære forventninger og normer som er knyttet til spesielle posisjoner, situasjoner og statuser (Garsjø, 2001).

Klare roller i teamsamarbeid innebærer at alle yrkesgruppene har klart definerte arbeidsoppgaver og ansvarsområder. For at samarbeidet skal fungere optimalt er det viktig at alle teammedlemmene kjenner til hverandres arbeidsoppgaver og ansvarsområder. Usikkerhet om rollefordeling kan føre til overlapping eller at oppgaver ikke blir gjort (Reeves et al., 2010).

En rollekonflikt kan oppstå når rolle innehaveren opplever motstridende forventninger eller at forventninger er uforenelige med den rollen vedkommende har. Rollekonflikten kan over tid føre til frustrasjon og utbrenthet. En yrkesutøver kan oppleve motstridene forventninger som i noen tilfeller kan komme i konflikt med hverandre (Garsjø, 2001). Uklarheter i roller kan ofte være et problem i tverrfaglige team (Espin, et al, 2006).

## 3.2 Operasjonssykepleieres ansvarsområder

Operasjonssykepleie er en spesialisering innenfor sykepleie. For å ta videreutdanning eller mastergrad i operasjonssykepleie kreves to års yrkeserfaring som sykepleier (Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie, 2005).

Som operasjonssykepleier er man kvalifisert til å arbeide i operasjonsavdelinger, dagkirurgiske avdelinger, poliklinikker, legevakt, katastrofeteam, sterilsentraler og i

katastrofe- og krigsområder. Operasjonssykepleiere arbeider selvstendig, og i nært samarbeid med annet helsepersonell som kirurg, anestesisykepleier og anestesilege. Under kirurgiske inngrep er operasjonssykepleiere en sentral medspiller (NSFLOS, 2011).

Jobben som operasjonssykepleier krever at man har kunnskaper og forståelse for den akutt og/eller kritisk syke operasjonspasienten, dens situasjon og behov. Videre må operasjonssykepleier ha inngående kunnskap om operasjonstekniske prinsipper og kirurgiske undersøkelser og behandling. (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Ved de aller fleste kirurgiske inngrep, hvor det kreves sterilt operasjonsfelt, er det alltid to operasjonssykepleiere med to forskjellige roller. I operasjonssykepleiers koordinerende rolle er man administrator på operasjonsstua, gjennom å planlegge, koordinere og organisere aktivitetene rettet mot pasienten både før, under og etter inngrepet. Koordinerende operasjonssykepleier fungerer også som et bindeledd mellom det sterile operasjonsteamet og det usterile, og sørger for at operasjonsteamet til enhver tid har det utstyret de trenger. I den sterilt utøvende rollen som operasjonssykepleier administrerer man det sterile feltet. Dette innebærer å overvåke hygien, administrere, organisere og ha kontroll over instrumenter og samtidig tilrettelegge for kirurgens arbeid (Bäckström, 2011a).

I *Faghefte for operasjonssykepleiere* (NSFLOS, 2011) står operasjonssykepleieres ansvar og funksjonsområde beskrevet. Her står det at operasjonssykepleiere har et selvstendig og direkte pasientrettet ansvar. Dette innebærer ansvarsområder som å forebygge, behandle, lindre og rehabilitere. Den forebyggende funksjonen innebærer å forhindre eller redusere helsesvikt hos operasjonspasienten. Operasjonssykepleierens behandlende funksjon omhandler alle tiltak operasjonssykepleieren iverksetter for å ivareta pasientens helse. Den lindrende funksjonen operasjonssykepleiere har i forhold til operasjonspasienten går ut på å begrense omfanget av belastninger det kirurgiske inngrepet medfører. Gjennom å forebygge, behandle og lindre legger operasjonssykepleieren til rette for rehabilitering etter det kirurgiske inngrepet (NSFLOS, 2011; Bäckström, 2011b).

Operasjonssykepleier har også indirekte pasientrettede funksjoner. Disse omhandler pedagogikk, administrasjon og forsknings- og fagutvikling. Dette innebærer å undervise, formidle kunnskap, informere og veilede, og videre planlegge, koordinere og organisere driften i en operasjonsavdeling og forvalte avdelingens ressurser på en målrettet måte, til pasients beste (Bäckström, 2011b; NSFLOS, 2011).

Operasjonssykepleiers administrative funksjon innebærer kravet om å tilrettelegge for samarbeid mellom faggrupper, avdelinger og organisasjoner (NSFLOS, 2011). Samhandling mellom yrkesgruppene i operasjonsteamet er et viktig og nødvendig verktøy for å oppnå pasientsikkerhet og kvalitet på arbeidet (Orvik, 2004).

Operasjonssykepleiers krav om samarbeid i yrkesutøvelsen er også nedfelt i lovverket. Ifølge helsepersonellovens § 4, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert helsepersonell, så fremt pasientens behov tilsier det (Lov av 1999-07-02 nr. 64).

Et eksempel på tiltak som er satt i verk for å bedre samarbeidet og dermed også pasientsikkerheten, er innføringen av WHO's sjekkliste for trygg kirurgi. Denne sjekklisten inneholder en rekke fastsatte punkter som operasjonsteamet gjennomgår før hver operasjon. Sjekklisten skal bedre samarbeidet og bidra til å skape en felles forståelse (NSFLOS, 2011).

### 3.3 Operasjonsteamet

Et operasjonsteam består av kirurger, anestesileger, operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere (Yule et al., 2006). Et team kan defineres som to eller flere individ som arbeider sammen for å oppnå spesifikke og felles mål. Teammedlemmer har oppgavespesifikke kompetanse og spesialiserte arbeidsroller. De bruker felles ressurser og kommuniserer for å koordinere og tilpasse seg endringer (Brannick og Prince, 1997). Å få samarbeidet til å fungere optimalt kan være en utfordring, da yrkesgruppene har forskjellige mål og fokus for sine arbeidsoppgaver. Det er derfor mange muligheter for at feil kan oppstå med bakgrunn i mellommenneskelige årsaker (Lingard et al., 2002).

Operasjonsteam jobber under skiftende forhold, med komplekse og sårbare pasienter. Operasjonsteam er gjerne sammensatt *ad hoc*. Det innebærer at teamsammensetningen er dynamisk skiftende, og teammedlemmene jobber sammen i korte perioder om gangen (Manser, 2009). Teammedlemmene må allikevel kunne utføre sin spesialitet presist, i nøye koordinasjon med resten av teamet og de forskjellige profesjonelle kulturene må integreres i arbeidet. Interaksjon mellom teammedlemmer kan forsterke effekten av de skiftende forholdene i operasjonsstuen og gjøre miljøet enda mer ustabil. Dersom operasjonsteamet kan opprette en felles forståelse for situasjonen og et positivt, rolig og støttende arbeidsmiljø

kan dette bidra til å stabilisere konsekvensene av de skiftende forholdene og påvirke resultatet av operasjonen (Leach, et al., 2011).

### 3.4 Samarbeid

Å samarbeide beskriver den jobben man gjør i fellesskap for å nå et mål man ikke kan nå alene. Samarbeid i team preges av at man samarbeider på tvers av yrkesgrupper. Ved en slik form for samarbeid har hver yrkesgruppe sitt eget fagfelt med ulike kunnskaper, ferdigheter og praktisk mestring og bruker disse til å nå et felles mål (Højholdt, 2013). Å samarbeide innebærer å tilpasse seg hverandres arbeidsoppgaver, rytme og stil, og på den måten er samarbeid med på å sikre sammenhengende og helhetlig pasientbehandling (Lauvås og Lauvås, 2004).

Et godt samarbeidsmiljø er preget av en trygg og åpen holdning, som gjør at medlemmene kan utnytte sin kompetanse. Arbeidsoppgavene står da i fokus, uten at det går ut over personlig utfoldelse, hensynet til kollegaer eller trivsel. Interaksjon blant teammedlemmer fører da til hensiktsmessig og god teamfungering (Aanderaa, 1999).

I et team vil det også finnes grobunn for prosesser som hindrer og truer et godt samarbeid. I slike tilfeller vil teamsamarbeidet bli preget av spenninger som oppleves negativt blant teammedlemmene. Dette reduserer medlemmenes mulighet til å utføre pasientarbeidet hensiktsmessig. For å unngå dette er det viktig at teammedlemmene er bevisst aspekter som kan føre til dårlig samarbeid (Aanderaa, 1999).

Et praktisk problem ved samarbeid, er at det er vanskelig å ta tid fra primærvirksomheten, altså arbeidet med pasienten, for å utvikle det. Dette ses ikke på som direkte produktivt arbeid, i hvert fall på kort sikt. Med bakgrunn i at utbyttet er usikkert, er det vanskelig å se på denne tidsbruken som en investering. På lengre sikt er det å bruke tid på å utvikle samarbeidet trolig en helt nødvendig investering. Dette for å sikre kvaliteten og for å ivareta pasientens behov (Lauvås og Lauvås, 2004).

## 4.0 METODE

### 4.1 Kvalitativ metode

I denne studien var hensikten å lære mer om hvordan operasjonssykepleiere opplever mellommenneskelige aspekter ved samarbeid i operasjonsteamet. Med bakgrunn i at vi ønsket å få beskrivelser av deres opplevelser, «slik de eksisterer» i deres hverdag i operasjonsstua, var det naturlig å bruke kvalitativ metode, med individuelle intervjuer. Kvalitativ forskning kan ha teorier enten som utgangspunkt, eller som mål (Polit og Beck 2010).

Ved bruk av kvalitativ metode er det naturlig å ikke ha en lineær forutbestemt fremgangsmåte. Derfor inntok vi en fleksibel holdning slik at vi kunne ta avgjørelser om videre handlinger underveis, i forhold til hva forskningen avdekket (Polit og Beck, 2010).

### 4.2 Tilgang til intervjupersoner og utvalg

For å få tilgang til forskningsfeltet kontaktet vi forskningsleder ved et sykehusforetak i Norge. Forskningsleder kontaktet videre avdelingsledere ved tre operasjonsavdelinger, som godtok vår forespørsel om tilgang til intervjupersoner. Avdelingslederne fikk deretter tilsendt informasjon om studien, i tillegg til informasjonsskriv til intervjupersonene med forespørsel om deltakelse (Kvale og Brinkmann, 2012) (vedlegg 2).

Inklusjonskriteriet for deltakelse var at intervjupersonene måtte være operasjonssykepleiere som arbeider i operasjonsteamet til daglig og med interesse for temaet (Polit og Beck, 2010). Dette ble formidlet til avdelingene via forskningsleder. For å sikre at vi fikk nok operasjonssykepleiere å intervjuer satte vi ikke andre krav og vurderte at interesse var viktigst for å få grundige og beskrivende datamateriale.

På hver operasjonsavdeling fikk vi tildelt en kontaktperson. Kontaktpersonene foretok utvalget av intervjupersoner, med bakgrunn i inklusjonskriteriet vi hadde satt. Alle avdelingene bidro med operasjonssykepleiere som ønsket å delta, og som alle stilte opp og gjennomførte intervjuene. Vi fikk til sammen ni intervjupersoner.

## 4.3 Intervjuprosessen

### 4.3.1 Semistrukturert intervju

Vi valgte å bruke *Semistrukturert intervju* som metode for innsamling av data. Dette for å få bredde og dybde i datamaterialet, som var hensiktsmessig da vi ønsket beskrivelser av operasjonssykepleieres opplevelser. Målet vårt var at intervjupersonene skulle snakke fritt, men innenfor forskningstemaet. Dette bidro til at vi fikk operasjonssykepleieres beskrivelser, forståelse og perspektiver på opplevelser av mellommenneskelige aspekter ved samarbeid i operasjonsteamet (Kvale og Brinkmann, 2012).

### 4.3.2 Intervjuguide

Før intervjuguiden ble utformet innhentet vi kunnskaper om de mellommenneskelige aspektene vi ønsket å undersøke (Kvale og Brinkmann, 2012). Vi utviklet dermed en forståelse for aspektene, som igjen skapte grunnlag for tilføyelse og integrasjon av ny kunnskap (Kvale og Brinkmann, 2012). Med bakgrunn i forskning inkluderte vi et spørsmål om pasientsikkerhet i intervjuguiden (Silén-Lipponen, 2005).

Ved utforming av intervjuguiden formulerte vi både tematiske forskningsspørsmål og intervju spørsmål, slik Kvale og Brinkmann (2012) anbefaler. Forskningsspørsmålene ble formulert i teoretisk og begrepsmessig språk, og inneholdt direkte det vi ønsket svar på, med utgangspunkt i de mellommenneskelige aspektene (vedlegg 3). Med bakgrunn i at forskningsspørsmålene ble formulert i et mer akademisk språk, ville de sannsynligvis ikke generere spontane beskrivelser, som var ønskelig i vår studie. Derfor formulerte vi flere intervju spørsmål innenfor hvert forskningsspørsmål. Disse hadde forskjellig vinkling for å få nyansert og variert informasjon. Intervju spørsmålene ble formulert i en mer indirekte tilnærming for ikke å legge for mye føringer. De var korte og formulert i et dagligdags språk, for å generere spontane beskrivelser (Kvale og Brinkmann, 2012) (vedlegg 3 og 4).

For å teste hvordan intervjuguiden fungerte i praksis, ble det første intervjuet utført som et pilot intervju. Vi lyttet igjennom lydfilen av intervjuet, og justerte de spørsmålene vi opplevde



at intervjupersonen hadde vanskelig for å svare på (Polit og Beck, 2010) (vedlegg 5). Pilotintervjuet ble også inkludert i analysen.

### 4.3.3 Gjennomføring av intervju

Intervjuene foregikk på tre sykehus, og vi utførte intervjuene på et sykehus hver. Hver intervjuer avtalte tid og sted med de respektive kontaktpersonene i avdelingene. Vi påpekte at vi var fleksible i forhold til intervjutidspunkt, innenfor en to ukers ramme, samtidig som vi ønsket å ha en dag mellom intervjuene. Intervjuene ble utført på kontor eller møterom i/eller utenfor operasjonsavdelingene, og ble utført i uke 2 og 3 i 2014. Hvert intervju varte i omtrent 30 til 90 minutter.

Før hvert intervju gikk vi igjennom en *briefing* med intervjupersonene. Momentene i briefing var formulert på forhånd, og inneholdt presentasjon om oss selv, informasjon om tema, samtykkeskjema og båndopptaker. I tillegg fikk intervjupersonene mulighet til å stille spørsmål før intervjuet startet (Kvale og Brinkmann, 2012) (vedlegg 5).

I tillegg til å følge intervjuguiden stilte vi oppfølgingsspørsmål når vi ønsket en utdypning under intervjuet. Vi signaliserte også på andre måter at vi ønsket en utdypning. Dette innebar for eksempel et bekræftende nikk eller en pause i intervjusamtalen. Vi valgte å ikke føre notater underveis. Dette fordi vi ønsket å ha fullt fokus på intervjupersonen og det de snakket om, for å få mulighet til å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål (Kvale og Brinkmann, 2012).

Intervjuet ble avsluttet med en *debriefing*. Dette ga intervjupersonene mulighet til å fortelle om aspekter de ikke var blitt spurt om eller som de ønsket å utdype (vedlegg 5). Etter at lydopptakeren var skrudd av snakket intervjupersonene gjerne litt friere om emnet, og fortalte eksempler. I noen tilfeller ble det da avtalt med intervjupersonen å sette på lydopptakeren igjen (Kvale og Brinkmann, 2012).

#### **4.3.4 Lydopptak**

Intervjuene ble tatt opp på to lydopptakere. Dette for å sikre at vi ikke mistet lydfilene i tilfelle en av opptakerne sviktet. Hver intervjuer lagret sine lydfiler på bærbar PC med personlig kode (Kvale og Brinkmann, 2012). Lydfilene på opptakerne ble slettet når intervjuene var ferdig transkribert.

#### **4.4 Transkribering**

Transkriberingen ble foretatt fortløpende i samme tidsperiode som intervjuene foregikk. Vi transkriberte de intervjuene vi selv hadde utført (Graneheim og Lundman, 2004). Intervjuene ble transkribert ordrett i en talespråkstil, og vi transkriberte omtrent 6-9 minutter lydopptak per time. Språk og dialekt som kunne tenkes å være gjenkjennelig ble oversatt til bokmål (Kvale og Brinkmann, 2012). Gode sitater i intervjuteksten ble markert i intervjuteksten, til senere bruk i presentasjon av studiens funn.

#### **4.5 Kvalitativ innholdsanalyse**

For å analysere datamaterialet valgte vi å benytte kvalitativ innholdsanalyse. Dette fordi det er en fleksibel og systematisk metode for å redusere rikholdige intervjutekster. Metoden hjalp oss å sortere og konsentrere intervjutekstene på en strukturert og ryddig måte, som gjorde det mulig å finne ut hvordan dataene besvarte problemstillingen (Schreier, 2012). Vi tok utgangspunkt i Graneheim og Lundman (2004) sin beskrivelsen av kvalitativ innholdsanalyse frem til kategorisering av koder.

Gjennom hele analyseprosessen deltok og samarbeidet hele gruppen. Dette for å sikre at alle ble godt kjent med datamaterialet, og for å diskutere oss frem til en felles forståelse (Woods og Catanzaro, 1988).

Intervjutekstene ble satt inn i hvert sitt kolonneskjema, som inneholdt kolonner for hvert av stegene i analyseprosessen frem til koding (vedlegg 6). Vi begynte analyseprosessen med å dele teksten inn i meningsenheter. Dette innebar at vi leste igjennom teksten og markerte med

avsnitt der hvor teksten skiftet mening. Neste steg var å kondensere meningsenhetene og løfte dem til et høyere logisk nivå. Dette var en prosess hvor vi gjorde teksten kortere og dermed mer håndterbar, samtidig som vi beholdt kjernen (Graneheim og Lundman, 2004; Lundman og Graneheim, 2012). I arbeidet med å løfte meningsenheter til et høyere logisk nivå, ble hele tiden den nye abstraksjonens gyldighet kontrollert med meningsenheten (Lundman og Graneheim, 2012). Dette for å sikre oss at ikke innholdet ble forandret.

Neste steg i analyseprosessen innebar at vi formulerte en kode på hver av meningsenhetene, som kort beskrev innholdet i den (Lundman og Graneheim, 2012). Kodene fungerte som arbeidsverktøy som gjorde det mulig for oss å reflektere over datamaterialet på en ny måte.

I arbeidet med å kategorisere kodene, så vi det som naturlig å ta utgangspunkt i de mellommenneskelige aspektene som intervjuguiden ble utformet med bakgrunn i. Dette fordi vi hadde valgt en semistrukturert intervjuguide, som sirklet inn disse bestemte temaene vi ønsket intervjupersonenes beskrivelser av (Kvale og Brinkmann, 2012). Vi ønsket også å unngå at meningsenhetene ble tatt ut av sin kontekst, da de eksisterte som svar på de forskjellige intervju spørsmålene. De mellommenneskelige aspektene ble en kategori hver. Kodene fordelte vi inn i disse kategoriene, slik at de kodene som hadde liknende innhold var i samme kategori (Lundman og Graneheim, 2012).

## **4.6 Etiske overveielser**

### **4.6.1 Etiske godkjenninger**

Studien vår ble godkjent av *fakultetets etiske komite* ved Universitetet i Agder (vedlegg 7). Vi intervjuet ikke pasienter eller sårbare, utsatte grupper, og det var derfor ikke nødvendig å søke til regional etisk komite (REK, 2012). Meldeskjema og søknad om oppstart av studien ble sendt til NSD. Søknaden ble godkjent etter å ha gjort noen justeringer (vedlegg 8).

#### **4.6.2 Informert samtykke**

Før deltakelse i studien undertegnet intervjupersonene skriftlig informert samtykke (vedlegg 2). Dette innebar en bekreftelse på at de hadde fått informasjon om studiens tema og metode, mulige fordeler og ulemper ved å delta, i tillegg til informasjon om frivillig deltakelse og muligheten for å trekke seg fra studien (Kvale og Brinkman, 2012).

#### **4.6.3 Taushetsplikt og konfidensialitet**

Vi har forholdt oss til taushetsplikten ovenfor de opplysningene vi mottok gjennom studien vår. Dette innebærer at personidentifiserbart datamateriale kun var tilgjengelig blant oss tre som utfører studien (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2012). Lydopptakene og intervjuetekstene ble lagret, håndtert og skal destrueres etter gjeldende lover og forskrifter om håndtering av personidentifiserbare opplysninger (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2010). Lydfiler ble oppbevart på bærbar PC med personlig kode, som slettes ved innlevering av oppgaven, i mai 2014 (vedlegg 8). Ved transkribering av intervjuetekstene ble intervjupersonen anonymisert (De Forskningsetiske Komiteene, 2010). Samtykkeskjemaene ble oppbevart innelåst, slik at ikke intervjupersonene kunne knyttes til intervjuetekstene.

Ved et uhell ble en informasjonsmail fra en av kontaktpersonene på et av sykehusene sendt til alle intervjupersonene ved det aktuelle sykehuset. Denne mailen var kun ment til oss. Ved at intervjupersonene også mottok denne mailen, fikk de vite hvem av sine kolleger som også skulle intervjues. Problematikken ble drøftet med veileder, og konklusjonen ble at vi kunne fortsette intervjuprosessen som planlagt, da studien vår ikke inneholdt sensitive data. Vi ser i ettertid at vi burde ha drøftet dette med intervjupersonene. Dette for å gi dem en ekstra mulighet til å trekke seg fra studien, dersom de opplevde det som problematisk at kollegene deres visste at de skulle være med i studien.

#### **4.7 Metodiske overveielser**

Vi har fulgt Graneheim og Lundman (2004) sin fremgangsmåte i tekstanalysen, og tar derfor utgangspunkt i deres begreper, fremgangsmåte og referanser ved metodiske overveielser. Vi

har brukt de engelske begrepene som Graneheim og Lundman (2004) har benyttet i sin artikkel. Dette med bakgrunn i at det var vanskelig å oversette begrepene uten å endre på betydningen av dem.

*Credibility* handler om hvor stor tillit man har til at dataene og om analyseprosessen er hensiktsmessig for å få svar på det man forsker på (Polit og Hungler, 1999). I vår studie ønsket vi å undersøke operasjonssykepleieres opplevelser. Derfor var det naturlig at konteksten var operasjonsavdelingen og intervjupersonene var operasjonssykepleiere. Det anbefales å velge intervjupersoner med forskjellige erfaringer for å oppnå varierte data (Adler og Adler 1988; Patton, 1987). Vi satte ikke andre inklusjonskriterier enn at operasjonssykepleierne skulle jobbe i operasjonsavdelingene til daglig og at de hadde interesse for temaet og ønske om å delta. Ved å intervju operasjonssykepleiere med interesse for temaet og ønske om å delta, håpte vi likevel å få utdypende beskrivelser.

Det ble foretatt en bekvemmelighetsutvelgelse ved at våre kontaktpersoner valgte ut og forespurte sine kolleger. Dette vurderes ofte som en effektiv, men ikke foretrukket metode på grunn av at den ikke sikrer variasjon i datamaterialet (Polit og Beck, 2010). Det innebar at vi ikke hadde kontroll over valg av intervjupersoner ut over inklusjonskriteriene. Vi opplevde likevel å få variasjon blant intervjupersonene og i datamaterialet.

Vi valgte semistrukturert intervju som metode for innsamling av data til studien vår (Kvale og Brinkmann, 2012). Fokusgruppeintervju kunne vært en alternativ metode. Dette fordi samspillet i et fokusgruppeintervju kan gjøre det lettere å uttrykke synspunkter som er vanskelig å få frem (Kvale og Brinkmann, 2012). På den andre siden tenker vi at fokusgruppeintervju ikke nødvendigvis har den rolige og fortrolige atmosfæren som for andre kanskje kan være det som fremmer en åpen samtale.

Under intervjuene fikk vi låne møterom eller kontor. Når disse lå i avdelingen viste det seg å ha noen ulemper, ved at personer kom inn og avbrøt intervjusamtalen. Ved transkribering så vi at disse avbrytelsene hadde ført til brudd i tankerekken både hos intervjuperson og intervjuer, som kan ha ført til at vi gikk glipp av mulige meningsenheter. Dersom vi hadde intervjuet utenfor avdelingen, eller markert rommet som «opptatt», kunne vi kanskje unngått dette problemet.

Intervjuguiden inneholdt flere ja/nei-spørsmål, som ikke ga utfyllende beskrivelser (vedlegg 5). Dette kan oppleves som direkte spørsmål og anbefales ikke til å innlede intervju med (Kvale og Brinkmann, 2012). Alle ja/nei-spørsmålene i intervjuguiden fulgte vi opp med

planlagte utdypende spørsmål, som: «kan du utdype dette?» eller «kan du fortelle om en situasjon» (vedlegg 5). Derfor opplevde vi likevel å få utdypende beskrivelser som besvarte problemstillingen.

Vi stilte oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuet når vi ønsket en utdypning av det intervjupersonen snakket om. Det er en fare for at vi som uerfarne forskere ubevisst kan ha stilt ledende oppfølgingsspørsmål. Dette er et moment som kan ha påvirket datamaterialet vi fikk (Kvale og Brinkmann, 2012).

Vi leste ikke igjennom intervjuetekstene flere ganger før analyseprosessen. Dette burde vi ha gjort for å få en forståelse av helheten (Graneheim og Lundman, 2004). På den andre siden er kvalitativ innholdsanalyse en fleksibel metode (Harwood og Garry, 2003), og vi fikk en god forståelse av intervjuene gjennom en grundig analyseprosess.

Det kan sees på som en fordel for studiens *credibility* at vi er tre forskere i denne studien, og at vi har samarbeidet om hele tekstanalysen. Dette fordi vi har drøftet og blitt enige om hvert steg i analysen. Det øker muligheten for at vi har kommet frem til passende meningsenheter, kondenserte meningsenheter, koder og kategorier som dekker datamaterialet. Det øker også studiens *credibility* at vi bruker sitater fra intervjuene til å bekrefte funn (Graneheim og Lundman, 2004).

Vi opplevde at noen av kodene var vanskelige å kategorisere, da de kunne passe i flere kategorier. Lundman og Graneheim (2012) bekrefter at dette kan være vanskelig når teksten handler om opplevelser. Dette begrunnes med at opplevelser ofte er så sammensatte.

Vi ønsket å ha en dag imellom hvert intervju, da transkribering av egne intervju kan føre til at man lærer mye om egen intervjustil (Kvale og Brinkmann, 2012). Derfor kunne vi utvikle våre intervjuferdigheter mellom intervjuene. Ved å transkribere egne intervju ville vi også til en viss grad huske de sosiale eller emosjonelle aspektene ved intervjusituasjonen (Kvale og Brinkmann, 2012). Graneheim og Lundman (2004) skriver at dette er verdifullt, fordi gester og nonverbale uttrykk kan påvirke den underliggende meningen.

Studiens *dependability* handler om hvor stor grad dataene forandrer seg gjennom analyseprosessen via forskernes avgjørelser. I denne sammenheng er det også en fordel at vi er tre forskere og at vi har utført analysen, da vi har drøftet fordeler og ulemper med avgjørelsene vi har tatt underveis og minnet hverandre på å ikke endre meningsinnholdet (Graneheim og Lundman, 2004).

Vi skrev ned vår egen forforståelse før utførelsen av intervjuene. Forforståelsen vår inneholdt kunnskaper, erfaringer og forutinntatte meninger. Forskere er uenige i om man skal utnytte sin forforståelse, eller ikke (Lundman og Graneheim, 2012). Vi prøvde å unngå å la forforståelsen vår styre oss i analyseprosessen. På den andre siden skriver Lundman og Graneheim (2012) at noe av forforståelsen er ubevisst, og derfor kan den likevel ha påvirket oss i analyseprosessen.

*Transferability* handler om i hvor stor grad funnene kan overføres til andre kontekster og grupper (Polit og Hungler, 1999). Vår studie mangler en grundig beskrivelse av intervjupersonenes karakteristika. Dette er et aspekt som burde vært inkludert for å fremme muligheten for overførbarhet. Videre blir det opp til leseren å vurdere denne studiens overførbarhet med bakgrunn i utvalg av informanter, innsamling av data og analyseprosess (Graneheim og Lundman, 2004).

## 5.0 FUNN

### 5.1 Arbeidskultur og sosialisering

Samarbeidet i operasjonsteamet preges av at man jobber sammen i et rom over lang tid og samarbeidet blir derfor veldig tett og nært. Det tette teamsamarbeidet gjør at holdninger og handlinger blir veldig synlige og får stor påvirkningskraft i teamet. Man blir mer var for det usagte og kan bli mer sensitiv på nyanser, da man er i samme rom hele dagen. En sier: *«En merker jo at settingen er litt annerledes. Så en blir kanskje litt mer var. Og en kan føle på litt andre ting, i og med at en er satt så veldig fast på en måte.»*

Når det oppstår vanskelige situasjoner eller diskusjoner på operasjonsstua må man forholde seg til det. Man kan ikke gå ut og avreagere. Operasjonsteamet er derfor sårbart for påvirkningen av uløste konflikter fordi miljøet er så lukket og tett. En forteller: *«Fordi du har ikke noen vei ut i forhold til hvis det oppstår en vanskelig situasjon eller diskusjon. (...) Da står du der og kan ikke gå vekk. Så må du ta beslutninger for deg selv, der og da. For at det skal klaffe og at du ivaretar pasientens sikkerhet.»*

De forskjellige yrkesgruppene i operasjonsteamet er spesialiserte og har alle sin tilnærming og yrkesfaglige forståelse av situasjonen. Alle yrkesgruppene har sine «territorier» og definerte oppgaver under operasjonen. Pasienten ligger i alles arbeidsfelt og yrkesgruppene må samarbeide om å koordinere arbeidet slik at det blir et godt og helhetlig resultat for pasienten, og for at arbeidsdagen skal «gli lettere». Dette krever tydelig og god kommunikasjon og innebærer gjensidig avhengighet mellom de forskjellige yrkesgruppene. En sier: *«Vi er her sammen, for å oppnå noe sammen. Så de får ikke gjort noe uten oss, og vi får faktisk ikke gjort noe uten dem. Og det er nok viktig å se. At det går begge veier.»*

Samarbeidets karakter varierer fordi kollegene er så forskjellige, og fordi de sjelden jobber med de samme kollegene så blir teamsammensetningen forskjellig fra dag til dag. En sier: *«Man jobber med mange forskjellige mennesker. Så det er vanskelig å si at akkurat sånn er det. For sånn var det i dag, men i morgen trenger det ikke være sånn. For vi er så forskjellige.»*

Det er viktig å se helhetlig på arbeidet i operasjonsteamet og se utover sitt eget arbeid, også på tvers av yrkesgruppene, for å hjelpe hverandre der det trengs. Dette kan innebære at kollegene vurderer hverandres arbeidsmåte og tilpasser sin egen arbeidsmåte slik at de utfyller



hverandre. Dette medfører at operasjonen går effektivt for seg. En sier: *«Når du jobber sammen med noen, så blir de presentert for kunnskapsnivået ditt, og sånn sett kan matche deg, utfylle deg. I et samarbeid er det veldig viktig at vi utfyller hverandre. Man er tilgjengelig og hjelper til underveis.»*

På operasjonsstua er det kultur for at man skal ytre sitt faglige ståsted og si ifra hvis man er uenig i eller hvis noen gjør en feil. Beskjeder skal ikke «pakkes inn» så budskapet blir uklart. Dette fordi det er lettere å forholde seg til klar tale og det sikrer god kvalitet på arbeidet. Operasjonsstua er et miljø med høyt utdannede kollegaer og sterke personligheter og det kan være vanskelig å ytre sitt faglige ståsted, men det må gjøres for å beskytte pasienten når han ikke er i stand til det selv. En sier: *«På jobb sier man jo veldig mye ifra til hverandre hvordan vi vil ha det og hvis noen gjør noe vi ikke er enige i.»*

Operasjonssykepleierne har en forventning om at alle teammedlemmene skal kunne ta imot forslag og kommentarer på en konstruktiv måte for å sikre at pasienten får best mulig behandling, og at arbeidet blir lettere. Samtidig vil de si ifra hvis kommentarer sies ufint og de føler seg urettferdig behandlet. En sier: *«Man må jo tåle at folk sier imot det vi gjør, for det er ikke sikkert vi har rett, eller det er kanskje en bedre måte å gjøre det på, men da er det jo måten en kan si det på. Det er mange måter å si at jeg er uenig med deg på.»*

Teammedlemmene er alle forskjellige mennesker som har sin historie og personlighet. Dette kommer til uttrykk i arbeidet og måten de samarbeider på. En sier: *«Vi er jo forskjellige mennesketyper. ... En som gir sterkt uttrykk for sinne og frustrasjon til vanlig, gjør dette også på operasjonsstua. Den personen du er, bærer du med deg. En som er stresset til vanlig vil gjerne bære med seg stresset inn, og en som er rolig og avbalansert vil ta det med seg inn.»*

Operasjonssykepleierne mener det er viktig at teammedlemmene kan oppføre seg høflig og tøyse sine følelser og meninger, slik at det ikke påvirker samarbeidet negativt. I tillegg ønsker de å få beskjed hvis de selv har negativ påvirkning på teamet. Dette er en del av det å være faglig og profesjonell i sitt yrke og ha pasientens beste i fokus. En sier: *«Man er jo her for å gjøre en jobb, og det skal man gjøre så godt man kan, og da må man samarbeide. Da må man legge sine personlige tanker til side litt, så sant det ikke går ut over det faglige.»*

Arbeidet på operasjonsstua er krevende og det forventes fokus og at en skal prestere. Derfor er det viktig å si ifra til kollegene når man har en dårlig dag, slik at de kan ta hensyn til det i arbeidsfordelingen og kommunikasjonen. Da påvirker det ikke teamet og arbeidet i så stor grad. En sier: *«Du må være på topp. (...) Det nytter ikke å komme her og være som et*

*aspelaav fordi du har vonde opplevelser eller vonde ting hjemme. For det påvirker deg. Du tar med deg alt inn på jobb. (...) Da kan jeg si at: I dag har ikke jeg en god dag. Kan dere være litt ekstra snille med meg i dag. Det går an å si. (...) Og så blir du tatt så hensyn til.»*

I forhold til at oppførsel påvirker teamet forklarer en operasjonssykepleier at det er nyttig å ikke understreke sin usikkerhet og opptre stakkarslig eller stresset og kavete. Da kan det virke som man ikke er faglig trygg, og det kan gjøre kollegene usikre på jobben man gjør. Når man blir mer erfaren bør man tørre å ta sin plass i teamet, opptre rolig og utstråle sin trygghet, da denne tryggheten smitter til resten av operasjonsteamet. En sier: *«Det forventes at du har en viss faglig dyktighet. Som operasjonssykepleier kan du i utgangspunktet prøve å framstå som trygg. Og etter hvert utvikler du den evnen at du, ja, utstråler trygghet. Da blir kirurgen roligere, han blir ikke så stresset.»*

Nyutdannede operasjonssykepleiere må jobbe en stund, og bli vurdert av de erfarne kollegaene, før de blir tatt på alvor og meningene deres blir tatt hensyn til. Det oppleves som at nyutdannede begynner på bunnen og må jobbe seg oppover for å bevise hva de er gode for. De nye teammedlemmene må finne sin plass i teamet og bli mer erfaren og kjent med kollegene før de blir hørt. En sier: *«Det er jo et miljø hvor man må bevise litt hva man står for og hva man er god for. Man tror ikke det, men det er litt sånn. (...) De må se deg jobbe litt før de tar det du sier seriøst, tror jeg.»*

Nyutdannede kan ha høy kvalitet på arbeidet, men det er vanlig at de trenger veiledning og hjelp for å gjennomføre arbeidet korrekt. Vanligvis er de usikre og sårbare for kritikk. Veiledning av nyansatte sees på som en naturlig del av jobben. En sier: *«De prøver så godt de kan (...) Men man må ofte passe på dem og fortelle dem. De er avhengige av at du sier ting på en positiv måte. Kritikk er ikke alltid greit å ta imot når du er nyutdannet.»*

Det er ikke lett å være ny i operasjonsteamet. Det tar tid å bli kjent med alle detaljene i arbeidet og mestre alle arbeidsoppgavene, i det tempoet som kreves. Når man har opparbeidet erfaring og kan forutse hva som skal skje videre i operasjonen, går arbeidet lettere og man blir ikke så lett stresset. Etter hvert finner man sin plass i operasjonsteamet. En operasjonssykepleier sier: *«I begynnelsen så er du litt mer tilbakeholden. Etter hvert som du får mer erfaring så glir alt veldig mye lettere. Fordi du vet hva som skal skje i neste rekke og hva du skal gjøre av oppgaver for denne pasienten. (...) Det blir litt sånn mengdetrening. Som å lære å sykle.»*

Noen operasjonssykepleiere bekrefter at nyutdannede kan få en del negative tilbakemeldinger og skarpe kommentarer som kan være vanskelig å håndtere. Det kan føre til at de får redusert mestringsfølelse, trekker seg tilbake, og har frykt for å ta initiativ og møte utfordringer. En sier: *«Som nyutdannet så får du mye kjeft. Det gjelder sikkert anestesen også, operasjonssykepleiere og kirurg. Og da får det negative effekter. At man ikke tar så mye initiativ. Jeg vet med meg selv at hvis jeg får kritikk for noe, så blir jeg dårligere i min jobb. Fordi da begynner jeg å tvile på det jeg vet jeg kan. For det går på min egen mestringsfølelse.»*

I kritiske situasjoner hvor det haster og liv står på spill sees det som nødvendig å kommunisere med korte, konsise og til tider kommanderende beskjeder. Dette for å ikke spille tid, og for at det ikke skal skje misforståelser og feil. En sier: *«Når du er en del av et operasjonsteam, så behøver du ikke all verdens høflighetsfraser. Da må du av og til ha noen som kan bryte igjennom. Og så se at det er en måte å samarbeide på som er nødvendig der og da. Men det må ikke sammenliknes med hvordan du vil ha det privat.»*

Den ærlige og tydelige kommunikasjonen som ønskes i teamsamarbeidet på operasjonsstua kan virke brutal på den som er ny i miljøet. Derfor kan det kreve tilvenning og at man lærer seg å ikke ta det personlig. En operasjonssykepleier sier derfor ofte til nyansatte og studenter: *«Ikke ta noe kjeft innover dere. Det er stort sett ikke deres skyld. Så bare gjør som dere får beskjed om, og ikke tenk på det som personlig.»*

## 5.2 Respekt og tillit

Tillit må bygges opp over tid. Når man jobber mye sammen over tid, gjerne år, kan man utvikle tillit til kollegers evner, kunnskaper og erfaringer. Denne tilliten gir forutsigbarhet, som gjør at arbeidet går lettere. Operasjonssykepleierne opplever at de har tillit til og respekt for kollegene i operasjonsteamet men at det er personavhengige variasjoner. En sier: *«Noen har veldig høyt kvalitetsnivå, og du kan slappe av i skuldrene, mens andre må du passe på.»*

Å oppleve respekt og tillit i operasjonsteamet innebærer at kollegene kjenner hverandre, anerkjenner hverandres kunnskaper og respekterer måten andre teammedlemmer jobber på. Dette gir operasjonssykepleierne opplevelsen av å bli tatt på alvor og at kollegene er trygge på at de gjør en god jobb. En sier: *«... andre tenker: Du har din profesjon og du kan dine ting, så jeg stoler på deg. Så jeg legger meg ikke opp i hva du gjør for noe.»*

Tillit opparbeides parallelt med det å bygge opp erfaring og å bli trygg på seg selv som operasjonssykepleier. En sier: *«Men det handler veldig mye om å bli sett og hørt, og få tilbakemeldinger på at du gjør en god jobb. Og at du er trygg i deg selv på en måte. Og det tar jo litt tid å bli, da. Som kommer med erfaring.»*

Operasjonssykepleierne forteller at de har forståelse for at det kan skje forglemmelser og feil i et operasjonsteam. Det inngir tillit når kolleger er åpne og ærlige om feil, så man vet hva den andre gjør og kan rette opp i det. Operasjonssykepleierne får tillit til kollegaer som spør om ting underveis hvis de er usikre, og sier ifra hvis de ser noe som er galt. En sier: *«Men hvis du står med ting du lurert på, som vasking av operasjonsfelt. Hvis en er i tvil om det er vasket godt nok, så må en jo spørre når de vasker, istedenfor å spørre når de dekker, og så tvile. For da er jo tilliten vekk.»*

Operasjonssykepleierne sier at kunnskap og erfaring inngir tillit. Kolleger, uansett yrkesgruppe, som de vet kan jobben sin godt skaper ro og trygghet rundt seg. Nye kolleger kan også inngi tillit ved at de gjør så godt de kan, er lærevillige og tar til seg all kunnskapen de kan. En sier: *«Hvis det er en operasjon jeg ikke har gjort før, så skaper det en usikkerhet og en utrygghet i meg. Og da er det jo veldig godt for meg å kunne lene meg mot en som kan det. Så er den andre med på å gi meg trygghet.»*

Flere operasjonssykepleiere sier de har mer tillit til kolleger som tenker og jobber likt som dem selv. Dette innebærer gjerne at de har god «kjemi». Denne «kjemien» kan være uavhengig av om de kjenner hverandre fra før, og det gjør at arbeidet går lettere. En operasjonssykepleier forteller: *«-og da er det ikke behov for å spørre om kompresser. Da er den andre med, og så har du kompresser. Før du har sagt et ord.»*

Operasjonssykepleierne sier de har mindre tillit til kolleger som virker stresset eller usikre på det de skal gjøre. Da blir de i tvil om deres kompetanse og de blir bekymret for pasientsikkerheten. Stress og usikkerhet kan smitte over på kolleger og påvirke deres konsentrasjon og kvalitet på arbeidet. En uttrykker det slik: *«Når noen i teamet er stresset, litt usikker eller nye, så påvirker stresset dem utrolig. Så blir man selv litt redd og usikker. Og det forplanter seg i alle ledd. Det kan gå utover kvaliteten.»*

Flere operasjonssykepleiere sier de ikke har like stor tillit til nyutdannede operasjonssykepleiere fordi de ikke ser sine oppgaver så godt og de derfor må passe på dem, slik at jobben blir gjort. Flere nevner at dette også gjelder assistentleger. En sier: *«Nyutdannede operasjonssykepleiere trekker seg ofte et steg tilbake på grunn av at de ikke vet*

*neste steg og er usikre på omgivelsene. (...) De prøver så godt de kan og er der for å hjelpe, men man må passe på dem og fortelle dem hva de skal gjøre.»*

Operasjonssykepleierne beskriver på forskjellig vis at de kan oppleve mangel på respekt når kolleger oppfører seg ufint, gir negative tilbakemeldinger og har arrogant og uhøflig oppførsel. Når dette skjer peroperativt kan det føre til at de blir satt ut, og fokuset flyttes bort fra operasjonen. Dette skaper et dårlig arbeidsmiljø, og kan bidra til at feil oppstår.

Nyutdannede er spesielt sårbare for en slik oppførsel. En sier: *«Du kan oppleve at en av personalet er ute etter å ta en av de andre. På en måte sette dem på plass. Og det resulterer ofte i nervøsitet. Ja, at folk blir satt ut. Da kan det skjære seg for de fleste underveis. (...) Og så gruer du deg til neste gang dere skal møtes på stua igjen.»*

Operasjonssykepleierne opplever det som mistillit når andre teammedlemmer gir mange råd og stadig ytrer meninger om hvordan andre skal utføre arbeidet sitt. Dette oppleves som mistillit til at de mestrer jobben og at kollegaen derfor kontrollerer de gjør. En forteller: *«For meg er det nok tilliten det som gjør meg trygg. Og den merker man jo fort om man har eller ei. Og så må en sile unna. For det er jo noen som er så fryktelig behjelpelig, kanskje litt for behjelpelige.»*

Operasjonssykepleierne forteller at når teammedlemmer sier ifra om utilfredsstillende arbeid eller feil, er det viktig å si det på en fin måte, slik at den andre ikke «mister ansikt». Alle gjør feil, uansett yrke og erfaring, men det er viktig å si ifra, selv om det kan være vanskelig. Måten man sier ifra på har stor betydning for responsen man får, og samarbeidet videre. En beskriver det slik: *«Og så kan du prøve å si det på en fin måte, at du kan: «Skal vi se på den armen, tror du vi kan få den til å ligge bedre?» Noe sånn. Ikke bare komme og si: «Den armen kan ikke ligge sånn! Vekk med deg, her skal jeg ordne opp!» Det går litt lettere hvis man prøver å samarbeide.»*

Flere operasjonssykepleiere forteller på forskjellige vis at de tilpasser atferd og måten de kommuniserer på slik at de er høflige og viser respekt og forståelse både for situasjon og person. Dette kommer med erfaring og gjør at man ikke så lett «tramper kolleger på tærne». Ved å være høflig og tilpasse seg får man lettere gjennomslag for sine meninger. *«Det er noe med å lære seg måten.. Hvilken fremferd du skal ha. (...) Måten en ordlegger seg på for å få din vilje gjennom.»*

Det er forståelse for at alle har sin måte å utføre arbeidsoppgaver på og at teammedlemmene må respektere dette selv om de er uenig. Dette innebærer å holde sine meninger tilbake av

respekt for kolleger og for samarbeidet videre. En operasjonssykepleier sier hun kan bli utålmodig på enkelte og håndterer det slik: *«Men da må jeg akseptere det. For det har med respekt å gjøre. (...) Da må jeg bare trekke meg tilbake og bare sånn, tolerere det. Ikke at jeg aksepterer det, men jeg må tolerere det.»*

Ved å rose andre viser man respekt og tillitt. Ros har også positiv effekt på samarbeidet og gir en mer avslappet stemning. I operasjonsstua blir det positive sjeldnere bemerket enn det som er feil, og flere ønsker at man skal huske å si positive bemerkninger oftere. En sier: *«Og så er det det å starte dagen med å si en positiv ting. Det gjør jeg alltid. Når vi kommer så: Å, så hyggelig, skal jeg jobbe sammen med deg! Å dette blir en fin dag! Altså: I dag skal vi få det til å gli lett!»*

### 5.3 Makt og hierarki

Det er en felles forståelse blant operasjonssykepleierne at teammedlemmene er likeverdige. Teammedlemmene viser respekt og likeverdighet for hverandre ved at de ser og hører hverandre og viser hensyn. Når avgjørelser skal tas opplever operasjonssykepleierne at det er rom for medbestemmelse og at de inkluderes i diskusjoner. En operasjonssykepleier beskriver opplevelsen av likeverd slik: *«... at vi ser hverandre, hører hverandre og ikke minst sier «tak» til hverandre.»*

Operasjonssykepleierne forteller at erfaringen teammedlemmene har, er av stor betydning i forhold til om man opplever likeverd i teamsamarbeidet. Operasjonssykepleierne påpeker at teammedlemmer de har høye faglige forventinger til, har lettere for å bli hørt og får lettere gjennomslag for sine meninger. Dette gjelder også på tvers av yrkesgruppene. En operasjonssykepleier sier: *«Så jeg har nok lettere for å bli hørt enn en sykepleierstudent».*

Begrunnede forslag har også betydning for om operasjonssykepleierne opplever at teamsamarbeidet er likeverdige. Operasjonssykepleierne opplever at når de har en begrunnelse for sine forslag, er det lettere å bli hørt. En operasjonssykepleier sier: *«Hvis du har en mening, så sier du det, og da føler jeg jo at det er gehør for det. For det er jo en begrunnelse bak det du vil».*

Operasjonssykepleierne poengterer at noen av kirurgene ser på seg selv som viktigere enn resten av operasjonsteamet. Når kirurgen gir ordre og det ikke er rom for diskusjon, opplever operasjonssykepleierne at de ikke har noe de skulle ha sagt og at kirurgen dermed utøver

makt. En operasjonssykepleier forteller: *«Kirurgene er jo litt sånn i en sfære for seg selv. (...) For de kan jo finne på å si «Ja, men hører her, det skal være sånn og sånn. Ferdig!» Og da har du ikke noe du skulle ha sagt på en måte. (...) Selv om vi har bra kommunikasjon med dem, så føler de at de er i en litt sånn klasse (...) for seg selv. Egentlig litt over oss».*

Ved påpekninger av brudd på hygieniske prinsipper rettet mot kirurgen, opplever flere av operasjonssykepleierne at kommentarene ikke blir tatt til følge. Dette kan være et uttrykk for arroganse, og grunnen til at ikke påpekingen blir tatt til følge, kan være at kirurgen ikke vil ha råd fra en operasjonssykepleier. En sier: *«En kan kommentere til kirurgen at: «du har hull i hansken». Og da kan jo han velge å skifte hansker da, eller noen ganger så velger de å ikke gjøre det. Jeg kan jo ikke på en måte rive av dem hanskene».*

Operasjonssykepleierne poengterer at det er avhengig av kirurgen om teammedlemmenes meninger blir hørt. De opplever at det er kirurgs personlighet som avgjør om en blir lyttet til og tatt på alvor. En sier det slik i forhold til at noen kirurger hører på forslag: *«... vi har jo flinke kirurger og mange av de, de spør: «hva synes du, kan vi ta den eller ikke? De spør sykepleierne. ... En god kirurg takker for sånne ting: «Å, du minner meg på det, så fint!»».*

Operasjonssykepleierne opplever at personlighet har betydning for om de opplever å bli hørt i operasjonsteamet. Det er mange sterke personligheter i operasjonsteamet, og om de bli hørt eller ikke, behøver ikke være knyttet til en bestemt yrkesgruppe. En operasjonssykepleier beskriver det slik: *«Noen vil du få gehør hos med en gang, noen må du jobbe og argumentere litt mer med, mens noen ikke vil høre hva du sier».*

Operasjonssykepleierne kan oppleve å ikke bli hørt når de sier ifra om observasjoner de mener er viktig, men som blir avfeid av andre i operasjonsteamet. Når dette skjer opplever de som uttrykk for at operasjonssykepleierne er nederst på rangstigen i det hierarkiske systemet på operasjonsstua. En sier: *«Altså, det er våre observasjoner, og de er ikke bestandig så lette å komme med. Jeg føler nok som operasjonssykepleier at jeg står litt nederst på rangstigen».*

Flere av operasjonssykepleierne forteller om hvem som ofte kjefter på hverandre når det er uenigheter i operasjonsteamet. I operasjonsteamet har man en tendens til å kjeft på den som står en nærmest. Kjefting oppfattes som uttrykk for usikkerhet. En forteller følgende: *«Vi vet jo det som operasjonssykepleier at, det er jo mindre og mindre av det, kirurgene har jo opp gjennom tidene hatt behov for noen å hakke på. Og da er det jo vi som står nærmest, om vi har gjort noe galt eller ikke».*

Operasjonssykepleierne forteller at anestesisykepleierne kaller skillet mellom operasjon og anestesi for: «blod-hjerne barrieren». Å endre på dette skillet kan være vanskelig, for det er knyttet til kultur og tradisjon. Operasjonssykepleierne opplever det som negativt at disse yrkesgruppene ikke er mer samkjørte og lærer mer av hverandre. En operasjonssykepleier forteller: *«At disse to faggruppene ikke har klart i alle disse årene å jobbe bedre sammen, har med tradisjoner og det har med kultur å gjøre. (...) Vi lærer våre og de lærer sine. Det er utrolig hvor lite man lærer av hverandre».*

Operasjonssykepleierne forteller at opplevelser av en ulik maktfordeling i operasjonsteamet ikke er dagligdagse. De gamle holdningene henger likevel til en viss grad igjen og er ikke så lette å endre. Operasjonssykepleierne opplever at maktforskjellene blir mindre når man blir kjent med hverandre. En operasjonssykepleier sier: *«Men etter hvert så kjenner du jo de også. De kunne ikke fått gjort sin jobb uten oss heller».*

Operasjonssykepleierne forteller at en ikke skal tåle urettmessige beskyldninger, og at det er viktig å takle slike opplevelser og ikke tvile på egen yrkesutøvelse. En operasjonssykepleier sier: *«At man må være sikker i det man vet selv er riktig, og prøve å ha integritet nok til å stå for det».*

Det er variasjoner blant operasjonssykepleierne om hvordan de takler kjefting i operasjonsteamet. Noen operasjonssykepleiere påvirkes ikke lengre av det, mens andre tar det inn over seg. En operasjonssykepleier forteller om hvordan hun påvirkes av å få kritikk: *«Jeg vet med meg selv at hvis jeg får kritikk for noe, så blir jeg dårligere i min jobb. Fordi at da begynner jeg å tvile på det jeg vet jeg kan. For det går på min egen mestringsfølelse».*

## **5.4 Konflikter**

Oppgaver som havner utenom de faste prosedyrene kan lett kan skape konfliktsituasjoner i operasjonsteamet. Dette gjelder spesielt montering av anestesibøyle og armbord, detaljer ved leiring og plassering av pasientens arm i de tilfeller dette ikke inngår i prosedyren. Leiring av pasienters armer kan være årsak til uenighet, fordi anestesipersonell og operasjonssykepleiere har forskjellig fokus peroperativt. Anestesi må ha tilgang til venefloner, mens operasjonssykepleieren må legge til rette slik at kirurgen får tilgang til operasjonsfeltet. En forklarer det slik: *«Uskrevne oppgaver er kanskje det som gir størst konflikter, fordi man vet jo faktisk ikke hvem som skal gjøre det.»*



Operasjonssykepleierne forteller på forskjellige måter om hvordan det å blande seg i andres arbeid blir mottatt. Noen opplever det som positivt at andre engasjerer seg, mens andre opplever dette som provoserende. Dersom man opplever en krass kommentar på eget arbeid som et angrep, er det lett å gå i forsvar. Når dette skjer, er det viktig å ha budskapet i det som sies i fokus, slik at man ikke glemmer det faglige og mister fokus på pasienten. En operasjonssykepleier sier: *«Men så kan en jo forstå frustrasjonen og, på en måte, fordi man blir på en måte pirka litt på.»*

Operasjonssykepleierne har flere opplevelser med negativ oppførsel ved konflikter i operasjonsteamet. Denne oppførselen gjelder oftest kirurger, og kan innebære å banne, gi fysisk uttrykk for frustrasjon, ha en demonstrativ oppførsel eller forlate operasjonsstua under operasjonen. Selv om det er om å gjøre å ikke ta en slik oppførsel personlig, reagerer operasjonssykepleierne ulikt. Noen operasjonssykepleiere har lært seg å «svelge disse kamelene», mens andre tar den dårlige oppførselen inn over seg. En sier:

*«Operasjonssykepleiere er ganske tykkhuda (...) Og vi aksepterer mye dritt fra kirurger. Vi aksepterer det, og vi lar det gå, for vi vet at det er sånn det er av og til. Spesielt med kirurger.»*

Teammedlemmene er ikke alltid bevisst egen dårlig oppførsel i operasjonsteamet.

Operasjonssykepleierne forteller at det er viktig å gjøre dem bevisst egen oppførsel, og fortelle hvordan den påvirker andre. Dette fører ofte til at vedkommende tar seg sammen, og samarbeidet blir bedre. En operasjonssykepleier forteller: *«At jeg kan si til min kollega at: «Vet du hva? Nå synes jeg at du er i kjempedårlig humør og dette påvirker min arbeidsglede.»»*

Andre årsaker til konflikter kan være dersom noen i operasjonsteamet opplever at andre ikke er dyktige nok, eller at man er uenige i måten noe blir gjort på. Dette kan være når anestesipersonell eller kirurg krever fullstendig ro for arbeidet de skal utføre, som igjen påvirker operasjonssykepleierens arbeid eller fører til forsinkelser. En operasjonssykepleier forteller: *«Og da har jeg opplevd at de sier: «Hyssjt, hyssjt! Ti still! Jeg kan ikke operere hvis dere driver», altså. «Dere må dempe dere!» Og så hvisker du. Og så får du kanskje ikke sagt det du skal i rapportoverføringen. (...) Så det forstyrrer vårt arbeid at vi ikke kan få lov å ha normalt stemmeleie.»*

Operasjonssykepleierne opplever det som viktig å ikke ta opp store diskusjoner under operasjonen. Dette begrunner de med at man ikke skal miste fokus på pasienten, eller forlenge

operasjonstiden. For å unngå diskusjoner vil operasjonssykepleierne forholde seg normalt i forhold til vedkommende inntil operasjonen er ferdig, for deretter å ta det opp. En operasjonssykepleier sier: *«Og da må man jo også tenke, at nå må vi holde kjeft. For pasientens skyld, så må vi ikke begynne å diskutere under operasjonen. Det er ikke lurt.»*

Samtidig sier operasjonssykepleierne at hvis de opplever noe de er uenige i under operasjonen, eller som gir dem en «klump i magen», så sier de likevel ifra. De forteller at det beste da er om teammedlemmene kan ha en samtale rundt uenigheten for å utveksle meninger og få en oppklaring der og da før man går videre. En operasjonssykepleier forklarer det slik: *«Og da blir det jo ikke en konflikt, da blir det en samtale rundt det. Eller en diskusjon rundt det, og så er man ferdige. Og det er jo det som gjør at teamarbeid er bra, at man får erfaringer begge veier.»*

Operasjonssykepleierne opplever det som negativt når teammedlemmer ikke gir rom for diskusjon. Dette kan innebære kirurger som «bare gir ordre», eller «nyutdannede verdensmestre» som ikke er mottakelige for råd eller innspill fra erfarne operasjonssykepleiere. En operasjonssykepleier forklarer: *«Vi hadde en operasjonssykepleier som var verdensmester da, hun var helt nyutdannet. Hun kunne alt og visste alt. Og når man prøvde å hjelpe henne: «Nei, hun kan det!» (...) Så skal kirurgen plutselig bruke utstyret under operasjonen, og hun klarer ikke å montere det.»*

Dårlig løste konflikter eller uløste konflikter opplever operasjonssykepleierne som negativt. Det påvirker ikke bare de involverte parter, men også hele teamet, ved at det blir en dårlig og amper stemning. Konflikter som ikke håndteres fører til frustrasjon som kan komme ut i form av baksnakking. I tillegg kan det bli vanskelig for de involverte partene å samarbeide i lang tid i etterkant. En operasjonssykepleier sier: *«Det blir vanskelig hvis noen bare blir sint å ikke gidder å diskutere. Dette gjør noe for resten av min dag. Da blir det en veldig amper stemning og da gidder jeg ikke snakke med de lengre. Da jobber vi ikke som team lengre, og sånne ting kan splitte et team.»*

Teammedlemmers personlighet preger måten de møter og håndterer konflikter på. Dette innebærer at alle teammedlemmene ikke er like flinke til å ta opp konflikter, for så å bli ferdig med dem. Operasjonssykepleierne opplever at teammedlemmer har ulik oppfatning av hva som er problematisk ved teamsamarbeidet. Dette medfører forskjellige reaksjoner på konflikter, og noen teammedlemmer er mer sårbare enn andre. En sier: *«Og så er det noen som tåler mer enn andre (...) Hos noen preller det bare av, mens andre kan bli knust.»*

## 5.5 Humor

Operasjonssykepleierne opplever at det ikke alltid er tid og rom for humor i operasjonsteamet. Dette må vurderes ut ifra situasjonen man er i. En av operasjonssykepleierne forteller: *«For mange ganger krever det som blir gjort inne på operasjonsstuen oppmerksomhet. (...) Du står ikke å fleiper og tøyser når du ser at noen strever og konsentrerer seg. Da må man være stille og la de få lov å konsentrere seg.»*

Bruk av humor er også personavhengig. Enkelte teammedlemmer påvirker stemningen i operasjonsteamet negativt, slik at man tappes for energi. Andre igjen er ikke mottakelige for humor, før de eventuelt har åpnet for det selv. En sier: *«Med noen kirurger begynner man ikke å tulle. De må åpne den døra, og så er man der, på en måte.»*

Enkelte teammedlemmer er flinke til å skape god stemning på operasjonsstua, som påvirker resten av operasjonsteamet positivt. God stemning og humor kan også påvirke noen som i utgangspunktet hadde en «dårlig dag». En operasjonssykepleier sier: *«Vi har jo ei, som er helt fantastisk! Som har et strålende humør og ler mye. Og en ser jo hvilken effekt hun har på et hvilket som helst team.»*

Operasjonssykepleierne gir sterkt uttrykk for at humor er en viktig del av det daglige arbeidet i operasjonsteamet. Humor har flere positive effekter, som innebærer blant annet økt trivsel, mer overskudd og at det gir en trygghet. I tillegg gjør humor at arbeidsdagen glir lettere og det blir gøyere å være på jobb. En av sier: *«Dette med humor synes jeg jo er et av våre aller største våpen. Det skaper et levende arbeidsmiljø.»*

Dersom man forventer, eller merker en begynnende dårlig stemning, hjelper det ofte å komme denne stemningen i forkjøpet med humoristiske kommentarer. Dette kan føre til at stemningen letter. Å le av vanskelige sider ved samarbeidet, kan gjøre problemene mindre. Humor og godt humør kan også snu en stresset stemning under operasjoner, som fører til at samarbeidet går lettere. En av operasjonssykepleierne sier: *«Hvis det går tungt og stemningen er litt laber. Og da komme med litt positive bemerkninger og litt humor, det løser veldig opp. Det er veldig merkbart synes jeg.»*

Operasjonssykepleierne forteller at dersom humor går på bekostning av andre, virker den mot sin hensikt. Dette kan oppleves som personlig kritikk eller fornærmelse. En sier: *«Det eneste er jo når de ikke tok fleipen, og tok det personlig. Det var jo katastrofalt!»*

## 5.6 Roller

Operasjonssykepleierne forteller at teammedlemmene kjenner hverandres arbeidsoppgaver og ansvarsområder. Det er sjelden usikkerhet om hvem som skal gjøre hva.

Operasjonssykepleierne gir uttrykk for at det er åpenhet om å prate med hverandre hvis det oppstår usikkerhet om ansvars- og oppgavefordeling, slik at det ikke utvikler seg til konflikter. En sier: *«... sånn til en viss grad, sånn praktisk som det fungerer, ja. Så kjenner man jo til hverandres arbeid. (...) Så spør man hvis det er noe man lurer på.»*

Kjennskap og forståelse for hverandres ansvarsområder og arbeidsoppgaver har innvirkning på resultatene i operasjonsstua. At teammedlemmene arbeider etter ansvars- og funksjonsbeskrivelser, og dermed vet hva de skal gjøre, har innvirkning på kvaliteten på arbeidet. En operasjonssykepleier forteller: *«Jeg vet hva jeg skal gjøre, og hva jeg må gjøre og kan gjøre. Det har vi jo skriftlig. Du ser jo det på kvaliteten egentlig – at folk vet hva de skal gjøre.»*

Operasjonssykepleierne opplever at de hjelper hverandre på tvers av de to operasjonssykepleierrollene i operasjonsteamet. Dette gjøres for å øke effektiviteten i arbeidet. På den måten utfyller operasjonssykepleierne hverandre og utnytter positivt at de kjenner hverandres roller. En operasjonssykepleier forteller: *«Vi har jo en usteril og en steril operasjonssykepleier. Når vi er to operasjonssykepleiere så går vi på kryss og tvers.»*

Gjennom hele arbeidsdagen jobber anesthesi- og operasjonssykepleierne tett med hverandre. Operasjonssykepleierne opplever at det er en kontinuerlig dialog og en gjensidig forståelse for hverandres ansvarsområder og arbeidsoppgaver, og at det er åpenhet for å hjelpe hverandre. En operasjonssykepleier beskriver samarbeidet mellom anesthesi- og operasjonssykepleier slik: *«Vi vet hva de skal. De vet hva vi skal gjøre. (...) Så da sier jeg til anesthesisykepleier: «Kan du være så snill?» Og selv om det er liksom mitt ansvar alt det der, så deler vi på det.»*

Leiring av pasienten på operasjonsbordet er en arbeidsoppgave som mange av operasjonssykepleierne opplever som kilde til uenighet. Leiring er et felles ansvar, hvor anesthesi- og operasjonssykepleier samarbeider. Det som flere av operasjonssykepleierne ser på som en utfordring ved leiring er armene, fordi anesthesi- og operasjonssykepleier har ulike behov. Da må de samarbeide og finne en løsning som fungerer for begge parter. En operasjonssykepleier forteller: *«Og sånn som med armene f eks, Hvordan de skal ligge. Så har vi litt sånn forskjellige behov kan en si. For de skal jo ha inn venefloner og sånn, og vi*

*skal ha armene vekk fra feltet. Så det kan bli, kanskje litt sånn. En må finne en måte som er grei for begge parter.»*

Ved innføringen av WHO's sjekklister for trygg kirurgi opplevde operasjonssykepleierne at det var usikkerhet om hvem som skulle ta ansvar for den, da den involverte alle yrkesgruppene i teamet. Flere av operasjonssykepleierne forteller at det nå er avklart, og det er operasjonssykepleiere som tar ansvar for sjekklisten. En operasjonssykepleier forteller: *«Nå har vi jo denne Trygg kirurgi sjekklister. Den var jo litt sånn i begynnelsen: «Hvem skal ta hva på den?» Og det er jo operasjonssykepleier som ender opp med å ta den. Men den er jo tredelt.»*

Operasjonssykepleierne forteller om opplevelser med kirurger som har mangelfull forståelse for kompleksiteten i operasjonssykepleieres arbeidsoppgaver. Dette kommer særlig til uttrykk når operasjonsmeldingen ikke er tilstrekkelig utfylt. Da gir det problemer for operasjonssykepleierens forberedelser til operasjonen. Det oppfattes som at kirurgene ikke har forståelse for at operasjons- og anestesisykepleiere trenger tid til å forberede utstyr og klargjøre pasienten. Dette kan føre til diskusjoner. En beskriver det slik: *«Men hadde jeg visst det på forhånd. Det handler jo litt om at jeg kunne jo fått litt bedre informasjon. På forhånd. Så hadde jeg gjort det litt annerledes.»*

Til tross for at operasjonssykepleierne stort sett opplever en gjensidig forståelse av de forskjellige yrkesgruppenes ansvarsområder og arbeidsoppgaver, er det rom for å lære mer av hverandre. Dette kommer til uttrykk ved at det sjelden er felles undervisning og at de dermed har liten mulighet til å lære om hverandres ansvarsområder og arbeidsoppgaver. En sier: *«Men det er alltid interessant å høre ting fra andres synspunkt. Kanskje man ser ting fra et litt annerledes da. Vi har jo noen fellesundervisninger av og til. Men stort sett er vi jo hver for oss når vi har undervisning.»*

## **5.7 Pasientsikkerhet**

Operasjonssykepleierne har ikke opplevd at måten operasjonsteamet samarbeider på har fått fysiske konsekvenser for pasientene. Samtidig påpeker flere at de heller ikke får vite hvordan det går med pasientene i etterkant av operasjonene. De har derimot mange opplevelser av at måten teamet samarbeider på har effekt på pasientens opplevelse av oppholdet på operasjonsstua, og at samarbeidskvaliteten varierer med teamsammensetningen. En sier: *«At*

*den tonen folk har med hverandre, litt ugarderte kommentarer, kan i prinsippet påvirke pasientens opplevelse, det er min opplevelse. Men at noen er fysisk blitt skadet av dette, det har jeg aldri opplevd.»*

Operasjonssykepleierne merker at pasientene reagerer på negativ oppførsel. Dette kan være når teammedlemmene snakker ufint til hverandre eller er stresset og «durer fram» for å være effektive. Pasientene reagerer også negativt når samarbeidet fungerer dårlig og operasjonsteamet diskuterer uenigheter og kommuniserer over pasienten.

Operasjonssykepleierne mener dette kan øke pasientens stress og føre til at de ikke føler seg sett. En sier: *«Det er jo noen som mange ikke kan samarbeide så godt med. Og det er jo, åh, forferdelig at det skal være sånn. Men sånn er det. Og da kan du merke det på pasienten.»*

God stemning og ro i teamet kan gi avspenning og gjøre situasjonen mindre truende for pasienten. Operasjonssykepleierne får ofte tilbakemeldinger fra nervøse pasienter om at det gjør godt at de har en god tone i teamet. Teamet vil likevel ha respekt for pasienten og følge med på deres respons og tilpasse humoren deretter. På den måten gir de pasientene opplevelsen av et profesjonelt operasjonsteam hvor de er i trygge hender. En sier: *«Men hvis du har det gøy der og da, og ser at pasienten sitter som en pinne, rett opp og ned i senga og er livredd. Da må du bare ta deg sammen og gi pasienten den tryggheten han trenger.»*

## 6.0 DISKUSJON

### 6.1 Arbeidskultur og sosialisering

Operasjonssykepleierne opplever arbeidet på operasjonsstua som tett og nært siden de jobber sammen i samme rom over lang tid. Dette gjør at holdninger, handlinger, nyanser og det usagte blir mer synlig og får stor påvirkningskraft. Det tette samarbeidet og sensibiliteten for nyanser gjør at samarbeidet lett påvirkes av kollegers oppførsel og personlighet, både i positiv og negativ forstand. Negative situasjoner kan oppleves intenst da samarbeidet må fortsette og de ikke kan forlate operasjonsstua. Silen-Lipponen et al. (2005) bekrefter at uenighet og diskusjoner i operasjonsstua oppleves ubehagelig og fører til økt fare for feil.

Funnene våre viser at det er bevissthet om og aksept for at alle kan ha en dårlig dag. Likevel er det et ønske om at deltakerne i operasjonsteamet skal tøyle følelser og meninger som kan påvirke samarbeidet negativt, som en del av det å være profesjonell og å ha pasientens beste i fokus. For å oppnå positivt samarbeidsmiljø, kan operasjonssykepleierne si ifra hvis de har en dårlig dag slik at kolleger kan ta hensyn. De ønsker også å få beskjed dersom deres oppførsel påvirker andre negativt. For å redusere kollegers stress er det også positivt å fokusere på det man kan, og fremstå som trygg. Rasmussen og Torjuul (2012) bekrefter at utrygghet hos et teammedlem kan smitte over på resten av teamet og at tilsvarende kan en behersket væremåte forplante seg til resten av teamet og dermed bidra til å forbedre teamprestasjonen. Lingard et al. (2002) finner i sin studie at kommunikasjonen i operasjonsteamet faktisk er preget av målrettethet samtidig som kommunikasjonen reflekterer ønske om å minimere negativ spenning og opprettholde det sosiale samholdet. Våre funn og forskningen viser at arbeidet i operasjonsstuen er sårbart for negativ spenning som kan føre til feil, men at operasjonsteamet bevisst tilpasser sin oppførsel for å redusere spenninger og skape et godt samarbeid, for å øke pasientsikkerheten.

Operasjonssykepleierne forteller at yrkesgruppene i operasjonsteamet er spesialister på sitt felt og alle har sin forståelse av situasjonen. De har hver sine «territorier» på operasjonsstua med pasienten i midten. For å oppnå et godt resultat for pasienten må arbeidet samkjøres og teammedlemmene er da gjensidig avhengige av hverandre. Dette krever tydelig og god kommunikasjon. Det oppleves som viktig å se helheten i arbeidet og ikke bli for fokusert på kun sitt eget ansvarsområde. Forskning bekrefter at kirurgiske team består av flere spesialiserte sub-team som jobber parallelt og kan ha forskjellig forståelse av arbeidet og

ulike prioriteringer. Dette kan føre til kommunikasjonsfeil og dårlig teamsamarbeid (Rydenfält et al., 2012; Undre et al., 2006).

Funnene våre viser at operasjonssykepleierne prøver å bedre teamsamarbeidet ved å se helhetlig på arbeidet på operasjonsstua. Dette innebærer at de har oppmerksomhet også utenfor sitt eget arbeidsfelt og forsøker å hjelpe og utfylle hverandre slik at de oppnår effektivitet og et godt resultat for pasienten. Hvordan de tilpasser seg og samarbeider oppleves vanskelig å definere, siden kollegene og teamsammensetningene er så forskjellige. Leach et al. (2009) skriver også at dynamikken i operasjonsteamene varierer på grunn av at man ikke har en fast teamsammensetningen, og varierer fra operasjon til operasjon. Dette øker kravet om tilpasningsevne for operasjonssykepleierne og resten av operasjonsteamet. Rydenfält et al. (2012) finner at å skape felles normer og situasjonsforståelse for yrkesgruppene i teamet i tillegg til god kjennskap til hverandre øker pasientsikkerheten.

Funnene av vår studie viser at som deltaker i operasjonsteamet må man lære seg å si klart og tydelig ifra hvis det er noe man er uenig i eller hvis noen gjør en feil. Slike beskjeder skal sies på en fin måte, men skal likevel ikke «pakkes inn» så budskapet blir uklart og kan misforstås. Dette kan være krevende i et miljø med mange sterke personligheter, men operasjonssykepleiere må tørre å ta sin plass i operasjonsteamet og ytre sitt faglige ståsted. På denne måten kan operasjonssykepleierne være «pasientens advokat» og beskytte han når han ikke er i stand til å ta vare på seg selv. Mitchell et al. (2011) fant også i sin studie at operasjonssykepleiere ser på seg selv som pasientens advokat og at de dermed har ansvar for å si ifra hvis noe kan true pasientens sikkerhet. Rasmussen og Torjuul (2012) fant at kirurgene ønsket at operasjonssykepleierne skulle si ifra om de ser noe som kan true pasientsikkerheten. I tillegg skriver de at faglig trygghet er viktig for å kunne hevde sine synspunkt og meninger i operasjonsteamet.

På den andre siden må operasjonssykepleiere også tåle å selv få kommentarer og tilbakemeldinger. De vil ta imot kommentarer på en konstruktiv måte ved å fokusere på at det kan gi et bedre resultat for pasienten og at arbeidet skal bli lettere. Dette sees på som en del av det å være profesjonell. Likevel vil operasjonssykepleierne ikke godta ufin tiltale, og si ifra hvis de føler seg urettferdig behandlet.

Nyutdannede opplever å begynne på bunnen av rangstigen. De må jobbe en stund og bevise hva de kan og står for, før deres meninger blir hørt og de tas på alvor. De opplever å kunne få en del negative tilbakemeldinger og «kjefte», som gir redusert mestringsfølelse og fører til



tilbaketrekking. Higgins og MacIntosh (2010) skriver også at nyutdannede operasjonssykepleiere ofte kan bli kritisert for mangel på tempo og evner. Deres funn viser i tillegg at nye dermed kan ta til seg en overmodighet som kan gi redusert pasientsikkerhet. De viser videre, i likhet med våre funn, at det tar tid for nyutdannede å lære seg å navigere seg frem i forhold til holdninger og kultur og at det tar lang tid før de føler seg som likeverdige og kompetente deltakere i operasjonsteamet. De beskriver dette som en stressfylt og forvirrende fase.

Våre funn viser at erfarne operasjonssykepleiere opplever at nyutdannede i tillegg er usikre og sårbare og trenger veiledning og hjelp fra erfarne kolleger. Det sees på som en naturlig del av jobben å hjelpe dem. De viser også forståelse for at det er vanskelig å være ny i operasjonsteamet og at det tar tid å lære seg alle arbeidsoppgavene og opparbeide tempo. Negative tilbakemeldinger til nyansatte forklares som konsekvens av en kommunikasjonsmåte som er nødvendig i et operasjonsteam. Kommunikasjonsmåten er kort og kommanderende og brukes for å unngå misforståelser og spill av tid under operasjoner. Kommunikasjonsmåten oppfattes gjerne brutal og kritiserende på nyutdannede, og de læres derfor opp til å ikke ta dette personlig. Nyutdannede anbefales å venne seg til det. Lingard et al. (2002) skriver at når kultur overføres i sosial setting på denne måten, og ikke via skolebenken, er det fare for at det ikke reflekteres over, og settes ord på hva kulturen faktisk innebærer. Derfor skriver de at det er viktig med bevisstgjøring for å sikre at det skjer en positiv utvikling av denne kulturen.

## 6.2 Respekt og tillit

Funnene våre viser at tillit bygges opp over tid. Når operasjonssykepleierne jobber sammen med kolleger, ser de etterhvert i hvilken grad de kan stole på deres evner, kunnskap og erfaring. De opplever at dette kan ta flere år. Tillit til en kollega, gir forutsigbarhet og trygghet for at arbeidet skal gå godt og riktig for seg. Reeves et al. (2010) bekrefter at det tar tid å bygge opp tillit, og skriver at teammedlemmer som kjenner hverandre godt kan oppnå en høyere grad av tillit og respekt enn om man jobber sammen med personer man profesjonelt sett ikke kjenner så godt. Leach et al. (2009) bekrefter også i sin forskning at det tar tid å bygge opp godt kjennskap og dermed tillit og respekt til kollegene på operasjonsstua. De skriver også at når teammedlemmene blir godt kjent med hverandre øker det graden de kan forutse hva som vil skje videre i arbeidet og det øker dermed teamets effektivitet. De påpeker

at det er viktig å jobbe ofte sammen for å oppnå dette, men at det er vanskelig å oppnå i operasjonsteam. Dette fordi de som regel er varierende sammensatt og de sjelden jobber med de samme kollegene.

Funnene våre viser at ærlighet og åpenhet i arbeidet gir grunnlag for opparbeidelse av respekt og tillit. Dette gjelder både i forhold til operasjonssykepleierens eget arbeid og eventuelle feil de selv gjør, men innebærer også ærlighet og åpenhet i forhold til andres arbeid. I dette ligger det at kolleger får tillit til en person som sier tydelig ifra om egne og andres feil, slik at det kan rettes opp i og dermed unngå å få konsekvenser for pasienten. Det er med på å bygge opp en forventning om, og tillit til, at denne kollegaen vil gjøre en god jobb. Kristiansen (2011a) bekrefter at tillit bygges når man ser at personer tar ansvar for oppgavene sine og er til å stole på.

Flere operasjonssykepleiere i vår studie påpeker likevel at det kan være vanskelig å si ifra om feil på en måte som gjør at den andre ikke «mister ansikt». Måten de sier ifra på har betydning både for responsen der og da, i tillegg til samarbeidet videre med denne kollegaen. Dersom noen i teamet er kommanderende eller ufin i måten de sier ifra på, eller sier ifra om for mange detaljer opplever operasjonssykepleierne mistillit. De opplever da at den andre kontrollerer det de gjør fordi de har mistillit til at de mestrer arbeidet. Lingard et al. (2002) skriver at det er en fordel å kunne si ifra på en høflig måte, i motsetning til å kommandere. Da kan man opprettholde et respektfullt og godt samarbeidsklima og redusere spenningsnivået samtidig som man oppnår sine mål.

Sett fra den andre siden opplever operasjonssykepleierne i vår studie seg respektert og tatt på alvor, når kollegene kjenner dem godt og lar dem jobbe «i fred» på sin måte. Dette fører til en opplevelse av at kollegene er trygg på at de gjør en god jobb. Gillespie et al. (2009) skriver at det å bli vist respekt fra kollegene på denne måten også har den effekten at man får økt selvtillit og mestringsfølelse i utførelsen av arbeidsoppgavene. På den bakgrunn tenker vi at å jobbe for å oppnå høyere grad av respekt og tillit i operasjonsteamet vil kunne ha effekt på både trivsel og kvaliteten på arbeidet som utføres.

Våre funn viser at kunnskap og erfaring inngir tillit og respekt. I nye og ukjente situasjoner kan en erfaren kollega som vet hva som skal gjøres spre trygghet i teamet. På den andre siden kan kolleger som virker usikre spre usikkerhet og inngi mindre tillit. Dette kan spesielt gjelde hvis det ikke er samsvar mellom det en kollega sier han kan og det han faktisk viser at han kan. Høy stressfaktor kan også tolkes som usikkerhet. Dette kan sees i sammenheng med den

åpenhet og ærlighet som funnene viser at operasjonssykepleierne setter høyt. Dersom teammedlemmer skjuler mangel på kunnskap og erfaring kan det skape utrygghet for resultatet og mistillit til denne personens evner. Rice Simpson et al. (2006) og McCallin og Bamford (2007) bekrefter dette funnet og skriver at et nytt teammedlem må vise sin profesjonelle kompetanse og tekniske evner for å oppnå tillit fra resten av teamet.

Operasjonssykepleierne i vår studie har ikke full tillit til nyutdannede teammedlemmer, da de ikke kan- og ser sine oppgaver like godt og derfor må passes på. Dette sees på som en naturlig prosess som alle nyutdannede må gjennom. Nyutdannede kan derfor likevel oppnå tillit ved å gjøre så godt de kan og vise et ønske om å lære. Kristiansen (2011a) bekrefter at tillit også kan oppstå spontant som dette, i tillegg til å bygges opp over tid.

Funnene våre viser at ros og positive tilbakemeldinger, i tillegg til å bli hørt i faglige diskusjoner gir opplevelse av at teammedlemmene har tillit og respekt for kunnskapen operasjonssykepleierne har og arbeidet de gjør. På den andre siden opplever operasjonssykepleierne mangel på respekt for arbeidet de gjør dersom kolleger oppfører seg ufint, eller har arrogant og uhøflig oppførsel. Når dette skjer kan det føre til at de mister fokus og gjør feil. Nyansatte er spesielt utsatte for dette og det kan føre til dårlig samarbeidsmiljø. Higgins og MacIntosh (2010) skriver at ufin oppførsel rettet mot en enkelt operasjonssykepleier fører til at de føler seg ydmyket foran kolleger, begynner å tvile på sine profesjonelle evner og gjør flere feil. Da opplever de at de ikke blir respektert.

Operasjonssykepleierne i vår studie opplever å ha mer tillit til kolleger som tenker og jobber likt som dem selv. Dette oppleves som personer man har «god kjemi» med, og er uavhengig av om man kjenner hverandre fra før. Det oppleves da som om man forstår hverandre uten å måtte uttrykke behovene verbalt, og da går arbeidet lettere. Leach et al. (2011) skriver også om denne felles forståelsen, men skriver kun om at det oppstår når man kjenner kollegene godt. De utdyper at dette innebærer en felles forståelse for situasjonen og hverandres evne og kompetanse og man kan da oppleve en flyt i arbeidet. Arbeidet er da preget av koordinerte handlinger og en felles forståelse for det som skjer videre i operasjonen, og kan føre til en opplevelse av at man kan «lese hverandres tanker». På den andre siden viser funnene våre at tillit, som har grunnlag i lik arbeidsmåte, ikke forventes å oppnås med alle kolleger.

Operasjonssykepleierne i vår studie opplever det som viktig å vise respekt for andres arbeidsmåte, til tross for at de selv ville gjort ting annerledes. I slike tilfeller holder de seg selv og sine meninger tilbake, av respekt for kollegaen og samarbeidet videre.

### 6.3 Makt og hierarki

Funnene våre avdekker at operasjonssykepleierne stort sett opplever likeverd i operasjonsteamet. Dette kommer til uttrykk ved at operasjonssykepleierne opplever å bli sett og hørt. Videre forteller operasjonssykepleierne at når avgjørelser skal tas, er det rom for å si sin mening. Tidligere forskning har tydeliggjort behov for å ha et likeverdig teamsamarbeid. Dette har bakgrunn i at et operasjonsteam med maktforskjeller utgjør en fare for pasientsikkerheten (Carney et al., 2010; Makary et al., 2006; Reid og Bromiley, 2012).

Operasjonssykepleierne i studien vår har flere opplevelser med at det ikke alltid er så lett å samarbeide med kirurger. Det kan dreie seg om faglige bemerkninger, for eksempel skift av usterile hansker, som ikke blir tatt til følge, og hvor operasjonssykepleierne dermed opplever å bli avfeid. Kirurger kan oppleves som å være i en «sfære for seg selv», ved at de gir ordre og at de ikke gir rom for andre teammedlemmers innspill. Tidligere forskning har avdekket at historisk sett har sykehusvesenet vært preget av et patriarkalsk system. Dette vil si at legen som mann var overhode, mens kvinnen som sykepleier skulle underordne seg og være lydige mot legen (Nordvoll, 2009). Gillespie et al (2013) fant i sitt studie at kirurgene mente de hadde et større ansvar for å ta ledelsen når avgjørelser skulle tas, til tross for at teammedlemmene ønsket en åpen dialog, så fortsatte de likevel i en hierarkisk kultur, for å unngå å forlate profesjonell status. Studien avdekket også at teammedlemmer som hadde mindre makt hadde mindre de skulle ha sagt når avgjørelser skulle tas, noe som igjen truet pasientsikkerheten.

Operasjonssykepleierne i vår studie gir uttrykk for at det også er personavhengig om en blir lyttet til i operasjonsteamet, fordi noen må en argumentere med, mens andre har bestemt seg for ikke å lytte og forstå. Dette samsvarer med funnene i Mitchell et al. (2011) sitt studie, som avdekket at operasjonssykepleierne opplevde at de kunne si ifra, men det var noen kirurger som det ikke var så lett å jobbe sammen med og at det derfor kunne være utfordrende å si ifra. På den bakgrunn ser det ut til at personlighet også spiller en rolle i forhold til om operasjonssykepleiere blir lyttet til i operasjonsteamet, like mye som den historiske utviklingen av legeryrket som maktutøvende profesjon.

Operasjonssykepleierne i vår studie forteller at de kan oppleve seg nederst på rangstigen i operasjonsteamet. Dette kommer til uttrykk ved arrogant oppførsel fra andre i operasjonsteamet, når operasjonssykepleierne kommer med bemerkninger eller observasjoner som ikke blir tatt til følge. Disse opplevelsene av et hierarki på operasjonsstua gjenspeiler

funn fra tidligere forskning, som har vist at det er vanskelig for operasjonssykepleiere å si ifra på grunn av et hierarkisk system (Edmondson, 2003). Tidligere studier har vist at kirurger og operasjonssykepleiere rangerer og oppfatter samarbeidet med hverandre forskjellig. Carney et al. (2010) fant i sitt studie at den største forskjellen mellom operasjonssykepleierne og kirurgene var i forhold til om operasjonssykepleiernes forslag ble hørt. Studien fant at operasjonssykepleierne mente det var vanskelig å si ifra om forhold som gjaldt pasientbehandlingen.

Funnene våre avdekker også noe om hvordan teammedlemmene kan la sin frustrasjon gå utover hverandre. En operasjonssykepleier forteller at kirurgene har en tendens til å la sin frustrasjon gå ut over de som står nærmest, som da er operasjonssykepleierne. Dette gjenspeiler funn i Willems et al. (2013) som også fant at når kirurgen blir frustrert på grunn av instrumentene og ikke får gjort jobben slik han gjerne vil, så vender han sinnet sitt mot sine nærmeste.

## 6.4 Konflikter

Operasjonssykepleierne i vår studie forteller at arbeidsoppgaver som ikke inngår i prosedyrer, lett kan føre til konfliktsituasjoner. Dette fordi det oppstår uklarhet i hvilken yrkesgruppe som skal utføre arbeidsoppgaven, eller at de forskjellige yrkesgruppene har ulikt fokus rundt samme arbeidsoppgave. Ekeland (2004) bekrefter at både uklarhet i ansvarsfordeling og når begge parter opplever arbeidsoppgaver som viktige for sin yrkesrolle, kan det være årsak til konflikter. Rydenfält et al. (2012) fant i sin studie at anestesipersonell og den kirurgiske stab, som inkluderer operasjonssykepleier og kirurg, har forskjellig vinkling på arbeidet ut ifra sitt perspektiv. Dette fører til at de ser forskjellige sider av arbeidet, og prioriterer annerledes. I studien konkluderte forskerne med at felles forståelse for arbeidet er en avgjørende faktor i teammedlemmenes arbeid mot et felles mål (Rydenfält et al., 2012).

Funnene våre avdekket at dersom noen i teamet opplever krasse kommentarer som et angrep, går de lett i forsvar. Aanderaa (1999) skriver at angrep er en måte å takle angst og usikkerhet på, og det oppstår en kamp om å være den som får gjennomslag for sitt. Dette kan føre til en mistro blant teammedlemmene og konflikter kan oppstå (Aanderaa, 1999).

Operasjonssykepleierne i vår studie forteller at dersom man opplever en kommentar som et angrep, er det viktig å ha budskapet i kommentaren i fokus. Dermed mister man ikke fokus på

pasienten. Dette kan sees i sammenheng med det Ekeland (2004) skriver om følelser i konflikter. Dersom følelsesnivået blir for høyt i en konflikt er det fare for at situasjonen skal komme ut av kontroll. Partene kan da miste fokus på budskapet, og veien til en konstruktiv håndtering av budskapet vil derfor kunne ta lengre tid (Ekeland, 2004). Det kan derfor tenkes at operasjonssykepleierne i vår studie prøver å dempe følelsesnivået i konflikten, for at situasjonen ikke skal komme ut av kontroll og at man dermed mister pasientfokuset.

Funnene av vår studie viser at operasjonssykepleiere har negative opplevelser med noen av teammedlemmenes oppførsel ved konflikter i teamet. Dette går spesielt på å oppføre seg urimelig eller snakke stygt. Dette kan sees i sammenheng med misbruk av makt, som ofte oppleves som et problem ved samarbeid. Dette fordi maktmisbruk ofte skaper konflikter (Ekeland, 2004). Våre funn viser at dersom man opplever dårlig oppførsel, er det viktig å påpekte det ovenfor vedkommende. Operasjonssykepleierne begrunner dette med at det er ikke sikkert personen selv er bevisst egen oppførsel, og dens påvirkning på andre.

Operasjonssykepleiere opplever det som viktig å ikke ta opp store diskusjoner under operasjoner. Dersom noe oppstår, tar de opp problemet med vedkommende i etterkant av operasjonen. Operasjonssykepleierne påpeker at grunnen til at de gjør det slik er med tanke på pasientens beste. Dette samsvarer med det Silén-Lipponen et al. (2005) fant i sin studie. Resultatene av studien tilsa at konflikter under operasjonen kunne føre til overopphetede følelser, noe som kunne føre til økt risiko for å gjøre feil, og dermed kunne sette pasientens sikkerhet i fare. Derfor tvang operasjonssykepleiere seg til å forbli uforstyrret og fortsette arbeidet (Silén-Lipponen et al., 2005).

Funnene i vår studie avdekker at de fleste av operasjonssykepleierne vil si ifra under operasjonen, dersom de opplever noe de er uenige i. De beskriver det som positivt når det åpnes opp for samtale med meningsutvekslinger og oppklaringer. På den motsatte side oppleves det som negativt når noen teammedlem ikke åpner for dialog. Reeves et al. (2010) skriver at mangel på dialog kan føre til at man ikke ser det brede spekteret av mulige løsninger, og på den måten risikerer man at den beste løsningen ikke blir vurdert. Dialog mellom teammedlemmene kan derimot være en kilde til utvikling, vekst, kvalitet og gode løsninger (West, 1994).

Funnene i vår studie avdekker at operasjonssykepleierne har negative opplevelser med konflikter som forblir uløste og konflikter som blir håndtert på en dårlig måte. Dersom konflikter ikke tas opp i etterkant, fører det til at det blir vanskelig for de involverte partene å

samarbeide i etterkant. Boggs (2011) bekrefter at konflikter som ikke håndteres, etterlater følelser som dukker opp igjen ved senere samarbeid.

Funnene i vår studie viser at operasjonssykepleierne opplever at teammedlemmenes personlighet preger måten de møter og håndterer konflikter på. Dette bekrefter Ekeland (2004) som hevder at med bakgrunn i vår personlighet, kan man oppleve og reagere ulikt på tilsynelatende like situasjoner. Derfor utfordres teammedlemmer til å justere seg i forhold til andre og ha toleranse for menneskelig variasjon (Ekeland, 2004).

## 6.5 Humor

Både i funnene våre og i litteraturen er det enighet om at personlighet preger humoristisk sans. Det som er morsomt for en person, trenger ikke være morsomt for andre, og humor skal ikke brukes dersom ikke begge parter synes det er passende (Sæther, 2005).

Funnene våre avdekker at operasjonssykepleierne opplever at det ikke er alle i teamet de kan spøke med. Dette kan ses i sammenheng med at noen menneskenes personlighet preges av makt og at de derfor ikke er mottakelige for humor. Disse personene kan oppleve latter som en trussel, fordi det kobles til noe useriøst, som de ikke ønsker å bli assosiert med (Sæther, 2005).

Flere av operasjonssykepleierne i vår studie forteller at enkelte teammedlem har en ekstra evne til å skape god stemning ved bruk av humor. En av operasjonssykepleierne forteller også at latter og godt humør har en positiv effekt på de andre teammedlemmene. Sæther (2005) sier seg enig i at man påvirkes av menneskene man har rundt seg. Ved bruk av humor utstråler man positivitet, som kan føre til at andre teammedlem synes man er en positiv og spennende person å samarbeide med (Sæther, 2005).

Flere av operasjonssykepleierne i vår studie forteller at humor i operasjonsteamet ikke alltid er passende. De forklarer videre at bruk av humor må vurderes ut ifra situasjonen og personen de samarbeider med. Dette blir begrunnet med at deler av arbeidet krever mye konsentrasjon og oppmerksomhet. Rydenfält et al. (2012) fant i sin studie at forstyrrelser i operasjonsteamet vurderes forskjellig, og at det er en subjektiv opplevelse. Dersom humor virker forstyrrende på teammedlem, kan det derfor tenkes at dette kan påvirke konsentrasjonen og oppmerksomheten rundt arbeidet.

I vår studie er det stor enighet blant operasjonssykepleierne at humor er en viktig del av det daglige arbeidet i operasjonsteamet. De nevner flere virkninger humor kan ha på samarbeidet, som blant annet økt trivsel og overskudd, i tillegg til at arbeidsdagen glir lettere. Humor kan også utjevne maktforskjeller (Romero og Cruthirds, 2006), og minske den hierarkiske avstanden (Cooper, 2008). Dette mener vi også er viktige virkninger av humor i operasjonsteamet, fordi det tradisjonelt er preget av hierarkiske forskjeller (Makary et al., 2006).

Det kommer frem av våre funn at humor kan endre en stresset stemning eller amper situasjon, slik at samarbeidet går lettere. Dette kan ha sammenheng med at humor frigjør stress, og bidrar til at teammedlemmene mestrer vanskelige situasjoner (Sæther, 2005).

Operasjonssykepleierne i vår studie bruker humor til å le av det som er vanskelig i samarbeidet, noe som fører til at problemene blir mindre. Dette kan sees i sammenheng med at humor brukes til å lette på stemningen i vanskelige situasjoner (Reeves et al. 2010).

Flere av operasjonssykepleierne i vår studie forteller på forskjellige måter om hvordan humor kan virke mot sin hensikt, dersom humor går på bekostning av andre. Sæther (2005) skriver at denne formen for humor virker ekskluderende, og bidrar til å skape avstand mellom medlemmene av operasjonsteamet. Dette står i motsetning til humor brukt på en positiv måte, som virker inkluderende (Sæther, 2005), og som derfor trolig er å foretrekke ved teamsamarbeid. Dette bekrefter Buxman (2008) i en fagartikkel hvor han skriver at teammedlemmer som ler sammen, jobber mer effektivt og produktivt som et team.

Operasjonssykepleierne i studien vår opplever at humor har positive effekter i operasjonsteamet. Dette er et mellommenneskelig aspekt ved samarbeidet i operasjonsteamet som det finnes lite litteratur på (Willems et al., 2013), og humor i arbeidslivet generelt finnes det lite forskning på (Cooper, 2008).

## **6.6 Roller**

Operasjonssykepleierne i vår studie opplever at det er en felles forståelse av teammedlemmenes arbeidsoppgaver og ansvarsområder. Når operasjonssykepleierne gikk temaet i sømmene, kom det frem at det også var uklarheter i dette. Behovet for å ha en felles forståelse i operasjonsteamet er belyst i tidligere forskning, blant annet av Gillespie et al.



(2013). Deres studie fant at det var behov for å utvikle en felles forståelse gjennom åpen kommunikasjon, for på den måten å forbedre yrkesutøvelsen. Studien avdekket likevel at det var avvik mellom intervjupersonenes ønsker og slik de oppførte seg. Ved å sammenligne våre funn og funnene til Gillespie et al (2013), kan det tenkes at operasjonssykepleiere opplever at teamet har en felles forståelse av hverandres ansvarsområder og arbeidsoppgaver, men at det likevel er noen uklarheter.

Et aspekt ved det å kjenne hverandres roller blir i våre funn utdypet med beskrivelser av det tette samarbeidet mellom operasjonssykepleierne. Når de kjenner både den koordinerende- og den sterilt utøvende operasjonssykepleierrollen forteller operasjonssykepleierne at det er lett å forstå og hjelpe hverandre. Denne forståelsen av operasjonssykepleieres ulike roller støttes i Mitchell et al. (2011) sin studie. De fant at forholdet mellom den koordinerende og den sterilt utøvende operasjonssykepleier og forståelsen dem imellom, var avgjørende for om man kunne utføre rollen effektivt.

Operasjonssykepleierne i vår studie opplever en gjensidig forståelse i forhold til anesthesi- og operasjonssykepleiers arbeidsoppgaver. Yrkesgruppene kommuniserer både ved å prate sammen og via øyekontakt. Operasjonssykepleierne forteller at ansvar og oppgaver er definert, samtidig som de også kan utføre noen av de samme oppgavene, og dermed hjelpe hverandre. Dette samsvarer med tidligere forskning som har belyst at etablering av en felles forståelse bedrer oppførselen i samarbeidet og skaper godvilje (Leach et al., 2009). På den bakgrunn kan man tenke seg at økt forståelse for hverandres arbeidsoppgaver og ansvarsområder fører til at man er mer tilbøyelig til å hjelpe hverandre på tvers av yrkesgruppene.

Funnene våre avdekker noen uavklarte ansvarsområder og arbeidsoppgaver mellom operasjonssykepleier og anesthesisykepleier. Leiring av pasient og innføring av WHO's sjekklister for trygg kirurgi, blir trukket frem som ansvar og oppgaver som er delt mellom yrkesgruppene, men som kan utløse uenighet. Leiring av pasient ses på som et felles ansvar, men yrkesgruppene har ulike praktiske behov. Et eksempel på det er at anesthesisykepleier må ha pasientens arm tilgjengelig, for intravenøse tilganger, mens operasjonssykepleierne må ha armen bort fra operasjonsfeltet for å sikre at kirurgen har optimal tilgang.

Operasjonssykepleierne forteller også at ved innføring av WHO's sjekklister for trygg kirurgi, var det frustrasjon om ansvarsfordeling. Dette fordi det ikke var avklart hvem som skulle ta ansvar for de ulike delene av sjekklisten. Uklarhetene i ansvarsfordelingen kan ses i lys av

tidligere forskning, som har avdekket at rollene i et operasjonsteam ikke alltid er klarlagte, og det gir utfordring i forhold til om et team klarer å samarbeide effektivt (Espin og Lingard, 2001). Økt forståelse og kunnskap om de ulike teammedlemmers rolle kan også redusere faren for feil på operasjonsstua (Wauben et al. 2011; Espin, et al. 2006; Silèn-Lipponen et al, 2005). På den bakgrunn er det holdepunkt for å si at uklarheter i ansvarsfordeling og uklar rolleforståelse gjør at samarbeidet ikke fungerer effektivt nok og det kan sette pasientsikkerheten i fare.

Funnene våre viser en frustrasjon over kirurgers manglende forståelse for operasjonssykepleieres mange arbeidsoppgaver. Dette kommer til uttrykk når det er snakk om informasjon som operasjonssykepleierne har behov for i sin yrkesutøvelse, men som de opplever at de ikke alltid får. Opplevelsen kommer også til uttrykk ved kirurgers manglende forståelse for at operasjonssykepleiers mange oppgaver tar tid. Tidligere forskning har vist at operasjonssykepleiere og kirurger har ulike oppfatninger og forventninger til teamsamarbeid og at det derfor er behov for å ha en felles forståelse (Wauben et al., 2011; Carney et al., 2010). Dermed kan det se ut til at behovet for å definere rollene i operasjonsteamet tydelig er avgjørende, slik at man har en felles forståelse av hverandres arbeidsoppgaver og ansvarsområder. På den bakgrunn kan man hindre at uenigheter og konflikter oppstår.

Operasjonssykepleierne i vår studie forteller at de forskjellige yrkesgruppene har lite felles undervisning og dermed liten mulighet for å lære av hverandre. Higgins og MacIntosh (2010) fant i sin studie at gjennom felles undervisning kan man utvikle respekt for hverandre, på tvers av yrkesgruppene. På samme bakgrunn kan det tenkes at mer felles undervisning på tvers av yrkesgruppene, kan bidra til økt forståelse for hverandres arbeidsoppgaver og ansvarsområder.

## **6.7 Pasientsikkerhet**

Operasjonssykepleierne i vår studie forteller at negativ oppførsel blant teammedlemmene kan påvirke pasientens opplevelse av å være på operasjonsstua. Dette kan skje når teammedlemmene viser stress, snakker ufint til hverandre, diskuterer uenigheter eller snakker over pasienten. Operasjonssykepleierne sier at dette kan øke pasientens stress og føre til at de ikke føler seg sett og respektert. På den andre siden har også positiv oppførsel påvirkning på pasienten. Det kan være når operasjonsteamet skaper ro og god stemning i operasjonsstua og

tilpasse sin atferd og kommunikasjon etter pasientens behov. Teammedlemmene må legge uenigheter til side når pasienten er tilstede. På den måten kan pasienten oppleve profesjonalitet, respekt og at han er i trygge hender.

Funnene våre viser at operasjonssykepleierne ikke har opplevd at måten operasjonsteamet samarbeider på har ført til fysiske konsekvenser for pasienten. På den annen siden har operasjonssykepleierne heller ikke tilgang på informasjon om hvordan det går med pasientene i etterkant av operasjonene. De får dermed ikke vite om eventuelle fysiske konsekvenser pasientene kan ha fått postoperativt og årsaken til disse. Forskning viser at det komplekse miljøet på operasjonsstua gir grunnlag for at feil og uønskede hendelser kan oppstå med bakgrunn i mellommenneskelige aspekter (Leach et al., 2011; Lingard et al., 2002).

Sammenlikning av våre funn og tidligere forskning viser at det kan skje feil med bakgrunn i mellommenneskelige aspekter (Leach et al., 2011; Lingard et al., 2002), men operasjonssykepleierne har ikke tilgang på informasjon om dette. Dermed kan det tenkes at de ikke har muligheten til å lære av feilene og indentifisere hvor operasjonsteamet har forbedringspotensial. Faghefte for operasjonssykepleiere viser at operasjonssykepleierne har ansvar for å holde seg faglig oppdatert og forebygge feil (NSFLOS, 2011). Med bakgrunn i dette kan det tenkes at operasjonssykepleiere og resten av operasjonsteamet må tilstrebe å tilpasse sin atferd for å forebygge feil som kan oppstå med bakgrunn i mellommenneskelige aspekter.

## 7.0 KONKLUSJON

Innledningsvis i studien vår skrev vi at samarbeidet i operasjonsteamet kan ses på som en dans (Freischlag, 2012; Gillespie et al., 2013; Rowe, 2008). Med bakgrunn i våre funn ser vi at det tar tid å utvikle gode danseferdigheter, og den erfarne danseren må lære opp uerfarne, ved å forklare trinnene og være et godt forbilde. Dette krever at den nye danseren er mottakelig for veiledning og har et ønske om å lære dansen. Uansett erfaring, er det viktig at begge parter får komme med innspill om hvordan dansen skal utføres. Dersom man ikke klarer å bli enige om dansetrinnene, kan det føre til at man gruer seg til neste gang man skal danse sammen. En dansepartner som har godt humør og sprer glede fører på den andre siden til at man gjerne gleder seg til neste gang man møtes på dansegulvet. For at dansen skal forløpe elegant er det viktig at begge parter kjenner eller forstår hverandre og dermed kan forutse hverandres dansetrinn.

Hensikten med denne studien var å beskrive hvordan operasjonssykepleiere opplever mellommenneskelige aspekter ved samarbeid i operasjonsteamet. Våre funn viser at operasjonssykepleiere opplever samarbeidet i operasjonsteamet som tett og nært. Dette innebærer at både positive og negative følelser og reaksjoner i operasjonsteamet blir forsterket og har stor påvirkningskraft på hele operasjonsteamet. Teammedlemmers personlighet preger hvordan de opplever og oppfører seg i teamsamarbeidet.

Klar, tydelig og til tider kommanderende kommunikasjon begrunnes med at det sikrer effektivitet og hindrer misforståelser, i akutte situasjoner. Når denne kommunikasjonsformen brukes uten at det er nødvendig, kan det oppleves som arrogant og respektløs oppførsel, og kan føre til at teammedlemmer mister fokus på arbeidet og gjør feil.

Operasjonssykepleierne opplever stort sett at teammedlemmene kjenner hverandres arbeidsoppgaver og ansvarsområder, men enkelte uavklarte arbeidsoppgaver skaper gjentatte konfliktsituasjoner. Ved uenighet i operasjonsteamet opplever operasjonssykepleierne at likeverdige og gjensidig meningsutveksling er positivt. Det oppleves negativt for videre teamsamarbeid dersom teammedlemmer avfeier andres meninger.

Humor oppleves som en viktig del av arbeidet i operasjonsteamet da det kan lette vanskelige og stressende situasjoner når den tilpasses person og situasjon.

Funnene våre viser at operasjonssykepleierne har fokus på pasientsikkerheten gjennom avgjørelsene de tar, og handlingene de gjør. En ulempe er at de ikke får vite konsekvensene av tiltakene de gjør.

Det kommer ikke frem av vår studie hvem som er leder av operasjonsteamet. Vi ser derfor behovet for å kartlegge dette, da en klar leder er viktig for blant annet å opprettholde samholdet i operasjonsteamet (Northouse, 2004). Mitchell et al. (2011) finner i sin studie at operasjonsteamet ikke har en klart definert leder, og at både kirurg, koordinerende operasjonssykepleier og anestesilege kan lede teamet.

Vi ser også et behov for videre forskning på enkelte mellommenneskelige aspekt ved teamsamarbeid. Funnene våre viser at blant annet humor har stor betydning i arbeidet, men dette er et aspekt det er forsket lite på i den kirurgiske sammenhengen (Willems et al., 2013).

Studiet viser at teamsamarbeidet har et forbedringspotensial. Vi ser derfor muligheter for videre forskning for å utvikle kunnskap om hvordan mellommenneskelige aspekter kan forbedre teamsamarbeidet, og hvordan dette kan implementeres i praksis.

## LITTERATURLISTE

- Aanderaa, I. (1999). *Relasjoner i teamarbeid. Et psykodynamisk perspektiv*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Ackroyd, S. og Thompson, P. (1999). *Organizational misbehaviour*. London: SAGE publications Ltd.
- Adler, P.A. og Adler, P. (1988). Observational techniques. I: Denzin, N.K. og Lincoln, Y.S. (Red.). *Collecting and Interpreting Qualitative Materials* (s. 79-109). Thousand Oaks, London og New Dehli: Sage Publications Inc.
- Bäckström, G. (2011a). Operasjonssykepleierens administrative ansvar. I Dåvøy, G. M., Eide, P. H. og Hansen, I. (Red.). *Operasjonssykepleie* (1. utg., s. 332-341). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bäckström, G. (2011b). Operasjonssykepleierens myndighetsområde og funksjonsansvar. I Dåvøy, G. M., Eide, P. H. og Hansen, I. (Red.). *Operasjonssykepleie* (1. utg., s. 26-31). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Boggs, K.U. (2011). Communicating with Other Health Professionals. I: Arnold, E.C. og Boggs, K.U. (Red.). *Interpersonal Relationships. Professional communication skills for nurses* (6. utg., 452-467). St. Louis, USA: Elsevier Saunders.
- Brannick, M.T. og Price, C. (1997). An interview of team performance measurement. I: Brannick, M.T. Salas, E. og Prince, C. (Red.). *Team performance assessment and measurement* (s. 3-16). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Buxman, K. (2008). Humor in the OR: A Stitch in Time? *AORN Journal*, 88 (1), 67-77.
- Carney, B. T., West, P., Neily, J., Mills, P. D. og Bagian, J.P. (2010). Differences in Nurse and Surgeon Perceptions of Teamwork: Implications for Use of a Briefing Checklist in the OR. *AORN Journal*, 91 (6), 722-729.
- Catchpole, K., Mishra, A., Handa, A. og McCulloch, P. (2008). Teamwork and Error in the Operating Room. Analysis of Skill and Roles. *Annals of Surgery*, 247 (4), 699-706.
- Chun, M.B., Young, K.G., og Jackson, D.S. (2009). Incorporating cultural competency into the general surgery residency curriculum: A preliminary assessment. *International Journal of Surgery*, 7 (4), 368-372.

- Clark, P. (1997). Values in health care professional socialization: implications for geriatric education in interdisciplinary teamwork. *The Gerontologist*, 37, 441-451.
- Cooper, C. (2008). Elucidating the bonds of workplace humor: A relational process model. *Human Relations*, 61 (8), 1087-1115.
- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. (Oppdatert 4. mars 2010). Hentet 4. mai 2014, fra: <https://www.etikkom.no/Forskingsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/7-Registrering-og-lagring-av-lyd--og-bildedata/>
- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. (Oppdatert 24.01.2012). Hentet 4. mai 2014, fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Taushetsplikt/#hovedregel>
- Dåvøy, G.M., Eide, P.H. og Hansen, I. (2011). Innledning. I: Hansen, I. *Operasjonssykepleie* (1. utg., s. 17-20). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Edmonson, A. C., (2003). Speaking up in the operating room: how team leaders promote learning in interdisciplinary action teams. *Journal of Management Studies*, 40, 1419-1252.
- Ekeland, T.J. (2004). *Konflikt og konfliktforståelse for helse- og sosialarbeidere* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Espin, S. og Lingard, L. (2001). Time as a catalyst for tension in nurse-surgeon communication. *AORN Journal*, 74 (5), 672–682.
- Espin, S., Lingard, L., Baker, G.R. og Regehr, G. (2006). Persistence of unsafe practice in everyday work: an exploration of organizational and psychological factors constraining safety in the operating room. *Qual Saf Health Care*, 15, 165-170.
- Freischlag, J.A. (2012). The operating room dance. *BMJ Quality and Safety*, 21 (1), 1-2.
- Garsjø, O. (2001). *Sosiologisk tenkemåte – en introduksjon for hele og sosialarbeidere* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Wallis, M., Chang, H. A. og Werder, H. (2009). Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (5), 1019-1028.

- Gillespie, B. M., Gwinner, K., Chaboyer, W. og Fairweather, N. (2013). Team communication in surgery – creating a culture of safety. *Journal of Interprofessional Care*, 27 (5), 387-393.
- Graneheim, U. H. og Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 105-112.
- Harwood, T.G. og Garry, T. (2003). An overview of content analysis. *The Marketing Review*, 3, 479-498.
- Hem, H.E. (2009). Profesjoner. I: Rugkåsa, M. (Red.). *Mellom mennesker og samfunn* (2. utg., s 67-97). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Higgins, B.L. og MacIntosh, J. (2010). Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. *International Nursing Review*, 57, 321-327.
- Holmes, J. (2000). Politeness, power and provocation: How humor functions in the workplace. *Discourse Studies*, 2 (2), 159-185.
- Hsu, E.B., Thomas, T.L., Bass, E.B., Whyne, D., Kelen, G.D. og Green, G.B. (2006). Healthcare worker competencies for disaster training. *BMC Medical Education*, 6 (19), 1-9.
- Højholdt, A. (2013). *Tværprofessionelt samarbejde i teori og praksis* (1. utg.). Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Kristiansen, A. (2011a). Tillit i samarbeid. I: Eide, S.B., Grelland, H.H., Kristiansen, A., Sævareid, H.I. og Aasland, D.G. (Red.). *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk* (2. utg., s. 99-105). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kristiansen, A. (2011b). Respekt i samarbeid. I: Eide, S.B., Grelland, H.H., Kristiansen, A., Sævareid, H.I. og Aasland, D.G. (Red.). *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk* (2. utg., s. 85-90). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kunnskapsbasert praksis. (Oppdatert juli 2008) *Kjernespørsmålene og kildevalg*. Hentet 5 mai 2014, fra: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/files/19628488da5b36f875.pdf> via kunnskapsbasert praksis sin hjemmeside: <http://kunnskapsbasertpraksis.no>
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.



- Lauvås, K. og Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Leach, L.S., Myrtle, R.C. og Weaver, F.A. (2011). Surgical Teams: role perspectives and role dynamics in the operating room. *Health Services Management Research*, 24, 81-90.
- Leach, L.S., Myrtle, R.C., Weaver, F.A. og Dasu, S. (2009). Assessing the performance of surgical teams. *Health Care Manage Review*, 34 (1), 29-41.
- Lingard, L., Reznick, R., Espin, S., Regehr, G. og DeVito, I. (2002). Team Communications in the Operating Room: Talk Patterns, Sites of Tension, and Implications for Novices. *Academic Medicine*, 77 (3), 232-237.
- Lov av 1999-07-02 nr. 64. *Lov om helsepersonell mv. (Helsepersonelloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Lundman, B. og Graneheim, U.H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M. og Höglund-Nielsen, B. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-202). Lund: Studentlitteratur.
- Makary, M.A., Sexton, J. B., Freishlag, J. A., Holzmueller, C. G., Millman, E. A., Rowen, L., og Pronovost, P.J. (2006). Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder. *The American College of Surgeons Journal*, 202 (5), 746-752.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavia*, 53, 143-151.
- McCallin, A. og Bamford, A. (2007). Interdisciplinary teamwork: is the influence of emotional intelligence fully appreciated? *Journal of Nursing Management*, 15, 386-391.
- Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K. og Youngson, G. (2011). Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 818-828.
- Northouse, P.G. (2004). *Leadership: Theory and Practice* (3. utg.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. og Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.

Norvoll, R. (2009). Makt og avmakt. I: Rugkåsa, M. (Red.). *Mellom mennesker og samfunn* (2. utg., s 67-97). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

NSFLOS/Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Operasjonssykepleiere. (2011). *Operasjonssykepleie – ansvar og funksjonsbeskrivelse*. Hentet 20. August 2013, fra: <https://www.sykepleierforbundet.no/Content/843267/FAGHEFTE%202011mars%202012.pdf> via Norsk Sykepleierforbunds hjemmeside: <https://www.sykepleierforbundet.no>

Orvik, A. (2004). *Organisatorisk Kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Patton, Q.M. (1987). *How to use Qualitative Methods in Evaluation*. Newsbury Park, London og New Dehli: Sage Publications Inc.

Pine, B. J & Gilmore, J.H. (1999). *The Experience Economy*. Boston: Harvard University Press.

Polit, D.F. og Beck, C.T. (2010). *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice* (7. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D.F. og Hungler, B.P. (1999). *Nursing research. Principles and Methods* (6.utg.). Philadelphia, New York, Baltimore: J.B. Lippincott Company.

Rasmussen, G. og Torjuul, K. (2012). Å være forberedt på det uventede – operasjonssykepleieres ferdigheter i å håndtere uventede hendelser på operasjonsstua. *Vård i Norden*, 32 (1), 39-43.

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. og Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. West Sussex, United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.

Reid, J. og Bromiley, M. (2012). Clinical Human Factors: the need to improve patient safety. *Nursing Standard*, 26 (35), 35-40.

REK Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning. (Oppdatert 1.11.2012).

Hentet 4. mai 2014, fra:

[https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerek?p\\_dime=34998&\\_ikbLanguageCode=n](https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerek?p_dime=34998&_ikbLanguageCode=n)

- Rice Simpson, K., James, D. og Knox, G. (2006). Nurse-physician communication during labour and birth: implications for patient safety. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35, 547-557.
- Romero, E.J. og Cruthirds, K.W. (2006). The use of humor in the workplace. *Academy of Management Perspectives*, 20 (2), 58-69.
- Rowe, A. (2008). Unfolding the dance of team learning: A metaphorical investigation of collective learning. *Management Learning*, 39 (1), 41-56.
- Rydenfält, C., Johansson, G., Larsson, P.A., Åkerman, K. og Odenrick, P. (2012). Social structures in the operating theatre: how contradicting rationalities and trust affect work. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (4), 783-795.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. (1. utg.). London: Sage Publications Ltd.
- Silen-Lipponen, M., Tossavainen, K. og Turunen, H. (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.
- Sinclair, S. (1997). *Making Doctors: An Institutional Apprenticeship*. Oxford: Berg.
- Sæther, K. (2005). *Humor sapiens*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.
- Undre, S., Sevdalis, N., Healey, A., Darci, A. og Vincent, C.A. (2006). Teamwork in the operating theatre: cohesion or confusion? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, 182-189.
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie*. Hentet 6. mai 2014, fra:  
[http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393-rammeplan\\_for\\_videreutdanning\\_i\\_operasjonssykepleie\\_05.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393-rammeplan_for_videreutdanning_i_operasjonssykepleie_05.pdf)
- Wauben, L.S.G.L., Dekker van-Doorn, C.M., Van Wijngaarden, J. D. H., Goossens, R.H.M., Huijsman, R., Klein, J. og Lange, J.F. (2011). Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members. *International Journal of Quality in Health Care*, 23 (2), 159-166.
- Weber, M. (2010). *Makt og byråkrati: essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

West, M. (1994). *Effective Teamwork*. Leicester: British Psychology Society Books.

Willems, A., Waxman, B., Bacon, A.K., Smith, J., Peller, J. og Kitto, S. (2013).

Interprofessional non-technical skills for surgeons in disaster response: A qualitative study of the Australian perspective. *Journal of Interprofessional Care*, 27, 177-183.

Woods, N.F. og Catanzaro, M. (1988). *Nursing Research. Theory and Practice*. St. Louis, Washington DC og Toronto: The C.V. Mosby Company.

Yule, S., Flin, R., Paterson-Brown, S. og Maran, N. (2006). Non-technical skills for surgeons in the operating room: a review of the literature. *Surgery*, 139, 140-149.

## Vedlegg 1: PICO-skjema

III kunnskapssenteret

# Fagprosedyrer

## PICO-skjema

<b>Tittel/arbeidstittel på prosedyren:</b> Operasjonssykepleieres opplevelse av mellommenneskelige aspekter ved samarbeid i operasjonsteam			
<b>Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:</b> Hvordan opplever operasjonssykepleier mellommenneskelige aspekter ved samarbeid i operasjonsteamt?			
<b>Hva slags type spørsmål er dette?</b>  <input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi    X Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input type="checkbox"/> Effekt av tiltak		<b>Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?</b>  <input type="checkbox"/> Ja    X Nei	
<b>P</b> Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:  Populasjon: Operasjonssykepleier Operasjonsteam	<b>I</b> Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):  Teamsamarbeid	<b>C</b> Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:  Mellommenneskelige aspekter	<b>O</b> Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) vil du oppnå eller unngå:  Evt. pasientsikkerhet
<b>P</b> Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem	<b>I</b> Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	<b>C</b> Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	<b>O</b> Noter engelske søkeord for utfall
surgical AND (room OR theatre) perioperative AND (room OR theatre) intraoperative AND (room OR theatre) operating AND (room OR theatre) operating room personnel	teamwork cooperation multidisciplinary care team interdisciplinary	power silence hierarchy non-technical skill* respect* trust* work culture* socialization conflict* problem humor humour role* operating room culture professional autonomy human factors stress fatigue distractor* communication* interpret* interpersonal enviroment* team individual tension professional autonomy	

## Forespørsel om deltakelse i undersøkelse

### *”Operasjonssykepleieres opplevelser av mellommenneskelige aspekter ved samarbeid i operasjonsteamet”*

#### Bakgrunn og hensikt

Dette er et informasjonsskriv om studien, og forespørsel til deg om deltakelse.

Det å jobbe i operasjonsteam krever samarbeid mellom ulike profesjoner.

Mellommenneskelige aspekter påvirker samarbeidet, men det er gjort lite forskning på hvordan operasjonssykepleiere opplever dette. Derfor ønsker vi å få innsikt i dine opplevelser som operasjonssykepleier i forhold til mellommenneskelige aspekter ved samarbeid i operasjonsteam. Dette for å få ny kunnskap og økt bevissthet i forhold til temaet.

#### Hva innebærer studien

Studien innebærer at du deltar i et intervju på ca. 1 time. Vi vil stille åpne spørsmål som for eksempel: ”kan du fortelle om en situasjon hvor..” eller: ”hvordan opplever du..?”, og intervjuet vil bli samtalepreget. Vi er tre studenter som samarbeider om denne studien, men kun en av oss som kommer til å være tilstede under intervjuet. Intervjuet vil finne sted på din arbeidsplass og i arbeidstiden, dersom dette er ønskelig og mulig. Intervjuet vil foregå på et rom uten forstyrrelser. Vi vil intervjuer til sammen ca. 8-10 operasjonssykepleiere, fra forskjellige sykehus.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Deltakelse i denne studien har ikke noen direkte fordeler og ulemper for deg. Vi håper at du som deltaker vil synes at temaet er interessant å reflektere over og kan føre til ny innsikt.

## **Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse/samtykkeskjema**

### **Hva skjer med informasjonen om deg**

Intervjuet blir tatt opp på lydbånd. Disse lydopptakene skal oppbevares innelåst, og slettes ved innlevering av masteroppgaven (uke 19, 2014). All tekst fra intervjuene blir anonymisert og skal ikke kunne spores tilbake til deg.

Anonymisert, uferdig tekst fra intervjuet vil kun bli diskutert med veileder under utarbeiding av masteroppgaven. Hvis du sier ja til studien, sier du ja til at teksten fra intervjuet blir analysert og fremlegges som en del av masterprosjektet i uke 26, 2014.

### **Rett til innsyn og sletting av opplysninger**

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side som gis til avdelingssykepleier. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker deg. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektleder/ kontaktperson (se under).

## **Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse/samtykkeskjema**

### **Våre og veileders navn, telefonnummer og e-mailadresse:**

- Kristina Løvslund Huset: 454 58 523, [krishu12@student.uia.no](mailto:krishu12@student.uia.no)
- Elise Meling Kandal: 958 34 343, [elisek12@student.uia.no](mailto:elisek12@student.uia.no)
- Linn Kvåle: 476 32 922, [linnk06@student.uia.no](mailto:linnk06@student.uia.no)
- Veileder: Anne Skisland: 381 41 860, [anne.skisland@uia.no](mailto:anne.skisland@uia.no)

### **Samtykke til deltakelse i undersøkelsen:**

**Jeg bekrefter å ha fått og forstått informasjon om studien:**

---

**(Signert av prosjektdeltaker, dato)**

**Jeg er villig til å delta i undersøkelsen:**

---

**(Signert av prosjektdeltaker, dato)**



## Vedlegg 3: Intervjuguide med forskningsspørsmål

# Forsknings spørsmål og intervju spørsmål

### Introduksjonsspørsmål:

- Husker du en situasjon hvor samarbeidet i teamet (du) ble påvirket av teammedlemmers oppførsel?
  - En positiv og en negativ opplevelse
  - Hva tenker du om disse situasjonene i etterkant?

### Tema: Respekt/tillit

#### Forsknings spørsmål:

- Opplever operasjonssykepleiere gjensidig respekt og tillit i teamsamarbeidet?
  - Konsekvenser av respekt og tillit
  - Konsekvenser av mistillit og mangel på respekt

#### Intervju spørsmål:

- Opplever du at medlemmene i teamet stoler på kvaliteten til hverandres yrkesutførelse?
  - Kan du fortelle om en situasjon/utdype
- Hva skal til for at du skal føle deg komfortabel i forhold til de andre deltakerne i operasjonsteamet?
- (Har du opplevd en arbeidssituasjon hvor du ikke stolte på avgjørelsene til en kollega?)

### Tema: Makt og hierarki

#### Forsknings spørsmål:

- Hvordan er maktfordelingen i operasjonsteamet?

#### Intervju spørsmål:

- Opplever du at alle yrkesgruppene i operasjonsteamet er likestilte?
  - Hvordan kommer dette til uttrykk i det daglige samarbeidet?
  - Hvilken betydning har dette i forhold til samarbeidet og de avgjørelser som blir tatt?
- Har du opplevelser hvor dine meninger om arbeidet ikke ble hørt?
  - Hva gjorde dette med deg?
  - Kan dette ha hatt noen konsekvenser for pasienten?

### Tema: Arbeidskultur/sosialisering

#### Forsknings spørsmål:

- Hva er spesielt med arbeidskulturen i operasjonsteamet i motsetning til andre teamsamarbeid/sykehusavdelinger?

### Vedlegg 3: Intervjuguide med forskningsspørsmål

- Hva kjennetegner operasjonssykepleieres profesjonsidentitet?

Intervjuspørsmål:

- Hvordan opplever du at samarbeidet i operasjonsteamet er i forhold til andre sykehusavdelinger?
- Har du opplevd at du behandler kolleger annerledes på jobb enn du ville gjort privat?

Tema: Konflikter

Forskningsspørsmål:

- Hvordan oppleves og håndteres konflikter i operasjonsteamet?

Intervjuspørsmål:

- Hvordan opplever du uenigheter i operasjonsteamet?
  - Kan du fortelle om en situasjon
  - Hva gjorde det med deg?
  - Påvirket dette arbeidet du skulle utføre?
- Hvordan løses uenigheter i operasjonsteamet?
  - Har eksempel på hvor en uenighet ble løst på en god og en dårlig måte?

Tema: Humor

Forskningsspørsmål:

- På hvilken måte brukes humor i teamsamarbeidet, og hvilken effekt har det?

Intervjuspørsmål:

- Hvilken betydning har humor for deg i det daglige arbeidet som operasjonssykepleier?
- Har du eksempel på en situasjon hvor humor har endret på stemningen i operasjonsteamet?
- (Opplever du at humor er inkluderende, eller at humor går på bekostning av noen?)

Tema: Roller

Forskningsspørsmål:

- Har alle teammedlemmene klart definerte roller? Og kjenner alle medlemmene i teamet til disse?
- Har teamet en definert leder?

Intervjuspørsmål:

- Hvordan oppleves arbeidsfordelingen, er det klart definert hvem som skal gjøre hva?
  - Har du opplevd usikkerhet i forhold til dette?
- I hvilken grad tror du at de forskjellige yrkesgruppene i teamet kjenner til hverandres kompetanse og arbeidsområde?
- (Er det klart definert hvem som gjør hva?)

### **Vedlegg 3: Intervjuguide med forskningsspørsmål**

Tema: Pasientsikkerhet

Forskningsspørsmål:

- Påvirker mellommenneskelige aspekter pasientsikkerheten?

Intervjuspørsmål:

- Har du noen opplevelser med at mellommenneskelige aspekter har fått konsekvenser for pasienten?
  - Positiv / negativ opplevelse

Avsluttende spørsmål:

- Har du noe mer å fortelle i forhold til mellommenneskelige aspekter i teamsamarbeid?

## Vedlegg 4: Intervjuguide før pilotintervju

# Intervjuguide med brifing og debriefing

## Brifing

- Presentere oss selv og studiet
- Problemstilling: ”Hvordan opplever operasjonssykepleier mellommenneskelige aspekter ved samarbeid i operasjonsteamet?”
  - Mellommenneskelige aspekter= ikke-tekniske ferdigheter. Altså samspillet mellom mennesker. Sosiologi, psykologi og personlighet.
- Formålet med oppgaven:
  - Få beskrivelser av operasjonssykepleieres opplevelser av mellommenneskelige aspekter ved teamsamarbeid
- Definere operasjonsteam
- Forklare lydopptak
- Samtykkeskjema
- Har du ellers noen spørsmål før intervjuet starter?

## Intervjuspørsmål

- Hva tenker du er forskjellen på samarbeid i operasjonsteam i motsetning til teamsamarbeid i andre sykehusavdelinger?
- Opplever du at medlemmene av operasjonsteamet behandler hverandre annerledes på jobb enn de ville gjort privat?
  - Kan du utdype dette?
- Opplever du at din eller andre teammedlemmers oppførsel kan påvirke kvaliteten på samarbeidet?
  - En positiv og en negativ opplevelse
  - Hva tenker du om disse situasjonene i etterkant
- Opplever du at medlemmene i teamet stoler på kvaliteten til hverandres yrkesutøvelse?
  - Kan du fortelle om en situasjon/gi et eksempel/utdype
  - (Operasjonssykepleiere/andre yrkesgrupper)

#### Vedlegg 4: Intervjuguide før pilotintervju

- Har du opplevd en arbeidssituasjon hvor du ikke stolte på avgjørelsene til en av teammedlemmene?
- Hva skal til for at du skal føle deg komfortabel i forhold til de andre deltakerne i operasjonsteamet?
  - Kan du fortelle om en situasjon?
- Opplever du at alle yrkesgruppene i operasjonsteamet er likestilte? (ift. å ”bli hørt”, ta avgjørelser, osv)
  - Hvordan kommer dette til uttrykk i det daglige samarbeidet?
  - Hvilken betydning har dette i forhold til samarbeidet og de avgjørelser som blir tatt?
- Har du opplevelser hvor dine meninger om arbeidet ikke ble hørt?
  - Kan du fortelle om en situasjon? Hva gjorde dette med deg?
  - Forskjeller mellom yrkesgrupper? (ift. å bli hørt og ta avgjørelser)
- Kan du fortelle om en situasjon hvor du opplevde uenigheter i operasjonsteamet?
  - Hva gjorde dette med deg?
- Kan du beskrive en situasjon hvor en uenighet ble løst på en god og en dårlig måte?
- Hvilken betydning har humor for deg i det daglige arbeidet som operasjonssykepleier?
- Har du eksempel på en situasjon hvor humor har endret på stemningen i operasjonsteamet?
- Hvordan oppleves arbeidsfordelingen på stua, er det klart definert hvem som skal gjøre hva?
  - Har du opplevd usikkerhet i forhold til dette?
  - Opplever du at du kjenner til de andre teammedlemmenes arbeidsoppgaver, og at de kjenner til dine?
- Har du noen opplevelser med at mellommenneskelige aspekter kan ha påvirket pasienten (eller fått konsekvenser for pasienten)?
  - Positiv / negativ opplevelse

## Vedlegg 4: Intervjuguide før pilotintervju

- Har du noe mer å fortelle i forhold til mellommenneskelige aspekter i teamsamarbeid?

### Debrifing

- Hvilke poeng synes du har vært de viktigste i dette intervjuet?
- Da har ikke jeg noen flere spørsmål, men er det noe du lurer på?

## Vedlegg 5: Intervjuguide etter pilotintervju

### Intervjuguide med brifing og debriefing

#### Brifing

- Presentere oss selv og studiet
- Problemstilling: ”Hvordan opplever operasjonssykepleier mellommenneskelige aspekter ved samarbeid i operasjonsteamet?”
  - Mellommenneskelige aspekter= ikke-tekniske ferdigheter. Altså samspillet mellom mennesker. Sosiologi, psykologi og personlighet.
- Formålet med oppgaven:
  - Få beskrivelser av operasjonssykepleieres opplevelser av mellommenneskelige aspekter ved teamsamarbeid
- Definere operasjonsteam
- Forklare lydopptak
- Samtykkeskjema
- Har du ellers noen spørsmål før intervjuet starter?

#### Intervjuspørsmål

- 1 Kan du si noe om hva du synes kjennetegner eller karakteriserer samarbeidet i operasjonsteamet?
- 2 Opplever du at medlemmene av operasjonsteamet behandler hverandre annerledes på jobb enn de ville gjort privat?
  - Kan du utdype dette, gi eksempel?

## Vedlegg 5: Intervjuguide etter pilotintervju

- 3 Opplever du at din eller andre teammedlemmers oppførsel kan påvirke kvaliteten på samarbeidet?
  - En positiv og en negativ opplevelse
  - Hva tenker du om disse situasjonene i etterkant?
  
- 4 I hvilken grad opplever du at de forskjellige medlemmene i teamet stoler på kvaliteten til hverandres yrkesutøvelse?
  - Kan du fortelle om en situasjon der du /andre ikke stolte på en annens avgjørelse. /gi et eksempel/utdype
  - Hva gjorde det med deg?
  - (Operasjonssykepleiere/andre yrkesgrupper)
  
- 5 Hva skal til for at du skal føle deg komfortabel i forhold til de andre deltakerne i operasjonsteamet?
  - Kan du fortelle om en situasjon?
  
- 6 Opplever du at alle yrkesgruppene i operasjonsteamet er likestilte ift for eksempel å bli hørt, ta avgjørelser?

(Har alle like mye de skulle ha sagt, ift planlegging, behandling og utførelsen av arbeidsoppgaver) (kirurg, anestesi, operasjonsspl)

  - Hvordan kommer dette til uttrykk i det daglige samarbeidet?
  
- 7 Har du opplevelser hvor dine eller andres meninger ikke ble hørt?
  - Kan du fortelle om en situasjon?



## Vedlegg 5: Intervjuguide etter pilotintervju

- Hva gjorde dette med deg?
  - Forskjeller mellom yrkesgrupper? (ift. å bli hørt og ta avgjørelser)
- 8 Hva er ditt inntrykk av hvordan uenigheter i teamet håndteres?
- Kan du fortelle om en situasjon hvor du opplevde uenigheter i operasjonsteamet?
  - Hva gjorde dette med deg?
- 9 Kan du beskrive en situasjon hvor en uenighet ble løst på en god og en dårlig måte?
- 10 Hvilken betydning har humor for deg i det daglige arbeidet i operasjonsteamet?
- 11 Har du eksempel på en situasjon hvor humor har endret på stemningen i operasjonsteamet?
- 12 Opplever du at alle i teamet kjenner til hverandres arbeidsoppgaver og ansvarsområder?
- Har du opplevd usikkerhet i forhold til dette?
  - Kan du fortelle om en situasjon?
- 13 Er det noen arbeidsoppgaver det er usikkerhet i forhold til hvem som skal utføre?  
(Noe som kommer i skjæringspunktet mellom yrkesgruppene?)
- Kan du fortelle om en situasjon?

## Vedlegg 5: Intervjuguide etter pilotintervju

14 Har du noen opplevelser med at mellommenneskelige aspekter har påvirket eller fått konsekvenser for pasienten?

- Positiv / negativ opplevelse

15 Har du noe mer å fortelle i forhold til det vi har snakket om?

### Debriefing

- Hvilke poeng synes du har vært de viktigste i dette intervjuet?
- Da har ikke jeg noen flere spørsmål, men er det noe du lurer på?

## Vedlegg 6: Kolonneskjema

Intervjutekst, meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode
<p>Men jeg føler jo at, altså.. For de kan jo finne på å si «Ja, men hør nå her, det skal være sånn og sånn. Ferdig!» Og da har du ikke noe du skulle ha sagt på en måte. Så de er jo litt.. Selv om vi har bra kommunikasjon med dem, så føler de at de er i en litt sånn, klasse (viser med hendene, løfter dem) noen av dem, (sukker) for seg selv. Egentlig litt over oss.</p>	<p>Noen kirurger synes de er i en klasse over resten av teamet.</p>	<p>Kirurger i egen klasse. 2</p>
<p>Ja, jeg vet ikke jeg. Men det er veldig personavhengig! Alt er personavhengig. Alt er det.</p>	<p>Noen kirurger gir ikke rom for diskusjon, dette er veldig personavhengig.</p>	<p>Kirurger som gir ordre. 1</p>
<p><b>Intervjuer: Hva skal til for at du skal føle deg komfortabel i forhold til de andre deltakerne i operasjonsteamet?</b></p>		
<p>Ja altså det er jo å bli sett.. Å få tilbakemelding på at en gjør en god jobb. Får korreksjon! Hvis en ikke gjør det som de forventer at en skal gjøre. Jeg liker klare, tydelige meldinger.</p>	<p>Tydelige tilbakemeldinger på arbeidet, positive og negative gjør at jeg føler meg sett.</p>	<p>Tydelige tilbakemeldinger/ bli sett. 3</p>
<p>Ting må jo av og til gå veldig fort. Jeg føler meg trygg i jobben min og føler at jeg takler det meste. Men samtidig så er det jo ikke alt en har vært borti. Jeg kom på jobb her en morgen og møtte nattevakten som skulle gå hjem. Og da sa hun «Åh, vi har hatt en akutt (*en spesiell operasjon, fjernet pga. mulig identifiserbart*)» «Å, ja sa jeg, det har du vel hatt før?» «Nei, det hadde hun ikke. Oi, sier jeg, har du ikke det?» «Ja, har du?» «Øøh, nei, jeg hadde helt på slutten når jeg var student!» (Latter) Men jeg har hatt flere på dagtid, da. Som har vært planlagt. Men det blir jo noe annerledes. Vi har fått meldt noen stykker, men de har blitt avblåst. Fordi at de kommer aldri så langt at de kommer opp. Men, men, altså.</p>	<p>Man kan føle seg ukomfortabel når ting må gå fort og det er operasjoner man sjelden er borti. Etter hvert er man ikke lenger redd for dette, fordi en vet at en vil klare det ved bruk av den erfaringen man har.</p>	<p>Uvante operasjoner og tidspress. 3</p>

**Vedlegg 7: Tilbakemelding fra FEK  
Innlevering skjema - Kommentar****Navn:** Linn Kvåle**Les kommentarer i besvarelsen din:**  [Søknad FEK, ferdig.doc](#)**Kommentar:** Prosjektet " Operasjonssykepleiers opplevelser av mellommenneskelige aspekter ved samarbeid i operasjonsstuen"ble i Fek møtet 23.09.13 godkjent for prosjektoppstart under forutsetning av godkjenning hos NSD. Lykke til! På vegne av Fek Anne Skisland**Karakter:****Evaluerings:** Godkjent[Avbryt](#)



**Vedlegg 8: Tilbakemelding fra NSD**

Anne Valen-Sendstad Skisland

Institutt for helse- og sykepleievitenskap Universitetet i Agder

Postboks 422

4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 30.09.2013

Vår ref: 35560 / 2 / LT

Deres dato:

Deres ref:

**TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER**

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.09.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35560

*Operasjonssykepleiers opplevelser av mellommenneskelige aspekter ved samarbeid i operasjonsteamet*

*Behandlingsansvarlig*

*Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder*

*Daglig ansvarlig*

*Anne Valen-Sendstad Skisland*

*Student*

*Linn Kvåle*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 09.05.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Linn Kvåle Elvegata 41, leil. 103 4614 KRISTIANSAND S

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices:*

*OSLO: NSD. Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no*

*TRONDHEIM: NSD. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrrre.svarva@svt.ntnu.no*

*TROMSØ: NSD. SVF. Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no*



## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 35560

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke for deltakelse. Personvernombudet finner i utgangspunkt skrevet godt utformet, men forutsetter at følgende endres/tilføyes;

- på samtykkeerklæringen fjernes evt. foresatte (personvernombudet legger til grunn at det kun er personer over 18 år som deltar)

Personvernombudet legger til grunn for sin godkjenning at revidert skriv ettersendes personvernombudet@nsd.uib før det tas kontakt med utvalget (merk eposten med prosjektnummer).

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 09.05.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Personvernombudet registrerer at prosjektleder i forkant av intervjuet vil gi utfyllende informasjon om at informanten ved beskrivelser av samarbeid kan komme til å omtale kollegaer. Prosjektleder er imidlertid bevist på dette og vil informere om at dette kun skal være i form av stillingsbetegnelse og ikke navn.

Personvernombudet finner dette som en fornuftig fremgangsmåte og finner at det ikke vil bli samlet inn og registrert opplysninger som kan identifisere tredje personer (her kollegaer).