

Samarbeid mellom operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere for å forebygge leiringskomplikasjoner

En litteraturstudie med eksempler fra litotomileie

Gurå Skaalvik

Masteroppgave i operasjonssykepleie, mai 2018.

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært stressende og krevende med tanke på tidsperspektivet. Til tross for dette har det vært en spennende og lærerik prosess.

Jeg ønsker med dette å takke mine veiledere Unni Igesund, universitetslektor ved institutt for helse og omsorgsfag ved UiT- Norges Arktiske Universitet og Ingunn Elstad, professor i sykepleie ved institutt for helse og omsorgsfag ved UiT-Norges Arktiske Universitet. Tusen takk for all støtte, gode råd og mye inspirasjon under arbeidet med oppgaven. Dere har vært gull verdt!

Ønsker å rette en stor takk til Operasjonsavdelingen ved Molde sjukehus og seksjonsleder Kirsti Hoemsnes, som har gitt meg stipend under arbeidet med masteroppgaven. Det har bidratt til at jeg har kunnet arbeide med masteroppgaven på heltid.

Jeg ønsker også å takke min medstudent Lene for gode innspill, diskusjoner og støtte gjennom hele prosessen. Vil også rette en takk til Elisabeth og Henning for korrekturlesing. Og takk til Axel for teknisk hjelp, helt i siste liten.

Tromsø, mai 2018

Gurå Skaalvik

Sammendrag

Bakgrunn: Leiringskomplikasjoner er et problem og viktig å forebygge. Enkelte leiringer oppleves mer utfordrende å gjennomføre, deriblant litotomileiet. Samarbeid i team har betydning for pasientsikkerhet, blant annet forebygging av leiringskomplikasjoner.

Operasjonssykepleiernes samarbeid med anestesisykepleieren er viktig for å ivareta pasienten forsvarlig i forbindelse med leiringen. Episoder forekommer der samarbeidet svikter og medfører risiko for pasienten.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å få svar på hvilke forutsetninger for samarbeid mellom operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere som behøves for å forhindre leiringskomplikasjoner med eksempler fra litotomileie. Dette kan bidra til økt bevissthet rundt samarbeidet mellom operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere, som igjen kan føre til at leiringskomplikasjoner reduseres.

Metode: For å svare på problemstillingen er det blitt utført en litteraturstudie med søk i databasene CINAHL, PubMed og SveMed+. Grunnet vanskeligheter med å finne relevante forskningsartikler er både fagartikler og masteroppgaver i operasjonssykepleie blitt inkludert. Med bakgrunn i inklusjonskriteriene er 14 artikler og masteroppgaver inkludert i studien.

Funn: Fagkunnskaper og klinisk forståelse kom frem som viktige forutsetninger for å skreddersy leiet og forhindre leiringskomplikasjoner. Å etablere en god oversikt over pasienten relatert til utfordringer knyttet til leiringen, samt tydelig, respektfull og relevant informasjonsdeling for å skape et godt utgangspunkt og for å forhindre misforståelser, kan forebygge leiringskomplikasjoner. Å føle seg trygg på sine kollegaer ved å kjenne til deres og egne sterke og svake sider, bidrar til at man kan støtte og hjelpe hverandre for å kunne ivareta pasienten forsvarlig og omsorgsfullt.

Konklusjon: Med bakgrunn i mine funn er det tydelig at den koordinerende operasjonssykepleieren har ansvar og tar faglig ledelse ved å planlegge, gjennomføre, vurdere, kontrollere og dokumentere leiringen. Faglig ledelse bør derfor komme tydeligere frem i operasjonssykepleiernes funksjonsbeskrivelse og i Rammeplanen for videreutdanning i operasjonssykepleie.

Nøkkelord: Operasjonssykepleier, koordinerende operasjonssykepleier, anestesisykepleier, samarbeid, teamarbeid, leiring, litotomileie, leiringskomplikasjoner

Abstract

Background: Position injuries are a problem and important to prevent. Lithotomy position is one of the positions which can be experienced as difficult to implement. Collaboration in teams has an impact on patient safety and prevention of position injuries. The collaboration between the operating room nurse and the nurse anaesthetist are important and leads to proper patient care. Episodes where cooperation fails occurs and poses a risk to the patient.

Aim: The aim of this paper is to find which assumptions are essential for collaboration between the operating room nurse and the nurse anaesthetist to prevent position injuries, and using examples from the lithotomy position.

Method: To answer the research question, I have conducted a literature review. CINAHL, PubMed and SveMed+ are the databases I used. There have been some difficulties finding relevant research; therefor the data material consists of academic articles, masters' degrees and research papers. Based on the inclusion criteria, overall 14 articles and masters 'degrees are included.

Results: The operating room nurse must have expert knowledge and clinical understanding to individualise the positioning of the patient, and prevent position injuries. To establish a good overview of the patient related to the challenges associated with the position, clear, respectful communication and exchange of relevant information can be helpful to create a good starting point and are important to prevent misunderstandings in the theatre room. To be able to help and support each other in the team and take care of the patient, the teammates have to feel confident about their colleagues and knowing each other's strong and weak sides.

Conclusion: Based on my finding, it is obvious that the circulating nurse through planning, implementation, evaluation, controlling and documentation, has the responsibility and takes the professional management in patient positioning. Their professional management must be clearer in the official description of operating room nursing.

Key word: operating room nurse, circulating nurse, nurse anaesthetist, collaboration, teamwork, positioning, positioning injuries, lithotomy position.

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.1	Problemstilling	1
1.1.1	Avgrensning	3
2	Bakgrunns litteratur	3
2.1	Operasjonspasienten	4
2.2	Sykepleiefaglig perspektiv	4
2.2.1	Operasjonssykepleiernes funksjonsområde	5
2.3	Samarbeid	6
2.3.1	Samarbeid med anestesisykepleier	8
2.4	Litotomiøie	10
3	Metode	11
3.1	Hermeneutikk	14
3.2	Forforståelse	14
3.3	Litteraturstudie	15
3.4	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
3.5	Datainnsamling	16
3.6	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	17
3.7	Analyse	19
4	Funn	19
4.1	Leiring	21
4.1.1	Individuell sykepleie og omsorg for pasienten	21
4.1.2	Syn på samarbeid og ansvar ved leiring	21
4.1.3	Leiringsutstyr – både til hjelp og fortvilelse	22
4.1.4	Kunnskap, erfaring og klinisk vurdering i forebygging av leiringskomplikasjoner	22
4.2	Samarbeid	23
4.2.1	Samarbeid om individuell sykepleie og omsorg for pasienten	24
4.2.2	Faggruppens forskjellige syn på arbeidsoppgaver som må gjøres	24
4.2.3	Informasjonsutveksling og å forhindre misforståelser	25
4.2.4	Samarbeidsklima	27
4.3	Begrensninger ved undersøkelsen	28
5	Drøfting	29
5.1	Fagkunnskap og klinisk vurdering	31
5.2	Uklar ansvarsfordeling vedrørende leiring?	31
5.3	Informasjonsutveksling og å unngå misforståelser	35

5.4 Samarbeidsklima	39
6 Konklusjon.....	41
Referanseliste	46
Vedlegg 1 – PICO skjema	I
Vedlegg 2 – Søkehistorikk	II
Vedlegg 3 – Artikkelmatriser	VII
Vedlegg 4 - Oversikt for å synligjøre analysen i temaet: Individuell sykepleie og omsorg for pasienten.	XXIV
Vedlegg 5 – Oversikt over litteratur som svarer til hvilke funn.....	XXV
Tabell 1 – Leiring.....	XXV
Tabell 2 – Samarbeid	XXV

1 Bakgrunn for valg av tema

På en operasjonsstue jobber det et operasjonsteam som består av forskjellige faggrupper. Det er operasjonsteamet som ivaretar den sårbare operasjonspasienten i høyteknologiske omgivelser. Operasjonssykepleieren og de andre i teamet arbeider med en bedøvet pasient som er forsvarsløs, sårbar og avhengig av teammedlemmenes kunnskap og håndlag (Martinsen, 2018). Operasjonsteamet består av minimum en kirurg, anestesilege, anesthesisykepleier og operasjonssykepleiere (Høiland, 1996; Rasmussen, Torjuul & Wangen, 2015; Weaver, Benishek, Leeds & Wick, 2017).

Under ulike operasjoner og pasientsituasjoner vil det av og til være oppgaver der ansvaret og samarbeidet ikke er klart definert. Et eksempel kan være leiring. Under leiringen legges pasienten i ulike posisjoner på operasjonsbordet. Hensikten med leiring er å oppnå god kirurgisk tilgang, opprettholde kroppens sirkulasjons- og respiratoriske funksjon, beskytte nevromuskulær status og hudstatus, samt å gi god tilgang til anesthesiutstyr (Heizenroth, 2015). Alle i det kirurgiske teamet har ansvar for å oppnå dette målet, samt opprettholde pasientkomfort og sikkerhet (Drageset & Haugen, 2011; Heizenroth, 2015; Welch, 2018). Dette ansvaret støttes av krav til faglig utøvelse som er lovfestet i paragraf 4 i Lov om helsepersonell (1999).

Fra egen erfaring som sykepleier på sengepost har jeg opplevd å få pasienter tilbake fra operasjon med leiringskomplikasjoner. Leiringskomplikasjoner kan variere fra smerte/ubehag i en kroppsdel til mer omfattende skader som sår, nerveskader og sirkulasjonsskader oppstått på grunn av trykk mot kroppsområder (Heizenroth, 2015). I følge Norsk Pasientskadeerstatning (2017) har de utbetalt til sammen 52 millioner kroner til pasienter som har blitt påført leiringskomplikasjoner under operasjon. De fleste skadene er oppstått ved gastroenterologisk- og ortopedisk kirurgi.

Under min tid som operasjonssykepleierstudent, fikk jeg høre om en uønsket hendelse vedrørende leiring. Det dreide seg om en pasient som pådro seg en leiringskomplikasjon i hoderegionen. Komplikasjonen oppstod på grunn av manglende samarbeid mellom operasjons- og anesthesisykepleieren i forbindelse med uavklart ansvarsfordeling. Begge forventet at den andre tok ansvar for å observere og følge opp hode i forbindelse med operasjonen. Det resulterte i at pasienten ble påført en leiringskomplikasjon.

Litotomileiet har spesielt vekket min interesse fordi det er så komplekst og stiller særskilte krav til samarbeidet i teamet. Leiring i litotomileie innebærer at pasienten ligger på rygg med beina i beinholdere, og hoftene flektert og abduert. Kne og hofteledd blir vanligvis bøyd 90 grader, samtidig som beina blir bevegde fra midtlinjen mot sidene (lateralt) (Heizenroth, 2015). Det anbefales at to personer hever og senker pasientens bein samtidig (Conner, 2014). For at arbeidet skal bli effektivt og pasientsikkert kreves det at operasjonssykepleier samarbeider med andre teammedlemmer (Steelman, 2015).

Operasjonssykepleierens leiring av pasient i litotomileie foregår som oftest i samarbeid med pasient og anestesisykepleier. Anestesilege og kirurg kan òg delta når pasientens tidligere sykdommer og situasjon for øvrig tilsier det. En typisk leiringssituasjon starter når pasienten er kommet inn på operasjonsstuen og er hjulpet over på operasjonsbordtoppen fra transporttralla, eller selv har klart å legge seg på bordtoppen. Operasjons- og anestesisykepleieren veksler med å snakke med pasienten; stille spørsmål, informere og avklare tilpasninger underveis, mens arbeidet med pasienten pågår. Anestesisykepleier starter oppkobling av overvåkningsutstyr og etablerer veneveier, mens operasjonssykepleieren begynner forebygging av hypotermi¹ ved å surre vatt rundt beina. Dersom det oppleves greit for pasienten, anbefales det at pasienten får testet ut høyde og vinkling på beinholderne for å finne en behagelig stilling for bein og hofter. For å få arbeidet til å flyte og komme fort i gang med operasjonen, utfører sykepleierne individuelle oppgaver knyttet til sin fagspesifikke funksjon, samtidig som de samarbeider om å leire pasienten. Sykepleierne må hele tiden være årvåkne og følge med for å tilpasse det som foregår på stuen til hvordan pasienten reagerer og samarbeide om å ivareta pasienten.

Hensikten med denne oppgaven er å få svar på hvilke forutsetninger for samarbeid mellom operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere som behøves for å forhindre leiringskomplikasjoner. Dette kan føre til at bevisstheten rundt samarbeidet mellom operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere øker, som igjen kan bidra til å redusere leiringskomplikasjoner. For å belyse og utforske dette temaet vil det bli utført en litteraturstudie. Lockertsen (2009) peker på at det er lite skriftlig dokumentasjon på operasjonssykepleierens fag og kunnskap til tross for dens lange tradisjon.

¹ Hypotermiforebygging er tiltak som forhindrer varmetap, eksempelvis tepper, tilpassing av romtemperatur og varmlufts laken «Bear-Hugger» (Eide, 2018).

I Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie kommer det frem at operasjonssykepleiere skal kunne jobbe i team og samarbeide tverrfaglig (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005a). Likeså kommer det frem i Friis & Hjert (2010) at teamarbeid gir fokus på pasienten og på de faglige oppgavene, og i følge AORNs anbefalinger for praksis skal operasjonssykepleierne samarbeide med anestesisykepleiere ved leiring av pasient (Conner, 2014). I denne oppgaven ønsker jeg å undersøke nærmere hvordan dette samarbeidet bør være med fokus på leiring av pasient.

1.1 Problemstilling

Hvilke forutsetninger behøves for samarbeidet mellom operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere i tilknytning til leiring av pasient for å forebygge leiringskomplikasjoner?

1.1.1 Avgrensning

Hovedfokus i studien er operasjonssykepleiernes ansvar relatert til samarbeidet om leiring av pasient. Oppgaven vil omhandle samarbeidet som foregår i den pre- og peroperative fasen under elektive inngrep. Den vil ha utgangspunkt i at pasienten er voksen. Det vil si at svært gamle og barn/ungdom ikke drøftes i denne oppgaven. Eksemplene som drøftes er i hovedsak hentet fra studier relatert til pasienter leiret i litotomileie. Aktuelle utfordringer ved denne leiringen blir løftet frem, eksempelvis overvekt og tidligere operasjoner i hofter. Eksemplene tas med for å illustrere hvordan utfordringer virker inn på samarbeidet.

2 Bakgrunns litteratur

2.1 Operasjonspasienten

Operasjonspasienter er pasienter som må gjennomgå kirurgisk behandling på bakgrunn av sin helsetilstand (Kjøllestad, 2004). En operasjon innebærer at før behandlingen kan bli til hjelp, må pasienten bevisst påføres skade (Torjuul, 2009). Operasjonspasienten er sårbar og forsvarsløs i det høyteknologiske miljøet som er inne på en operasjonsstue (Martinsen, 2018). Utfallet av operasjonen er avhengig av samarbeidet mellom kirurger og sykepleiere inne på operasjonsstuen (Torjuul, 2009). Pasienten kan oppleve situasjonen som livstruende. Hvordan operasjonspasienten takler dette kommer an på tidligere erfaringer, ressurser og tilstand (Hansen, 2018). Både fysiologisk og psykisk stress kan oppstå hos pasienter som skal opereres (Hansen, 2018; Kjøllestad, 2004). De fysiologiske stressreaksjonene innebærer blant annet en økning av blodets koagulasjonsevne. Dette øker risikoen for trombose, raskere og dypere respirasjon og økt infeksjonsfare grunnet nedsatt immunforsvar. Samtidig vil blodtrykk og puls øke, samt nedsatt sirkulasjon til nyrer og hud. Dette vil igjen gi lav diurese og redusert sårtilheling (Stubberud, 2015).

De fleste operasjonspasienter har ikke vært i kontakt med en operasjonsavdeling før (Hansen, 2018; Kjøllestad, 2004). En overraskende faktor for operasjonspasienten kan derfor være temperaturen² på operasjonsstuen, som kan oppleves som ubehagelig for pasienten (Kjøllestad, 2004).

Det er flere situasjoner som oppleves stressende i operasjonsforløpet. Ventetiden før man blir hentet inn på operasjonsstuen, det å skulle være uten mat og drikke, å være uten tannproteser, samt å bli kjørt inn på operasjonsavdelingen, er situasjoner som framheves som mest stressende (Mitchell, 2003). Psykiske stressreaksjoner kan være sinne, frustrasjon, tilbaketrekning, uro og angst. Disse reaksjonene kan komme på bakgrunn av tap av kontroll over situasjonen (Hansen, 2018). Samtidig kan en operasjon forandre pasientenes liv permanent, både fysisk og psykisk (Torjuul, 2009). Operasjonssykepleieren må da vise at vedkommende er tilstede for pasienten ved at pasienten føler seg sett som person. Følelsen av

² Den lave temperaturen er et ledd i infeksjonsforebyggingen (Hansen, Andersen & Loraas, 2018).

trygghet og velvære kan styrkes hos operasjonspasienten dersom vedkommende føler seg ventet, at operasjonssykepleierne vet pasientens navn og hva vedkommende skal operere. Samtidig må operasjonssykepleiere utvise respekt ovenfor pasienten og dens verdier ved å håndhilse og lytte til hva pasienten har å si. Dette kan skape et miljø hvor operasjonspasienten synes det er greit at operasjonssykepleieren tar på han eller henne. Det er viktig fordi mange prosedyrer krever kroppskontakt mellom operasjonssykepleier og operasjonspasienten (Hansen, 2018).

2.2 Sykepleiefaglig perspektiv

Både operasjonssykepleiere og anesthesisykepleiere har gjennomført en videreutdanning som medfører at de spesialiserer seg i et fagfelt innen sykepleie (Eide & Dåvøy, 2018; Bruun, 2011). Felles for begge er at de er sykepleiere. Sykepleie dreier seg om å forebygge skader og sykdom, samt lindre lidelse gjennom sykdom. Sykepleiere skal fremme, optimalisere og beskytte helse og pasientens ferdigheter (Conner, 2014).

All sykepleie inneholder vurdering. Vurdering skjer på bakgrunn av kunnskap og ferdigheter, men kan bli påvirket av miljøet omkring, eksempelvis en hektisk hverdag (Benner, Goettsche & Bitz, 2010). God klinisk forståelse inneholder kunnskap, samt evne til å forutse mulige forandringer i pasientens status og se hvordan en pasient responderer på en gitt behandling. Sykepleiere bruker sine sanser gjennom å se, lytte og berøre for kunne opparbeide seg fornemmelser av pasienten (Benner et al., 2010).

Å forutse er en viktig del av sykepleien. Det å forutse innebærer å tenke fremover, en forforståelse av en gitt pasientgruppe, forventinger til mulige risikoer hos en gitt pasient, samt å forutse det uventende (Benner et al., 2010). Altså skal sykepleiere på bakgrunn av sin faglige kompetanse møte det ukjente for å forebygge komplikasjoner og forverring (Elstad, 2014). Det å tenke fremover og tenke over det uforutsette som kan skje, er absolutt tilstede inne på en operasjonsavdeling og gjelder både for anesthesisykepleiere og operasjonssykepleiere. Både Igesund (2013) og Rasmussen & Torjuul (2012) skriver om hvordan operasjonssykepleiere tenker fremover, både i forhold til utstyr som behøves og eventuelle komplikasjoner som kan oppstå under operasjonen. Dette bidrar til at de kan håndtere uventede hendelser på best mulig måte, samtidig som operasjonspasienten er i hovedfokus. Nyutdannede eller noviser kan ha vansker med å forutse uventede hendelser da de har behov for å støtte seg til prosedyrer i begynnelsen (Benner, 1984).

Både leger og sykepleiere opplever å måtte leve med etiske dilemmaer på jobben. Uansett arbeidsplass vil man kunne oppleve en hektisk hverdag hvor mange arbeidsoppgaver skal utføres samtidig (Torjuul, 2009). Dette omfatter også operasjonsavdelingen, hvor man skal jobbe effektivt slik at man får operert flest mulige og ikke utsette pasienten for unødvendig operasjonstid. Det kommer frem i Torjuul (2009) at dette kan gå utover muligheten til å dekke pasientens behov og gi individuell sykepleie.

Som sykepleiere har vi lært om sengeleiets komplikasjoner som omhandler konsekvenser av inaktivitet. En av disse komplikasjonene er utvikling av trykksår (Skaug, 2011). Dette er en svært aktuell problemstilling på operasjonsavdelingen da grunnprinsippene for utvikling av trykksår gjelder her, som på en sengepost eller et sykehjem. Friksjon, utsatte trykkpunkter, ernæringstilstand, underlag, svette eller vått tøy er alle faktorer som kan bidra til utvikling av trykksår (Heizenroth, 2015). Det spesielle på en operasjonsstue er at pasienten har fått anestesi og ligger i unaturlige posisjoner som gjør at pasienten blir mer utsatt for å utvikle trykksår (Conner, 2014; Heizenroth, 2015). Operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere skal forebygge utvikling av trykksår og andre leiringskomplikasjoner (Drageset & Haugen, 2011; Heizenroth, 2015). For å forebygge trykksår og ivareta pasienten må sykepleierne ta i bruk sin kliniske forståelse og vurdering (Benner et al., 2010).

2.2.1 Operasjonssykepleiernes funksjonsområde

Operasjonssykepleie har en lang historie og allerede på slutten av 1800-tallet var det vanlig at utdannede sykepleiere ble forfremmet til oversykepleier. En av deres oppgaver var å fungere som operasjonssykepleier (Høiland, 1996). Sykepleierne på den tiden hadde ansvar for pasientene både på sengepost og på operasjonsavdelingen der de assisterte kirurgene eller administrerte narkose (Høiland, 1996). Operasjonssykepleie var fra 1920 den første spesialiseringen innen sykepleie, og anestesi- og operasjonssykepleie var en samlet spesialisering frem til 1965. Etter det måtte sykepleierne velge hva de ønsket å spesialisere seg innenfor (Lockertsen, 2009).

Operasjonssykepleie handler om å ivareta behovene til pasienten under en operasjon. De skal blant annet forebygge pasientskader og møte pasientens menneskelige behov, samt lindre lidelse og være med på å redusere belastningene pasienten opplever i forbindelse med operasjonen. Dette krever kunnskap i etikk, sykepleie og evne til å vise omsorg (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005a). Uansett hvor man befinner seg er pasienten

hovedfokuset ved all perioperativ sykepleie³ (Conner, 2014). Benner, Kyriakidis & Stannard (2011) beskriver operasjonssykepleiere som «multitaskere». I dette ligger det at operasjonssykepleieren vurderer pasientens tilstand, koordinerer oppgaver som er knyttet til operasjonen, tilser og forutser hva de andre i operasjonsteamet har behov for og dokumenterer, samtidig som de ivaretar pasientsikkerheten.

Operasjonssykepleieren forebygger pasientskade gjennom å forebygge infeksjoner og leiringskomplikasjoner, og skal bidra til pasientsikkerhet (Eide & Dåvøy, 2018; Steelman, 2015; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005a;). For å kunne jobbe på denne måten har operasjonssykepleiere utvidet kunnskap innenfor anatomi, fysiologi, patofysiologi, kirurgi og infeksjonsmedisin (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005a). Helsepersonell, deriblant operasjonssykepleiere, er pliktige til å dokumentere hva de gjør og tiltakene som blir iverksatt (Christensen, 2018; Helsepersonelloven, 1999). Dette omhandler blant annet hvordan pasienten blir leiret for å forhindre leiringskomplikasjoner (Heizenroth, 2015).

Det som gjør operasjonspasienten ekstra sårbar og forsvarsløs er at han i en eller annen form er bedøvet under operasjonen. Disse pasientene er dermed overlatt til personalet på operasjonsstuen. Dette stiller spesielt krav til hvordan operasjonssykepleiere opptrer og bruker seg selv. På operasjonsstuen er ivaretagelse av urørlighetssonen særs viktig (Martinsen, 2018), og da spesielt i forbindelse med leiring i litotomileie. Som operasjonssykepleier vet man ikke alltid hvilken bakgrunn pasientene har og hva som kan frembringe tidligere negative erfaringer. Leiring i litotomileie kan oppleves problematisk og ubehagelig for mange pasienter, og i særdeleshet pasienter som har blitt utsatt for overgrep. Operasjonssykepleiere må ivareta disse pasientene med stor innlevelse og faglighet. For å gjøre det må sykepleieren bruke sansingen og skjønnnet (Martinsen, 2018).

Operasjonssykepleiere skal ivareta pasientens verdighet, deriblant ved leiring. Dette bidrar til å skape et tillitsforhold mellom pasient og operasjonssykepleier. Operasjonssykepleier har ansvar for å skape et omsorgsfullt miljø som fører til at pasienten har det så bra som mulig, samtidig som operasjonssykepleieren tilpasser sykepleien til pasienten (Conner, 2014).

³ Perioperativ sykepleie er sykepleie i tidsrommet fra operasjonen blir bestemt, til pasienten er ferdig overvåket på en overvåkningsenhet (NSFLOS, 2014).

På operasjonsstua er det to operasjonssykepleiere, en sterilt utøvende og en koordinerende. Den sterilt utøvende har ansvaret for å assistere og instrumentere kirurgen i operasjonsfeltet. Koordinerende operasjonssykepleier har ansvar for å ta i mot pasienten og forberede pasienten til operasjon, deriblant leiring. I tillegg skal koordinerende operasjonssykepleier hjelpe de andre i teamet (Steelman, 2015), hente utstyr, levere prøver og formidle beskjeder ut av operasjonsstuen. Den koordinerende operasjonssykepleieren er i en fri rolle som tillater at hun eller han kan bevege seg fritt på stuen, og som gjør det mulig å observere det som skjer på operasjonsstuen (Benner et al., 2011; Igesund, 2013).

Operasjonssykepleiere som skal leire en pasient må ha kunnskap om hvordan det gjøres. Det innebærer å ha kunnskap om fysiologiske aspekter og hvilken situasjon pasienten befinner seg i. Samtidig skal operasjonssykepleiere tilstrebe at pasientene holder seg varme og føler seg respektert. Dette kan bidra til at pasienten føler seg ivaretatt (Heizenroth, 2015). Ved forberedelse til leiring av pasient må den koordinerende operasjonssykepleieren finne frem relevant leiringsutstyr til den aktuelle leiringen. Eksempel er puter, reimer og benholdere (Heizenroth, 2015). Det er utarbeidet prosedyrer som beskriver leiet og utstyr som anvendes. I tillegg finnes internasjonale anbefalinger vedrørende leiring (Conner, 2014). Likevel må leiringen tilpasses hver enkelt pasient, både for at det skal være behagelig for pasientene og for å forebygge leiringskomplikasjoner. For å kunne gjøre det må operasjonssykepleiere ta i betraktning pasientens sykdomshistorie, for eksempel om pasienten har hofteproteser. De må bruke sin fagkunnskap og være i dialog med pasienten når han er våken for å få tilbakemelding på om leiet føles komfortabelt (Conner, 2014; Heizenroth, 2015).

2.3 Samarbeid

Målene ved leiring er å sikre god kirurgisk tilgang, opprettholde kroppens sirkulasjons- og respirasjonsfunksjon, beskytte nevro-muskulær- og hudstatus, samt å gi god tilgang til anesthesiutstyr (Heizenroth, 2015). Alle i det kirurgiske teamet har ansvar for å oppnå målet, samt opprettholde pasientkomfort og sikkerhet (Drageset & Haugen, 2011; Heizenroth, 2015). Welch (2018) skriver at både kirurger og sykepleiere inne på operasjonsstuen er ansvarlig for å være med på å leire pasienten korrekt. I følge Norsk Pasientskadeerstatning (2017) er både operasjonssykepleiere og anestesipersonell ansvarlige for å redusere pasientens risiko for utvikling av leiringskomplikasjoner.

Manser, Howard & Gaba (2009) skriver at teamarbeid er avgjørende for å oppnå god pasientsikkerhet. Mange av de uønskede hendelsene kommer fra dårlig teamarbeid, og ikke på grunn av manglende fagkunnskap. I følge Leonardsen (2013) kommer det frem at de forskjellige faggruppene inne på en operasjonsstue opplever samarbeidet forskjellig. Operasjonssykepleierne i studien følte de jobbet i et team, men var samtidig den yrkesgruppen som svarte at samarbeidet var dårligst blant kirurger, anestesileger og anestesisykepleierne. Spruce (2017) utdyper at i tillegg til hver enkeltes fagkunnskap, er man avhengig av teamarbeid ved leiring for å forebygge skade. Suksessfullt teamarbeid oppstår på bakgrunn av teammedlemmenes evne til å tilpasse og koordinere sine arbeidsoppgaver ut ifra hva situasjonen krever. Det kan være både der operasjonen er ren rutine og når man jobber under tidspress. Empiriske studier har funnet at et velfungerende team tilpasser kommunikasjonsmønsteret, og behovet for ressurser og beslutningstaking etter situasjonen (Manser et al., 2009). Ut fra dette kan en si at pasienten og inngrepet bestemmer situasjonen for teamet.

Kirurgiske team kan være statiske eller dynamiske, såkalt ad hoc (Weaver et al. 2017). Ad hoc innebærer at teamet er sammensatt av forskjellige fagspesialiteter som arbeider sammen i en kort tid (Manser, 2009). Når et team forandrer seg stilles større krav til verbal kommunikasjon for at de skal være effektive. Det kan eksempelvis være at den koordinerende operasjonssykepleieren blir avløst. Team der personell og roller forandres, må bruke lengre tid og være oppmerksomme på å skape en felles forståelse for å koordinere sine arbeidsoppgaver enn et statisk team (Weaver et al. 2017). Kommunikasjonen innad i operasjonsteamet skal være tydelig og respektfull. For å forhindre misforståelser kan closed loop benyttes. Dette innebærer en bekreftelse av at man har mottatt senderens budskap (Oksavik, 2018).

Aanderaa (1999) skriver at for at et team skal fungere optimalt, må teamet jobbe målrettet og gruppen domineres av at alle ønsker å gjøre en god jobb. Samtidig skal arbeidsoppgavene løses med en åpen, analytisk og kritisk holdning. Forutsigbarhet gjør at teammedlemmene blir tryggere. Dette kan oppnås ved å ha tydelig oppgavefordeling. Et velfungerende team bruker medlemmenes kunnskap og kapasitet. Tryggheten som oppstår i gruppen bidrar til at medlemmene tør å tilegne seg kunnskap og bruke av seg selv. Samtidig er det viktig at teamet respekterer medlemmenes forskjellighet slik at de får lov til å uttrykke seg. For i et team, vil man ha forskjellig tilnærming til hva som er best for pasienten (Aanderaa, 1999).

Orvik (2015) skriver at samhandling er mer forpliktende enn samarbeid, da samhandling skal gi flyt i arbeidet. Det medfører opplevelse av helhet i tiltak og tjenester blant pasienter, pårørende og personalet. For at samhandling kan skje, avhenger det av at fagpersoner tilpasser sine handlinger mellom egne og kollegaers arbeidsoppgaver. Felles forståelse av situasjonen, tillit, jevnbyrdighet og gjensidig ansvar må forkomme hos de deltagende personene (Orvik, 2015).

Fagfolk innen helse og andre yrkesgrupper handler ikke tilfeldig. De handler ut i fra personlige og faglige verdier hvor det tas hensyn til oppgavens formål, mål og hvordan disse nås (Jensen og Jensen, 2007). De overordnede verdiene kan flere dele, men når disse verdiene skal anvendes i praksis knyttet til samarbeid med andre mennesker, vil underordnede verdier komme til syne. Altså noe som er viktig for en fagperson, er ikke like viktig for en annen (Jensen & Jensen, 2007). Eksempelvis vil faggruppene i et operasjonsteam ha forskjellig tilnærming til leiring, da de har forskjellig vektlegging av hva som vil være nødvendig og best for pasienten (Drageset & Haugen, 2011).

2.3.1 Samarbeid med anesthesisykepleier

Samarbeid er viktig i operasjonssykepleierens arbeidshverdag. Ved at operasjonssykepleierne samarbeider med andre faggrupper kan det skapes en sikker og effektiv pasientbehandling (Steelman, 2015). Begge faggruppene skal samarbeide med andre faggrupper inne på operasjonsavdelingen (Bruun, 2011; Steelman, 2015) og ivareta pasientene under kirurgiske inngrep (Eide & Dåvøy, 2018; Bruun, 2011). Disse to faggruppene har også fagspesifikke fokusområder. Siden begge gruppene er sykepleiere tar de med seg sin kliniske vurdering og forståelse inn på operasjonsavdelingen (Benner et al., 2010).

Anesthesisykepleierne skal ivareta pasienten gjennom å gi anestesi, samt utøve sykepleie til pasienter under operasjoner og andre inngrep. De skal observere pasienten, opprettholde respirasjon, sirkulasjon og håndtere medisinsk utstyr som pumper til medikamenter, overvåkningsutstyr og anesthesiapparat (Bruun, 2011; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005b). Under leiringen må anesthesisykepleier sikre pasientens luftveier, samt intravenøse tilganger og monitorering av sirkulasjon og luftveier. Samtidig som anesthesisykepleieren ivaretar hemodynamikk⁴ og gir anestesi til pasienten, har

⁴ Hemodynamikk er blodets kretsløp gjennom kroppen (Opdahl, 2009).

anestesisykepleieren medansvar for å forebygge leiringskomplikasjoner (Drageset & Haugen, 2011).

2.4 Litotomileie

Å leire pasienten til operasjon er et viktig aspekt av sykepleien. Riktig leiring bidrar til å ivareta pasientsikkerheten og pasientens verdighet (Spruce, 2017). I den første norske læreboken i sykepleie, skrevet av Rikke Nissen i 1877, var leiring allerede omtalt som en sykepleieoppgave på operasjonsstua (Nissen, 1877/2000).

Som operasjonssykepleier må man ta hensyn til pasientens alder, høyde og vekt, hud- og ernæringsstatus, tidligere sykdommer og mobilitetsbegrensninger eksempelvis proteser når man skal leire pasienten (Conner, 2014; Heizenroth, 2015; Spruce, 2017). Ut i fra dette må operasjonssykepleieren planlegge om det er behov for ekstra personell og hvilket leiringsutstyr det vil bli behov for. Altså må operasjonssykepleieren ta i bruk sin kliniske vurdering og tenke fremover (Benner et al., 2010), samt individualisere sykepleien som blir gitt (Heizenroth, 2015). Beckett (2010) sier at pleien vi gir våre pasienter er en refleksjon av vår kliniske kunnskap, vurdering og ferdigheter. For hovedfokuset i operasjonssykepleie er pasienten (Conner, 2014).

I følge Heizenroth (2015) blir litotomileie brukt til gynekologiske, urologiske og rektale operasjoner. Når en pasient skal gjennomgå et inngrep, ligger pasienten som regel på et operasjonsbord. Operasjonsbordet eller bordtoppen er tilpasset type operasjon, samt lengden og vekten til pasienten. Bordtoppen er polstret med en madrass som skal være med på å forebygge trykksår (Heizenroth, 2015). Pasientens armer kan bli lagt på armbord⁵ eller de kan legges i takrenne⁶ som blir satt på operasjonsbordet (Conner, 2014). Ved bruk av armbord må overstrekk av pasientens arm unngås, samt trykk mot nerver og kar. Vinkelen på armen bør ikke overskride 90 grader ut fra kroppen for å unngå at plexus brachialis kommer i klem mellom første costa og calvicula (Conner, 2014; Heizenroth, 2015). Ved litotomileie kan det

⁵ Armbord blir festet til operasjonsbordet og gjør at pasientens armer kan bli bevegde utover.

⁶ Takrenne er leiringsutstyr som blir brukt til å legge pasientens armer langs siden, dersom det ikke er plass til å gjennomføre det med stikkklaken og puter (Hansen & Brekken, 2018).

brukes forskjellige typer beinholdere⁷, alt fra stighbøyler, tradisjonelle beinholdere og støvelbeinholdere. Disse festes til operasjonsbordet og man må sikre at de sitter godt fast (Heizenroth, 2015). Ved bruk av støvelbeinholdere legger pasienten selv, eller får hjelp av operasjonssykepleier til å legge beina i støvelen. Det er anbefalt at pasienten får prøve leiet før operasjonsstart slik at vedkommende kan komme med innspill (Conner, 2014; Heizenroth, 2015). Operasjonssykepleieren klargjør høyden på beinholderne i samsvar med den aktuelle pasient og kirurgisk tilgang, ved at hoften vanligvis ikke blir flektert over 90 grader og beina abduert. Kraftig abduksjon kan påføre strekkskader på muskler og nerver. Her er det viktig at operasjonssykepleier tar hensyn til bevegelsesrestriksjon hos pasienten for eksempel på grunn av hofteproteser, fordi kraftig abduksjon kan føre til hofte luksasjon (Conner, 2014; Heizenroth, 2015). Litotomileie består av fire forskjellige nivåer; lavt, standard, høyt og ekstremt litotomileie. Det er prosedyrene og kirurgens behov for tilgang som bestemmer hvilket nivå som velges. Ved lavt litotomileie blir pasientens hofteledd flektert til 30-45 grader, mens ved standard litotomileie blir hofteleddet flektert til 90 grader. Ved høyt og ekstremt litotomileie blir pasientens hofteledd flektert over 90 grader (Heizenroth, 2015). Når pasientens bein skal eleveres og senkes ved litotomileie, anbefaler AORN at dette gjøres av to personer ved at begge beina blir bevegde samtidig og bevegelsen utføres rolig. Dette for å unngå strekk på korsryggen (Conner, 2014). Samtidig må pasientens fingrer ikke komme i klem mellom operasjonsbordet og beinholderne ved elevering og senkning av beinholderne. Når pasientens bein er på plass og sikret i beinholderne, løftes fotenden av bordet (Heizenroth, 2015).

I følge Heizenroth (2015) er det noen faktorer som påvirker fare for leiringsskader. Disse er operasjonstid, type leiring, operasjonsbord og leiringsutstyr, type anestesi og kirurgisk inngrep. Faktorene for leiringsskader påvirker ofte hud, muskel- og skjelletsystemet, nerve-, sirkulasjons- og respirasjonssystemet og sårbare områder som øye, bryst, perineum og fingre. Skadene som kan oppstå ved litotomileie er trykksår, nerveskader som droppfot og compartment syndrom. Trykksår kan være fra forbigående rødme, til dype sår og som er smertefulle for pasientene og vanskelige å behandle (Heizenroth, 2015). På sikt kan trykksår i verste fall føre til død hos pasienten (Walton- Geer, 2009). Skade på nervus peroneus kan

⁷ Tradisjonelle beinholdere er beinholdere som gir støtte i overgangen kne/ legg. Stighbøyler er beinholdere som medfører at pasientens bein blir elevert ved at ankelen og fotbladet blir festet med reimer til et stativ. Støvelbeinholdere ser ut som støvler, og gir god støtte til både legger og fotblad (Heizenroth, 2015).

forekomme i litotomileie ved at beinholderen trykker mot fibulahodet eller at reimene for sikring av foten er for stramme, og trykker mot yttersiden av kneet. Skade på nervus peroneus kan medføre droppfot. Nerveskadene kan være forbigående, men kan også bli varige for pasienten (Heizenroth, 2015). Compartment syndrom kan oppstå av ukorrekt leiring med trykk på arteria poplitea ved litotomileie. Dette medfører at muskulaturen hovner opp, men grunnet muskellosjene kan ikke muskulaturen utvide seg ubegrenset. Det økte trykket fører til at det blir klem på never og kar. Behandlingen av compartment syndrom er å utføre en fascietomi ⁸. Dersom dette ikke blir utført tidlig nok, kan det føre til tap av kroppsdel og i verste fall død (Heizenroth, 2015). De hyppigst rapporterte skadene er skader på lår, legg og fot, samt på armer og hender (NPE- Norsk Pasientskadeerstatning, 2017). Disse leiringskomplikasjonene kan ha varierende grad av innvirkning på pasientens liv, fra forbigående ubehag til varige skader, som kan medføre problemer med å utføre dagligdagse gjøremål og uførhet (NPE- Norsk Pasientskadeerstatning, 2017).

Litotomileie påvirker også respirasjon- og sirkulasjonssystemet og kan skjule peroperativt blodtap. Elevering av beina kan medføre at blod fra underekstremitetene samles i lumbalregionen, slik at blodtrykket blir opprettholdt. Ved senkning av beina vil sirkulasjonen gå tilbake til underekstremitetene. Dette kan føre til at pasienten får blodtrykksfall (Conner, 2014; Heizenroth, 2015).

AORN anbefaler at pasienten ligger kortest mulig tid i litotomileie for å forebygge skader. Noen studier anbefaler å ta beina ut av beinholderne hver andre time (Conner, 2014; Walker-Geer, 2009), mens andre anbefaler at operasjonsteamet vurderer å leire om pasienten etter fire timer (Conner, 2014).

⁸ Fascietomi er et kirurgisk inngrep hvor man gjør en incisjon (snitt) i muskelens fascie, slik at muskulaturen har plass til å utvide seg. Denne incisjonen sys ikke igjen før hevelsen er gått ned (Gawronski, 2015).

3 Metode

Å gjennomføre en litteraturstudie kan være nyttig for senere praksis da man lærer å søke ny kunnskap, vurdere det man leser, samt sammenligne forskningen opp mot problemet. Det vil kunne bidra til fagutvikling innenfor eget praksisfelt (Axelsson, 2008). Målet med et fagutviklingsprosjekt er å forbedre kvaliteten eller møte en utfordring i vår kliniske hverdag (Bjørk & Solhaug, 2008). På bakgrunn av dette blir oppgaven et fagutviklingsprosjekt da det kan gi økt kunnskap og kanskje øke bevisstgjøringen av forutsetninger for samarbeid mellom operasjons- og anestesisykepleiere. Dette kan kanskje bedre kvaliteten av sykepleien som blir utført.

3.1 Hermeneutikk

For å kunne lese og forstå artiklene i studien, må de tolkes. På bakgrunn av det vil studien ha en hermeneutisk tilnærming.

Opprinnelig var hermeneutikk læren om tolkning av tekster. I videre forstand handler hermeneutikk om hvordan mennesker forstår og kommer frem til felles forståelse med andre (Binding & Tapp, 2008).

Binding & Tapp (2008) skriver at en tekst er avhengig av leseren sin tolkning. Man kan ikke lese en tekst uten at man samtidig tolker det som står i teksten. Det som skiller en tekst fra det muntlige språket er at siden den samme teksten alltid er tilgjengelig i skriftformat, kan den tolkes mange ganger i nye sammenhenger. Nye meninger kan komme frem (Binding & Tapp, 2008).

Den som utfører en studie vil alltid ha med seg sin forforståelse. Dette omfatter blant annet fagkunnskap en har med seg, holdninger og erfaringer. Man forstår alltid ut fra den forståelsen man har fra før, både av teoretisk og praktisk kunnskap. Forforståelsen vil ha innvirkning på hvordan man forstår litteraturen man leser og hvordan man bearbeider resultatene (Dalland, 2017). Man må stille seg åpen for å få ny forståelse (Elstad, 2014). Da vil forforståelsen endres ved at man lærer og erfarer nye ting, og en ny forståelse skapes. Den vil i sin tur utgjøre en forforståelse i møte med ny erfaring og kunnskap, og vil kunne endres og revurderes igjen. Denne bevegelsen i fortolkning og forståelse kalles den hermeneutiske sirkelen. Den er åpen og har ingen ende (Binding & Tapp, 2008; Elstad, 2014).

3.2 Forforståelse

For å kunne tolke litteraturen er det viktig å stille seg mest mulig åpen for nye forståelser innen temaet oppgaven spør om. Derfor bør en være mest mulig klar over hvilke forforståelser en selv har med seg. Man blir aldri helt klar over alt man vet fra før. Likevel bør man tenke gjennom hva som kan ha påvirkning på forståelsen (Binding & Tapp, 2008; Elstad, 2014).

Det kan være både positive og negative sider ved at jeg er nyutdannet operasjonssykepleier. Noe som kan være positivt er at jeg kan se ting litt mer utenifra, men samtidig kan jeg gå glipp av noe essensielt grunnet manglende erfaring.

Min forforståelse er at operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere vil gjøre det som er best for pasienten, og at de jobber for å ivareta pasientsikkerheten. De er nøyaktige i sin jobb og har mye kunnskap om hvert sitt felt. Min forkunnskap er og at operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere har hvert sitt fokusområde. Anestesisykepleierne skal ivareta pasienter under operasjonen, gi anestesi til pasienter som skal opereres, og har dermed mye kunnskap om medikamenter og kroppens fysiologi. Operasjonssykepleiere skal ivareta pasienten under operasjonen, serve kirurg i det sterile feltet og har mye kunnskap om hygiene, kirurgi og anatomi. Til tross for dette, tror jeg at graden av kunnskap og samarbeidsevne er personavhengig. Det kan handle om kjemi mellom medlemmene og hva hver enkelt er interessert i. På bakgrunn av min forforståelse og forkunnskap, har disse to fagfeltene forskjellige fokusområder, samtidig som de jobber mot et fellesmål. Å ivareta pasienten på best mulig måte.

3.3 Litteraturstudie

Hensikten med en litteraturstudie er å oppsummere tidligere forskning som er blitt gjennomført. På bakgrunn av dette finner man det som er kjent og ukjent. En litteraturstudie kan enten bli skrevet for å få ny kunnskap innen et felt som interesserer forfatteren, eller være bakgrunn for ny forskning (Polit & Beck, 2014). Litteraturstudier er hensiktsmessig i helsevesenet da det finnes mye forskning, men de som arbeider i praksis ikke har mulighet til å lese alt. Da kan de lese litteraturstudier i stedet, som oppsummerer store deler av litteratur innen et felt (Aveyard, 2014). Det finnes ulike typer litteraturstudier, deriblant systematisk litteraturstudie og litteraturstudie (Aveyard, 2014). En litteraturstudie skal inneholde en problemstilling. Deretter skal litteratur søkes i forskjellige databaser (Aveyard, 2014; Polit &

Beck, 2014). Når litteraturen er funnet skal forfatteren tolke og analysere for så å summere funnene (Polit & Beck, 2014). Aveyard (2014) skriver at ved å sammenligne det som er skrevet kan det komme frem ny innsikt.

En systematisk litteraturstudie (systematic literature review) stiller store krav til forskererfaring og ressurser. Aveyard (2014) skriver at for studenter er det mulig å gjennomføre en «good quality but less detailed literature review», som er mindre detaljert. Dette er en slik studie der jeg forsøker å tilnærme meg en systematisk måte å søke på, og gjennomføre vurdering og analysering av litteraturen. Studien har ikke som mål å dekke all eksisterende forskning innenfor området (Aveyard, 2014).

Aveyard (2014) uttrykker at en litteraturstudie skal inneholde bakgrunn for valg av tema og problemstilling, et metodekapittel, presentasjon av funn, samt diskusjon og anbefalinger for praksis. Metodekapittelet skal inneholde beskrivelse av søkestrategi og metode for vurdering og analyse av litteraturen (Aveyard, 2014).

Denne studien vil ha oppbygningen til en litteraturstudie som beskrevet over, da den inneholder bakgrunn for valg av tema, problemstilling, et metodekapittel hvor søkingen og analyseringen er beskrevet. Deretter blir funn presentert, for så å bli diskutert. Til slutt blir det konkludert og foreslått videre forskning.

3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier hjelper forfatteren med å finne litteratur som belyser problemstillingen. Problemstillingen bestemmer hvilke kriterier som er relevant for studien (Aveyard, 2014).

Jeg ønsker å inkludere artikler som omhandler samarbeid mellom operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere på en operasjonsstue, aller helst relatert til litotomileie. Begge yrkesgruppene trenger ikke å være representert i samme artikkel, da mange artikler omhandler operasjonssykepleiere eller hele operasjonsteamet. En utfordring er at sykepleieren på operasjonsstuen betegnes med til dels forskjellige begreper i ulike land, og de kan ha ulike funksjonsområder.

Artikler som er skrevet på norsk, svensk, dansk og engelsk blir inkludert. I tillegg vil jeg tilstrebe inklusjon av etisk godkjente artikler. I tillegg til artikler har jeg inkludert

masteroppgaver i operasjonssykepleie. Masteroppgaver er systematisk gjennomført og har vært gjennom en kvalitetsvurdering. Flere av dem er kvalitative og er relativt nye, som innebærer at disse får frem interessante funn om operasjonssykepleiernes egne erfaringer. Det er hensiktsmessig da de utdyper temaet mer enn hva en kvantitativ oppgave ville ha gjort. I tillegg er deres erfaringer ekstra verdifulle for meg som nyutdannet operasjonssykepleier med lite erfaring. Jeg har også valgt å bruke fagartikler med klar relevans for oppgavens problemstilling.

3.5 Datainnsamling

Tidlig i litteraturstudien begynner man å søke etter litteratur, enten ved å søke i bibliotekets databaser eller ved å søke opp artikler fra referanser i artikler man har funnet (Polit & Beck, 2014). For å kunne gjennomføre et litteratursøk i databaser må man ha relevante søkeord for å få datamateriale. Disse blir funnet ved å ta begreper i problemstillingen og eventuelt strukturere disse i et PICO- skjema, som vil gjøre søkeprosessen mer oversiktlig (Bjørk & Solhaug, 2008; Polit & Beck, 2014). Se vedlegg 1 for PICO-skjema.

Datainnsamlingen ble gjort ved å bruke utvalgte søkeord i bibliotekets forskjellige databaser. I starten ble det få resultater på søkene, og søkte dermed veiledning hos bibliotekar. Dette resulterte i høyere antall treff på søkene, men fortsatt var ikke alle artiklene relevante for studien.

Databasene som hovedsakelig ble brukt, var CINAHL, SveMed+ og PubMed. Polit & Beck (2014) anbefaler at sykepleiere bruker blant annet CINAHL som database da denne databasen i hovedsak har vitenskapelig litteratur fra sykepleietidsskrifter (Kilvik & Lamøy, 2007). PubMed inneholder hovedsakelig medisinske artikler, men også artikler for sykepleiere. SveMed+ inneholder artikler innenfor medisin fra nordiske tidsskrifter (Kilvik & Lamøy, 2007).

I søkene i PubMed ble både MeSH termer og tekstord brukt i søkingen. MeSH termer (Medical Subject Headings) er et emneordsystem som blir brukt i PubMed, SveMed+ og MEDLINE, mens CINAHL har sitt eget emneordsystem og ble ikke brukt i søkingen. Emneordene beskriver hva artikkelen handler om og artikkelen blir knyttet til forskjellige relevante emneord (Kilvik & Lamøy, 2007). Det var engelske søkeord som; operating room nurse, theatre room nurse, operating rooms, nurse anesthesia, teamwork, collaboration og

lithotomy position som i hovedsak ble brukt. I tillegg til disse ble det også prøvd patient positioning og positioning the patient in surgery, men disse ble ekskludert da litotomie er hovedfokuset. Disse søkeordene ble brukt i de engelske databasene CINAHL og PubMed, samt i SveMed+. De norske søkeordene var operasjonssykepleier, anestesisykepleier, samarbeid, teamarbeid og litotomie, og ble brukt i SveMed+. Disse resulterte i ingen treff. Se vedlegg 2 for søkehistorikk, som i tillegg er en fremstilling av hvor mange abstracts og artikler jeg har lest og hvilke artikler som er blitt inkludert.

Søkeordene ble parett sammen med Booleske operatorene OR og AND bidrar til å utvide eller snevre søket (Polit & Beck, 2014). I tillegg til Booleske operatorene ble også anførselstegn brukt i tekstordsøk bestående av to eller flere ord. Dette for å sikre at søket omfattet alle de aktuelle ordene. På tekstordsøk som omhandler nurse eller nursing er det blitt brukt trunkeeringstegn (*), da kun i PubMed. Trunkeeringstegn er ordstammesøk, og medfører at man får forskjellige bøyninger av ordet og resulterer i flere treff. Dette anbefales spesielt når man bruker engelske søkeord (Kilvik & Lamøy, 2007).

Masteroppgaver er blitt inkludert i studien. Den ene Fosmark (2017) ble funnet ved å søke på «leiring av operasjonspasient» på Oria, og den andre Kandal, Huset & Kvåle (2014) ble inkludert etter tips fra veileder. I tillegg til å søke etter artikler i vitenskapelige databaser ble bakgrunns litteratur funnet ved å se på referanser i artikler og bøker.

Det har gjennom søkingen vært vanskelig å finne tilstrekkelig med forskning som omhandler både samarbeid og leiring på en operasjonsstue. Søkingen er gjort i to puljer, først til arbeidet med prosjektskissen og deretter under arbeidet med masteroppgaven. Fra arbeidet med prosjektskissen er tre artikler inkludert og resterende elleve fra siste søkepulje. Grunnet vanskeligheter med å finne relevant forskning er det gjort flere søk i forskjellige databaser med forskjellige søkeord i den siste søkepuljen. Alle de inkluderte artiklene er ikke like relevante for å svare på problemstillingen, da ingen har som hensikt å belyse samarbeid i leiringssituasjoner. Velger likevel å ta disse med, da de har momenter som kan trekkes ut for å belyse temaet. Aveyard (2014) foreslår noen retningslinjer angående inkludering av artikler av forskjellig relevans og kvalitet. Dersom man har ti gode artikler som er helt relevant for oppgaven, kan man ekskludere resterende artikler som er funnet. Har man fem helt relevante artikler, bør man supplere med de som er mindre relevant eller har litt dårligere kvalitet.

3.6 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Litteraturen som blir inkludert i litteraturstudien skal kvalitetsvurderes (Aveyard, 2014; Polit & Beck, 2014). Kvalitetsvurdering av litteraturen er en systematisk vurdering av litteraturens styrker og svakheter. Dette bidrar til at man kan vurdere om litteraturen er hensiktsmessig å inkludere på bakgrunn av problemstillingen. All litteratur som inkluderes som funn i studien skal vurderes i henhold til relevans. Vurdering av artikler spesielt deres relevans til oppgaven, er et tolkningsspørsmål (Aveyard, 2014). Man må ta i betraktning hvorfor én studie får et resultat, mens en annen får et annet, samt om metoden de har brukt er med på å forme resultatene (Aveyard, 2014). For å belyse problemstillingen fra flere sider, velger jeg å inkludere litteratur der både kvalitative og kvantitative metoder er brukt.

Kilvik & Lamøy (2007) anbefaler å se på hvilke tidsskrift artikkelen er publisert i. Dersom den er blitt publisert i et vitenskapelig tidsskrift skal den være fagfellevurdert (peer review), det innebærer at en gruppe eksperter innen fagområdet godkjenner artikkelen for publisering. Jeg har brukt internettsiden til NSD, Register over publiseringskanaler (2018), for å se nivået på tidsskriftet hvor artiklene er blitt publisert. Tidsskriftnivåene står i artikkelmatrisene i vedlegg 3. Aveyard (2014) anbefaler bruk av sjekklister til vurdering av artikler, da disse vil hjelpe oss med å stille de rette spørsmålene vedrørende kvaliteten til artiklene.

Vurderingen av artiklene ble gjort flere ganger under arbeidet med oppgaven. Ved første og andre gjennomlesing av artiklene tenkte jeg over om deres metode, analyse og etiske hensyn var beskrevet, og om deltakerne var hensiktsmessige for studiens hensikt. Deretter ble sjekklister til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjeneste brukt (Folkehelseinstituttet, 2014). Jeg mener det medførte at vurderingen ble grundigere, og bidro til at jeg fikk tips til hva jeg skulle se etter i artiklene.

Denne studien krever ikke godkjenning fra etiske komiteer, da dette er en litteraturstudie der materialet er tidligere gjennomførte og publiserte studier (Aveyard, 2014).

3.7 Analyse

Ved en analyse er målet å sammenfatte informasjon fra forskjellige kilder, slik at temaet belyses på en måte som de enkelte artiklene ikke kan (Aveyard, 2014). Analyse dreier seg altså ikke bare om å summere resultater fra andre studier, men også å tolke funnene ut fra problemstillingen og i sammenheng med faget.

I denne studien vil det bli brukt tematisk analyse, da det er en analysemetode som egner seg for nybegynnere innenfor litteraturstudie. Tematisk analyse går ut på at man identifiserer temaer som går igjen i den inkluderte litteraturen (Aveyard, 2014; Polit & Beck, 2014). Man kan også finne at funn avviker fra hverandre (Polit & Beck, 2014). Temaene man identifiserer kommer fra hovedfunnene i litteraturen, og skal reflektere problemstillingen i oppgaven (Aveyard, 2014).

Etter å ha lest artiklene og vurdert hvilke som var relevant for oppgaven, ble de skrevet inn i en artikkelmatrise. Se vedlegg 3 for artikkelmatrise over inkluderte artikler. Dette gjorde det enklere for meg å holde oversikt over hensikt, funn, metode og deltakere i artikkelen. Samtidig ble det laget en ekstra kolonne i matrisen for funn som var relevant for oppgaven, da det viste seg at hovedfunnene i de fleste artiklene ikke er relevante for problemstillingen, men underordnede funn kunne være det. Analysen i oppgaven ble gjort ved at alle artikler, fagartikler og masteroppgaver ble nummerert fra 1 - 14. Det ble laget en oversiktstabell over artiklene med nummer, tittel, forfatter og deres metode, slik at det var enkelt å holde oversikt over artiklene. Siden få av artiklene omhandlet både leiring og samarbeid, ble disse to temaene delt hver for seg i egne dokumenter. Deretter ble alle funn som var relevante for oppgaven skrevet inn i et Word-dokument, og nummeret til artikkelen ble satt bak funnet for å få oversikt over hvilke funn som stammet fra hvilken artikkel. Videre gikk jeg gjennom dokumentet for å finne temaer. Funn som omhandlet det samme ble markert med samme farge og deretter ble funnene sortert ut fra fargekodene. Dette ble gjort flere ganger og medførte at noen funn byttet tema, samt at noen funn passet inn under flere temaer. Samtidig ble artiklene lest flere ganger, både for å tilføye utsagnene noe og for å sjekke om jeg hadde forstått deres resultater riktig. På denne måten ble temaene i oppgaven funnet, og noen av funnene vises i vedlegg 4 - Oversikt for å synliggjøre analysen i temaet; Individuell sykepleie og omsorg for pasienten.

4 Funn

I dette kapittelet skal jeg presentere resultatene fra litteraturen som er inkludert i oppgaven. Resultatene ble funnet gjennom analyse, og ble delt opp i overordnede temaer som omfatter leiring og samarbeid. Se vedlegg 5 for oversikt over litteratur som svarer til hvilke funn

4.1 Leiring

4.1.1 Individuell sykepleie og omsorg for pasienten

I tverrsnittstudien til Sørensen, Kusk & Grønkjær (2015) hvor 481 operasjonssykepleiere fra Danmark deltok, rapporterte 53,4 % at litotomileie ble opplevd som et vanskelig leie. I artikkelen til Kolvered, Öhlén & Gustafsson (2012) ble 16 operasjonssykepleiere fra Sverige intervjuet, seks parintervjuer og fire individuelle intervjuer. Der kom det frem at det var viktig for operasjonssykepleiere å leire i samarbeid med pasienten. Dette innebar også å ta hensyn til pasientens sykdomshistorikk. I fagartikkelen til Adedeji, Oragui, Khan & Maruthainar (2010) ble det vektlagt som særs viktig å ta hensyn til pasientenes sykdomshistorie ved litotomileie, primært fordi det kunne være bevegelsesrestriksjoner i hofte, kne og ankler. På bakgrunn av dette, måtte leiringen modifiseres til hver enkelt pasient. Både masteroppgaven til Fosmark (2017) med intervju av seks operasjonssykepleiere i Norge, og den amerikanske case-studien til Bennicoff (2010) som var basert på én pasient, vektla dialogen med pasienten. Operasjonssykepleierne måtte ha dialog med pasienten for å kunne skreddersy leiet best mulig til hver enkelt pasient. Informantene til Fosmark (2017) uttrykte at pasienter med kroppslige plager burde få prøve leiet før de sovnet. Operasjonssykepleierne brukte det kliniske blikket og tok på pasienten for å se og kjenne om pasientene lå godt. For det viktigste for operasjonssykepleierne var at pasienten ikke pådro seg leiringskomplikasjoner (Fosmark, 2017).

Det var ikke bare i forhold til leiring at operasjonssykepleiere brukte det kliniske blikket. De brukte det også til å se om pasienten var redd eller engstelig (Kolvered et al. 2012). For å døyve og lindre engstelsen opprettet operasjonssykepleieren øyekontakt, samt en bevisst bruk av toneleie. Operasjonssykepleierne ønsket at pasienten visste at de var der for han eller henne, at de lyttet til pasientens ønsker og viste empati. Å ta på pasientens hånd, kunne bidra til at pasienten visste at operasjonssykepleieren var der. I akutsituasjoner med mye utstyr å pakke opp og klargjøre, stolte operasjonssykepleierne på at anestesisykepleieren ivaretok pasientens behov (Kolvered et al. 2012).

4.1.2 Syn på samarbeid og ansvar ved leiring

På grunn av at pasientens trygghet var hovedfokuset, var det viktig at alle teammedlemmene hadde god tilgang til pasienten for å kunne utføre sine arbeidsoppgaver (Kilvered et al., 2012). Operasjonssykepleierne i masteroppgaven til Fosmark (2017) uttrykte at det var viktig at kirurgen hadde god kirurgisk tilgang, men at det ofte ble et kompromiss for å oppnå at pasienten lå godt. Når overvektige pasienter skulle leires i litotomileie, var det viktig at personalet inne på operasjonsstuen samarbeidet og planla fremover. Å få tak i tilstrekkelig personale til leiringen, skånte både pasienten og personalet (Benicoff, 2010). Adedeji et al. (2010) pekte på viktigheten av å ha nok personale i leiringssituasjoner og å kommunisere hverandres ansvar ved leiring. I Bouyer-Ferullo (2013) sin litteraturstudie av medisinsk, sykepleie, fysioterapi og anestesilitteratur kom det frem at korrekt leiring av pasienten var hele operasjonsteamet sitt ansvar. Dette var operasjonssykepleiere oppmerksomme på. Kirurgen har det overordnede ansvaret, men det kom fram at operasjonssykepleierne følte at de hadde hovedansvaret for at pasienten ikke pådro seg leiringskomplikasjoner (Fosmark, 2017).

Operasjonssykepleierne mente at man lærte leiring best ved å prøve leiet selv eller leire kollegaer (Fosmark, 2017). I Sørensen et al. (2015) kom det frem at deltakerne mente at operasjonsteamet på kvelds- og nattestid som ikke var faste team, hadde for lite leiringskompetanse. Operasjonssykepleiere opplevde at anesthesisykepleiere ofte ba om råd og at de ba dem sjekke om leiringen var korrekt (Fosmark, 2017).

4.1.3 Leiringsutstyr – både til hjelp og fortvilelse

Leiringsutstyr kunne være både til hjelp og fortvilelse (Fosmark, 2017). Beinholdere ble nevnt som et hinder for å skreddersy leiet til pasientene fordi beinholderne ikke kunne tilpasses hver enkelt pasient, og medførte ofte at pasientene måtte leires om under operasjonen. Også standardiserte bordtopper og armbord kompliserte leiringen (Sørensen et al., 2015). Operasjonssykepleiere rapporterte at de manglet leiringsutstyr på operasjonsavdelingen (Fosmark, 2017, Sørensen et al., 2015), noe som medførte at operasjonssykepleierne måtte bruke tid på å lete etter utstyr (Fosmark, 2017). I følge Benicoff (2010) kreves det stor grad av improvisasjon ved leiring i litotomileie til overvektige, fordi det ikke finnes beinholdere som er dimensjonert til denne pasientgruppen.

Fagartikkelen til Adedji et al. (2010) anbefaler at man planlegger behovet for leiringsutstyr og har alt utstyr tilgjengelig på forhånd.

Godt leiringsutstyr var viktig for å forebygge leiringskomplikasjoner. Samtidig var prosedyrer og retningslinjer viktige verktøy for operasjonssykepleiere. I følge Fosmark (2017) ble prosedyrer brukt så sant det var tid til det, noe det ikke var i akutte situasjoner. På tross av mulighet til å bruke retningslinjer må enkelte leiringer improviseres for å få til et optimalt leie for pasienten. I den sammenheng var det viktig at operasjonssykepleierne hadde prøvd leiet selv eller prøveleiret en kollega (Bennicoff, 2010).

4.1.4 Kunnskap, erfaring og klinisk vurdering i forebygging av leiringskomplikasjoner

Operasjonssykepleiere var opptatte av å utføre trygg operasjonssykepleie, herunder korrekt leiring (Kolvered et al., 2012). Operasjonssykepleieren må bruke sin kunnskap, sin kliniske erfaring og ta i bruk retningslinjer for å forebygge komplikasjonene (Bouyer-Ferullo, 2013). Det var viktig at operasjonssykepleierne hadde kunnskap om anatomi og kjente til risikofaktorer for leiringskomplikasjoner for å kunne forebygge disse (Fosmark, 2017). Samtidig kom det frem hos Sørensen et al. (2015) at mengdetrening spiller inn, da operasjonssykepleierne ble usikre på sin kunnskap i leirer de sjeldent utførte

Operasjonssykepleierne uttrykte viktigheten av å sjekke pasientens leie flere ganger under operasjonen, og bevege på pasienten, om så bare noen centimeter (Fosmark, 2017). For å unngå leiringskomplikasjoner understreket studien til Kolvered et al. (2012) at operasjonssykepleierne måtte interagere med teammedlemmene og følge med i feltet under operasjonen. Dette for å unngå at armbord ble forskjøvet og for å unngå at de som står i feltet lente seg på pasienten. Operasjonssykepleierne uttrykte at de ved langvarige operasjoner ikke hadde kontroll på hva som foregikk under pasientene. Laken ble slettet for å unngå at pasienten lå på skrukker, og ved enkelte langvarige operasjoner ble armer og bein under den sterile dekkingen sjekket om de lå forsvarlig (Fosmark, 2017). Bennicoff (2010) sin studie viste at operasjonssykepleierne vurderte pasientens leie for trykkipunkter, utførte justeringer ved behov og sjekket pasienten for eventuelle komplikasjoner etter operasjonen.

4.2 Samarbeid

4.2.1 Samarbeid om individuell sykepleie og omsorg for pasienten

I studien til Sandelin & Gustafsson (2015) der 16 operasjonssykepleiere fra fire forskjellige sykehus i Sverige ble intervjuet, kom det frem at teamarbeid bidro til pasientsikkerhet. Det samme funnet kom frem i Kaldheim & Slettebø (2016), der de intervjuet åtte operasjonssykepleiere fra fire sykehus i Norge. Averlid & Axelsson (2012) intervjuet 14 anestesisykepleiere fra seks forskjellige sykehus i Norge. Anestesisykepleierne anså samarbeid som det viktigste forholdet for å oppnå god kvalitet på pasientbehandlingen. Silén-Lipponen, Tossavainen, Turunen, Smith & Burdet (2004) intervjuet 30 operasjonssykepleiere fra Finland, Storbritannia og USA, og deltakerne uttrykte at operasjonsavdelingen var et perfeksjonistisk miljø hvor det ikke var rom for feil. Dette bidro til at operasjonssykepleierne var nervøse for å gjøre feil, og det var da feil skjedde.

I masteroppgaven til Kandal et al. (2014) hvor man intervjuet ni operasjonssykepleiere i Norge, kom det frem at alle faggruppene på operasjonsavdelingen hadde egne områder de fokuserte på. Likevel hadde alle faggruppene pasienten som hovedfokus. Dette viste at alle teammedlemmene var avhengige av hverandre og ingen kunne utføre jobben alene. Deltakerne uttrykte viktigheten av å se helheten av arbeidet som ble utført, ikke bare sine egne arbeidsoppgaver og sitt eget ansvarsområde. Dette bidro til at teammedlemmene utfylte hverandre ved at de kjente hverandres kunnskapsnivå og arbeidsmåte (Kandal et al., 2014). Artikkelen til Gillespie, Chaboyer, Wallis, Chang & Werder (2009) hvor 27 operasjonssykepleiere fra Australia deltok i fokusgruppeintervju, peker på det samme. Deltakerne i studien informerte om at de gikk utover sine fagroller for å forsikre seg om og ivareta pasientsikkerheten. Dette ble kalt estetiske kunnskaper og omhandlet evnen sykepleierne hadde til å vise empati og omsorg for pasienten, noe som medførte individuell sykepleie og pasientsikkerhet (Gillespie et al., 2009). Personsentrert sykepleie ble nevnt som en faktor for å oppnå trygg kirurgi i studien til Sandelin & Gustafsson (2015). Deltakerne i Kaldheim & Slettebø (2016) opplevde det som trygt å ha definerte roller og arbeidsoppgaver, spesielt i akutte situasjoner. Likevel var det i akuttsituasjonene de opplevde at de hjalp hverandre på tvers av faggruppene, for å komme i gang raskere slik at de kunne redde liv.

Operasjonssykepleiere var forsiktige med å argumentere og diskutere med de andre i teamet når pasienten var våken, siden pasienten var i en sårbar situasjon og svært var på atmosfæren

på operasjonsstuen (Sandelin & Gustafsson, 2015). Dette peker også Kandal et al. (2014) på, da det viktigste for operasjonssykepleierne var at pasienten ble godt ivaretatt og at vedkommende fikk en god opplevelse. Plutselige raseriutbrudd og følelse av eksklusjon fra teamet kunne bidra til redusert pasientsikkerhet (Sandelin & Gustafsson, 2015). Derfor forsøkte teammedlemmene å redusere dårlig stemning på operasjonsstuen, som kunne ha negativ påvirkning på medlemmene (Kandal et al., 2014). Gillespie et al. (2009) peker på viktigheten av at teammedlemmene brukte sin situasjonsforståelse slik at de kunne forutse behov i ulike situasjoner. Dette var ofte basert på sykepleiernes tidligere erfaringer og bidro til at krevende situasjoner gikk problemfritt.

4.2.2 Faggruppenes forskjellige syn på arbeidsoppgaver som må gjøres

Det å kjenne de andre teammedlemmene gjorde samarbeidet enklere fordi de kjente hverandres styrker og svakheter (Kaldheim & Slettebø, 2016). Det å ikke kjenne de andre teammedlemmene ble ansett som krevende for operasjonssykepleierne i studien til Sandelin & Gustafsson (2015), og utgjorde i tillegg en risiko for pasientsikkerheten. Kandal et al. (2014) pekte på at det å kjenne hverandre kunne gjøre samarbeidet lettere, samt at man opplevde god kjemi med noen ukjente, da kjemi kunne gjenspeile lik måte å arbeide på.

Operasjonssykepleierne i studien til Sandelin & Gustafsson (2015) mente at det å møtes før operasjonen, diskutere sykepleietiltak og skape en felles forståelse for pasienten, bidro til et godt samarbeid mellom operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere. Silén-Lipponen et al. (2004) peker også på det i sin studie. Wade (2014) finner det samme i sin litteraturstudie av 22 inkluderte RCT studier, review artikler og observasjonsstudier. Informantene til Averlid & Axelsson (2012) uttrykte at et godt pasientutfall kunne være med på å styrke samarbeidet innad i teamet.

I Kandal et al. (2014) ble leiring av armer nevnt som en mulig årsak til konflikt innad i teamet, da de forskjellige faggruppene hadde forskjellige behov. Anestesisykepleierne ønsket tilgang til venekanyler, mens operasjonssykepleierne ønsket armene bort fra operasjonsfeltet. Dette krevde at faggruppene kommuniserte med hverandre. Det samme kunne gjelde montering av anestesibøyle og armbord. Som én deltaker uttrykte, kunne uskrevne oppgaver medføre konflikter fordi ingen visste hvem som skal utføre dem (Kandal et al., 2014). Averlid & Axelsson (2012) peker på en lignende situasjon. Da det var mange faggrupper som samarbeidet om pasienten, hadde ikke alle medlemmene det samme fokuset i forhold til bruk av hjelpemidler ved forflytning til operasjonsbordet. Operasjonssykepleierne til Kaldheim &

Slettebø (2016) uttrykte at forståelse for hverandres arbeidsoppgaver var en viktig del av samarbeidet. Dette var noe de følte manglet. Kandal et al. (2014) skriver også om at rolleforståelse var viktig for samarbeid og at faggruppene måtte hjelpe hverandre på tvers av faggrensene. Operasjonssykepleierne i studien mente at teammedlemmene hadde god oversikt over hverandres arbeidsoppgaver og hvis noe var usikkert, måtte man spørre. Samtidig følte de at det hang igjen gammel kultur mellom operasjons- og anestesisykepleierne. Én av informantene uttrykte at anestesisykepleierne refererte til samarbeidet mellom dem som «blod- hjernebarrieren», og syntes det var synd at de ikke lærte mer av hverandre (Kandal et al., 2014). Samarbeidet ble opplevd av anestesisykepleierne til Averlid & Axelsson (2012) som både godt og dårlig, men det vanligste var godt samarbeid. Dette medførte at jobben ble opplevd som hyggelig og utfordrende i positiv forstand. Operasjonssykepleierne til Sandelin & Gustafsson (2015) opplevde å bli ekskludert fra samarbeidet når anestesisykepleieren tok hele ansvaret for sykepleien som ble gitt til pasienten. Dette kunne oppstå når anestesisykepleieren tok i mot pasienten alene, slik at operasjonssykepleierne ikke fikk mulighet til å møte og kommunisere med pasienten før operasjonen. Anestesisykepleierne kunne være motvillige til å dele informasjon som de hadde fått. Dette medførte at operasjonssykepleierne latet som de samarbeidet, mens de innerst inne var opprørte og følte seg oversett (Sandelin & Gustafsson, 2015).

Studien til Silén-Lipponen, Tossavainen & Turunen (2002) inkluderte 21 operasjonssykepleiere fra ett sykehus i Finland. Seks ble intervjuet og 15 ga sin beskrivelse av meningen med samarbeid på operasjonsavdeling skriftlig. I studien kom det frem at å føle seg trygg på kollegaens kunnskap gjorde samarbeidet enklere. Wade (2014) bemerker det samme, teammedlemmene måtte identifisere hverandres kunnskap og bidrag til pasientbehandlingen for å oppnå en respektfull atmosfære og samarbeid. Silén-Lipponen et al. (2002) fant at når operasjonssykepleiere hadde tilstrekkelig kunnskap, ønsket å dele sin kunnskap og lære nye ting, medførte det at teammedlemmene kunne jobbe godt sammen. Det samme kom frem i Wade (2014) sin litteraturstudie, og det bidro til at man følte økt tilhørighet til et kompetent team. Å ikke føle tilhørighet til et team ble opplevd som distraherende i teamarbeidet (Silén-Lipponen et al., 2004).

Silén-Lipponen et al. (2004) fant i sin studie at forandring i teamsammensetningen i løpet av en dag var distraherende for teamarbeidet. Plassering på forskjellige fagfelt innen operasjon kunne føre til uorganisert samarbeid. Dette kunne igjen føre til at anestesipersonell ble én

gruppe, mens operasjonspersonell ble en annen gruppe (Sandelin & Gustafsson, 2015). Anestesi- og operasjonssykepleierne følte at deres faggrupper var deres team, og ikke teamet inne på operasjonsstuen. Sykepleierne opplevde det som krevende å være medlem i et annet team enn deres egen faggruppe. Mindre operasjonsavdelinger eller seksjoner ble opplevd positivt for teamfølelsen. Her kjente de hverandre bedre, noe som førte til mer fleksibilitet (Silén-Lipponen et al., 2004).

4.2.3 Informasjonsutveksling og å forhindre misforståelser

Averlid & Axelsson (2012) fant at kommunikasjon var en viktig faktor innad i teamet. Tydelig kommunikasjon var avgjørende for samarbeidet. Dette bidro til tydelig oppgavefordeling og forhindret misforståelser. Operasjonssykepleierne i studien til Kaldheim & Slettebø (2016) mente at konstruktiv og profesjonell kommunikasjon var viktig for samarbeidet. Wade (2014) peker også på viktigheten av effektiv og respektfull kommunikasjon innad i operasjonsteamet for å skape samarbeid. Det kreves god og tydelig kommunikasjon for å samkjøre arbeidet omkring pasienten. Kommunikasjonen skulle være tydelig slik at misforståelser ikke oppstod, og teammedlemmene måtte si ifra hvis de så noe som kunne true pasientsikkerheten (Kandal et al., 2014). Operasjonssykepleierne til Gillespie et al. (2009) uttrykte at det var forventet at operasjonssykepleiere skulle kunne utveksle avansert klinisk informasjon effektivt til de andre teammedlemmene. Innholdet i det som ble sagt skulle medføre at teammedlemmene gjennomførte sine arbeidsoppgaver. Dersom teammedlemmene ikke klarte det, ble deltakerne bekymret for pasientsikkerheten (Gillespie et al., 2009). Måten teammedlemmene snakket på, kunne påvirke deres konsentrasjon og dermed operasjonssykepleien de utførte (Kaldheim & Slettebø, 2016). Silén-Lipponen et al. (2002) peker på at utilstrekkelig flyt av informasjon kunne skape konflikter mellom faggruppene i operasjonsteamet. Deltakerne uttrykte at det kunne føre til at man måtte vente på et teammedlem eller på pasienten. Aktiv kommunikasjon og planlegging av operasjonen var nødvendig for oppgaveløsningen, men ble oppfattet som vanskelig av operasjonssykepleierne. Operasjonssykepleierne i studien til Sandelin & Gustafsson (2015) ønsket å ha vedvarende kommunikasjon med anestesisykepleieren under operasjonen slik at de kunne være forberedt på kritiske situasjoner.

Kommunikasjonen på en operasjonsstue var ofte brå og kommanderende. Det kunne være for at man ikke skulle miste tid under behandlingen, og at misforståelser ikke skulle oppstå (Kandal et al., 2014). For å ikke oppleves krenkende, var det viktig hvordan ting ble sagt når

man var uenig eller ved korrigerings av gjøremål. Operasjonssykepleierne forventet likevel at deres kollegaer kunne ta i mot forslag og kommentarer til forbedring på en konstruktiv måte (Kandal et al., 2014).

Kollegial støtte var viktig (Gillespie et al., 2009), og Wade (2014) pekte på viktigheten av å kunne diskutere vanskelige situasjoner innad i teamet. Humor ble også ansett som viktig i samarbeidet av operasjonssykepleierne i studien til Kandal et al. (2014). Bruk av humor gjorde at arbeidsdagen gled lettere og økte trivselen. Dette forutsatte at det var rett type humor, fordi humor også kunne oppleves som krenkende da man har individuell sans for humor.

4.2.4 Samarbeidsklima

Både Silén-Lipponen et al. (2004) og Kandal et al. (2014) fant i sine studier at tillit var viktig i forhold til samarbeidet på operasjonsstuen. Tillit bygges opp over tid (Kandal et al., 2014; Wade, 2014). Nyutdannede operasjonssykepleiere hadde lav grad av tillit, og i tillegg til tid, ble tillit bygd opp ved å være lærevillig, søke råd og stille spørsmål. Samtidig kunne det å spørre for mye, gjøre de andre teammedlemmene usikre på vedkommende sin kompetanse (Kandal et al., 2014). Å kjenne de andre teammedlemmene bidro til tillit, større innsikt i hverandres behov og hverandres profesjonalitet, og medførte at faggrensene ble visket ut (Silén-Lipponen et al., 2004). Tillit var ikke bare viktig i relasjon til andre, men også med tanke på egen kompetanse. Å ha selv tillit kunne medføre at sykepleierne håndterte et dynamisk, stressende miljø og kunne føre til økt forpliktelse til teamet og bedre samarbeid (Wade, 2014).

Både Averlid & Axelsson (2012) og Kaldheim & Slettebø (2016) fant i sine studier at både operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere ønsket å bli verdsatt for deres jobb. I tillegg ønsket operasjonssykepleierne at de andre teammedlemmene så på deres arbeidsoppgaver som meningsfulle (Kaldheim & Slettebø, 2016). Anestesisykepleierne til Averlid & Axelsson (2012) uttrykte at opplevelsen av dårlig samarbeid oppsto på grunn av mangel på respekt og tillit, eller når de følte de ikke var i stand til å bruke sin kompetanse. I Kaldheim & Slettebø (2016) sin studie uttrykte operasjonssykepleierne at respekt var den viktigste faktoren for samarbeid mellom operasjonssykepleiere og andre teammedlemmer. Operasjonssykepleierne uttrykte i Kandal et al. (2014) at når de opplevde lite respekt var det på grunn av uhøflig, arrogant og ufin oppførsel. Dette kunne bidra til at feil oppstod.

I Silén-Lipponen et al. (2004) rapporterte operasjonssykepleierne at holdningene til én person, kunne gjøre teamarbeidet for de andre medlemmene dårlig. Dersom et teammedlem manglet kunnskap eller motivasjon, eksempelvis en novise eller en lei sykepleier, var det en faktor for irritasjon. Averlid & Axelsson (2012) fant i sin studie at deltakerne rapporterte at samarbeidet var avhengig av personligheten til menneskene som deltok.

Silén-Lipponen et al. (2002) fant at det å få positive tilbakemeldinger fra kollegaer og teammedlemmer førte til at de følte tilhørighet til kollegiet. Silén-Lipponen et al. (2004) peker på det samme, at det å få positive tilbakemeldinger fra andre teammedlemmer var positivt for teamfølelse, spesielt for noviser. Det var viktig å gi ros til andre når de hadde gjort en god jobb. Dette ga mestringsfølelse for den som fikk rosen (Kandal et al., 2014).

Operasjonssykepleierne til Kandal et al. (2014) uttrykte at mange operasjonssykepleiere følte seg nederst på rangstigen på operasjonsstuen. Operasjonssykepleierne til Kaldheim & Slettebø (2016) uttrykte at det ikke var toleranse for at deres arbeidsoppgaver tok tid, på lik linje med andres. Kandal et al. (2014) peker på at man på operasjonsstuen jobber tett sammen. Dermed blir enkelte aspekter ved mellommenneskelighet svært merkbare og teammedlemmenes forskjellige personlighet ble synliggjort. Dette var forhold som kunne påvirke samarbeidet inne på operasjonsstuen, og dermed kunne gå utover kvaliteten på arbeidet. Teammedlemmene kunne ikke bare gå ut dersom stemningen på stuen var dårlig (Kandal et al., 2014).

4.3 Begrensninger ved undersøkelsen

En masteroppgave i form av en litteraturstudie vil inneholde noen begrensninger.

Datainnsamlingen kan være en begrensning grunnet lite erfaring fra tidligere søking. Det er mulig at det finnes flere artikler som er relevant for oppgaven, men som jeg ikke har funnet. Siden jeg ikke har funnet artikler som omhandler både samarbeid og leiring medfører det at jeg må knytte sammen disse temaene i drøftingen.

Kvalitetsvurderingen av artiklene kan være en begrensning i denne studien, primært vurderingen av metoden til de inkluderte artiklene. Jeg har ikke tilstrekkelig metodekunnskap til å vurdere om deres metode er hensiktsmessig og korrekt gjennomført, men kan vurdere om litteraturen er relevant for denne studien, samt se deres hovedfunn. Ved hjelp av sjekklister til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjeneste (Folkehelseinstituttet, 2014) kan jeg se noen

styrker og svakheter ved litteraturen. I analysen kan min forforståelse og mine engelskkunnskaper være en begrensning. Min forforståelse er blitt gjort rede for i eget kapittel, likevel kan det tenkes at analysen er blitt noe farget av den.

5 Drøfting

I dette kapitlet har jeg trukket ut noen av funnene som kan belyse problemstillingen, og drøftet disse opp mot teori og egne synspunkter.

5.1 Fagkunnskap og klinisk vurdering

Når pasienten skal leires i litotomileie er det mye som gjøres samtidig. Det er mange oppgaver som må samkjøres for at operasjonen skal komme i gang så raskt som mulig. Anestesisykepleieren kobler monitorering på pasienten og setter venekanyler. Den koordinerende operasjonssykepleieren klargjør utstyret til leiring, pakker inn beina for å forhindre varmetap og leirer pasienten. Disse individuelle oppgavene som operasjons- og anestesisykepleieren har ansvaret for utføres ofte parallelt for å spare tid. Utførelsen av arbeidsoppgavene er samhandling, og sykepleierne samhandler også om å snakke med pasienten. Sykepleierne informerer pasienten om hva som skal skje, og avklarer underveis for å imøtekomme pasientens behov. Samhandlingen som sykepleierne utfører vil gi flyt i deres arbeid (Orvik, 2015).

Alt dette kan tenkes å være overveldende for pasienten. Ukjente mennesker tar på en og utfører mange forskjellige handlinger på én gang i et ukjent miljø. Operasjonspasienten er sårbar i dette miljøet og har kanskje allerede vært gjennom en tøff ventetid med mange tanker om hvordan operasjonen skal gå, og hva de eventuelt kan finne. I alt dette er operasjonspasienten avhengig av samarbeidet mellom sykepleiere og leger (Hansen, 2018; Kaldheim & Slettebø, 2016; Kjøllestad, 2004; Martinsen, 2018; Mitchel, 2003; Torjuul, 2009). For å forebygge leiringskomplikasjoner og ivareta pasientsikkerheten er man avhengig av samarbeid. Individuelle fagkunnskaper og funksjon er ikke tilstrekkelig for å forebygge leiringskomplikasjoner, man er avhengig av hverandre (Manser et al., 2009; Sandelin & Gustafsson, 2015; Spruce, 2017; Steelman, 2015). Hvert enkelt teammedlem har sin spesifikke funksjon, slik som operasjons- og anestesisykepleierne. Både operasjonssykepleieren og anestesisykepleieren er sykepleiere, og begge vet hvilke arbeidsoppgaver den andre har. Jeg tenker at de som sykepleiere kan bidra til å ivareta hele pasienten, både det psykiske og det fysiske aspektet hos et menneske. De kan utfylle hverandre fordi de har ulik spesialkompetanse som sykepleiere og ser sykepleien med et spesialisert blikk fra eget fagområde. De kan hjelpe hverandre i praktiske gjøremål. For eksempel kan begge faggrupper sette venekanyler og vurdere om pasienten ligger godt, og

begge kan være medmennesker og støtte pasienten. De kan til en viss grad gå ut over sin egen funksjon for å ivareta pasienten (Conner, 2014; Eide & Dåvøy, 2018; Gillespie et al., 2009; Bruun, 2011; Kandal et al., 2014; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005a; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005b).

Både i funnene og i teorien, kommer det frem at det er viktig å tilpasse leiet til pasientene for å forebygge leiringskomplikasjoner (Adedeji et al., 2010; Bennicoff, 2010; Conner, 2014; Fosmark, 2017; Heizenroth, 2015; Kolvered et al., 2012; Spruce, 2017). Hos noen pasientgrupper, eksempelvis overvektige, vil det være behov for å improvisere leiet (Bennicoff, 2010). Improvisasjon av leiet vil påvirke samarbeidet, da det avviker fra standarden og prosedyrene på operasjonsavdelingen. Situasjonen avviker dermed fra det som er forventet og kan derfor stille spesielle krav til operasjonssykepleieren og til teamet generelt. Det kan dreie seg om klargjøring av leiringsutstyr. Når klargjøringen av leiringsutstyret ved improvisasjon ikke kan følge prosedyrene, medfører det at operasjonssykepleieren må forutse kliniske behov som kan oppstå under leiringen av pasienten (Benner et al., 2011). Improvisasjon vil kreve gode fagkunnskaper og erfaring hos operasjonssykepleieren. Årsaken til at hun eller han velger å improvisere leiet kan være en bekymring på bakgrunn av pasientens tilstand, som kommer fra noe hun eller han gjenkjenner fra tidligere opplevelser (Benner et al., 2011). På bakgrunn av dette kan nyutdannede operasjonssykepleiere streve med å utføre improvisasjoner. Dette støttes av Benner (1984) som viser at noviser har behov for å støtte seg til prosedyren, mens erfarne kan i større grad tilpasse sykepleien hun eller han gir til hver enkelt pasient. Nyutdannede operasjonssykepleiere har grunnkunnskapen og vet hva som kan utvikle leiringskomplikasjoner og risikofaktorer. Likevel kan man mangle tilstrekkelig erfaring fra operasjonsstuen for å kunne improvisere et leie. På den andre siden har nyutdannede operasjonssykepleiere erfaring som sykepleiere fra før. Sykepleie omhandler vurdering. Som gjøres på bakgrunn av kunnskap og ferdigheter, og krever klinisk forståelse (Benner et al., 2010). Dette er kanskje ikke tilstrekkelig for å improvisere et leie da operasjonssykepleie er et spesialisert område med spesielle leier, leiringsutstyr og en bedøvet pasient. Likevel mener jeg at mye av vår sykepleierfaring er et nødvendig grunnlag for å kunne ivareta hele pasienten i operasjonssykepleie. Som student i praksis uttrykte jeg til min veileder at jeg tenker så vanskelig når det kommer til leiring. Hun sa at jeg ikke måtte glemme at jeg er sykepleier, for leiring er ikke er så forskjellig fra å skape en god liggestilling for en pasient i

seng. Mange av de samme grunnprinsippene er tilstede ved leiring på operasjonsstuen, for eksempel at man ikke lar pasienten ligge rett på skulderen og man legger puter mellom beina ved sideleie. Sengeleiets komplikasjoner, deriblant trykksårutvikling, lærer man som sykepleiestudent og sykepleiere bruker det i sin hverdag (Skaug, 2011). På en annen side kreves det spesialiserte fagkunnskaper for å leire en operasjonspasient. Litotomileie er et krevende leie som utfordrer pasientens anatomi og fysiologi. Desto høyere grad av fleksjon i hoftelddet, desto mer krevende er leiet for pasienten, og desto større er risikoen for utvikling av leiringskomplikasjoner. Høyt eller ekstremt nivå av litotomileie medfører større grad av fleksjon i hoftelddet, over 90 grader, og gir pasienten større risiko for utvikling av compartment syndrom (Heizenroth, 2015). I slike leirings situasjoner vil ikke grunnleggende sykepleiekunnskap være tilstrekkelig. Sykepleiere på sengepost legger ikke pasientene i leier som utfordrer anatomen og fysiologien, og pasientene er ikke anesteserte. Derfor er operasjonssykepleierne avhengige av å ha inngående kunnskap om anatomi, fysiologi og patofysiologi for å forebygge leiringskomplikasjoner og ivareta den anesteserte pasienten, også i krevende leier (Utdannings – og forskningsdepartementet, 2005a). Dette er viktig da pasienten kan pådra seg alvorlige leiringskomplikasjoner i form av trykksår, som i verste fall kan føre til død (Walton-Geer, 2009). Anestesisykepleierne har også kunnskap om leiring og hva som kan medføre leiringskomplikasjoner, blant annet hvordan de forskjellige leiene påvirker respirasjonen og sirkulasjonen. Som tidligere påpekt har anestesisykepleierne kunnskaper om, og sitt fokus rettet mot, sirkulasjon, respirasjon og observasjon av pasienten under operasjonen og leiringen. Dette kan igjen underbygge hvorfor operasjonssykepleierne er de som har hovedansvaret for selve leiringen.

Ved improvisering av leie avviker man fra standardene og prosedyrene som finnes. Prosedyrene er standardiserte og passer ikke alle pasientene. Som jeg har opplevd i praksis, tar man vanligvis utgangspunkt i prosedyrene. Likevel blir det foretatt modifikasjoner som bidrar til et tilpasset leie. Det kan dreie seg om at pasienten har hofteproteser som kan påvirke abduksjonen og fleksjonen, eller at man må tilrettelegge leiet for at anestesisykepleierne får ventilert pasienten. Jeg mener at det er fagkunnskapen som ligger til grunn for vurderingen. Leiringsprosedyrene som finnes tar utgangspunkt i anatomi og fysiologi, som er helt nødvendige kunnskaper i operasjonssykepleie (Conner, 2014; Heizenroth, 2015; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005a). Utførelsen stiller krav til at sykepleierne tilpasser handlingene til situasjonen. Om man avviker fra prosedyrene for å tilrettelegge for pasienten,

tenker jeg ikke at man ikke bruker sin fagkunnskap. Tvert imot, denne kunnskapen tas til høyere nivå fordi sykepleierne vurderer og bruker sin kliniske forståelse.

Vurderingen kan skje på forhånd eller underveis i forberedelsen til operasjonen, ved å utveksle hvilke faglige behov faggruppene har for at sykepleien og behandlingen til pasienten skal bli best mulig. I følge Beckett (2010) er sykepleien vi gir en refleksjon av vår kunnskap, kliniske vurdering og ferdigheter. Sykepleiere og operasjonssykepleiere bruker sitt kliniske blikk. Erfarne sykepleiere ser med én gang at pasienten ikke ligger godt og iverksetter tiltak. Det er heller ikke bare blikket de bruker, de bruker også sansene for å kjenne om pasientene ligger godt (Benner et al., 2011; Fosmark, 2017). Som student i praksis ble jeg fortalt viktigheten av å kjenne på pasientens lår når vedkommende leies i litotomileie.

Operasjonssykepleieren fortalte at hvis pasientens lår var myke og ikke spente, så var ikke beina for flekterte eller abduerte. Dette synes jeg viser at operasjonssykepleieren bruker hele seg i vurderingen, og i leiringen av pasienter. Ved å tilpasse leiet ivaretar operasjonssykepleierne sitt ansvar for sikker pasientbehandling og det forebyggende aspektet ved operasjonssykepleie (Eide & Dåvøy, 2018; Steelman, 2015; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005a).

Dersom pasienten har hofteprotese kan det ha innvirkning på den kirurgiske tilgangen, da pasientens bein kanskje ikke kan bli flektert eller abduert i henhold til prosedyrens krav. Dette kan påvirke hele operasjonsteamet. Operasjonssykepleieren må undersøke med kirurgen om han eller hun har tilstrekkelig tilgang, og begrunne faglig hvorfor tilgangen kan bli dårligere enn ønsket. Operasjonstiden kan bli lengre ved at kirurgen har dårligere tilgang, som igjen kan påvirke anestesisykepleieren ved at hun eller han må planlegge lengre anestesi til pasienten. Dette belyser at improvisasjon av leiet kan ha innvirkning på hele operasjonsteamets arbeid med pasienten, og samarbeidet mellom faggruppene.

Operasjonssykepleieren bruker også sitt kliniske blikk til å se om pasientene er engstelige (Gillespie et al., 2009; Kelvered et al., 2012). Litotomileie er et krevende leie fordi det eksponerer underlivet, et intimt område. Dette kan tenkes å bli opplevd som krevende for mange, men kanskje spesielt for dem som har opplevd overgrep eller hatt traumatiske fødsler. Også her må operasjonssykepleieren bruke hele seg for å kunne ivareta urørlighetssonen (Martinsen, 2018). Engstelige pasienter med negative opplevelser kan ha behov for at man behandler dem på en varsom måte. Her kan det være nødvendig å bruke tid på å berolige,

informere og opparbeide tillit, slik at man kan berøre pasientene (Hansen, 2018). Å redusere pasientens engstelse kan bidra til at man minsker deres risiko for trykksårutvikling, ved at de fysiologiske stressreaksjonene dempes (Stubberud, 2015).

Situasjoner der pasienten er engstelig eller stresset kan tenkes å bli opplevd som krevende for sykepleierne på operasjonsstuen. Det er tidspress for å operere flest mulig i løpet av en dag. Konflikter kan oppstå på bakgrunn av at man ikke kan bruke så god tid på pasienten som man skulle ønske. Det dreier seg om et etisk dilemma, som Torjuul (2009) skriver at både sykepleiere og leger opplever i sin arbeidshverdag. Her må sykepleierne på operasjonsstuen vurdere hva som skal prioriteres.

5.2 Uklar ansvarsfordeling vedrørende leiring?

Det som fikk meg til å skrive om temaet, var episoden der en pasient pådro seg en leiringskomplikasjon i hodet. Jeg begynte å undre på hvordan samarbeidet mellom disse to faggruppene er og om det er noen uklar ansvarsfordeling vedrørende leiring. Historisk sett var det sykepleieren som hadde ansvaret for å gi narkose og assistere kirurgen ved kirurgi. Leiring ble også sett på som en sykepleieoppgave (Høiland, 1996; Nissen, 1877/2000). Kanskje kan et uavklart ansvar stamme fra historien? Da de to sykepleierspesialitetene var en samlet videreutdanning (Lockertsen, 2009). Sykepleierne fungerte som både anesthesi- og operasjonssykepleiere der de begge hadde ansvaret for leiringen. Da disse to spesialitetene ble delt, kan det tenkes at det dro med seg noe uavklart ansvar. Å vurdere risiko og forebygge pasientskade er en del av vår natur som sykepleiere (Benner et al., 2010). Eksempelvis tenker jeg at det er naturlig at sykepleiere automatisk observerer pasientens hud for trykksår ved snuing i seng. På operasjonsstuen kan dette medføre at både operasjons- og anesthesisykepleieren tar som en selvfølge at den andre observerer eller utfører en justering av leiringen. Dette kan lede til at misforståelser oppstår, som kan resultere i at pasienten pådrar seg leiringskomplikasjoner og pasientsikkerheten blir redusert.

Det viser seg å være motstridende meninger om hvem som har ansvaret for leiringen. Noen hevder det er et felles ansvar og noen at det er operasjonssykepleieren som har hovedansvaret (Bouyer- Ferullo, 2013; Conner, 2014; Drageset & Haugen, 2011; Fosmark, 2017; Heizenroth, 2015; NPE, 2017; Welch, 2018). Det teorien og forskningen omtaler som felles ansvar kan stamme fra det etiske ansvaret hele teamet har ovenfor pasienten. Det kan kanskje forveksles med hvem som er ansvarlig for utførelsen av de ulike oppgavene (Elstad, 2014).

Under videreutdanningen ble vi lært å ta ansvar for planlegging, gjennomføring, vurdering og kontroll av leiring, samt dokumentasjon av vurderinger og tiltak. Operasjons- og anestesisykepleierne samarbeider om selve gjennomføringen av leiringen. Men det er operasjonssykepleieren som tar initiativ til å utføre justeringer relatert til leiet, og avgjør om pasienten er godt leiret ut i fra sine fagkunnskaper. Samtidig er det kirurgen som har det juridiske ansvaret og avgjør om hun eller han har god kirurgisk tilgang. Dette viser at hele operasjonsteamet er involvert i leiringen, og for at samarbeidet skal fungere mener jeg at noen må ta den faglige ledelsen. Operasjonssykepleieren er den som er best egnet. Hun eller han er tilstede gjennom hele leiringsforløpet og som kapittel 5.1 viser, har operasjonssykepleiere utvidede fagkunnskaper vedrørende leiring. Den faglige ledelsen som operasjonssykepleieren utøver, slik som jeg har erfart fra praksis, dreier seg om å avklare med kirurgen om han eller hun har tilstrekkelig kirurgisk tilgang, samt avklare med anestesisykepleieren om hun eller han har tilgang til venekanyler og om pasientens leie er bra med tanke på ventileringen.

Siden teori, forskning og min egen erfaring fra praksis spriker på temaet om felles ansvar, får det meg til å undre på hva som stemmer. På én side tenker jeg at det er en selvfølge at hele teamet er ansvarlig for å forebygge leiringskomplikasjoner, da hele teamet skal ivareta pasientsikkerheten. (Eide & Dávøy, 2018; Bruun, 2011; Steelman, 2015; Utdannings- og forskningsdepartementet 2005a; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005b). På en annen side tenker jeg at det ikke er mulig at alle har et likeverdig ansvar for selve utførelsen av de ulike oppgavene. Hvis alle skulle hatt et likeverdig ansvar, ville det være uklart hvem som skulle følge opp og utføre handlingene. Noen av teammedlemmene må ha ansvaret for å utføre selve handlingen, altså leiringen. Dersom ansvaret ikke blir tatt, kan det medføre konsekvenser for pasienten i form av leiringskomplikasjoner. I tillegg til fagkunnskapene om leiring som operasjonssykepleierne besitter, kan ansvarsfordelingen være basert på det som er mulig å gjennomføre rent praktisk. Den sterilt utøvende operasjonssykepleieren og kirurgen står i operasjonsfeltet og er konsentrerte om kirurgien. Anestesisykepleieren har sine arbeidsoppgaver knyttet til anestesian og observasjon av pasienten under operasjonen. De kan ikke ha oversikt over alt som foregår på den andre siden av anestesibøylen. Derimot har den koordinerende operasjonssykepleieren en sirkulerende funksjon inne på operasjonsstuen hvor vedkommende er fri til å bevege seg, og kan ha overblikk over det som skjer (Igesund, 2013). Det er da nærliggende å mene at det er den koordinerende operasjonssykepleieren som har ansvaret for å følge opp leiringen til pasienten, da hun eller han har ansvaret for planlegging,

gjennomføring, vurdering og kontroll av leiring. Derfor har operasjonssykepleieren best forutsetning til å følge det opp da hun eller han har kjennskap til hva som er gjort, hvordan og hvorfor.

Ansvar for den koordinerende operasjonssykepleieren har ved leiring hindrer ikke at hun eller han kan få hjelp fra de andre teammedlemmene, deriblant anestesisykepleieren. Noen elementer ved leiringen kan sykepleierne samarbeide om under operasjonen, for eksempel observasjon. Som jeg har hørt sagt er anestesisykepleierne ansvarlige for hodet, da de først og fremst sitter ved hodet for å sikre pasientens luftveier. Jeg tenker at det er naturlig at anestesisykepleieren observerer om pasientens hode er korrekt leiret, samtidig som de observerer tuben. Det samme gjelder når anestesisykepleieren går under den sterile dekkningen for å sjekke venekanyler eller å sette medikamenter. Da vil det være fornuftig at de samtidig kan sjekke om infusjonssettet skaper trykk eller om armen ligger bra. Episoden der pasienten fikk skader i hodet viser at dette ikke er en selvfølge. Det viser at man ikke kan ta det for gitt, da det kan medføre at pasienten pådrar seg leiringskomplikasjoner. Mange faktorer kan ha spilt inn på at dette skjedde; forskjellig kultur på operasjonsavdelingen, uklart ansvar eller hver enkelt fagperson sine verdier og holdninger. Jeg mener at måten å løse dette på kan være å gå i dialog med hverandre. Tydelig oppgaveløsning og avklaring av hvem som er ansvarlig for hva i leiringen, kan bidra til bedre samarbeid (Adedeji et al., 2010; Averlid & Axelsson, 2012). Anestesisykepleierens ansvar for hodet, som kanskje primært omfatter sikring av luftveier, fratrukker ikke operasjonssykepleieren ansvaret for å følge opp pasientens hodeleie under operasjonen. Derfor mener jeg at operasjonssykepleieren har et ansvar for å innhente informasjon fra anestesisykepleieren, og høre om vedkommende observerer hodet og armene. På denne måten samarbeider operasjons- og anestesisykepleierne om oppfølgingen av leiringen, og begge ivaretar sitt ansvar for sikker pasientbehandling. Det kan være nærliggende å tro at behovet for informasjonsdeling ikke er like stort når operasjons- og anestesisykepleieren kjenner hverandre fra tidligere. Da de er trygge på hverandre, både hverandres kunnskap og arbeidsmåte (Silén-Lipponen et al., 2002; Wade, 2014). Manser et al. (2009) peker på at situasjonen påvirker hvordan man samarbeider. Derfor vil situasjonen påvirke behovet for informasjonsdeling. Dersom det er forventede utfordringer knyttet til pasienten eller leiet, kan det være stort behov for informasjonsutveksling for å kunne tilpasse leiet selv om sykepleierne kjenner hverandre fra før. Og motsatt, behovet for informasjonsdeling kan være mindre dersom det er ingen forventende utfordringer knyttet til

leiet eller pasienten. Da kan sykepleierne følge leiringsprosedyrene og begge vet hva den andre gjør.

Den koordinerende operasjonssykepleieren er ansvarlig for å dokumentere i pasientens journal (Christensen, 2018; Steelman, 2015). Det som dokumenteres er i hovedsak det den koordinerende operasjonssykepleieren har planlagt og utført for eksempel desinfeksjon av operasjonsfelt, hypotermiforebygging og pasientens leiring (Christensen, 2018). Min erfaring fra praksis er at dokumentasjonen vedrørende pasientens leie omhandler hvilket leie vedkommende ligger i, samt hvilket leiringsutstyr som blir brukt. I tillegg blir leieforandring og hudstatus etter operasjonen dokumentert. Operasjonssykepleieren har plikt til å dokumentere de arbeidsoppgavene vedkommende har utført (Helsepersonelloven, 1999), og dokumentasjon av leiringen er i denne sammenhengen svært viktig for pasienten. I tillegg til at selve leiringen dokumenteres, skal også eventuelle andre tiltak journalføres (Christensen, 2018; Helsepersonelloven, 1999). Herunder tenker jeg at man bør dokumentere hvor man legger ekstra puter og om det er eventuelle utfordringer knyttet til abduksjonen av beina. Likeså er det viktig å dokumentere om det er noe sykepleierne på oppvåkningen eller på sengeposten må observere videre, eksempelvis utvikling av trykksår som kan oppstå ved et litotomileie og som ofte ikke kan observeres med det samme (Heizenroth, 2015). Operasjonssykepleierens evne til å se sammenheng mellom pasientens tidligere sykdommer, nivået på litotomileiet og kirurgitid, kan bidra til at de kan forutse utvikling av komplikasjoner (Benner et al., 2010; Conner, 2014; Heizenroth, 2015). Ved at operasjonssykepleieren dokumenterer at dette må følges med, ivaretas kontinuiteten i sykepleien og behandlingen som blir gitt. Det er et av formålene ved dokumentasjon (Christensen, 2018).

For å kunne ta ansvaret, forutsettes fagkunnskaper, informasjonsutveksling og tydelig oppgavefordeling. Jeg tenker at disse forutsetningene *er* samarbeid. Det kan også tenkes at informasjonsutveksling og tydelig oppgavefordeling ikke er egne forutsetninger, men er en del av fagkunnskapene. For hvordan kan man utveksle relevant informasjon uten fagkunnskaper? Og, kan man egentlig skille mellom hva som er fagkunnskap og hva som er samarbeid i praksis, da alt virker å henge sammen?

5.3 Informasjonsutveksling og å unngå misforståelser

Når et operasjonsteam improviserer leiringen og dermed avviker fra prosedyrene, kan det tenkes at teamet må starte forfra. Med dette mener jeg at de må snakke sammen og videreutvikle sin felles forståelse for pasienten som ligger på operasjonsbordet. Jeg tror at begge faggruppene allerede har en felles forståelse for pasienten. De vet hva pasienten skal gjøre, og hvorfor og hvordan det skal gjøres. Til tider behøver denne forståelsen å bli videreutviklet for at behandlingen skal bli så individuell og sikker som mulig. Slik det kommer frem i funnene i oppgaven, vil det å skape en felles forståelse bidra til å øke samarbeidet mellom operasjonssykepleier og anestesisykepleier. Samtidig vil det bidra til å ivareta sikkerheten til pasienten (Sandelin & Gustafsson, 2015; Silén- Lipponen et al., 2004). Det kan dreie seg om hva som kan bli en utfordring ved dette leiet, og hvordan det skal løses. Det handler om at sykepleierne på operasjonsstuen må kunne forutse. Å forutse krever fagkunnskaper om mulige risikofaktorer for utvikling av leiringskomplikasjoner. Sykepleierne på operasjonsstuen må også være forberedt på uforutsett utvikling (Benner et al., 2010; Elstad, 2014; Igesund, 2013; Rasmussen & Torjuul, 2012). Å forutse og være forberedt på det uventede vil bidra til ivaretagelse av pasientsikkerheten. Når teammedlemmene på forhånd vet hva som kan være en utfordring, kan det være enklere å forstå hvorfor noen ting tar tid og hvorfor operasjonssykepleieren eller anestesisykepleieren er opptatt av akkurat dette.

Mangel på tilstrekkelig leiringsutstyr kan være et problem på noen avdelinger (Fosmark, 2017; Sørensen et al., 2015). Derfor mener jeg at det er viktig at operasjonssykepleieren informerer de andre teammedlemmene om dette, slik at de vet hvorfor vedkommende bruker tid på å forberede seg. Alt dette handler om å videreutvikle en felles forståelse av pasienten man har fremfor seg. Måten å gjøre det på kan være informasjonsutveksling. God informasjonsutveksling kan bidra til å forhindre at konflikter innad i operasjonsteamet oppstår, ved at teammedlemmene vet bakgrunnen for valg som blir tatt. Det er forventet at operasjonssykepleierne kan utveksle relevant klinisk informasjon, for eksempel om utfordringer knyttet til leiet (Gillespie et al., 2009; Silén-Lipponen et al., 2004).

Jeg har lært at leiringen av pasienten ikke er ferdig før vedkommende er overflyttet til seng og rapport er gitt videre til sykepleierne som skal overta pasienten. Dette stiller krav til alle teammedlemmene, kanskje spesielt den koordinerende operasjonssykepleieren. Hun eller han

er i den beste posisjon til å følge med på hva som skjer i feltet, kontrollere pasienten under operasjonen og få kjennskap til eventuelle leiringskomplikasjoner som kan oppstå i etterkant av inngrepet. Den koordinerende operasjonssykepleieren kan følge med på om kirurg eller sykepleier i feltet lener seg på pasienten, og kan også gå under den sterile dekkningen for å kontrollere om pasienten ligger bra (Fosmark, 2017; Kelvered et al., 2012). For å kunne ta slike avgjørelser må fagkunnskap og klinisk vurdering ligge til grunn. Men i gjennomføringen er operasjonssykepleieren avhengig av å kommunisere med resten av teamet og ta initiativ til utførelsen. Kommunikasjonen på en operasjonsstue skal være god, effektiv, tydelig og respektfull slik at teammedlemmene kan gjennomføre sine arbeidsoppgaver (Averlind & Axelsson, 2012; Gillespie et al., 2009; Kandal et al., 2014; Oksavik, 2018; Wade, 2014). Men hva ligger i ordet god kommunikasjon? Jeg mener det kan dreie seg om tydelige beskjeder og relevant informasjonsutveksling, altså, hva som bør gjøres og hvorfor. Samtidig som man er høflig og respektfull ovenfor de andre i teamet slik at ingen blir støtt og at alle får uttrykke sin mening. Jeg vil belyse dette med noen eksempler. Dersom noen i feltet lener seg på pasienten må operasjonssykepleieren korrigere vedkommende ved hjelp av en beskjed. Dette må gjøres slik at vedkommende ikke misforstår, men på en respektfull og høflig måte. Dersom operasjonssykepleieren mener at hun eller han må gå under den sterile dekkningen for å observere pasienten, må operasjonssykepleieren informere kirurgen. Før operasjonssykepleieren kan gå under dekkningen må hun eller han få klarsignal fra kirurgen, slik at de ikke forstyrrer kirurgen når vedkommende står og opererer, spesielt hvis kirurgien er i en kritisk fase. Et annet eksempel hvor operasjonssykepleieren må ta ledelsen for utførelse av en arbeidsoppgave, er ved senkning av pasientens bein ved kirurgislutt. Erfaringen min er at den koordinerende operasjonssykepleieren senker pasientens bein alene etter at operasjonen er ferdig. Ved senkning av beina er det viktig at operasjonssykepleieren spør anestesisykepleieren om pasientens bein kan senkes. Dette for å unngå at pasienten pådrar seg et blodtrykksfall, da anestesisykepleieren er den som har oversikt over blodtrykket (Conner, 2014; Heizenroth, 2015). Når anestesisykepleieren bekrefter muntlig at operasjonssykepleier kan senke beina, og operasjonssykepleieren gjentar svaret fra anestesisykepleieren, er dette closed loop. Ved hjelp av en slik kommunikasjonsform unngår man misforståelser og bidrar til ivaretagelse av pasientsikkerheten (Oksavik, 2018).

Dette belyser viktigheten av kommunikasjon på operasjonsstuen, da misforståelser kan sette pasientsikkerheten i fare og kan bidra til at leiringskomplikasjoner oppstår.

Kommunikasjonen er kompleks, men én ting kommer frem som svært viktig for å forhindre misforståelser. Det er *tydelighet*. Å være tydelig, men samtidig ikke uhøflig eller støte sine kollegaer kan være en vanskelig balansegang. For å kunne samarbeide om å gi pasienten best mulig behandling og forebygge leiringskomplikasjoner, kreves informasjonsutveksling. Dette bidrar til å videreutvikle den felles forståelsen og individualiserer behandlingen til pasienten.

5.4 Samarbeidsklima

Funnene i denne studien peker på at samarbeidsklima kan være en forutsetning for samarbeid (Averlid & Axelsson, 2012; Kaldheim & Slettebø, 2016; Kandal et al., 2014; Silén-Lipponen et al., 2002; Silén-Lipponen et al., 2004; Wade, 2014). Et godt samarbeidsklima betyr mye. Det bidrar til at man trives på jobb, og jeg tror man lærer mer og kanskje yter bedre i sitt yrke. Som både teori og forskning peker på er det viktig at teammedlemmene blir respektert og hørt (Anderaa, 1999; Averlid & Axelsson, 2012; Kaldheim & Slettebø, 2016). Alle mennesker har forskjellige verdier og erfaringer, som innad i teamet kan være en resurs. Samtidig kan forskjellene til tider være vanskelig å håndtere, kanskje spesielt forskjellige verdier. At vi har forskjellige verdier og erfaringer kan bidra til at sykepleien blir mer helhetlig. Eksempelvis kan det tenkes at en erfaren anestesisykepleier er bedre på leiring og ser om pasienten ligger godt, bedre enn en nyutdannet operasjonssykepleier. Samtidig kan vi som nyutdannede operasjonssykepleiere ha erfaringer fra områder som gagnar resten av teamet. Da blir vår forskjellighet en ressurs for hele teamet. Er man åpen for innspill, kan dette bidra til å øke pasientsikkerheten. På en eller annen måte kan man bruke sin erfaring, både om erfaringen er negativ eller positiv. For noen kan det å ytre seg høyt i teamet være utfordrende, spesielt for nye teammedlemmer. Samtidig er det svært viktig at alle tør å si i fra hvis man ser eller oppdager noe som kan gå på bekostning av pasientsikkerheten. Samarbeidet dreier seg tross alt om pasienten, og pasienten er det viktigste for operasjonsteamet (Conner, 2014; Kandal et al., 2014; Oksavik, 2018; Wade, 2014).

Operasjonsavdelingen kan oppleves som gruppert med innslag av hierarki og tidspress. Det kan medføre at det er liten toleranse for at arbeidsoppgaver tar tid, noe som kan utvikle seg til samhandlingskonflikter. For å tørre å ytre seg er det en fordel at man opplever trygghet i teamet. I det ligger tillit, både til de andre og til seg selv. Operasjonsteamet kan skifte medlemmer flere ganger i løpet av en dag, både kirurger og sykepleiere. Som ny på en avdeling kan det oppleves som vanskelig at man hele tiden må forholde seg til nye

mennesker. Man opplever en usikkerhet i forhold til hvordan de andre jobber og hvilke forventninger som stilles til en selv (Kandal et al., 2014; Manser, 2009; Silén- Lipponen et al., 2004; Wade, 2014; Weaver et al., 2017).

Operasjonsteamet jobber svært tett sammen, og teammedlemmene kan ikke forlate operasjonsstuen da man er avhengige av hverandre (Kandal et al., 2014). Dette kan tenkes å by på noen utfordringer dersom atmosfæren på operasjonsstuen er dårlig. Som Silén- Lipponen et al. (2004) skriver, kan holdningene til én person ødelegge samarbeidet for resten av teamet. Dette kan tenkes å føre til at teammedlemmene blir nervøse, og erfaringen er at når man er nervøs gjør man feil eller dummer seg ut. Det kan det gå utover pasientsikkerheten. Å føle seg respektert og verdsatt kom frem som viktig for samarbeidet, både blant operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere (Averlid & Axelsson, 2012; Kaldheim & Slettebø, 2016; Kandal et al., 2014). Det kan handle om hvordan man snakker til hverandre og oppfører seg. Dersom operasjonssykepleieren er misfornøyd med hvordan pasientens arm ligger må hun uttrykke det og kanskje forandre leiet av armen. Hvordan dette blir sagt og gjort kan påvirke hvordan de andre teammedlemmene føler seg. Det gjelder spesielt dersom noen av de andre har leiret pasientens arm, eksempelvis anestesisykepleieren. Anestesisykepleieren kan ha andre faglige behov enn operasjonssykepleieren har i dette tilfellet. Det kan oppstå unødvendige konflikter og misnøye på bakgrunn av at hensyn i pasientbehandlingen er forskjellig (Drageset & Haugen, 2011; Jensen & Jensen, 2007; Kandal et al., 2014). Noen av funnene i denne studien peker på at operasjonssykepleierne opplever mindre grad av toleranse for tidsbruken knyttet til deres arbeidsoppgaver, og de føler seg nederst på rangstigen (Kaldheim & Slettebø, 2016; Kandal et al., 2014). En erfaren anestesisykepleier sa til meg at også de føler seg nederst på rangstigen. Ofte er de den eneste fra sin faggruppe på operasjonsstuen og opplever at kirurgene og operasjonssykepleierne er et eget team. De kan oppleve at det ikke er toleranse for at deres arbeidsoppgaver tar tid, eksempelvis når det er samtidighetskonflikt mellom setting av venekanyler og leiring av armer. Informasjonsutveksling og respekt for andres arbeidsoppgaver er avgjørende for at dette skal fungere. Av og til kan det nesten virke som om det er en konkurranse mellom faggruppene, og som ikke bidrar til et godt samarbeidsklima. Det virker da som konkurransen gjelder hvem som får tilgang til pasienten for å utføre sine arbeidsoppgaver. Jeg stiller meg litt undrende til konkurransen, siden begge faggruppene er sykepleiere og begge jobber for å

gi pasienten en best mulig behandling under en operasjon (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005a; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005b).

Samarbeidet inne på en operasjonsstue er komplekst og som Leonardsen (2013) bemerker, oppleves samarbeidet på operasjonsstuen forskjellig. Alle teammedlemmene er avhengige av hverandre for å kunne ivareta pasienten, uansett situasjon. Det er viktig at teammedlemmene behandler hverandre med respekt og får hverandre til å føle seg verdsatt, slik at det føles tryggere å uttrykke bekymringer eller å si ifra når noe kan true pasientsikkerheten.

6 Konklusjon

Leiringskomplikasjoner er et problem og viktig å forebygge. Hensikten med oppgaven er å få svar på hvilke forutsetninger for samarbeid mellom operasjonssykepleiere og anesthesisykepleiere som behøves for å forhindre leiringskomplikasjoner, med eksempler fra litotomileie. Selv om jeg i denne studien har gått inn på litotomileiet, mener jeg at disse forutsetningene for samarbeid vil være overførbare til andre leier som utføres på operasjonsstuen.

Studien viser at fagkunnskaper og klinisk forståelse er viktige forutsetninger for å kunne individualisere leiet til pasienten, og forebygge leiringskomplikasjoner. Det medfører at både operasjonssykepleierne og anesthesisykepleierne kan håndtere komplekse leier og situasjoner, da pasienten og inngrepet bestemmer situasjonene. For å kunne imøtekomme pasientens behov er sykepleierne på operasjonsstuen avhengige av hverandre. De kan ikke ivareta behovene til pasienten alene.

Operasjonsteamets felles etiske ansvar ovenfor pasienten innebærer at grensene mellom faggruppenes oppgaver ikke kan være fastlåste. Funnene i studien kan tyde på at ansvarsfordelingen mellom operasjonssykepleierne og anesthesisykepleierne kan være noe uavklart i visse situasjoner, og i tillegg kan misforståelser skape uklarhet ved samarbeidet. På tross av det viser drøftingen at det er operasjonssykepleieren som er ansvarlig, både når det gjelder planlegging, gjennomføring, vurdering, kontroll og dokumentasjon av leiringen. Ved å ha ansvaret for hele leiringsprosessen oppnår operasjonssykepleieren oversikt og kontinuitet i sykepleien som medfører at hun eller han har forutsetning til å ta faglig ledelse. Det betyr ikke at operasjonssykepleieren alene skal observere og utføre alt ved leiringen. For å ivareta pasienten forsvarlig må de ulike faggruppene arbeide sammen.

Denne forutsetningen gjør at operasjonssykepleieren må utøve faglig ledelse for leiringen ved å gå i dialog med de andre teammedlemmene. Dialogen i teamet viser seg å kunne bidra til at det skapes en felles forståelse for utfordringene, tiltakene og mål for behandlingen. Felles utgangspunkt og mål påvirker samarbeidet positivt og gjør at teamet drar i samme retning. Denne litteraturstudien viser at bedre samarbeid har positiv innvirkning på pasientsikkerheten. Faglig ledelse bør derfor komme tydeligere frem i operasjonssykepleiernes funksjonsbeskrivelse og i Rammeplanen for videreutdanning i operasjonssykepleie.

Ut i fra funnene og drøftingen kommer det frem at tydelig, respektfull og relevant informasjonsutveksling kan bidra til å videreutvikle samarbeidet og forhindre misforståelser. Det bidrar til at alle teammedlemmene vet om mulige utfordringer. Dette stiller krav til operasjonssykepleierens fagkunnskaper vedrørende forebygging av leiringskomplikasjoner.

Å føle seg trygg på seg selv og de andre i operasjonsteamet kan bidra til at samarbeidet blir opplevd som godt. Funnene i studien viser at å ha kjennskap til egne og andre teammedlemmers sterke og svake sider er viktig for å kunne støtte og hjelpe hverandre, og be om hjelp når en selv er usikker og mangler erfaring. Å kjenne de andre i teamet senker terskelen om å spørre om hjelp og å si ifra når man ser noe som truer pasientsikkerheten. Opplevelsen av et godt samarbeidsklima kan påvirke hvordan man utfører sin jobb. Føler man seg respektert og verdsatt kan det bidra til at jobben blir gjort med glede. Det kan påvirke hvordan pasienten opplever operasjonsavdelingen og menneskene som jobber der. Pasienten kan føle seg tryggere og bedre ivaretatt.

Drøftingen tyder på at forutsetningene for samarbeid inngår i fagkunnskapen til operasjonssykepleiere. De må være tilstede for at samarbeidet skal fungere og kanskje bli opplevd som godt. Det kan virke som at samarbeid og fagkunnskap går hånd i hånd, og kanskje ikke kan skilles i den praktiske utøvelsen. Et eksempel på det kan være leiring. Teamet bruker sine fagkunnskaper for å leire pasienten korrekt, men er avhengige av samarbeid for å få pasienten ferdig leiret.

Søkingen etter relevant forskning til denne studien har vist at samarbeidet innad i teamet og spesielt mellom anesthesi- og operasjonssykepleiere, er et område som må forskes mer på. I litteraturstudien fant jeg artikler som enten handlet om leiring eller om samarbeid. Jeg fant ingen artikler med studier som hadde undersøkt sammenhengen mellom leiring og samarbeid. I arbeidet med denne oppgaven har jeg derfor måtte forene disse to vinklingene for å kunne svare på problemstillingen. Det hadde vært interessant å ha gjennomført en intervjustudie som kunne ha undersøkt hvordan operasjons- og anesthesisykepleiere opplever samarbeidet under leiring av pasienten og få satt ord på deres erfaringer.

Referanseliste

Aanderaa, I.(1999). *Relasjoner i teamarbeid: Et psykodynamisk perspektiv* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Adedeji,R., Oragui, E., Khan, W. & Maruthainar, N. (2010). The importanc of correct patient positioning in theatres and implication of mal-positioning. *Journal of Perioperative Practice*, 20(4), 143-147.

Aveyard, H. (2014). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. Hentet fra <https://ebookcentral.proquest.com/lib/tromsoub-ebooks/detail.action?docID=1630540>

Averlid, G. & Axelsson, S.B.(2012). Health- Promoting Collaboration in Anesthesia Nursing: A Qualitative Study of Nurse Anesthetists in Norway. *AANA Journal*, 80(4), 74-80.

Axelsson, Å.(2008). Litteraturstudie. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.173-188). Lund: Studenlitteratur.

Beckett, A.E. (2010) Are we doing enough to prevent patient injury caused by positioning for surgery? *Journal of Perioperative Practice*, 20(1), 26-29.

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (1.utg.). Menlo Park, Calif: Addison-Wesley.

Benner,P., Goettsche V. & Bitz, K. (2010). Practice Breakdown: Clinical Reasoning or Judgement. I P.E. Benner, K. Malloch & V. Sheets, K. Bitz, *Nursing Pathways for Patient Safety* (s.76-106). St. Louis, Mo: Mosby Elsevier.

Benner, P., Kyriakidis, P.H. & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking- in- Action Approach* (2.utg.). New York: Springer Publishing Company.

Bennicoff, G. (2010). Perioperative Care of the Morbidly Obese Patient in the Lithotomy Position. *AORN Journal*, 92(3), 297- 312. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.04.016>

Binding, L.L. & Tapp, D.M. (2008). Human understanding i dialgoue: Gadamer's recovery of the genuine. *Nursing Philosophy*, 9, 121-130. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2007.00338.x>

Bjørk, I.T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie* (1.utg.). Oslo:Akribe.

Bouyer-Ferullo,S. (2013). Preventing Perioperative Perioheral Nerve Injury. *AORN Journal*, 97(1), 111- 124.

Bruun, A.M.G. (2011). Anestesisykepleierens kompetanse. I I.L. Hovind (red.), *Anestesisykepleie* (s.19-39). Oslo: Akribe.

Christensen, B.R. (2018). Dokumentasjon av operasjonssykepleie. I G.M. Dåvøy, P.H. Eide & I. Hansen (red.), *Operasjonssykepleie* (s.62-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Conner, R.(2014). *Perioperative Standards and Recommended Practices* (2014 utg.). Denver, Co: Association of perioperative Registered Nurses AORN.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Drageset, S. & Haugen, A.S. (2011). Leiring av operasjonspasienten. I I.L. Hovind (red.), *Anestesisykepleie* (s.261-270). Oslo: Akribe.

Eide, P.H. (2018). Forebygging av hypotermi. I G.M. Dåvøy, P.H. Eide & I. Hansen (red.), *Operasjonssykepleie* (s.307-319). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, P.H. & Dåvøy, G. (2018). Funksjons- og ansvarsområde. I G.M. Dåvøy, P.H. Eide & I. Hansen (red.), *Operasjonssykepleie* (s.28-33). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Elstad, I. (2014). *Sjuepleietenking*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet.(2014, 04.oktober). Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler. Hentet 06.februar 2018 fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Friis, A. & Hjert, Y.(2010). Organisation og samarbejde. I A.K.Rørvik & S.Sebens (red.), *Operasjonssygepleje* (s.45-53). København: Dansk Sygepleje – Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Fosmark, M.(2017). *Leiring av operasjonspasienten - En kvalitativ studie av operasjonssykepleieres erfaringer*. (Masteroppgave), Institutt for helsefag, Universitet i Stavanger, Stavanger. Hentet fra <https://brage.bibsys.no>

Gawronski, D.P. (2015). Trauma Surgery. I: J, C Rothrock & D, McEwen, *Alexander`s Care of the Patient in Surgery* (s.1104-1131). St.Louis, Mo: Elsevier Mosby

Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Wallis, M., Chang, H.Y.A. & Werder, H.(2009). Operating theatre nurses' perceptions of competence: A focus group study. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1019-1028.

Hansen, I. (2018). Operasjonspasientens psykososiale behov. I G.M. Dåvøy, P.H. Eide & I. Hansen (red.), *Operasjonssykepleie* (s.99-129). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hansen, I. & Brekken, R.S. (2018). Leiring av pasienten på operasjonsbordet. I G.M. Dåvøy, P.H. Eide & I. Hansen (red.), *Operasjonssykepleie* (s.320-353). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hansen, I., Andersen, B.M. & Loraas, L.M.E. (2018). Hygiene og infeksjonsforebygging. I G.M. Dåvøy, P.H. Eide & I. Hansen (red.), *Operasjonssykepleie* (s.233-306). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Heizenroth, P, A. (2015). Positioning the Patient for Surgery. I J, C Rothrock & D, McEwen, *Alexander`s Care of the Patient in Surgery* (s.155-185). St.Louis, Mo: Elsevier Mosby.

Helsepersonelloven.(1999). Lov 02. juli 1998 nr. 64 om helsepersonell.

Høiland, M. (1996). *Operasjonssykepleie i over 40 år* (1.utg.). Oslo: Norsk Sykepleier Forbund – Landsgruppen av operasjonssykepleiere.

Igesund, U.(2013). *Hvordan utøver erfarne operasjonssykepleiere koordineringen gjennom operasjonsforløpet?* (Masteroppgave), Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges Arktiske Universitet, Tromsø. Hentet fra <https://munin.uit.no>

- Jensen, L. & Jensen, S, E. (2007).). Værdier og pejlepunkter for gjennomførelse af et ligeværdigt samarbejde. I L. Jensen & S.E. Jensen (red), *Samarbejde og værdighed: Om borgersamarbejde i den offentlige sektor* (s.58-87). København: Munksgaard Danmark.
- Kaldheim, H.K.A. & Slettebø, Å. (2016). Respecting as a basic teamwork process in the operating theatre. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 6(1), 49-64. <https://doi.org/10.18261>
- Kandal, E.M., Huset, K.L. & Kvåle, L.(2014). *Mellommenneskelige aspekter i operasjonsteamet – Operasjonssykepleieres opplevelser*. (Masteroppgave), Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Universitetet i Agder, Kristiansand. Hentet fra <https://brage.bibsys.no>
- Kelvered, M., Öhlen, J. og Gustafsson, B. Å. (2012). Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 449-457. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00947.x>
- Kilvik, A. & Lamøy, L.I. (2007). *Litteratursøking i medisin og helsefag – En håndbok* (2.utg.). Trondheim: Tapir akademisk forlag
- Kjøllestad, A. (2004). Operasjonspasienten. I A.M. Moesmand & A. Kjøllestad, *Å være akutt kritisk syk* (s.207-236). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Leonardsen, A.C.L. (2013). Opplever samarbeidet forskjellig. *Sykepleien*, 101(13), 58-61. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0125>.
- Lockertsen, J.T. (2009). *Operasjonssykepleie ved Troms og Tromsø Sykehus 1895-1975*. (Masteroppgave). UiT Norges arktiske universitet, Tromsø.
- Manser, T.(2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53, 143-151. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>
- Manser, T., Howard, S.K. & Gaba, D.M. (2009). Identifying Characteristics of Effective Teamwork in Complex Medical Work Environments: Adaptive Crew Coordination in Anaesthesia. I R. Flin & L. Mitchell, *Safer Surgery: Analysing Behaviour in the Operating Theatre* (s.223-240). Hentet fra <https://ebookcentral.proquest.com/lib/tromsoub-ebooks/detail.action?docID=449223>

Martinsen, K.(2018). Operasjonssykepleieren og den sårbare pasienten: Kropp, sansing og urørlighetssone. I G.M. Dāvøy, P.H. Eide & I. Hansen (red.), *Operasjonssykepleie* (s.130-146). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mitchell, M.(2003). Patient anxiety and modern elective surgery: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 806-815.

Nissen, R. (1877/2000). *Lærebok i Sygepleie for Diakonisser* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

NSD – Norsk senter for forskningsdata.(2018). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet 28.mars 2018 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

NSFLOS- NSF's Landsgruppe av operasjonssykepleiere.(2014, 29.september). NSFLOS Faghefte. Hentet 24. januar 2018 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2164929/10511/NSFLOS-faghefte>

NPE – Norske Pasientskadeerstatning. (2017, 22.august). Faktaark om pasientskadar: Skadar etter feil liggjestilling ved operasjon. Hentet 28. august 2017 fra <https://www.npe.no/no/Om-NPE/statistikk/Temaartiklerogfaktaark/Skader-etter-feil-leiring/>

Oksavik, W.S. (2018). Samarbeid i team. I G.M. Dāvøy, P.H. Eide & I. Hansen (red.), *Operasjonssykepleie* (s.203-217). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Opdahl, H. (2009, 13.februar). Hemodynamisk overvåkning. I: *Store medisinske leksikon*. Hentet 24. januar 2018 fra: https://sml.snl.no/hemodynamisk_overv%C3%A5king

Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (8.utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins

Rasmussen, G. & Torjuul, K. (2012). Å være forberedt på det uventede - Operasjonssykepleierens ferdigheter i å håndtere uventede hendelser på operasjonsstua. *Vård i Norden*, 106(32), 39-43.

Rasmussen, G., Torjuul, K. & Wangen, M.G. (2015). Ikke-tekniske ferdigheter i utøvelsen av operasjonssykepleie. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(5), 397-410.

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

<https://doi.org/10.1177/0107408315591337>

Silén-Lipponen, M., Tossavainen, K. & Turunen, H. (2002). Collaboration in the Operating Room- The Nurses' Perspective. *JONA*, 32(1), 16-19.

Silén-Lipponen, M., Tossavainen, K., Turunen, H., Smith, A. & Burdett, K. (2004). Teamwork in operating room nursing as experienced by Finnish, British and American nurses. *Diversity in Health & Social Care*, 1(2), 127-137.

Skaug, E.A. (2011). Aktivitet. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2 – Grunnleggende behov* (s. 269-300). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Spruce, L. (2017). Preventing Perioperative Positioning and Equipment Injuries. I J.A. Sanchez, P. Barach, J.K. Johnson & J.P. Jacobs, *Surgical patient care: improving safety, quality and value* (s.493-518). Hentet fra <https://doi.org/10.1007/978-3-319-44010-1>

Steelman, V.,M. (2015). Concepts Basic to Perioperative Nursing. I J, C Rothrock & D, McEwen, *Alexander`s Care of the Patient in Surgery* (s.1-15). St.Louis, Mo: Elsevier Mosby.

Stubberud, D.G. (2015). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I T. Gulbrandsen & D.G. Stubberud (red.), *Intensivsykepleie* (s.29-42). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Sørensen, E.E., Kusk, K.H. & Grønkjær, M. (2015). Operating room nurses' positioning of anesthetized surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 690-698.

<https://doi.org/10.1111/jocn.13000>

Torjuul, K. (2009). *Living with ethical dilemmas: The ethical reasoning of surgeons and nurses in surgical units*. (PhD-avhandling), Det helsevitenskapelige fakultetet, UiT, Norges Arktiske Universitet, Tromsø. Hentet fra: <https://munin.uit.no>

Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005a). Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393-rammeplan_for_videreutdanning_i_operasjonssykepleie_05.pdf

Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005b). Rammeplan for videreutdanning i anesthesisykepleie. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269383-rammeplan_for_anesthesisykepleie_05.pdf

Wade, P.(2014). Developing a culture of collaboration in the operating room: More than effective communication. *ORNAC Journal*, 32(4), 16-38.

Walton-Geer, P.S (2009). Prevention of Pressure Ulcers in the Surgical Patient. *AORN Journal*, 89(3), 539-552.

Weaver, S.J., Benishek, L.E., Leeds, I. & Wick, E.C. (2017). The Relationship Between Teamwork and Patient Safety. I [J.A. Sanchez, P. Barach, J.K. Johnson & J.P. Jacobs](#), *Surgical patient care: improving safety, quality and value* (s.51-66). Hentet fra <https://doi.org/10.1007/978-3-319-44010-1>

Welch, M.B. (2018, 31. januar). Patient positioning for surgery and anesthesia in adults. Hentet 9. februar 2018 fra https://www.uptodate.com/contents/patient-positioning-for-surgery-and-anesthesia-in-adults?source=search_result&search=patient%20positioning&selectedTitle=1~150

Vedlegg 1 – PICO skjema

P	I	C	O
Operasjonssykepleier	Samarbeid		Pasientsikkerhet
Anestesisykepleier	Teamwork		Patient safety
Theatre room nurse	Collaboration		Leiringskomplikasjoner
Operating room nurse	Intersectoral collaboration		Position injury
Operating rooms	Litotomieie		Compartment syndrome
Operating theatre	Lithotomy position		Nerveskader
Perioperative nursing	Patient positioning		Nerve injury
Theatre room nursing	Patient positioning operating room		Trykksår
Operating room nursing			Pressure ulcers
Circulating nurse			
Nurse anesthetists			
Anesthesia nurse			
Anesthesia nursing			

Vedlegg 2 – Søkehistorikk

Nummer 1: Sørensen, E.E., Kusk, K.H. & Grønkjær, M. (2015). Operating room nurses' positioning of anesthetized surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 690-698.

<https://doi.org/10.1111/jocn.13000>

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Patient positioning	14.09.17	CINAHL	8214	0	0	0
2	Patient positioning operating room	14.09.17	CINAHL	9	0	0	0
3	1 and 2	14.09.17	CINAHL	8214	4	2	1

Nummer 2: Kaldheim, H.K.A. & Slettebø, Å. (2016). Respecting as a basic teamwork process in the operating theatre. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 6(1), 49-64.

<https://doi.org/10.18261>

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

<https://doi.org/10.1177/0107408315591337>

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Teamwork	24.09.17	SveMed+	26	0	0	0
2	Theatre room nursing	24.09.17	SveMed+	9	0	0	0
3	1 and 2	24.09.17	SveMed+	2	2	2	2

Nummer 4: Bennicoff, G. (2010). Perioperative Care of the Morbidly Obese Patient in the Lithotomy Position. *AORN Journal*, 92(3), 297- 312.

<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.04.016>

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Theatre room nurse	08.01.18	CINAHL	4	0	0	0
2	Operating room nurse	08.01.18	CINAHL	877	0	0	0
3	Lithotomy position	08.01.18	CINAHL	141	2	2	1
4	Collaboration	08.01.18	CINAHL	55 569	0	0	0
5	Teamwork	08.01.18	CINAHL	15 310	0		0
6	1 OR 2	08.01.18	CINAHL	877	0	0	0
7	4 OR 5	08.01.18	CINAHL	68 751	0	0	0
8	3 AND 6 AND 7	08.01.18	CINAHL	0	0	0	0

Nummer 5: Silén-Lipponen, M., Tossavainen, K., Turunen, H., Smith, A. & Burdett, K. (2004). Teamwork in operating room nursing as experienced by Finnish, British and American nurses. *Diversity in Health & Social Care*, 1(2), 127-137.

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Operating room nursing	10.01.18	CINAHL	241	0	0	0
2	Teamwork	10.01.18	CINAHL	15 320	0	0	0
3	1 AND 2	10.01.18	CINAHL	10	2	2	1

Nummer 6: Averlid, G. & Axelsson, S.B.(2012). Health- Promoting Collaboration in Anesthesia Nursing: A Qualitative Study of Nurse Anesthetists in Norway. *AANA Journal*, 80(4), .74-80.

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Anesthesia nursing	10.01.18	CINAHL	1322	0	0	0
2	Teamwork	10.01.18	CINAHL	15 325	0	0	0
3	1 AND 2	10.01.18	CINAHL	13	2	2	1

Nummer 7: Silén-Lipponen, M., Tossavainen, K. & Turunen, H. (2002). Collaboration in the Operating Room- The Nurses' Perspective. *JONA*, 32(1), 16-19.

Nummer 8: Wade, P.(2014). Developing a culture of collaboration in the operating room: More than effective communication. *ORNAC Journal*, 32(4), 16-38.

Nummer 9: Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Wallis, M., Chang, H.Y.A. & Werder, H.(2009). Operating theatre nurses' perceptions of competence: A focus group study. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1019-1028.

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	"Operating Rooms"[Mesh]	22.01.18	PubMed	12365	0	0	0
2	"Operating Room Nursing"[Mesh]	22.01.18	PubMed	6000	0	0	0
3	"theatre room nurse*"	22.01.18	PubMed	392	0	0	0
4	"operating room nurse*"	22.01.18	PubMed	146	0	0	0
5	"theatre room"	22.01.18	PubMed	1380	0		0
6	"anesthesia nurse"	22.01.18	PubMed	22	0	0	0
7	"circulating nurse"	22.01.18	PubMed	116	0	0	0
8	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7	22.01.18	PubMed	18148	0	0	0
9	teamwork	22.01.18	PubMed	7929	0	0	0
10	collaboration	22.01.18	PubMed	66550	0	0	0
11	9 OR 10	22.01.18	PubMed	73548	0	0	0
12	8 AND 11	22.01.18	PubMed	334	30	16	3

Nummer 10: Kelvered, M., Öhlen, J. og Gustafsson, B. Å. (2012). Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 449-457. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00947.x>

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Theatre room nursing	22.01.18	SveMed+	9	0	0	0
2	Operating room nursing	22.01.18	SveMed+	248	0	0	0
3	1 OR 2	22.01.18	SveMed+	248	4	1	1
4	collaboration	22.01.18	SveMed+	210	0	0	0
5	Teamwork	22.01.18	SveMed+	26	0	0	0
6	4 OR 5	22.01.18	SveMed+	235	0	0	0
7	3 AND 6	22.01.18	SveMed+	2	2	2	2

Fant denne artikkelen på søk nummer 3, da jeg hadde de to artiklene fra søk nummer 7 fra før.

Nummer 11: Bouyer-Ferullo, S. (2013). Preventing Perioperative Perioheral Nerve Injury. *AORN Journal*, 97(1), 111- 124.

Nummer 12: Adedeji, R., Oragui, E., Khan, W. & Maruthainar, N. (2010). The importanc of correct patient positioning in theatres and implication of mal-positioning. *Journal of Perioperative Practice*, 20(4), 143-147.

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Operating Rooms (Mesh)	02.02.18	PubMed	12377	0	0	0
2	Operating Room Nursing (Mesh)	02.02.18	PubMed	6000	0	0	0
3	“Operating theatre”	02.02.18	PubMed	2874	0	0	0
4	“theatre room nurs*”	02.02.18	PubMed	944	0	0	0
5	“operating room*”	02.02.18	PubMed	27779	0	0	0
6	Nurse Anesthetists (Mesh)	02.02.18	PubMed	2524	0	0	0
7	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6	02.02.18	PubMed	39462	0	0	0
8	Patient Positioning	02.02.18	PubMed	4964	0	0	0

	(Mesh)						
9	7 AND 8	02.02.18	PubMed	103	2	2	1
10	Intersectoral Collaboration (Mesh)	02.02.18	PubMed	601	0	0	0
11	teamwork	02.02.18	PubMed	7949	0	0	0
12	collaboration	02.02.18	PubMed	66754	0	0	0
13	10 OR 11 OR 12	02.02.18	PubMed	73767	0	0	0
14	8 AND 13	02.02.18	PubMed	1	1	1	1

Artikkel nummer 11 ble funnet på søk nummer 14, mens artikkel nummer 12 ble funnet på søk nummer 9.

Vedlegg 3 – Artikkelmatriser

<i>Artikkel nummer</i>	1
<i>Forfattere</i>	Sørensen, E.E., Kusk, K.H. & Grønkjær, M.
<i>År</i>	2015
<i>Land</i>	Danmark
<i>Tidsskrift</i>	<i>Journal of Clinical Nursing</i> , 25, 690-698. Tidsskrift nivå: 2
<i>Tittel</i>	Operating room nurses` positioning of anesthetized surgical patients.
<i>Hensikt</i>	Å beskrive forekomsten av problemer knyttet til leiring av operasjonspasienter i anestesi.
<i>Metode/Instrument</i>	Kvantitativ. Beskrivende tverrsnittstudie. Elektronisk spørreskjema ble sendt ut.
<i>Deltakere/Frafall</i>	Spørreskjemaet ble sendt ut til 833 operasjonssykepleiere på fire universitetssykehus i Danmark. 481 svarte og 351 svarte ikke på skjemaet. Det gav en svarprosent på 57,7 %.
<i>Hovedfunn</i>	Leiring av pasient ble oppfattet som spesielt vanskelig ved mageleie (43,8 %), litotomileie (53,4 %) og sideleie (65,5 %). Mangel på leiringskunnskap og utstyr for armer, standardiserte beinholdere og standardisert størrelse på bordtoppene virket å komplisere leiringen.
<i>Funn relevant for oppgaven</i>	Operasjonssykepleiere syntes mageleie, litotomileie og sideleie var de mest utfordrende leiene. Det var leiringsutstyr som armstøtter, puter, beinholdere og fikseringsutstyr som var assosiert med problemer innenfor disse leiene. Samtidig kom det frem at de følte seg usikre på sine egne kunnskaper i leiringer de sjeldent utførte, da spesielt mageleie. De opplevde også at teamet hadde for lite kompetanse på kvelds- og nattetid, da det ikke var faste teammedlemmer på jobb.
<i>Kvalitet</i>	Fagfellevurdert tidsskrift. Sjekkliste for prevalensstudie brukt. Uklart på ett spørsmål. Om respondenter som ikke har svart, skiller seg fra de som har svart.
<i>Etisk vurdering</i>	De fikk godkjenning fra sykehusene til å gjennomføre undersøkelsen. Da ingen pasient eller personalinformasjon var involvert i undersøkelsen, var det ikke behov for å søke forskningsetisk komite eller det danske datatilsynet.

	Datamaterialet ble anonymisert og sikkert oppbevart.
<i>Database</i>	CINAHL.
<i>Artikkel nummer</i>	2
<i>Forfattere</i>	Kaldheim, H.K.A. & Slettebø, Å.
<i>År</i>	2016
<i>Land</i>	Norge
<i>Tidsskrift</i>	<i>Nordisk Sygeplejeforskning</i> , 6 (1), 49-64. Tidsskrift nivå: 1
<i>Tittel</i>	Respecting as a basic teamwork process in the operating theatre. A qualitative study in interdisciplinary surgical teams of what they see as important factors in the collaboration.
<i>Hensikt</i>	Å få kunnskap om hva operasjonssykepleiere oppfattet som viktige faktorer for samarbeid med andre teammedlemmer. Samtidig å se hvilke faktorer som er nødvendige for styrke et tverrfaglig samarbeid.
<i>Metode/Instrument</i>	Kvalitativ med semi-strukturerte intervjuer.
<i>Deltakere/Frafall</i>	8 kvinnelige operasjonssykepleiere fra fire norske operasjonsavdelinger.
<i>Hovedfunn</i>	Den viktigste faktoren for samarbeid mellom operasjonssykepleierne og andre teammedlemmer var respekt. Dette innebar forskjellige interaksjoner, deriblant teammedlemmenes holdninger slik at man følte seg verdifull, å vise forståelse for hverandre og konstruktiv kommunikasjon mellom teammedlemmene. Lederens rolle var å oppmuntre til korrekte holdninger, primært med fokus på å respektere hverandre.
<i>Funn relevant for oppgaven</i>	Operasjonssykepleierne ønsket å bli respektert og verdsatt, og at dette var viktige prinsipper for dem. De ønsket å bli verdsatt for deres ferdigheter og arbeidsoppgaver, samt at resten av teamet så på deres oppgaver som meningsfulle. Alle deltakerne i studien hadde pasientsikkerhet som mål og de oppnådde dette gjennom å samarbeide. En viktig årsak for samarbeid var forståelse av hverandres arbeidsoppgaver, noe de opplevde at de manglet. Det var ikke toleranse for at deres oppgaver tok tid, på lik linje som andres. Konstruktiv og profesjonell kommunikasjon var viktig for samarbeidet. Måten teammedlemmene snakket på kunne påvirke deres konsentrasjon og dermed operasjonssykepleien de utførte. Det å kjenne de andre teammedlemmene gjorde

	samarbeidet enklere.
<i>Kvalitet</i>	Fagfellevurdert. Kvalitativ sjekkliste brukt, ja på alle spørsmål.
<i>Etisk vurdering</i>	Godkjent av NSD og av sykehusene. Informert og skriftlig samtykke fra deltakerne. De var informert om at det var frivillig å delta og kunne trekke seg når som helst. Samtidig ble konfidensialiteten ivaretatt.
<i>Database</i>	SveMed+

<i>Artikkel nummer</i>	3
<i>Forfattere</i>	Sandelin, A. & Gustafsson, B.Å.
<i>År</i>	2015
<i>Land</i>	Sverige
<i>Tidsskrift</i>	<i>Nordic Journal of Nursing Research</i> , 35(3), 179-185. Tidsskrift nivå: 1
<i>Tittel</i>	Operating theatre nurses' experience of teamwork for safe surgery
<i>Hensikt</i>	Å beskrive operasjonssykepleiernes erfaringer med teamarbeid innad i operasjonsteamet, for å oppnå pasientsikkerhet.
<i>Metode/Instrument</i>	Kvalitativ metode med narrative intervjuer.
<i>Deltakere/Frafall</i>	16 operasjonssykepleiere, fra fire operasjonsavdelinger på fire forskjellige sykehus i Sverige deltok. To sykehus i urbane områder og to sykehus i rurale områder.
<i>Hovedfunn</i>	Tre hovedfunn ble funnet; Teamarbeid bidro til pasientsikkerhet, når teamarbeidet har negativ innvirkning på pasientsikkerheten og oppnåelse av teamarbeid for å opprettholde pasientsikkerheten. Operasjonssykepleierne mente at personsentrert sykepleie, samarbeid basert på gjensidig avhengighet og å være familiær med hverandres profesjonelle ferdigheter, bidro til trygg kirurgi. Et kort møte, å ikke være kjent med hverandres profesjonelle ferdigheter, ukontrollerte raseriutbrudd og opplevelse av eksklusjon var negativt for pasientsikkerheten.
<i>Funn relevant for oppgaven</i>	Det kom frem at plassering på forskjellige fagfelt innen operasjon kunne føre til uorganisert samarbeid. Dette kunne igjen føre til at anestesipersonell ble en gruppe, mens operasjonspersonell ble en annen gruppe. Å ikke kjenne de andre i

	<p>teamet ble opplevd som krevende for operasjonssykepleieren og en risiko for pasientsikkerheten. Det som bidro til et godt samarbeid mellom operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere, var når de kunne møtes før operasjonen for å uttrykke sykepleietiltak. Dette bidro til at de fikk en felles forståelse for pasienten. Operasjonssykepleieren var forsiktig med å argumentere og diskutere med de andre i teamet når pasienten var våken, fordi pasienten er i en sårbar situasjon og er svært sensitiv på atmosfæren i rommet.</p>
<i>Kvalitet</i>	Fagfellevurdert tidsskrift. Kvalitativ sjekklister brukt. Ja på alle spørsmål.
<i>Etisk vurdering</i>	Godkjent av regional etisk komite. Samtidig er studien blitt utført i henhold til Helsinkideklarasjonen. Deltakerne gav sitt skriftlige samtykke til å delta.
<i>Database</i>	SveMed+
<i>Artikkel nummer</i>	4
<i>Forfattere</i>	Bennicoff, G.
<i>År</i>	2010
<i>Land</i>	USA
<i>Tidsskrift</i>	<i>AORN Journal</i> , 92(3), 297-312. Tidsskrift nivå: 1. Fagfellevurdert tidsskrift.
<i>Tittel</i>	Periooperative Care of the Morbidly Obese Patient in Lithotomy Position
<i>Hensikt</i>	Å vise måter å utøve sikker pasientbehandling til overvektige pasienter i litotomileie.
<i>Metode/Instrument</i>	Case studie/ Fagartikkel. Studien er skrevet på bakgrunn av én pasient.
<i>Funn relevant for oppgaven</i>	Det kom frem at det er viktig å planlegge litotomileiringen til overvektige pasienter. Man må ofte improvisere leiringen til denne pasientgruppen, da leiringsutstyret ikke er dimensjonert for denne type pasienter. Når leiringen blir improvisert er det viktig at sykepleier prøver leiet selv, før pasienten kommer til operasjonsstuen. Deretter må sykepleierne ha dialog med pasienten for å skreddersy leiet best mulig. I artikkelen undersøkte personalet hvilken type beinholdere de kunne bruke. Da ingen beinholdere kunne brukes, brukte de to løfteheiser med seil til beina. Det er samtidig viktig at personalet inne på operasjonsstua samarbeider om disse pasientene og kommuniserer godt. Man må få tak i ekstra personale ved overflytting og leiring, både for å skåne pasienten og

	personalet.
<i>Etisk vurdering</i>	Kommer ikke tydelig frem at studien er blitt godkjent av etisk komite eller sykehuset. Velger likevel å inkludere den da den er relevant for problemstillingen.
<i>Database</i>	CINAHL

<i>Artikkel nummer</i>	5
<i>Forfattere</i>	Silén-Lipponen, M., Tossavainen, K., Turunen, H., Smith, A. & Brudett, K.
<i>År</i>	2004.
<i>Land</i>	Finland, Storbritannia og USA.
<i>Tidsskrift</i>	<i>Diversity in Health & Social Care</i> , 1(2), 127-137. Tidsskrift nivå: 1.
<i>Tittel</i>	Teamwork in operating room nursing as experienced by Finnish, British and American nurses.
<i>Hensikt</i>	Å beskrive hvordan finske, engelske og amerikanske operasjonssykepleiere oppfatter teamarbeidet på operasjonsstuen, og å identifisere faktorer som bidro positivt og negativt i teamarbeidet.
<i>Metode/Instrument</i>	Kvalitativ metode med individuelle intervjuer.
<i>Deltakere/Frafall</i>	30 operasjonssykepleiere, 24 kvinner og 6 menn fra operasjonsavdelinger i Finland, Storbritannia og USA.
<i>Hovedfunn</i>	Fire hovedkategorier ble funnet; Profesjonelt teamarbeid på operasjonsstuen, distraherende teamarbeid på operasjonsstuen, organisert teamarbeid og det fysiske miljøet som en faktor for teamarbeid. God organisering og profesjonalitet forbedret teamarbeidet, dette omhandlet teknisk kompetanse og vilje til å samarbeide. Teammedlemmer som manglet ferdigheter eller motivasjon, eksempel noviser eller sykepleiere som var lei, var en faktor for irritasjon. Teamarbeidet på operasjonsstuen ble hindret av uforutsigbare aspekter ved jobben, forskjellig teamsammensetning og å måtte jobbe overtid. Et perfektjonistisk miljø gjorde operasjonssykepleierne redde for å gjøre feil og medførte at de undertrykte følelser.
<i>Funns relevant for oppgaven</i>	Det å kjenne de andre teammedlemmene gav tillitt og større innsikt i hverandres behov. Tillitt til hverandres profesjonalitet gjorde at

	<p>utdannelsesgrensene/faggrensene ble visket ut. Operasjonsavdelingen var et perfektjonistisk miljø hvor det ikke er rom for feil, dette kunne gjøre operasjonssykepleierne nervøse for å gjøre feil. Og det var da feil skjedde. Det ble rapportert at holdningene til én person, kunne gjøre teamarbeidet dårlig for de andre. Mindre operasjonsavdelinger eller seksjoner var positivt for teamfølelsen, da de kjente hverandre bedre og medførte mer fleksibilitet. Det å ikke føle tilhørighet til et team var distraherende for teamarbeidet. Både anesthesi- og operasjonssykepleierne følte at deres faggrupper var deres team, og ikke teamet inne på operasjonsstuen. Forandring av teamsammensetningen i løpet av en dag ble opplevd som distraherende for teamarbeidet. Derimot vil positive og suksessfulle anstrengelser i teamet hjelpe medlemmene til å bli bedre kjent, samt medføre følelse av tilhørighet i teamet. Det å få positive tilbakemeldinger fra teammedlemmer var positivt for teamfølelsen, spesielt for noviser. Interaksjon mellom anesthesi- og operasjonssykepleiere var viktig, da beslutningstaking i plenum bidro til bedre effektivitet i teamet.</p>
<i>Kvalitet</i>	Ikke fagfelleverdert tidsskrift. Kvalitativ sjekkliste brukt. Ja på alle spørsmålene.
<i>Etisk vurdering</i>	Godkjent av lokale etiske komiteer i hvert land. Deltakerne var informert om studiens formål, samt at de gav sitt samtykke både før og etter intervjuet. Deres bidrag ble konfidensielt behandlet.
<i>Database</i>	CINAHL.

<i>Artikkel nummer</i>	6
<i>Forfattere</i>	Averlid, G. & Axelsson, S.B.
<i>År</i>	2012.
<i>Land</i>	Norge.
<i>Tidsskrift</i>	AANA Journal 80(4), 74-80. Tidsskrift nivå: 1.
<i>Tittel</i>	Health- Promoting Collaboration in Anesthesia Nursing: A Qualitative Study of Nurse Anesthetists in Norway.
<i>Hensikt</i>	Å undersøke forskjellige helsefremmende faktorer som anesthesisykepleierne mente var helsefremmende på deres arbeidsplass, samt tydeliggjøre disse til ledelsen.
<i>Metode/Instrument</i>	Kvalitativ metode med intervju og intervjuguide brukt. Intervjuguiden inneholdt

	tre temaer.
<i>Deltakere/Frafall</i>	14 anestesisykepleiere deltok, 8 kvinner og 6 menn. Deltakerne jobbet på seks forskjellige sykehus, sør-øst i Norge.
<i>Hovedfunn</i>	Det var én hovedkategori som kom frem. Samarbeid på godt og vondt – skjebnen til anestesisykepleieren på arbeidsplassen. Deriblant var det tre sub kategorier. Klarhet i rollen og velbehag på operasjonsstuen, samt at samarbeidet var viktig for arbeidsmiljøet til anestesisykepleieren.
<i>Funn relevant for oppgaven</i>	Når anestesisykepleieren opplevde dårlig samarbeid var det på bakgrunn av at vedkommende følte mangel på respekt og tillitt, og når dem følte at de ikke var i stand til å bruke sin kompetanse. Siden det var mange faggrupper som samarbeidet om pasienten, var det ikke alle som hadde det samme fokuset på å bruke hjelpemidler til å overflytte og snu pasienten på operasjonsbordet. Det kom frem at god kommunikasjon innad i teamet var viktig. Tydelig kommunikasjon var avgjørende for samarbeidet, og bidro til oppgavefordeling og forhindring av misforståelser. Når teammedlemmene bidro til forhold som hadde fokus på pasienten og måten pleien ble, opplevde medlemmene at de var avhengige av kombinasjonen av individer. Samtidig at et godt pasientutfall bidro til å styrke samarbeidet innad i teamet. Det å føle seg verdsatt bidro til bedre selvillit, og skapte en god atmosfære inne på operasjonsstuen.
<i>Kvalitet</i>	Fagfellevurdert tidsskrift. Kvalitativ sjekklister brukt, ja på alle spørsmål.
<i>Etisk vurdering</i>	Forfatterne søkte REK, men det var ikke behov for godkjenning. NSD godkjente prosjektet. Deltakerne gav sitt samtykke til å delta. Konfidensialitet og anonymitet ble ivaretatt.
<i>Database</i>	CINAHL.

<i>Artikkel nummer</i>	7
<i>Forfattere</i>	Silén-Lipponen, M., Turunen, H. & Tossavainen, K.
<i>År</i>	2002.
<i>Land</i>	Finland.
<i>Tidsskrift</i>	<i>JONA</i> , 32(1), 16-19. Tidsskrift nivå: 1.
<i>Tittel</i>	Collaboration in the Operating Room – The Nurses' Perspective.

<i>Hensikt</i>	Å avklare meningen med samarbeid på en operasjonsavdeling i Finland.
<i>Metode/Instrument</i>	Kvalitativ beskrivende fenomenologisk studie. 15 operasjonssykepleiere gav deres beskrivelse i skriftlig format, mens seks operasjonssykepleiere ble intervjuet.
<i>Deltakere/Frafall</i>	21 operasjonssykepleiere på ett universitetssykehus i Finland.
<i>Hovedfunn</i>	Hovedfunnene var; fleksibel organisering og aktiv kommunikasjon, holdning, selvsikkerhet og bekreftelse, samt en støttende atmosfære.
<i>Funn relevant for oppgaven</i>	Når operasjonssykepleierne hadde tilstrekkelig fagkunnskap, ønsket å dele informasjon og lære nye ting, kunne de jobbe bra sammen. Utilstrekkelig flyt av informasjon kunne skape konflikter i, og mellom faggrupper. Aktiv kommunikasjon og planlegging av operasjoner var vanskelig, men nødvendig for oppgaveløsningen. Å vente, var et resultat på utilstrekkelig flyt av informasjon. Det kunne være å vente på pasient eller et teammedlem. At de var trygge på kollegaenes kunnskap gjorde samarbeidet lettere. Å få positive tilbakemeldinger fra kollegaer og teammedlemmer førte til at de følte tilhørighet til kollegiet. Erfaring fra å se pasientens beste, hjalp deltakerne å se deres jobb fra pasientens ståsted. En god jobbatmosfære ble erfart når teammedlemmene jobbet kollegialt, hjalp hverandre eller ble «backet opp» som ny på avdelingen. For å oppnå god atmosfære var det viktig å vite hvordan de andre teammedlemmene jobbet. Å være høflig, rask problemløsning, gi og få tilbakemeldinger og rettfærdige handlinger, ble sett på som individualitet. Diskusjon av vanskelige opplevelser ble sett på som viktig i teamarbeidet.
<i>Kvalitet</i>	Fagfellevurdert tidsskrift. Kvalitativ sjekklister brukt. Analysen er ikke beskrevet steg for steg, men de informerer om hvilken analysemetode som er brukt.
<i>Etisk vurdering</i>	Operasjonssykepleierne var informerte om at det var frivillig å delta. Deres opplevelser kunne skrives anonymt og dataene ble behandlet konfidensielt.
<i>Database</i>	PubMed.

<i>Artikkel nummer</i>	8
<i>Forfattere</i>	Wade, P.
<i>År</i>	2014.
<i>Land</i>	Canada.

<i>Tidsskrift</i>	<i>ORNAC Journal</i> , 32(4), 16-38. Tidsskrift nivå: Ukjent.
<i>Tittel</i>	Developing a culture of collaboration in the operating room: More than effective communication.
<i>Hensikt</i>	Å undersøke nåværende kunnskap om suksessfullt samarbeid på operasjonsstuen.
<i>Metode/Instrument</i>	Litteraturstudie. Ovid, PubMed, CINAHL og Google Scholar var databasene som ble brukt.
<i>Deltakere/Frafall</i>	RCT studier, review artikler og observasjonsstudier som var fra 2000-2013 ble inkludert. Tilsammen ble 22 artikler inkludert.
<i>Hovedfunn</i>	Litteraturen viste at kommunikasjonsmønsteret i operasjonsteam, var det aspektet innen teamarbeid som var best beskrevet i litteraturen. Andre aspekt som villighet til å delta i samarbeid, tillit, respekt, sosiale- og kulturelle faktorer, var fraværende innen litteraturen.
<i>Funn relevant for oppgaven</i>	Villighet til å dele informasjon og lære nye ting, både akademisk og praktisk, var mulige faktorer for teamarbeid. Tillit er viktig i teamarbeid. Ikke bare i relasjon til andre medlemmers kompetanse, men også til vår egen kompetanse. Det å ha selv tillit kunne medføre at sykepleierne håndterte et dynamisk og stressende miljø. Dette kunne føre til økt forpliktelse til teamet og bidro til et bedre samarbeid. Tillit i operasjonsteam blir bygd opp over tid, å jobbe med de sammen medlemmene igjen og igjen. Dette bidro til økt følelse av tilhørighet til et kompetent team. Effektiv og respektfull kommunikasjon var et viktig aspekt for samarbeid. De fleste sykepleierne oppfattet kommunikasjonsmønsteret på operasjonsstuen som negativt (kirurgene syntes det var positiv kommunikasjon). For å skape et respektfullt arbeidsmiljø, var det viktig at teammedlemmene identifiserte de andres kompetanse og deres bidrag til pasientbehandlingen.
<i>Kvalitet</i>	Fagfellevurdert tidsskrift. Forfatteren beskriver søkeord, databaser og hvilken metode artiklene har brukt.
<i>Etisk vurdering</i>	Ikke aktuelt, da dette er en litteraturstudie.
<i>Database</i>	PubMed.
<i>Artikkel nummer</i>	9
<i>Forfattere</i>	Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Wallis, M., Chang, H.Y.A. & Werder, H.

<i>År</i>	2009.
<i>Land</i>	Australia.
<i>Tidsskrift</i>	<i>Journal of Advanced Nursing</i> , 65(5), 1019-1028. Tidsskrift nivå: 2.
<i>Tittel</i>	Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study.
<i>Hensikt</i>	Å få en bedre forståelse av kompetansen operasjonssykepleierne bruker i sykepleiepraksisen.
<i>Metode/Instrument</i>	Kvalitativ metode med fokusgruppeintervju. Tre intervjuer ble gjort.
<i>Deltakere/Frafall</i>	Operating theatre nurses, altså sykepleiere som både jobbet med anestesi og operasjon. I tillegg var det en gruppe med ledere og lærere. Sykepleierne ble rekruttert fra tre sykehus i Australia.
<i>Hovedfunn</i>	Tre hovedtemaer. Sammenfatning av teoretiske, praktiske og estetiske kunnskaper i et teknologisk miljø. Viktigheten av gode kommunikasjonsferdigheter i team med forskjellige personligheter og i forskjellige situasjoner. Ledelse og koordinering for flyt i operasjonsprogrammet.
<i>Funn relevant for oppgaven</i>	Det var forventet av operasjonssykepleiere at de kunne formidle kompleks klinisk informasjon til andre teammedlemmer. Tilstedeværelse eller fravær av kommunikasjon, kvaliteten av den og hvordan den var uttrykt, var viktige faktorer for kommunikasjonen. Effektiviteten av kommunikasjonen ble gjenspeilet av innholdet. Om innholdet er i en slik grad at medlemmene kunne utføre sine oppgaver. Kompetanse innenfor kommunikasjon innebar det som blir sagt, og hvordan det blir sagt. Samtidig var det viktig å uttrykke kollegial støtte, som også innebar å utveksle kunnskap og informasjon. Situasjonsforståelse innebar operasjonssykepleierens evne til å forutse behov i forskjellige situasjoner. Dette var ofte basert på tidligere erfaring. Å kunne forutse og planlegge medførte at vanskelige situasjoner gikk problemfritt. Estetiske kunnskaper, evne til å vise empati og omsorg for pasientene, ble nevnt som viktige egenskaper blant sykepleierne. Dette medførte at individuell sykepleie ble gitt og bidro til ivaretagelse av pasientsikkerheten. Denne type kunnskap førte til at sykepleierne gikk ut over sine fagroller for å forsikre seg og ivareta pasientbehandlingen.
<i>Kvalitet</i>	Fagfellevurdert tidsskrift. Kvalitativ sjekkliste brukt. Ja på alle spørsmål.
<i>Etisk vurdering</i>	Godkjent av relevant etisk komite. Samt signert samtykke av deltakerne.
<i>Database</i>	PubMed.

<i>Artikkel nummer</i>	10
<i>Forfattere</i>	Kelvered, M., Öhlén, J. & Gustafsson, B.Å.
<i>År</i>	2012.
<i>Land</i>	Sverige.
<i>Tidsskrift</i>	<i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 26, 449-457. Tidsskrift nivå: 1.
<i>Tittel</i>	Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care.
<i>Hensikt</i>	Å beskrive operasjonssykepleierne sine erfaringer på pasientrelatert perioperativ sykepleie.
<i>Metode/Instrument</i>	Kvalitativ metode med intervju. Seks parintervju og fire individuelle intervjuer.
<i>Deltakere/Frafall</i>	16 operasjonssykepleiere, 1 mann og 15 kvinner, som jobbet på tre forskjellige sykehus i Sverige. Inklusjonskriterier var minimum ett års erfaring som operasjonssykepleier.
<i>Hovedfunn</i>	Operasjonssykepleiernes erfaringer med pasientrelatert perioperativ sykepleie, var beskrevet som prosedyrer til å ivareta kontinuitet, tillit basert forhold og situasjonsrelatert trivsel. Prosedyrer til å garantere pasientsikkerhet og omsorg ved å følge med, og å ha/bruke prosedyrer for å skape et miljø som medfører sårtilheling, bedring og trivsel.
<i>Funn relevant for oppgaven</i>	Operasjonssykepleierne var opptatte av å gi trygg operasjonssykepleie, deriblant å utføre korrekt leiring. Det var viktig for operasjonssykepleierne å leire i samarbeid med pasient, og ta hensyn til hver enkelt pasient ut i fra sykdomshistorikk. Samtidig som pasientens trygghet var i fokus, var det viktig at alle teammedlemmene hadde like god tilgang til pasienten for å utføre jobben sin. Under operasjonen, var operasjonssykepleierne nøye med å følge med i feltet og interagere med de andre medlemmene, for å forebygge leiringskomplikasjoner. Operasjonssykepleierne fulgte med på om armstøtter ble forskjøvet og at de i feltet ikke lente seg på pasienten. På bakgrunn av dette, må operasjonssykepleieren være tilstede gjennom hele operasjonen for å forebygge leiringsskade.
<i>Kvalitet</i>	Fagfellevurdert tidsskrift. Kvalitativ sjekklister brukt. Ja på alle spørsmål, bortsett fra ett som er uklart. Kommer ikke klart frem forskerens teoretiske ståsted, men titlene deres står bak navnene.

Etisk vurdering Lederne ved operasjonsavdelingene gav sitt samtykke for å gjennomføre studien. Deltakerne gav sitt verbale og skriftlige samtykke til å delta. Studien fulgte Helsinkideklarasjonen og De etiske retningslinjene for sykepleieforskning i de nordiske landene.

Database CINAHL.

<i>Artikkel nummer</i>	11
<i>Forfattere</i>	Bouyer-Ferullo, S.
<i>År</i>	2013.
<i>Land</i>	USA.
<i>Tidsskrift</i>	<i>AORN Journal</i> , 97(1), 111- 124. Tidsskrift nivå: 1.
<i>Tittel</i>	Preventing Perioperative Perioheral Nerve Injury.
<i>Hensikt</i>	Å forsikre seg om at avdelingens prosedyrer og retningslinjer for trygg leiring var oppdaterte i forhold til nyere evidensbasert forskning på perifere nerveskader.
<i>Metode/Instrument</i>	Litteraturstudie/ Fagartikkel. Databasene Medline, EBSCO, PubMed, CINAHL, PEGASUS og Google ble brukt. Antall artikler inkludert er ikke beskrevet.
<i>Hovedfunn</i>	For å forebygge perifere nerveskader kunne utvikling av et verktøy for risikovurdering av pasientene, bidra til forebygging av dette. Utvikling av perifere nerveskader kunne ha mange årsaker. Årsakene kunne være alt fra ikke korrekt leiring, til tidligere sykdommer/livstil som diabetes, sirkulasjonsnedsettelse, overvekt og røyking. Det fantes lite informasjon om perifere nerveskader og forekomst, og ingen standarder for å identifisering, dokumentasjon og monitorering av perifere nerveskader. Forfatteren fant mye informasjon om at anestesipersonell ble holdt ansvarlige for pasientenes utvikling av perifere nerveskader i overekstremitetene.
<i>Funn relevant for oppgaven</i>	Korrekt leiring av pasienten var hele operasjonsteamet sitt ansvar. Litotomileie var et leie som kunne medføre stor risiko for utvikling av perifere nerveskader. Da primært skade på nervus fibularis og nervus peroneus, grunnet trykk og strekk. I tillegg til de interne faktorene som tidligere sykdommer/livstil, kunne eksterne faktorer som operasjonstid (over fire timer), hypotermi, haker, incisjon

og avbrutt sirkulasjon medføre risiko for utvikling av skader. Operasjonssykepleieren måtte bruke sin kunnskap og sin kliniske erfaring, i tillegg til retningslinjer for å forebygge utvikling av perifere nerveskader. Samtidig anbefaltes det å utvikle et verktøy for risikovurdering av pasientene.

Database PubMed.

<i>Artikkel nummer</i>	12
<i>Forfattere</i>	Adedeji, R., Oragui, E., Khan, W. & Maruthainar, N.
<i>År</i>	2010.
<i>Land</i>	Storbritannia.
<i>Tidsskrift</i>	<i>Journal of Perioperative Practice</i> , 20(4), 143-147. Tidsskrift nivå: Ukjent.
<i>Tittel</i>	The importanc of correct patient positioning in theatres and implication of mal-positioning.
<i>Hensikt</i>	Å diskutere viktigheten av korrekt leiring og problemer assosiert med leiring. Det sees på de fire vanligste leiringene og fremhever viktige forhold knyttet til disse leiene.
<i>Metode/Instrument</i>	Fagartikkel, der de har brukt tidligere litteratur på området.
<i>Hovedfunn</i>	Vanlige leiringskomplikasjoner var trykksår, nerveskader, DVT og compartment syndrom. De fire vanligste leiringene var ryggleie, mageleie, litotomileie og sideleie. Alle helsepersonell måtte forsikre at pasientene ikke ble utsatt for leiringsskader under leiring. Operasjonspersonellet må planlegge leiring og bruke alle hjelpemidler for å ivareta pasienten. Samtidig var det viktig å sjekke pasienten før og etter operasjonen for tegn til skader.
<i>Funn relevant for oppgaven</i>	Tidligere sykdommer må tas til følge ved leiring i litotomileie, med tanke på bevegelsesrestriksjoner i hofte, kne og ankler. Leiringen måtte modifiseres ut i fra disse hensynene. Nerveskader i underekstremitetene var veldokumentert ved litotomileie. Spesielt skade på obturatornerven og nervus ischiadicus , kunnr oppstå. Dette kunne oppstå ved fleksjon og abduksjon i hoften, samt skade på nervus peroneus ved trykk mot yttersiden av kneet. Samtidig var det stor risiko for utvikling av compartment syndrom hos pasienter i litotomileie. Operasjonspersonalet måtte være ekstra oppmerksomme på eldre pasienter, da de hadde større risiko for å utvikle trykksår. Artikkelen anbefaler at operasjonspersonellet har dialog med personellet på sengepostene, for å følge

med eventuell utvikling av compartment syndrom. Forfatterne anbefaler å planlegge på forhånd, og ha alt utstyr tilgjengelig. Samtidig skal operasjonspersonalet sikre at det er tilstrekkelig med personell til stede for å leire og overflytte pasienten. Ved overflytning og leiring av pasienten var det viktig å kommunisere hverandre sitt ansvar.

<i>Kvalitet</i>	Fagfellevurdert.
<i>Database</i>	PubMed.

<i>Artikkel nummer</i>	13
<i>Forfattere</i>	Fosmark, M.
<i>År</i>	2017.
<i>Land</i>	Norge.
<i>Tittel</i>	Leiring av operasjonspasienten – En kvalitativ studie av operasjonssykepleieres erfaringer.
<i>Hensikt</i>	Å undersøke operasjonssykepleiernes erfaringer med leiring av operasjonspasienten, samt hva de vektlegger under leiringen.
<i>Metode/Instrument</i>	Kvalitativ metode med semi-strukturert intervju. Seks operasjonssykepleiere ved et universitetssykehus i Norge ble intervjuet.
<i>Hovedfunn</i>	Operasjonssykepleiere har et stort ansvar i forbindelse med leiring, samt at de er opptatte av å forebygge leiringsskader. Viktige redskap ved leiring er fagprosedyrer og leiringsutstyr.
<i>Funn relevant for oppgaven</i>	Operasjonssykepleierne var oppmerksomme på at det var hele operasjonsteamet sitt ansvar å leire, men følte at de hadde hovedansvaret. Kirurgen er den som står ansvarlig for leiet, men operasjonssykepleierne tok ansvaret for at pasienten ikke ble påført leiringsskade. Operasjonssykepleierne hadde flere ganger opplevd at anestesisykepleierne hadde spurt dem om råd og om å sjekke leiet til pasienten. Det viktigste for operasjonssykepleierne var at pasientene ikke pådro seg leiringskomplikasjoner. Retningslinjer var viktige verktøy ved leiring og operasjonssykepleierne brukte disse så sant de hadde tid til dette (ikke i

akuttsituasjoner). Leiringsutstyr kunne både være til hjelp og til fortvilelse. Operasjonssykepleierne mente at godt leiringsutstyr var viktig for å forebygge leiringskomplikasjoner, men at det var mangel på utstyr på avdelingen. Dette resulterte i at de sprang og lette i avdelingen for å finne det de hadde behov for. Operasjonssykepleierne uttrykte at det var viktig å innhente pasientinformasjon, både fra journal og fra pasienten selv. På denne måten kunne de skreddersy leiringen til hver enkelt pasient. De spurte ofte pasientene om å prøve leiet og fikk tilbakemelding på om pasientene lå godt. Noen av informantene uttrykte at man lærer leiring best av å prøve det selv eller å prøveleire på kollegaer. I tillegg til kunnskap om anatomi og risikoer ved leiring, brukte operasjonssykepleierne det kliniske blikket. De kunne se om pasienten lå godt samtidig som de tok på pasienten. Dette bidro til å gi operasjonssykepleierne informasjon om hvordan pasienten lå. Det var uttrykt som viktig blant operasjonssykepleierne å sjekke pasientens leie flere ganger under operasjonen, samt bevege på det som kunne bevegges på, om så bare noen cm. Dersom det skulle oppstå noen komplikasjoner etter leiringen, var det uttrykt at dokumentasjon av leiet under operasjonen var viktig.

Database Ble funnet ved søk i Oria; «Leiring av operasjonspasient».

<i>Artikkel nummer</i>	14
<i>Forfattere</i>	Kandal, E.M., Huset, K.L. & Kvåle, L.
<i>År</i>	2014.
<i>Land</i>	Norge.
<i>Tittel</i>	Mellommenneskelige aspekter i operasjonsteamet – Operasjonssykepleieres opplevelser.
<i>Hensikt</i>	Å utforske hvordan operasjonssykepleiere opplevde noen av Reeves et al. (2010) sine mellommenneskelige aspekter. Altså hvordan opplever operasjonssykepleieren mellommenneskelige aspekter ved samarbeid i operasjonsteamet?
<i>Metode/Instrument</i>	Kvalitativ metode med semi strukturert intervju. Ni operasjonssykepleiere fra tre operasjonsavdelinger i Norge ble intervjuet.
<i>Hovedfunn</i>	Samarbeidet i operasjonsteamet ble opplevd som tett og nært. Mellommenneskelige aspekter som holdninger, følelser og reaksjoner, ble opplevd ekstra sterkt i et operasjonsteam. Dette fører til at det fikk stor påvirkning på operasjonsteamet og teamarbeidet. De mellommenneskelige

aspektene hadde både positiv og negativ innvirkning.

Funn relevant for oppgaven

Operasjonssykepleierne opplevde at det hang igjen «gammel» kultur mellom dem og anestesisykepleierne. Mange opplevde at operasjonssykepleierne var nederst på rangstigen inne på operasjonsstuen. Noe som kunne være årsak til konflikter og rolleforvirring, var leiring. Dette kom spesielt til uttrykk ved leiring av armer, da begge faggruppene hadde forskjellige behov. Anestesisykepleierne hadde behov for tilgang til venekanyler, mens operasjonssykepleierne hadde behov for å få armene vekk fra feltet. Operasjonssykepleierne opplevde at teammedlemmene hadde oversikt over hverandres arbeidsoppgaver, men ved usikkerhet måtte man spørre. Rolleforståelse kunne bidra til bedre samarbeid, ved at de forskjellige faggruppene hjalp hverandre over faggrensene. Tillitt var viktig for samarbeidet inne på en operasjonsstue, og oppnåddes over tid. Nyutdannede operasjonssykepleiere hadde lav grad av tillitt, og i tillegg til tid, kunne det å være lærevillig, søke kunnskap og råd, gi tillitt. Likevel kunne spørsmål også bli opplevd som usikkerhet på sin egen faglige kunnskap. Ved uenighet eller korrigerende avgjøremål, var det viktig hvordan dette ble sagt. Det skulle ikke oppleves krenkende for den som ble korrigert, men beskjedene måtte være såpass konkrete at de ikke var til å misforstå. Kommunikasjonen inne på en operasjonsstue var ofte brå og kommanderende, for å ikke miste tid under behandlingen og at misforståelser skulle oppstå. Samtidig var operasjonssykepleierne varte på hva som ble sagt når pasienten var tilstede. Operasjonssykepleierne hadde opplevd at pasientene var varte for atmosfæren inne på operasjonsstuen, og det viktigste var at pasienten ble ivarettatt og fikk en god opplevelse. Det kom frem at det å kjenne hverandre fra før hjalp samarbeidet, men at kjemi også var viktig. Man kunne oppleve god kjemi med noen man ikke kjente, da dette kunne komme fra lik måte å arbeide på osv. Alle faggruppene inne på en operasjonsstue hadde hver sine fokusområder, men alle hadde pasienten i hovedfokus. Dette medfører at alle var avhengige av hverandre, og ingen kunne utføre jobben alene. Alle faggruppene måtte være tilstede. For å samkjøre arbeidet rundt pasienten, krevdes det god og tydelig kommunikasjon. Man kunne ikke bare se sitt eget ansvarsområde, operasjonssykepleierne uttrykte viktigheten av å se helheten av behandlingen som ble utført inne på operasjonsstuen. Siden teammedlemmene inne på en operasjonsstue jobbet tett sammen, ble alle aspektene ved mellommenneskelighet svært merkbare. Personlighetene til teammedlemmene kom tilsyne, var man en stresset eller en irritabel person, ble dette tatt med inn på operasjonsstuen. Samtidig ville opplevelser i privatlivet bli tatt med inn på operasjonsstuen. Alt dette var forhold som kunne påvirke samarbeidet inne på operasjonsstuen og kvaliteten på arbeidet kunne bli dårligere. Var det dårlig stemning inne på stuen, kunne ikke noen av medlemmene bare gå ut. På bakgrunn av dette prøvde teammedlemmene å redusere dårlig stemning og øke samarbeidet for å ivareta pasientsikkerheten. Da det var bevist at dårlig stemning hadde negativ påvirkning på alle medlemmene og kunne gå ut over pasientsikkerheten. Det var samtidig viktig at teammedlemmene gav ros når

noen hadde gjort en god jobb. Dette gav mestringsfølelse. Når operasjonssykepleieren opplevde lite respekt, det kunne være uhøflig, arrogant og ufin oppførsel, kunne dette bidra til at feil ble gjort. Humor var også viktig i et samarbeid. Det kunne medføre reduksjon av stressnivå og lettet stemningen. Humor gjorde at arbeidsdagen gled lettere og man følte økt trivsel. Dette forutsette at det var rett type humor, for humor kunne også oppleves som krenkende da alle har individuell sans for humor.

Database Litteraturtips fra veileder.

Vedlegg 4 - Oversikt for å synliggjøre analysen i temaet: Individuell sykepleie og omsorg for pasienten.

Litteratur	Hovedkategori	Utsagn/ funn	Tema
<p>Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. 2012.</p> <p>Kelvered, M., Öhlén, J. & Gustafsson, B. Å..</p>	Leiring	<p><i>«Det var viktig for operasjonssykepleierne å leire i samarbeid med pasienten og ta hensyn til hver enkelt pasient ut i fra sykdomshistorikk»</i></p>	Individuell sykepleie og omsorg for pasienten.
<p>Leiring av operasjonspasienten – En kvalitativ studie av operasjonssykepleieres erfaringer. 2017.</p> <p>Fosmark, M.</p>	Leiring	<p><i>«Operasjonssykepleierne brukte det kliniske blikket for kunne se om pasienten lå godt. De tok også på pasienten, dette bidro til å gi operasjonssykepleierne informasjon om hvordan pasienten hadde det»</i></p>	Individuell sykepleie og omsorg for pasienten.

Vedlegg 5 – Oversikt over litteratur som svarer til hvilke funn

Numrene skrevet under artikkelkolonnen i tabellen, tilsvarer artikkelnumrene i vedlegg 3.

Tabell 1 – Leiring

Tema	Artikler
Individuell sykepleie og omsorg for pasienten	1, 4, 10, 12 og 13
Forskjellig syn på samarbeid og ansvar ved leiring	1, 4, 10, 11, 12 og 13
Leiringsutstyr – både til hjelp og fortvilelse	1, 4, 12 og 13
Kunnskap, erfaring og klinisk vurdering i forebygging av leiringskomplikasjoner	4, 10, 11 og 13

Tabell 2 – Samarbeid

Tema	Artikler
Samarbeid om individuell sykepleie og omsorg for pasienten	2, 3, 5, 6, 9 og 14
Faggruppenes forskjellige syn på arbeidsoppgaver som må gjøres	2, 3, 5, 6, 7, 8 og 14
Informasjonsutveksling og å forhindre misforståelser	2, 3, 6, 7, 8, 9 og 14
Samarbeidsklima	2, 5, 6, 7, 8 og 14