

Tverrfaglig samarbeid Operasjonssykepleier opplever minst støtte

Deltakerne i operasjonsteamet opplever samarbeidet forskjellig.

Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen

Anestesisykepleier, ph.d.-stipendiat og redaktør
Sykehuset Østfold og tidsskriftet Inspira

Anestesi

Operasjon

Kirurgi

Samarbeid

Sykepleien 2013 101 (13) (58-61)

På sykehus er operasjonsstuen det stedet hvor man hyppigst rapporterer feilbehandling og avvik. Dette er sannsynligvis på grunn av at operasjonsstuen representerer komplekse omgivelser hvor teknologi, kompetanse og ressurser krever koordinering under tidspress (1). Feil på operasjonsstuen kan ha katastrofale konsekvenser for pasienter, pårørende, helsepersonell og hele organisasjoner. Forskning viser at dette kan forekomme som et resultat av interpersonlig dynamikk, hvor kommunikasjons- og samarbeidsproblemer oppstår mellom teammedlemmene (2).

Komplikasjoner

Fare for komplikasjoner før, under og etter kirurgiske inngrep skyldes mange faktorer. Det kan dreie seg om pasientens helsestatus eller komorbiditeter. Valg av anestesi, prosedyre, tilgjengelighet og kvalitet på utstyr, personalets utdanning og organisasjonenes sikkerhetskultur kan også virke inn. Ved kirurgi kan uønskete hendelser blant annet dreie seg om operasjon av feil pasient, feil side eller feil organ, mangelfull behandling eller feildosering av medisin og anestesimiddel, apparatsvikt og smitteoverføring. Uønskete hendelser kan gi opphav til alvorlige komplikasjoner og død. Selv om en operasjon aldri kan være helt risikofri, antar man at risiko for komplikasjoner og avvik kan reduseres betydelig.

Samarbeid

Kvaliteten på samarbeidet mellom profesjonelle helsearbeidere har vist seg å påvirke utfallet av pasientbehandlingen. Feil i koordinering og kommunikasjon mellom teammedlemmene har ført til høyere dødelighetsrate blant pasienter, lengre sykehusopphold, mer postoperativ smerte og lavere funksjonsnivå blant pasientene. I de tilfellene hvor sykepleiere oppgir et positivt samarbeid mellom sykepleiere og kirurger er pasientutfallet bedre (3,4). Dette viser hvor viktig det er å ha fokus på tverrfaglig samarbeid og god kommunikasjon for å ivareta pasientsikkerheten. Mange utenlandske undersøkelser viser til klare forskjeller i opplevelsen de ulike medlemmene av teamet har av det tverrfaglige samarbeidet inne på operasjonsstuen (2,3,4).

I denne artikkelen vil jeg forsøke å svare på om denne diskrepansen i opplevelsen av samarbeid også eksisterer i norske operasjonsteam.

Metode

I denne studien har jeg benyttet et validert, kvalitetssikret, kvantitativt spørreskjema utviklet ved Universitetet i Stavanger (UiS) på oppdrag fra Helse Vest. Spørreskjemaet ble utviklet med tanke på å undersøke helsepersonells holdning til pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur i forbindelse med operative inngrep. Spørsmålene omhandler blant annet pasientsikkerhet, avvik, ledelse, kommunikasjon og samarbeid.

Undersøkelsen ble opprinnelig sendt ut til 349 respondenter i mars 2011. Kriterier for å delta i studien var at man deltok i operasjonsteam og hadde direkte pasientkontakt. På bakgrunn av disse kriteriene ble utvalget begrenset til 248. Besvarelsene er basert på informert samtykke.

Personopplysninger om respondentene ble slettet idet de besvarte det elektroniske spørreskjema. Data er tilgjengelig også etter prosjektets slutt, men da i aidentifisert form.

Samtykke er innhentet fra UiS, det aktuelle helseforetakets forsknings- og utviklingsavdeling, FOU, samt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD.

Funn

Studien tar utgangspunkt i fire påstander fra spørreskjemaet, som gir ulike mål på samarbeidet mellom medlemmene i teamet. Tre av påstandene tar utgangspunkt i teamets arbeid inne på operasjonsstuen:

Team: Når det er mange oppgaver som skal løses raskt arbeider vi sammen som et team for å løse oppgavene.

Støtte: I vår seksjon støtter vi hverandre.

Respekt: I vår avdeling behandler vi hverandre med respekt.

Den siste påstanden tar utgangspunkt i samarbeid på tvers av avdelinger som medlemmene i teamet har behov for å samarbeide med:

Samarbeid mellom avdelinger: Samarbeidet fungerer godt mellom avdelinger som har behov for å jobbe sammen.

Respondentene

Av 248 respondenter var det 138 som returnerte spørreskjemaet tilstrekkelig utfylt. Dette gir en svarprosent på 55,6 totalt, noe som er et tilfredsstillende resultat, ifølge Jacobsen (5). Det eksisterer store forskjeller innad i gruppene med hensyn til svarprosent. Tabell 1 viser svarprosent og antall respondenter (N) i de ulike profesjonsgruppene:

I de fleste gruppene er svarprosenten god. I gruppen overlege kirurgi derimot, er svarprosenten på 15,8. Funn i denne gruppen vil derfor ikke være representativt for hele populasjonen. Men respondentene i denne gruppen har overveiende like svar, noe som gjør at funnene likevel er tatt med i presentasjonen og analysen.

	Populasjon: N=	Antall respondenter	Svar %
Anestesisykepleiere	57	33	58
Operasjonssykepleiere	76	48	61,5
Anestesilege	29	19	65,5
Assistentlege kirurg	46	32	69,6
Overlege kirurg	38	6	15,8
Totalt	248	138	55,6

TABELL 1: Oversikt over respondentsnel den eksperimentelle studien.

Opplevelse av samarbeid

De fire påstandene var utformet med fem svaralternativer. Alternativ 1 hadde verdien «helt uenig», alternativ 2 hadde verdien «uenig», 3 hadde verdien «både/og», 4 «enig» og 5 «helt enig». Da jeg analyserte med utgangspunkt i fem svaralternativ, kom det ikke frem vesentlige forskjeller mellom gruppene. Jeg foretok derfor en rekoding av verdiene til å være enten enig eller uenig, at noe forekommer enten sjelden eller ofte, samt at jeg beholdt «både/og». Bivariat analyse med variablene antall arbeidstimer per uke og antall år erfaring fra aktuelle spesialitet, viste ingen signifikante forskjeller på de fire påstandene.

Tabell 2 viser svarene på de ulike påstandene fra respondentene totalt sett, gjennomsnittlig score (MEAN) og standardavvik (st.dev):

Funn i tabell 2 viser at teamets opplevelse av samarbeidet inne på operasjonsstuen er overveiende positivt. Ved å fokusere på samarbeid utenfor operasjonsstuen svekkes denne positive opplevelsen (jamfør samarbeid mellom avdelinger). Denne tendensen bekreftes ved analyse innad i de ulike profesjonsgruppene, med utgangspunkt i antall respondenter oppgitt i prosent, på verdien «enig».

Operasjonsteamets opplevelse av:	Uenig	Både/og	Enig	MEAN	St.dev	N=
Team	2,8%	30,6%	66,6%	3,76	,755	179
Støtte	3,6%	19,8%	76,6%	3,98	,958	138
Respekt	1,2%	22,2%	76,6%	3,95	,722	138
Samarbeid mellom avdelinger	16,5%	37,4%	46,1%	3,33	,895	138

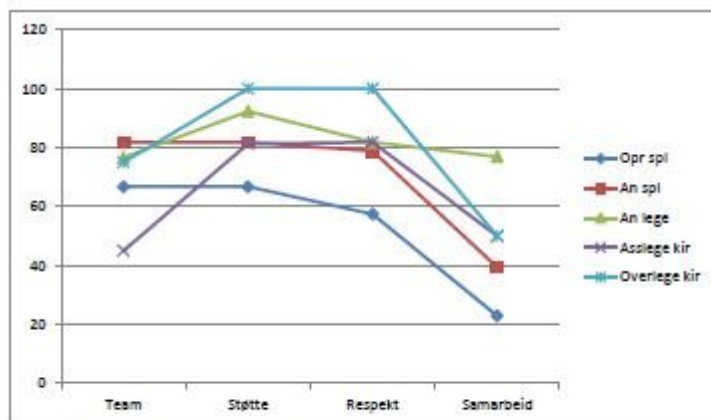
TABELL 2: Operasjonsteamets opplevelse fordelt på fire påstander.

Figur 1 gir en grafisk oversikt over svarene ifra de ulike profesjonsgrupper på påstandene, med utgangspunkt i prosentandel som sier seg enig i påstanden. Det kommer frem at forhold innad i teamet, som opplevelsen av respekt og støtte, i hovedsak er positiv. Når samarbeidet løftes ut av operasjonsstuen blir denne opplevelsen mer negativ. Figuren viser også at det er forskjell på hvordan respondentene opplever samtlige av påstandene: Den største differansen eksisterer mellom gruppene overlege kirurg og operasjonssykepleier.

Positiv opplevelse

Svarene viser at det eksisterer en variasjon, men at respondentene i all hovedsak har en positiv opplevelse av samarbeidet i operasjonsteamet (jf. figur 1). Denne opplevelsen svekkes når man ser på samarbeidet utenfor operasjonsstuen. Variabelen både/og innebærer tolkningsmuligheter.

Anestesilege-gruppen utpeker seg som overveiende enig i alle påstandene (se figur 1), og samsvarer mest med anestesisykepleier-gruppen, sett bort fra påstand 4. Anestesilege-gruppen opplever i stor grad å jobbe som et team i tillegg til støtte og respekt. Når man ser alle påstander over ett, er anestesilege den gruppen som opplever samarbeidet i teamet som mest positivt.



FIGUR 1: Opplevd samarbeid mellom teamets medlemmer.

Gruppen assistentlege kirurg er minst enig i at man arbeider som et team for å løse oppgaver. Dette er den eneste gruppen hvor noen respondenter svarer «uenig» på flere påstander. Cirka halvparten mener at samarbeidet ikke fungerer godt. Likevel opplever denne gruppen også i stor grad støtte og respekt.

Støtte og respekt

Overleger og kirurger opplever 100 prosent støtte og respekt. Denne gruppen mener likevel ikke at samarbeidet fungerer optimal. De har en veldig positiv opplevelse av samarbeidet inne på operasjonsstuen. Dette samsvarer med funn fra tidligere utenlandsk forskning.

Anestesisykepleierne er enige i at man arbeider som et team. De opplever støtte i teamet og at man behandler hverandre med respekt. Likevel er det kun 39,4 prosent som opplever at samarbeidet fungerer godt utenfor operasjonsstuen. Anestesisykepleieres opplevelse samsvarer mye med assistentlege kirurg-gruppens når det gjelder støtte og respekt. Anestesisykepleierne opplever i større grad at man arbeider som et team, mens de har mindre opplevelse enn legene av at samarbeidet fungerer godt mellom de ulike avdelingene.

Operasjonssykepleierne har følelsen av å arbeide i team, men er den gruppen som i minst grad opplever støtte og respekt. De er også den gruppen som mener samarbeidet fungerer dårligst.

Diskusjon

Tilbakeblikk viser at denne studien har både styrker og svakheter. Hvordan den enkelte aktør opplever samarbeidet vil variere fra tid til annen, fra person til person, og også siden teamets sammensetning er forskjellig, fra dag til dag. Opplevelsen av samarbeid er en subjektiv opplevelse som også er knyttet opp mot relasjoner og kjemi mellom de enkelte i teamet. Svarene som kommer frem i dette prosjektet kan være andre enn om de samme spørsmålene ble stilt om ett år. Det er i tillegg bakgrunnsvariabler som ikke ble etterspurt i spørreskjemaet, men som ville vært interessant å undersøke om har en innvirkning. Dette dreier seg for eksempel om kjønn og alder.

Styrker og svakheter

Styrken ved å benytte et allerede utviklet spørreskjema er at man kan nå ut til et større antall respondenter enn ved bruk av kvalitativ metode. Den største faren med kvantitativ metode er, ifølge Jacobsen, at den kan gi undersøkelsen et overflatisk preg. Siden metoden er innrettet på å nå mange enheter, er den ikke kompleks og går ikke i dybden (5).

Frafall av respondenter er kommet til syne som systematisk skjevt; en spesiell gruppe kommer ikke med i undersøkelsen i like stor grad som de andre. En analyse av de ulike spesialiteter innenfor kirurgi ville kanskje gitt et mer nyansert bilde.

Med bakgrunn i utforming av spørsmålene kan svarene være mer et resultat av selve undersøkelsen enn en måling av hva teammedlemmene faktisk mener. En kvantitativ tilnærming krever solid kunnskap om det fenomenet man skal studere for å kunne utvikle verktøy til å måle det med (6,7). Dette, i tillegg til prosjektets rammer, er bakgrunn for at jeg valgte å benytte et ferdig utviklet, validert og kvalitetssikret spørreskjema. Flere av spørsmålene innebærer rom for tolkning. For eksempel kan «i vår avdeling» tolkes som avdeling for anestesi, operasjon eller kirurgi, ikke operasjonsavdelingen som en helhet, av de ulike profesjonsgruppene.

Gyldighet

Intern gyldighet handler om hvorvidt resultatene oppfattes som riktige (5). I denne undersøkelsen er validering foretatt ved å sammenlikne med annen teori som støtter opp under funnene. Hvorvidt en studie har ekstern gyldighet avhenger av i hvilken grad funnene kan generaliseres (5). Med bruk av kvantitativ metode vil man etterstrebe statistisk generalisering hvor man med bakgrunn i funn fra et utvalg kan overføre funn til å gjelde en større populasjon. I hvilken grad funn vil ha overføringsverdi til andre operasjonsteam i Norge kan diskuteres. Til en viss grad vil de være overførbare til andre operasjonsavdelinger som jobber under samme forhold; med samme teaminndeling og samme organisering, en teoretisk generaliserbarhet.

Profesjonsinndelingen vil være den samme uavhengig av arbeidssted, og de ulike profesjonenes roller vil også være den samme, uavhengig av hvor operasjonsteamet har sin funksjon.

Oppsummering

Funn fra den ekstensive studien viser samsvar med tidligere utenlandsk forskning. Samtidig vises en annen tendens: Det eksisterer ikke bare en forskjell i opplevelsen av samarbeid mellom leger og sykepleiere, men også innad i de ulike gruppene. Studien har identifisert ikke tidligere beskrevne gruppeforskjeller; mellom anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere, anestesileger og kirurger, overleger og assistentleger i kirurgi. Den største forskjellen finnes mellom operasjonssykepleier og anestesilege.

Teori viser til at der hvor man har ulik opplevelse av samarbeid vil samarbeidet påvirkes i negativ retning idet man «drar i ulik retning». Som utgangspunkt for videre forskning ville det være interessant å undersøke om disse forhold eksisterer også ved andre operasjonsavdelinger. Det ville også være spennende å undersøke om ulikheten i opplevelse av samarbeid eksisterer også mellom sykepleier og lege ved andre sykehusavdelinger, sykehjemsavdelinger og helseforetak, og i hvilken grad dette eventuelt innvirker på tverrfaglig samarbeid. ||||

Referanser

1. Mishra A, Catchpole K & McCulloch P. The Oxford NOTECHS System: reliability and validity of a tool for measuring teamwork behaviour in the operating theatre. *Qual Saf Health Care* 2009;18: 104–108.

2. Makary MB, Sexton JB, Freischlag JA, Holzmueller CG, Millman, A, Rowen L & Pronovost P. Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder. *J Am Coll Surg* 2006; 202: 746–752.

3. Mills P, Neily P & Dunn E. Teamwork and Communication in Surgical Teams: Implications for Patient Safety. *J Am Coll Surg* 2007.
[doi:10.1016/j.jamcollsurg.2007.06.281](https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2007.06.281)

4. Carney B, West P & Neily J. Differences in Nurse and Surgeon Perceptions of Teamwork: Implications for use of a Briefing Checklist in the OR. *AORN J* 2010; 91: 722-729.

5. Jacobsen DI. Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode. (2. Utgave). Høyskoleforlaget 2010.

6. Berlin J, Carlstrøm E & Sandberg H. Team i vård, behandling och omsorg-erfarenheter och reflektioner. Studentlitteratur 2009.

7. Brink PJ, Wood MJ. Advanced design in nursing research. (2. Utgave). California: Sage Publication 1998.