



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Operationssjuksköterskors upplevelser av de första två arbetsåren efter examen

## En kvalitativ intervjustudie

Författare: Ulrika Andersson & Cornelia Kellner

Handledare: Karin Linder

Magisteruppsats

Våren 2014

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Operationssjuksköterskors upplevelser av de första två arbetsåren efter examen

## En kvalitativ intervjustudie

Författare: Ulrika Andersson & Cornelia Kellner

Handledare: Karin Linder

Magisteruppsats

Våren 2014

### Abstrakt

**Bakgrund:** Den första yrkesverksamma tiden kan upplevas som omvälvande för den nyutexaminerade operationssjuksköterskan. Erfarenhet ska förvärfvas och en trygghet i den nya yrkesrollen börja grundläggas. Kommunikation och samarbete på operationssalen är essentiellt för såväl patientsäkerheten som operationsverksamhetens funktion, vilket ställer krav på samtliga yrkeskategorier. **Syfte:** Studien avsåg att belysa operationssjuksköterskors upplevelser av erfarenhet, kommunikation och samarbete på operationssalen under de två första arbetsåren efter examen. **Metod:** Studien utfördes med en kvalitativ ansats genom semi-strukturerade intervjuer. Åtta operationssjuksköterskor med yrkeserfarenhet från sex månader till två år deltog. Den efterföljande analysen gjordes genom en kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Resultatet presenteras utifrån de tre områdena erfarenhet, kommunikation och samarbete. Den första yrkesverksamma tiden präglades av en strävan efter trygghet. Tvärprofessionell träning i kommunikation och samarbete redan under utbildningstiden kan ha positiv inverkan för operationsteamets funktion och patientsäkerheten.

**Nyckelord:** Operationssjuksköterska. Upplevelser. Kommunikation. Erfarenhet. Trygghet. Samarbete. Patientsäkerhet. Intervjustudie.

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	3
Problembeskrivning .....	4
Bakgrund .....	5
Operationssjuksköterskans yrkesroll .....	5
Erfarenhetens betydelse för yrkesutövningen som operationssjuksköterska .....	6
Kommunikation på operationssalen .....	7
Samarbete på operationssalen .....	8
Syfte .....	10
Metod .....	10
Urval .....	10
Forskningstradition .....	11
Datainsamling .....	11
Databearbetning .....	13
Etisk avvägning .....	14
Resultat .....	15
Erfarenhet .....	15
Kommunikation .....	18
Samarbete .....	21
Diskussion .....	25
Metoddiskussion .....	25
Resultatdiskussion .....	29
Erfarenhet .....	29
Kommunikation .....	31
Samarbete .....	32
Konklusion och implikationer .....	33
Referenser .....	35
Bilaga 1 (1) .....	40

## Problembeskrivning

Arbetsuppgifter och arbetssituation skiljer sig väsentligt åt mellan den grundutbildade sjuksköterskan och den specialistutbildade operationssjuksköterskan (Kolvered, Öhlén & Åkesdotter Gustafsson, 2012). Kunskap om högteknologiska instrument och kirurgiska ingrepp tillhör operationssjuksköterskans vardag (a.a.). För den nyexaminerande operationssjuksköterskan ska ny kunskap implementeras, samtidigt som nya erfarenheter ska förvärfvas i en ofta sedan tidigare utforskad arbetsmiljö. Upplevelsen av trygghet i yrkesrollen, och förmågan att förmedla känslan till patienten, anses också vara en viktig pusselbit i operationsverksamheten (Rasmussen & Torjuul, 2012). För operationssjuksköterskan innebär arbetet inom operationsverksamheten ett behov av att ha en beredskap på att agera snabbt och korrekt. Plötsligt ändrade förutsättningar för pågående ingrepp kräver förmåga till flexibilitet och skifte av fokus – egenskaper som brukar utvecklas och förstärkas genom erfarenhet (a.a.).

Arbetet som operationssjuksköterska innebär också ett nära samarbete med andra yrkeskategorier på operationssalen (Marjamaa & Kirvelä, 2007). En del operationer är timplånga, och kan innebära ett helt arbetspass på operationssalen tillsammans med operatören (a.a.). Tidigare studier har belyst att operationssjuksköterskor många gånger upplevt operatörer som verbalt nedlåtande, men också aggressiva (Higgins & McIntosh, 2010; Jacobs & Wille, 2012). Detta relaterades av operationssjuksköterskorna till operatörernas otålighet i väntan på instrument, och ovilja att kommunicera önskemål istället för att vänta på att få rätt instrument givet. De upplevde även att det var tacksamt för operatörerna att rikta i situationen uppkommen frustration mot operationssjuksköterskan (a.a.).

Samtidigt betonas vikten av välfungerande kommunikation och samarbete på operationssalen som essentiella för ingreppens utgång (Nestel & Kidd, 2006). Tidigare studier pekar dock på att brister i kommunikationen på operationssalen inte är ovanliga, och att det kan bidra till att patientsäkerheten sänks (Mills, Neily & Dunn, 2008; Wauben et al, 2010). Skilda uppfattningar mellan yrkeskategorierna om hur väl samarbetet och kommunikationen fungerar beskrivs också som ett tänkbart hinder för att uppnå optimal vård (Mills, Neily & Dunn, 2008).

Flertalet aspekter av operationssjuksköterskans vardag är outforskade områden. Det är en profession vars upplevelser lätt kommer i skymundan, då arbetsuppgifterna ibland felaktigt antas att enbart bestå av att assistera operatören (Riley & Manias, 2002; Killen, 2002). Grundutbildade sjuksköterskor har i tidigare studie beskrivit hur de upplevt operationsverksamheten som svårtillgänglig och exkluderad från övrig sjukvård, och kontakten med operationssjuksköterskor som begränsad (Bull & Fitzgerald, 2004). Nyutexaminerade operationssjuksköterskors upplevelser med fokus på erfarenhet, kommunikation och samarbete är därför av intresse att utforska ytterligare. Det är också av relevans för operationssjuksköterskestudenter att få inblick i hur framtida kollegor upplevde sin första yrkesverksamma tid. Samtidigt kan grundutbildade sjuksköterskor få möjlighet att ta del av en annars undanskymd yrkeskategoris erfarenheter och upplevelser, vilket kan bidra till ökad förståelse för och nyfikenhet på operationssjuksköterskans profession. Det är därför av betydelse att undersöka nyutexaminerade operationssjuksköterskors upplevelse av erfarenhet, kommunikation och samarbete.

## **Bakgrund**

### *Operationssjuksköterskans yrkesroll*

Ett av de första områdena som sjuksköterskor i Sverige kunde specialisera sig inom var operationssjukvård, vilket belyser samhällets tidiga behov av operationssjuksköterskans profession (SEORNA, 2011). Under 1880-talet assisterade dåvarande överstesjuksköterskan vid operationer, och i slutet av 1800-talet blev operationssjuksköterskeprofessionen en egen yrkesroll (Myklestul Dåvøy, Hansen & Eide, 2012). Under 1900-talet genomgick operationsjuksköterskeprofessionen ett flertal förändringar, där bland annat anestesijuksköterskeyrket avskiljdes från operationssjuksköterskans ansvarsområde och blev till en egen självständig profession 1954 (a.a.).

Dagens svenska operationssjuksköterskeutbildning, som består av en treårig sjuksköterskeutbildning med två påföljande terminer av vidareutbildning med inriktning mot operation, utformades på 1990-talet (SEORNA, 2011). Professionen baseras på såväl forskning som beprövad erfarenhet (a.a.). Specialistutbildningen ska vara godkänd för att tjänst som

operationssjuksköterska ska kunna sökas (Myklestul Dåvøy et al. 2012; Svensk författningssamling, 1993; Svensk författningssamling, 2010).

Operationssjuksköterskans roll innebär delaktighet i hela den perioperativa fasen, och att under den interoperativa fasen främst ansvara för instrumentering (Myklestul Dåvøy et al., 2012). Arbetet sker i en högteknologisk miljö där operationssjuksköterskan står för trygghet och välbefinnande för patienten innan och under operationen. Kompetensen hos operationssjuksköterskan omfattar goda kunskaper inom medicinsk vetenskap avseende hygien, aseptik och medicinsktekniska produkter, som t ex instrument. Goda kunskaper om anatomi och fysiologi, samt om kirurgins olika områden och operationsmetoder som används vid olika ingrepp, är andra grundstenar i professionen. Vidare är även kunskap om avancerade tekniska hjälpmedel, ledarskap samt kommunikation andra viktiga delar i yrkesutövandet (a.a.).

### *Erfarenhetens betydelse för yrkesutövningen som operationssjuksköterska*

Patricia Benner (1993) beskriver de olika steg som en sjuksköterska gör från nybörjarstadiet som novis och vidare mot att slutligen bli en expert inom sitt kompetensområde. Benner (1993) benämner att skillnader föreligger mellan teoretisk och praktisk kunskap, och gör en distinktion mellan att *veta att* (teoretiska färdigheter) och *veta hur* (praktiska färdigheter). Även om en människa *vet att* något förhåller sig på ett visst sätt, behöver det inte förutsätta att personen *vet hur* eller *varför* det ska utföras på ett visst sätt. *Veta hur* är den praktiska färdighet som utvecklas via de erfarenheter som förvärvas genom det yrkesverksamma livet, och är en form av kunskap man inte alltid reflekterar över att man har (a.a.).

Problemlösningar skiljer sig åt beroende på om man är expert eller novis inom sitt område (Benner, 1993). Novisen saknar erfarenhet att falla tillbaka på eller att jämföra med, och okända arbetsrelaterade situationer kan upplevas som svåra om den tidigare erfarenheten är begränsad (a.a.). Maguire (2013) belyser den chock som många noviser upplever när de ställs inför den praktiska verkligheten, och endast har en teoretisk grund att utgå från. För att klara okända situationer kan stöd från mer erfarna kollegor behövas (Rasmussen & Torjuul, 2012). Situationen kan annars upplevas som svår att hantera för en nyutexaminerad operationssjuksköterska som saknar tidigare erfarenhet (a.a.). Gillespie, Chaboyer och Wallis (2009) framhäver det faktum att yngre och relativt oerfarna operationssjuksköterskor har goda

möjligheter att utvecklas snabbt, och finna trygghet i sin yrkesroll med stöd från äldre och mer erfarna kollegor.

Enligt Benner (1993) anses sköterskan vara skicklig när hon lär sig genom sina erfarenheter, samt har börjat utveckla en känsla för när något inte faller inom ramarna för det normala. Erfarenhet är grunden för den skickliga sjuksköterskas förmåga att skapa sig ett helhetsperspektiv, där hela patienten och dess omgivning inkluderas på ett sätt som novisen ännu inte klarar av (a.a.). I en studie av Koh, Park, Wickens, Ong och Chia (2011) betonas sambandet mellan erfarenhet och förmåga att utveckla strategier för att ta sig an arbetsuppgifter. Författarna till studien beskriver hur skillnaderna mellan oerfarna och erfarna operations-sjuksköterskor tydliggörs. Studien indikerade bland annat att de erfarna operations-sjuksköterskorna lade ner mindre tid på den avslutande nedräkningen av instrument efter färdig operation, och att de kom av sig färre gånger under nedräkningen än de oerfarna sköterskorna. De oerfarna sköterskorna försökte under ingreppens gång att bibehålla fokus på flera olika moment, medan de erfarna sköterskorna fokuserade på färre, men för ingreppet mer avgörande moment (a.a.).

I det sista av Benners (1993) stadier övergår sjuksköterskan till att bli en expert, med bred grund att stå på och många olika scenarion där känslan av trygghet är närvarande. Experten analyserar inte lika mycket som de tidigare utvecklingsstegen utan angriper problemen på ett mer direkt sätt. Trygghet i yrkesutövningen och tillförlit till magkänslan vid problemlösning är två utmärkande drag för experten (a.a.).

### *Kommunikation på operationssalen*

I studien fokuseras kommunikationen på operationssalen på den kommunikation som sker mellan operationssjuksköterska och operatör, såväl muntlig som skriftlig. I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot operationssjukvård (SEORNA, 2011) ingår säkerställandet av en fungerande kommunikation. Operationssjuksköterskan förväntas *”initiera och genomföra adekvat informationsöverföring för att uppnå kontinuitet, kvalitet, patientsäkerhet och effektivitet i samband med patientens kirurgiska ingrepp”* (a.a., 2011, s 7). Även Patientsäkerhetslagen (Svensk författningssamling, 2010) förordar under de allmänna bestämmelserna att vård-

givaren har en skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Lagen omfattar krav på att vårdgivaren i förebyggande syfte skapar rutiner för att patientsäkerheten ska säkerställas (a.a.).

Vikten av en välfungerande kommunikation som grund för ett gott samarbete på operationssalen framhålls i bland annat studier av Gillespie, Chaboyer, Longbottom och Wallis (2010) samt Forse, Bramble och McQuillan (2011). Mitchell et al (2010) nämner också att kommunikationsförmåga och social kompetens är betydande komponenter i operationssjuksköterskans profession. I tidigare studier har det dock påvisats att operatörer kan vara verbalt nedlåtande mot operationssjuksköterskan, vilket försvårar förutsättningarna för en fungerande kommunikation (Coe & Gould, 2008; Higgins & McIntosh, 2010). Operationssalen beskrivs av Awad et al. (2005) och Greenberg et al. (2007) som en högriskmiljö där effektiv och tydlig kommunikation anses vara en bidragande faktor till att patientsäkerheten bibehålls. En icke tillfredsställande kommunikation mellan bland annat operatör och operationssjuksköterska kan därför orsaka ett hot mot patientsäkerheten (a.a.). Gardezi et al. (2009) lyfter fram bristande erfarenhet och osäkerhet hos operationssjuksköterskan som källor till kommunikationsförbistringar mellan operationssjuksköterskan och operatören. Även rädsla för att öppet visa osäkerhet inför kollegor i arbetslaget var en bakomliggande faktor som påverkade operationssjuksköterskans kommunikationsförmåga (a.a.).

I en amerikansk studie av Makary et al. (2005) nämns det att olika utgångspunkter i kommunikationen är en annan tänkbar anledning till att kommunikationen mellan operationssjuksköterskan och operatören haltar. Forskarna till studien poängterar att läkare och sjuksköterskor under utbildningstiden tränas i att uttrycka sig på olika sätt. Yrkeskategoriernas skilda förväntningar på kommunikationens utformning, och bristande insikt i varandras uttryckssätt anges som bidragande orsaker till kommunikationsförbistringarna (a.a.)

### *Samarbete på operationssalen*

I studien syftar samarbete på operationssalen på samarbetet mellan samtliga yrkeskategorier, såväl samarbetet mellan operationssjuksköterska och operatör, som samarbetet mellan operationssjuksköterska och anestesipersonal samt undersköterskor. Tidigare studier har visat att yrkeskategorierna kan ha olika uppfattningar om kvaliteten på samarbetet på operations-



salen. I en studie av Makary et al. (2005) framkom det att respektive yrkeskategori på operationssalen hade en positiv syn på samarbetet inom den egna yrkeskategorin. Däremot förelåg det ett missnöje när yrkeskategorierna skulle bedöma samarbetet över yrkesgränserna. Operationssjuksköterskorna i studien upplevde samarbetet med operatörerna som mediokert, medan operatörerna i sin tur upplevde samarbetet med operationssjuksköterskorna som tillfredsställande. Informanterna uppgav skilda förväntningar på samarbetet som bakomliggande anledning till resultatets skevhet. Operatörerna identifierade ett välfungerande samarbete utifrån hur väl operationssjuksköterskan kunde följa instruktioner och förutse deras behov av t ex instrument. Operationssjuksköterskorna i sin tur gjorde en koppling mellan ett gott samarbete och att känna att deras åsikter blev värdesatta av operatören (a.a.). Operationsverksamhetens tradition av en kultur med mer eller mindre uttalade hierarkiska tendenser, har framhållits som ett hinder för att operationssjuksköterskor ska känna sig värdesatta i samarbetet med operatören (Corbett, 2009).

Samarbetsförmåga och stresshantering beskrivs som grundläggande egenskaper hos operationssjuksköterskan för att klara arbetssituationen (Mitchell et al, 2010). Kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot operationssjukvård betonar operationssjuksköterskans del i samarbetet genom de gemensamma beslut som fattas tillsammans med övriga yrkeskategorier i operationslaget (SEORNA, 2011). Samtidigt förväntas operationssjuksköterskan också vara i arbetsledande funktion på operationssalen, under såväl planerade ingrepp som akuta (SEORNA, 2011; Myklestul Dävöy et al., 2012). Att arbetsmiljön på operationssalen är stressig är ett känt fenomen (Coe & Gould, 2008; Chen, Lin, Wang & Hou, 2009). Operationspersonal förväntas därför att omgående adaptera sig till rådande arbetsrutiner för att samarbetet ska flyta på. Samarbetet lyfts fram som den viktigaste hörnstenen i att skapa effektivitet på operationssalen, och beskrivs som nyckeln till att resultatet vid operationen ska bli tillfredsställande (Coe & Gould, 2008).

Flertalet tidigare studier poängterar i linje med Coe och Gould (2008) att samarbetet på operationssalen spelar roll för utgången av de operativa ingreppen (Nestel & Kidd, 2006; Mills et al., 2008). En holländsk studie av Wauben et al. (2010) framhåller att det inte bara är teoretiska (kännedom om ingrepp) eller tekniska (kännedom om instrument eller apparatur) färdigheter som är avgörande för patientsäkerheten. Forskarna pekar på att de flesta fel som

begås i samband med operativa ingrepp inte härstammar från okunskap om ingreppet, utan snarare från brister i samarbetet mellan de olika yrkeskategorierna på operationssalen (a.a.)

## **Syfte**

Studien avsåg att belysa operationssjuksköterskors upplevelser av erfarenhet, kommunikation och samarbete på operationssalen under de två första arbetsåren efter examen.

## **Metod**

Studien utgick från en kvalitativ ansats genom semi-strukturerade intervjuer med åtta operationssjuksköterskor, vars yrkeserfarenhet sträckte sig från sex månader upp till två år. Kvale (1997) menar att en kvalitativ ansats genom intervjuer bygger på informanternas upplevelser av det fenomen som avser att studeras. Den kvalitativa ansatsen ansågs lämplig då studiens syfte var att undersöka informanternas upplevelser av sin första yrkesverksamma tid.

## **Urval**

Till studien eftersöktes operationssjuksköterskor av båda könen med en yrkeserfarenhet från sex månader upp till två år. Informanter söktes vid tre olika sjukhus i södra Sverige, då författarna önskade att få möjlighet att beskriva operationssjuksköterskors upplevelser från olika operationsverksamheter.

En initial förfrågan om informanter skickades via mail till de tre berörda verksamhets- och enhetscheferna på operationsenheterna. Det visade sig att det endast fanns totalt sju informanter vid dessa tre operationsenheter som motsvarade studiens inklusionskriterier. Samtliga sju informanter tillfrågades via mail om sitt deltagande i studien, och i ett bifogat dokument beskrevs studien och dess syfte. Fem informanter samtyckte till deltagande, och via mail beslutades i samråd sedan tid och plats för intervju. De två informanter som ej önskade att delta informerade författarna om detta via mail. Återkoppling till dessa informanter skedde genom att författarna via mail informerade om att avböjt deltagande noterats.

Då fem informanter ansågs som ett för litet underlag till studien efterfrågades ytterligare informanter från tre andra sjukhus i södra Sverige, samt från en annan operationsenhet på ett av de redan deltagande sjukhusen. På två av de tillfrågade sjukhusen saknades informanter som motsvarade studiens inklusionskriterier. Verksamhetschefen från det tredje sjukhuset återkom inte i ärendet. Vid operationsenheten på det redan deltagande sjukhuset återfanns tre informanter som motsvarade inklusionskriterierna, varav samtliga samtyckte till deltagande. Det slutgiltiga deltagarantalet i studien blev därför åtta operationssjuksköterskor. Samtliga informanter var kvinnor i åldersspannet 25-50 år. Informanterna med kortast yrkeserfarenhet som operationssjuksköterska hade arbetat sex månader och de med längst yrkeserfarenhet hade arbetat två år.

## **Forskningstradition**

Kvalitativ forskning innebär att man systematiskt samlar in, strukturerar och tolkar det material som genererats efter samtal/intervjuer eller genom observation (Malterud, 1998). Forskaren/författaren är ofta aktiv i insamlingen av intervjumaterialet (Olsson & Sörensen, 2011). Den kvalitativa forskningen fokuserar på sociala fenomen och den betydelse de har för individerna som upplever dem i deras naturliga sammanhang (Malterud, 1998). Genom den kvalitativa ansatsen med intervjuer önskade författarna till studien att förstå informanternas upplevelser av sin första yrkesverksamma tid som operationssjuksköterskor. Olsson och Sörensen (2011) skriver att *”kvalitativa studier brukar karakteriseras av en närhet till undersöknings-problemet eller ett inifrånperspektiv, och det finns en närhet och en öppen interaktion mellan informant och forskare”* (a.a. s 19). Kvale (1997) poängterar samtidigt att forskningsintervjun, trots närheten mellan informant och forskare, inte är ett samtal mellan två jämställda parter. Det är forskaren som initierar samtalet, bestämmer ämnet för intervjun samt ställer kritiska följdfrågor (a.a.).

## **Datainsamling**

Underlaget till studien inhämtades med hjälp av semi-strukturerade intervjuer. Operationssjuksköterskors upplevelser från deras första yrkesverksamma tid, med särskilt fokus på områdena kommunikation, erfarenhet och samarbete, utgjorde studiens stomme. Övergripande och breda frågor ställdes, för att sedan låta informanterna berätta fritt och

själständigt utifrån dessa. En intervjuguide (bilaga 2) , med de områden som skulle behandlas, användes som stöd för författarna för att hjälpa informanterna att komma vidare i sin berättelse och samtidigt i viss mån styra intervjun åt det håll som författarna avsåg att undersöka (Polit & Beck, 2006).

Inledningsvis genomfördes en pilotintervju, med båda författarna närvarande, för att undersöka om intervjuguidens frågor var i behov av eventuella justeringar. Efter pilotintervjun gjordes inga ändringar i intervjuguiden. Dock blev författarna medvetna om vikten av tydlighet, och att behov av följdfrågor förelåg när det var oklart om informant och författare menade samma sak. Pilotintervjun inkluderades i studien då frågeställningarna ansågs svara mot studiens syfte.

Innan intervjuerna påbörjades lämnades muntlig information till informanterna om studiens syfte, vilka områden som skulle behandlas, samt vilken av författarna som skulle hålla i intervjun. Samtyckesblankett till deltagande i studien och ett informationsblad (bilaga 3) om studien skickades via mail till informanterna. Informationsbladet innehöll information om att intervjun skulle spelas in med hjälp av diktafon, vilket samtliga informanter var införstådda med innan intervjuerna påbörjades.

Samtliga åtta intervjuer genomfördes på de sjukhus där informanterna arbetade. Tre av de åtta intervjuerna genomfördes på operationsavdelningarna i avgränsade samtalsrum, vilket var avtalat innan författarna kom dit. Såväl informant som båda författarna var då ombytt till operationskläder. De resterande fem intervjuerna genomfördes på en till operationsavdelningen angränsade kontorsavdelning där det fanns samtalsrum. I dessa fem fall var informanterna ombytt till operationskläder, då de kom till intervjun från respektive arbetspass, medan författarna var civilklädda. I de fem fall där både informant och författare var ombytt till operationskläder satt den författare som genomförde intervjun mitt emot informanten. Vid intervjun där endast en författare deltog satt författaren och informanten mittemot varandra med ett bord emellan sig. Intervjuerna varade mellan 32-47 minuter och delades upp mellan författarna, som genomförde fyra intervjuer var.

Båda författarna deltog vid sju av de åtta intervjuerna. En författare genomförde intervjun tillsammans med informanten, medan den andra författaren observerade. Informanterna

informerades innan intervjuerna påbörjades om vilken av författarna som skulle genomföra intervjun, och att kollegan enbart satt med för att observera, samt vid behov ställa kompletterande frågor i slutet av intervjun. Den observerande författaren satt en bit bakom kollegan och noterade eventuella kompletterande uppföljningsfrågor i ett block.

Intervjuerna inleddes med den öppna frågan: ”*Kan du berätta om hur det varit att börja arbeta som operationssjuksköterska?*”, för att sedan fortskrida med uppföljningsfrågor inom respektive område som studien avsåg att undersöka. Följdfrågor av karaktären: ”*Kan du exemplifiera utifrån det du just berättade?*” eller ”*Kan du utveckla svaret du just gav?*” ställdes när förtydligande av informantens svar önskades. En intervjuguide användes vid samtliga intervjuer. Kvale (1997) beskriver intervjuguiden som ett stöd vid genomförandet av den semi-strukturerade intervjun. Intervjuguiden omfattar de områden som intervjun ska täcka, och hjälper bland annat författaren med förslag till följdfrågor om intervjun behöver komma vidare. Kvale poängterar dock att det är upp till författaren själv att avgöra hur strikt intervjuguiden ska följas, och i vilken omfattning man ska låta sig styras av de svar informanten ger (a.a.)

## **Databearbetning**

Då intervjusituationerna och informanternas uttryckssätt skulle vara färskt i minnet gjordes transkriberingen av materialet omgående. Transkriberingen av det inspelade intervjumaterialet påbörjades samma dag eller dagen efter att intervjun ägt rum. Båda författarna var delaktiga i transkriberingsprocessen. En gemensam modell för hur denna skulle utformas avtalades innan transkriberingen påbörjades. När transkriberingen slutförts skrevs intervjuerna ut i pappersform i dubbla uppsättningar. Därefter lästes intervjuerna i sin helhet flertalet gånger av respektive författare.

Analysen av det transkriberade materialet gjordes utefter Graneheims och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys. Analysprocessen omfattade fem steg: meningsbärande enheter, kondensering, kodning, subkategorier samt kategorier. Analysen fortskred genom att meningsbärande enheter, de meningar/fraser som var relevanta för studiens frågeställningar, sorterades ut från intervjumaterialet. Viktigt att notera är att de meningsbärande enheterna inte togs ur sitt sammanhang, utan att omgivande text förblev kvar. Därefter skedde en

kondensering av de meningsbärande enheterna, vilket innebar att texten kortades ned, med fokus på att innehållets innebörd inte skulle gå förlorad. För att synliggöra essensen av intervjuerna följde kodning och subkategorisering, som slutligen ledde till en utarbetning av i intervjuerna framkomna kategorier. Graneheim och Lundman (2004) beskriver analysprocessen som flytande, där författarna ofta rör sig mellan de olika momenten under analysens gång.

Graneheims och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys kan utgå från ett manifest eller latent förhållningssätt. Den manifesta analysen utgår från det som texten säger, utan några vidare tolkningar. Resultatet av den manifesta analysen presenteras oftast utifrån de framkomna kategorierna. I den latent analysen förekommer det, till skillnad från den manifesta, en tolkning av texten från författarens sida. Tolkningen kan vara av olika djup. Den latent innehållsanalys innebär ytterligare ett steg i analysprocessen när övergripande teman ska presenteras, vilka lyfter fram författarnas djupare tolkning av informanternas svar (a.a). Föreliggande studie utgick från det manifesta förhållningssättet, med vissa latent drag.

## **Etisk avvägning**

I enlighet med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013) ska en studie godkännas vid en forskningsetisk kommitté innan studien får påbörjas. Det skedde i denna studies fall genom ett bifall från Vårdvetenskapliga etiknämnden den 28 januari 2014. Studiens informanter delgavs, också utefter Helsingforsdeklarationen (a.a., 2013), information om att de när som helst, utan att uppge anledning och utan risk för repressalier, kunde avbryta sitt deltagande i studien. Kvale (1997) benämner även det forskningsetiska faktum att författare och informanter bör vara överens om i vilket syfte intervjumaterialet är tänkt att användas innan intervjuerna genomförs. För att säkerställa överenskommelsen bör den vara skriftlig, vilket i denna studie gjordes genom informanternas skriftliga samtyckesblankett. Blanketten innehöll information om att intervjumaterialet skulle ingå i en magisteruppsats på operationssjuksköterskeprogrammet vid Lunds universitet 2014. Informanterna erbjöds även att erhålla uppsatsen efter att den blivit godkänd efter slutgiltig examination.

Kvale (1997) beskriver hur informanternas konfidentialitet kan skyddas genom att författarna förser informanterna med fingerande namn eller koder i studiens resultatpresentation. I studien gavs därför varje informant en numerisk kod som sedan användes vid t ex citering, för att på sätt minska risken för att röja deras identiteter. Det inspelade material förvarades inlåst under uppsatsens tillkomst, och samtliga inspelade intervjuer kommer att förstöras efter att uppsatsen godkänts vid examination. Tillgång till det kodade materialet hade författarna av studien, ansvarig uppsatshandledare och eventuellt examinator om denne så önskade.

## Resultat

Resultatet i studien bygger på intervjuer med åtta operationssjuksköterskor vars yrkeserfarenhet sträcker sig från sex månader upp till två år. Deras svar analyserades utefter Graneheim och Lundmans modell för kvalitativ innehållsanalys (2004). Resultaten från studien presenteras utifrån de tre områden som utgjorde studiens fokus: erfarenhet, kommunikation och samarbete. Under varje område presenteras de kategorier som framkom under analysarbetet. I intervjuerna framkom en tydlig strävan efter trygghet och att känna sig säker i den nya yrkesrollen. För att exemplifiera analysprocessen där trygghet genomgående framkom finns en schematisk tabell i Bilaga 1. Vidare beskrev många informanter en känsla av att bli respekterad utifrån deras situation som nyutexaminerade, och att de till större delen kände glädje över sina kollegor och det samarbete som utfördes.

### *Erfarenhet*

Merparten av informanterna beskriver den första yrkesverksamma tiden som lärorik, tillfredsställande och givande, där egenskaper som helhetsperspektiv och framförhållning grundlades. En känsla av att ha valt rätt yrke och att arbetet var roligare än man föreställt sig poängterades också. Det var dock en tid som präglades av upplevelser av osäkerhet, tvivel på den egna förmågan och att inte vilja *“ta sig vatten över huvudet”*. Även en känsla av stress och verksamhetsrelaterade krav på att snabbt komma in arbetet var framträdande. Trygghet i arbetet upplevdes av många informanter som knuten till standardiserade ingrepp där de sedan tidigare kände till operationsgången och upplevde en känsla av kontroll. Samtidigt upplevde en informant att den teoretiska uppfattningen som utbildningen förmedlat om operationssjuksköterskans involvering i det perioperativa omvårdnadsarbetet hade liten förankring i

verkligheten. En informant upplevde sig själv som “*ung och naiv*” i den nya yrkesrollens början, och att det var först när hon började arbeta som operationssjuksköterska som hon fick insikt om de krav som ställdes i arbetssituationen. Under analysarbetet framkom följande fyra kategorier relaterade till detta område: *förmåga till helhetsperspektiv och framförhållning, strategier som nyutexaminerad, trygghet och stress.*

### *Förmåga till helhetsperspektiv och framförhållning*

Erfarenhetsutvecklingen var nära sammanbunden med förmågan att ha ett helhetsperspektiv och en framförhållning i arbetet. I början av den nya yrkesrollen beskrev sig somliga informanter som upptagna av de egna arbetsuppgifterna, med litet fokus på övrig aktivitet på operationssalen. Större delen av tiden gick åt till att klara av detaljer i operationsgången, som att välja rätt instrument eller hantera teknisk utrustning. Med tidens gång breddades perspektivet och underlättade planeringen av arbetsuppgifterna, vilket informanterna också märkte uppskattades av operatörerna. Framförhållning i arbetet var även en bidragande faktor till minskad stress, då en känsla av kontroll över arbetssituationen infann sig.

*Erfarenhet betyder jättemycket... jag tror att det är A och O... och det är väldigt små detaljer... små, små erfarenheter som spelar stor roll. Det är att man kan ligga steget före. (Informant 8)*

### *Strategier som nyutexaminerad*

För att ta sig an den nya yrkesrollen utgick några informanter från strategier med grund i deras tidigare yrkesliv som allmänsjuksköterskor. I studien intervjuades informanter med såväl kort som lång tid som allmänsjuksköterskor. Både oerfarenhet och tidigare erfarenheter var på olika sätt betydande. Att sakna tidigare erfarenhet av operationsvärlden och operationssjuksköterskeyrket sågs inte som en direkt nackdel. En förutsättningslös inställning var istället en tillgång som gav informanterna möjlighet att utforma en egen bild av det nya yrkets innebörd. Tidigare arbetslivserfarenheter som stärkt förmågan att hantera stressiga eller akuta situationer upplevdes också som ett stöd i den nya yrkesrollen.



*... hade väldigt liten erfarenhet av det kirurgiska eller operationer... kan se en fördel i det... jag har inga bilder i huvudet... inga föreställningar om hur det ska vara. (Informant 1)*

*Jag har jobbat mycket inom akutsjukvård innan... vet hur jag reagerar i akuta situationer... jag låter mig inte stressas sådär himla lätt. (Informant 4)*

## *Trygghet*

Informanternas upplevelse av trygghet var knuten till ett flertal faktorer: utvecklingen av erfarenhet och kännedom om operationsvärlden, bemötandet från operatören samt stöd från övriga yrkeskategorier, primärt operationsundersköterskan. Genom erfarenhet av ingrepp och om hur operationsmiljön fungerade grundlades en trygghet som också kunde överföras till okända situationer.

*Det är en trygghet som kommer med tiden. Man kan så mycket om operationsvärlden eller operationslaget och patienterna att själva operationen i sig kan vara okänd, men man känner sig trygg i alla fall. (Informant 2)*

Ett par informanter beskrev hur erfarenhet av standardiserade ingrepp med möjlighet till att öva upp färdigheterna på ett rutinmässigt sätt bidragit till känslan av trygghet. Genom flertalet liknande ingrepp under samma arbetspass var tryggheten närvarande genom igenkännande och förståelse för operationsgången. När operationsmetodiken fanns i ”*både huvud och händer*” stärktes informanternas känsla av säkerhet i yrkesrollen, vilket skänkte dem ett lugn.

Okända ingrepp hanterades på olika sätt. Några informanter vände sig till andra yrkeskategorier på salen för att få stöttning. Tryggheten var inte knuten till en specifik yrkeskategori, utan informanterna sökte stöd hos den kollega de uppfattade kunde vara mest behjälplig i den för dem okända situationen. Somliga informanter förlitade sig på att operatörerna skulle stötta dem när de saknade kunskap eller erfarenhet, och fann trygghet i deras bemötande. I övrigt var operationsundersköterskan den yrkeskategori som flest informanter vände sig till.

*Jag har fortfarande inte varit med på alla operationer vi har här, men tycker ändå att jag känner mig väldigt trygg på de flesta... om jag skulle gå in på något jag inte känner till så känner jag mig trygg ändå för jag vet att vi har bra operatörer. Jag kan fråga om hjälp från vem som helst och det ger väldigt mycket trygghetskänsla. Man känner att man inte behöver vara rädd för att fråga. (Informant 1)*

*Tryggheten handlar mycket om vilken undersköterska jag har... med en erfaren undersköterska kan jag luta mig helt och hållet mot den... och fråga om saker som ligger utanför deras område egentligen. (Informant 8)*

## Stress

Den första yrkesverksamma tiden beskrevs utifrån olika upplevelser av stress. Stressen var bland annat knuten till en känsla av tvivel på den egna förmågan och att inte räckta till för att möta arbetsuppgifternas krav. Samtidigt kunde tillfredsställelsen och glädjen över arbetet göra att informanterna valde att pressa sig själva till att hantera stressen för att kunna komma vidare.

*... det har funnits stunder då man känt sig stressad och pressad... ibland tvivlar man på sin förmåga... det är väldigt givande också... man får pressa sig själv och komma ett steg längre. (Informant 7)*

Somliga informanter beskrev stressen utifrån att det på ett organisatoriskt plan inte alltid fanns utrymme för nytexaminerad personal. En del verksamheter verkade dessutom sakna fungerande rutiner för att introducera nytexaminerad personal i deras nya yrkesroll, vilket medförde en stress över att bara ”flyta runt” utan struktur. Verksamheternas omgående behov av personal gjorde att informanterna upplevde en outtalad förväntan på snabb adaptering och att så fort som möjligt bli en tillgång för operationsteamet.

... det gavs tid att man skulle få vara ny, men det fanns en slags förväntan att man väldigt snart skulle ta över, komma in och bli en resurs... det låg hela tiden i luften att man skulle vara redo ganska snart. (Informant 6)

## *Kommunikation*

Tydlighet, såväl från operatören som från operationssjuksköterskan själv, beskrivs av flera informanter som nödvändigt för att få kommunikationen att fungera. Tydlighet från operatören om skeenden i operationsgången och behov av instrument, skapade förutsättningar för informanterna att ha framförhållning i sitt arbete. Samtidigt betonade informanterna även vikten av tydlighet hos operationssjuksköterskan. Genom att vara öppen kring sin kunskap eller okunskap upplevde informanterna att operatörerna anpassade sina förväntningar på såväl kommunikation och samarbete därefter. En välfungerande kommunikation beskrevs av flertalet informanter som ett tillstånd av ”flyt” eller ”flow”. ”Flytet” var nära förknippat med arbetsglädje och ett friktionsfritt samarbete med övriga yrkeskategorier på operationssalen. I situationer när ”flytet” förekom beskrev några informanter en upplevelse av att samtliga i operationslaget drog åt samma håll, utan att det krävde verbala uppmaningar. En informant påpekade att det var omöjligt att avgöra vad som avgjorde om ”flyt” infann sig eller inte, men att hon kände att alla i operationslaget uppskattade när ”flytet” väl var närvarande. I andra delen av spektrat beskrev informanterna stress och otydlighet som bakomliggande faktorer till att kommunikationen mellan dem och operatören brustit. Otydligheterna avsåg både verbal och skriftlig kommunikation, där mummel bakom munskydd och ofullständigt ifyllda operationsanmälningar lett till både missförstånd och dubbelarbete. Följande fyra kategorier framkom under analysarbetet: *stå för sin kunskap, stress, otydlighet och praktiska hinder för kommunikationen.*

### *Stå för sin kunskap*

Genom att stå för sin kunskap upplevde informanterna att de blivit respekt- och hänsynsfullt bemötta av operatörerna. Informanterna ansåg att det var till deras fördel att inte låtsas ha kunskap om något som egentligen var okänt för dem. En rak och tydlig kommunikation där man förklarade sina kunskapsmässiga begränsningar för operatörerna underlättade arbets-situationen. Flera informanter framhöll att de i början av sin tid som operationssjuksköterskor

passade på att fråga operatörerna mycket för att snabbare fylla sina kunskapsluckor. Informanterna uttryckte även uppskattning för de operatörer som tog sig tid att berätta om operationsgången när de saknade tidigare erfarenhet av ingreppet.

*... jag har ofta sagt... 'jag är ny här och jag har inte varit på detta så berätta för mig vad du gör... och jag vill ha konstruktiv kritik'... och då har de alltid varit så att 'nu gör vi det här 'och berättar gången i operationen... att jag förstår när saker kommer att hända... då är det sjukt mycket lättare än om det är helt tyst.*  
(Informant 6)

## Stress

Informanterna lyfte fram stress hos operatören som en bidragande faktor till att kommunikationen brustit. Stressen bidrog också till att några informanter kände att de inskränkte sin egen kommunikation, och istället höll sig tysta. En informant beskrev att hon vid för operatören stressiga situationer försökte hålla sig i bakgrunden, men samtidigt vara behjälplig utan att ”störa”. Några informanter upplevde sig som osäkra i stressiga arbets-situationer som medfört att operatörernas kommunikation blivit otydlig. Informanterna pekade på sambandet mellan att vara ny i yrkesrollen och därmed osäker. Otydlighet från operatörernas sida förstärkte den redan befintliga osäkerheten, och kunde i förlängningen medföra att fler fel begicks, med risk för patientsäkerheten. Några informanter beskrev hur de upplevt att operatörerna i stressade arbetssituationer tenderade att glömma bort att de var nyutexaminerade operationssjuksköterskor och i fortsatt behov av guidning för att kunna bistå dem efter bästa förmåga.

*... när de blir stressade... när det är akuta situationer... de får tunnelseende... då glömmet de direkt att jag är ny... de förväntar sig att jag ska veta vad jag ska göra... och det är inte säkert att jag gör det... hade de bara varit tydliga i sin kommunikation då... men det blir rätt så fräsig. (Informant 8)*

## Otydlighet

Flertalet informanter beskrev att otydligheter förekom även i den skriftliga kommunikationen, som t ex i operationsanmälan. Bristfälligt ifyllda operationsanmälningar där väsentlig information utelämnats angavs av informanterna som källor till förvirring, dubbelarbete och slöseri med tid. Några informanter ansåg att det fanns en ovilja hos somliga operatörer att fylla i operationsanmälningarna på rätt sätt, trots att de vid flertalet tillfällen blivit kritiserade för sin otydlighet. En informant upplevde att den preoperativa förberedelseprocessen blev lidande när operationsanmälan inte varit komplett.

*... när de inte skrivit särskilt tydligt i operationsanmälan vad de vill förbereder man allting utifrån vårt metodkort... sen kommer doktorn och så är det fel på upplägget... vi har fel saker framme och så blir allt fel, så blir de sura och så tar det jättelång tid. (Informant 2)*

### *Praktiska hinder i kommunikationen*

Merparten av informanterna upplevde att det ofta förelåg rent praktiska hinder för en tydlig kommunikation med operatören, bland annat genom mummel, för låga röstlägen eller röster som dämpats bakom munskydd. Operatörer som mumlade eller talade lågt var många gånger ovilliga eller oförmögna att ändra sitt beteende, trots att informanterna upplevde dem som irriterade över att inte bli förstådda. Det förelåg en övergripande problematik i att somliga operatörer verkade sakna insikt i hur deras mummel eller ohörbara röster påverkade deras möjligheter att få god assistans av operationssjuksköterskan. En informant beskrev att en ny sorts hjälm med ventilationsfunktion börjat användas vid somliga ortopediska ingrepp på hennes operationsavdelning. Hjälmen kunde bidra till missförstånd eftersom operatören och operationssjuksköterskan fick svårare att höra varandra om de inte anpassade sig till situationen och höjde rösterna. Att inte höra vad operatören sade eller ständigt behöva be om ett förtydligande kunde ibland skapa en spänd stämning som påverkade samarbetet negativt.

Vid ingrepp med fler än en operatör upplevde somliga informanter att det var svårt att känna delaktighet i samtalet. Kommunikationen begränsades eller haltade genom att informanterna stod lite på avstånd, inte blev direkt tilltalade och att de inte kunde uppfatta konversationen som operatörerna förde med varandra.

*... när de står och pratar med varandra under munskyddet ...de pratar jättelågt och man ser ingenting... då är det ju jättesvårt att vara med, särskilt när man inte känner att man kan ingreppet... för då vet jag ju inte vad som händer och... det hände egentligen ingenting mer än att jag kände att jag inte gjorde ett bra jobb. (Informant 6)*

## **Samarbete**

Samtliga informanter belyser hur de upplevt ett nära samband mellan god kommunikation och ett samarbete som fungerar för alla på operationssalen. Samarbetet präglades också till stor del av stämningen som råder på salen, och hur varje enskild person i teamet ställer sig till samarbetet. Konsensus rådde bland informanterna kring att en positiv grundinställning till samarbetet med de andra yrkeskategorierna var avgörande för samarbetets utfall. I motsats till detta beskrev en informant att hon upplevde att den gemensamma arbetsinsatsen påverkades negativt av jakten på prestige som hon uppfattat att en del kollegor hänger sig åt.

Informanternas upplevelser av den förmodade uppfattningen om operationssjuksköterskan som ledare på operationssalen skiljde sig åt. För somliga informanter var en ensam ledarroll direkt främmande, och såg istället ledarskapet som delat med anestesijuksköterskan. Några informanter upplevde ledarrollen som begränsad, obekvämlig eller ofrivillig, medan en informant aktivt klev in i en ledande position på operationssalen. Inom detta område framkom fem kategorier under analysarbetet: *attityder, kollektivt eller delat ledarskap, individualism, motvilligt ledarskap och självvalt ledarskap*

## **Attityder**

Flertalet informanter uttryckte förståelse för att kollegor av olika anledningar kunde vara på dåligt humör. De underströk dock samtidigt att det inte medförde att de accepterade att behöva bli dåligt bemötta. Somliga informanter beskrev att de aktivt arbetade med att själva ha en positiv attityd till samarbetet med andra yrkeskategorier. Den egna positiva hållningen sågs som ett stöd för att inte låta sig själv eller samarbetets utfall påverkas av någon annans dåliga attityd. En informant upplevde att en större del av hennes kollegor inom operationsverksamheten inte verkade känna arbetsglädje. Hon beskrev en förhoppning om att kunna

sprida sitt goda humör till dem. Samtidigt hade hon lite till övers för operatörer som på grund av stress utsatt henne både för frustration och ett dåligt bemötande.

*... många är inte glada, vilket är synd... jag tänker inte gnälla, tänker vara glad... till slut kanske det påverkar andra... när de är stressade för att det blir svårt kan de bli jättesura...otrevliga... och sprida galla omkring sig... gäller att inte ta åt sig... det är inte okej att de betar sig så. Jag vägrar ta det personligt. (Informant 3)*

### *Kollektivt eller delat ledarskap*

Flertalet informanter sade sig inte ha upplevt operationssjuksköterskan som ensamt ledande profession på operationssalen. Ledarskapet beskrevs snarare som gemensamt. Många informanter poängterade att det snarare var laginsatsen som var det viktiga, än vem som var utpekad ledare. En av informanterna som inte tyckte sig kunna redogöra för att någon specifik yrkeskategori tog ansvar för ledarrollen, ansåg att ledarskapet var flytande över yrkeskategorierna. Genom att varje yrkeskategori på operationssalen tog ansvar för och var införstådda med sina arbetsuppgifter beskrev informanten att det inte behövdes någon verbal styrning från någon av professionerna. Däremot upplevdes operatören i viss mån som ledare på operationssalen, men detta först efter att operationen påbörjats.

*... tycker inte att vi har några definitiva ledare... här arbetar man tillsammans...är det någon jag tycker är ledare på operationen... när operationen börjat... då är det ju operatören... annars tycker jag inte att vi har någon ledarroll. (Informant 1)*

Ledarskapet sågs av några informanter som delat med anestesijuksköterskan. Tillsammans fattade de beslut som rörde patienten, t ex hur uppläggnings av patienten på operationsbordet skulle ske eller när nästa patient skulle hämtas in till salen. Informanterna kände inte igen sig i hur den teoretiska kurslitteraturen beskrev att operationssjuksköterskan ensam skulle leda arbetet på operationssalen.

*... det är inte som det beskrivs... att vi äger salen... det är ett samarbete med narkosköterskan... teamarbete. (Informant 2)*

## *Individualism*

Majoriteten av informanterna var överens om att samarbetets utfall var sammanbundet med enskilda individers inställning till samarbete. De upplevde inte att inställningen till samarbete var knuten till vilken profession man tillhörde, utan att det framförallt var en inställning som låg på det personliga planet hos varje individ. En informant tyckte sig ha sett skillnader i inställningen till samarbete mellan yngre och äldre operatörer, och uttryckte att den föreföll generationsbunden.

*... jag tycker att det märks lite skillnad på generationer...att den yngre generationen kanske samarbetar lite bättre...att man tar lite mer hänsyn till varandra. (Informant 6)*

En annan informant upplevde att för hårddragen individualism fick negativa konsekvenser för samarbetet. Informanten beskrev hur somliga kollegor verkade prioritera sina personliga målsättningar framför gruppen insats, vilket var något hon relaterade till kulturen på arbetsplatsen. Genom att vissa kollegor snarare såg till den personliga agendan än samarbetet med andra yrkeskategorier på operationssalen, ansåg informanten att patienten inte gynnades på bästa sätt.

*... tror det är för att det är ett högprestigesjukhus... individualismen ska fram till varje pris... är du bara tillräckligt kompetent, känd eller erfaren så får man göra som man vill... jag tror det är farligt i en organisation. (Informant 2)*

## *Motvilligt ledarskap*

Ledarrollen upplevdes av vissa informanter som obekväm och ofrivillig. Att behöva be om material eller tillrättavisa kollegor att hålla distansen till sterila områden var något som dessa informanter såg som problematiskt. Även insikten om att vara den på operationssalen med minst erfarenhet gjorde att några informanter upplevde sig vara i underläge gentemot de andra yrkeskategorierna. Upplevelsen av ett ofrivilligt ledarskap förstärktes bland annat i situationer när de rådfrågats av kollegor. Informanterna relaterade känslan av press på att fatta beslut till



att kollegorna förväntade sig att de skulle ta på sig ledarrollen, även om de var nyutexaminerade och oerfarna.

En av informanterna beskrev känslan av att vara obekvämt utifrån att hon inte var van vid att inte kunna ”serva” sig själv, och att hon ville undvika att uppfattas som domderande. Samtidigt tillstod hon att det föll sig naturligt för operationssjuksköterskan att delvis vara ledande genom att ha en övergripande blicken av operationssalen.

*... även om operatören har sitt område så har jag mitt område och de lyssnar på en om man säger 'Nej, gå inte där... rör inte där'...så den ledarrollen har man hela tiden. Man har även blicken över salen och ser till att folk inte flyttar sig utom ramarna... ledare är jag över på vilket ställe folk ska vara... det var jättesvårt i början. Den rollen har jag inte haft tidigare på mina arbeten, så... det var jättesvårt i början. Man begär grejer hela tiden... det är ganska jobbigt... Vissa saker har jag svårt att vänja mig vid... att hela tiden säga till vad man ska ha... är van att ta själv. Domdera... det är inte min grej, men sen har jag lärt mig att säga till på det sättet som jag vill säga till på.*  
(Informant 4)

### *Självvalt ledarskap*

Endast en informant upplevde ledarrollen som ett självpåtaget ansvar, och särskilde sig därför från de övriga informanterna. Genom att känna en förväntan från övriga yrkeskategorier på operationssalen att hon som operationssjuksköterska skulle anamma en samordnande funktion, gick hon aktivt in i ledarrollen. Ledarrollen omfattade även en social aspekt, i att se till att kollegorna trivdes på salen för att underlätta samarbetet. Vid pressade operations- scheman eller akuta situationer med stort behov av att inte förlora tid, tog informanten på sig ansvaret för att styra upp samarbetet.

*Jag är den som håller ihop det... som flörtar med undersköterskan... är bra med kirurgerna ... kollar lite på narkos..... det förväntas att jag ska veta det mesta... därför gör jag det .. jag lägger upp planen på morgonen med den som passar*

*på sal och narkosen... att man känner sig som ett team. Där känner jag att man måste ta på sig ledarskorna. (Informant 7)*

Informanten upplevde att många kollegors frågor gick genom henne som operationssköterska, vilket medförde att hon såg till att hålla sig uppdaterad om verksamheten både utanför och inne på salen. Ledarrollen underlättades genom att hon på så vis skapat sig en övergripande blick, och på ett smidigare sätt kunde samordna yrkeskategoriernas insatser.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Graneheims och Lundmans (2004) innehållsanalys är en induktiv metod, som medför att analysen av texterna är förutsättningslös, och baseras på informanternas enskilda berättelser. Induktiv metod innebär att man utifrån enskilda fall önskar att utveckla en generell uppfattning om ett fenomen, som i studiens fall avsåg nyutexaminerade operationssjuksköterskors upplevelser från de första två yrkesverksamma åren (Malterud, 1998). För att beskriva olika aspekter av tillförlitlighet gällande kvalitativ forskning används begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Studiens pålitlighet baseras bland annat på en konsistent insamling av data, där insamlingsprocessen förlöpt på ett likartat sätt i intervjusituationerna. Författarna valde därför att ställa de öppna frågorna i intervjuerna i samma ordning, och använda en intervjuguide för att täcka samtliga områden under alla intervjuer. Graneheim och Lundman (2004) pekar även på att för att stärka pålitligheten i en studien krävs även stringens, det vill säga en klarhet och logik, i resultatanalysen (a.a.). I föreliggande studie har de områden som avsågs att undersökas presenterats på likartade sätt i såväl resultat som i resultatdiskussion, för att på så sätt skapa en logisk disposition.

Trovärdigheten av forskningsresultatet innefattar hur väl teman och kategorier täcker det som avsågs undersökas. Trovärdigheten avser även hur väl författarna uppmärksammat och bedömt skillnader och likheter i det insamlade materialet, vilket diskuteras i studiens resultatdiskussion. För att stärka trovärdigheten kan citat från informanterna användas för att belysa fenomen som framkom i studien (a.a.). Författarna vill här påpeka sin medvetenhet om att informant 5 inte representeras av något citat i resultatpresentation. Informanten är dock väl

representerad i studien genom den löpande resultattexten, samt genom övriga informanternas citat. Citaten ansågs vara likvärdiga i uttrycken, med distinktionen att informant 5 uttryckte sig i längre, och mer generella termer. Författarna valde därför att inkludera andra informanternas citat som uttryckte likvärdiga beskrivningar av fenomen, om än i mer koncentrerat format.

Med överförbarhet avser Graneheim och Lundman (2004) i vilken utsträckning studiens resultat kan överföras till andra grupper. För att uppnå överförbarhet till nya studier och situationer krävs tydlig beskrivning av urval, egenskaper hos studiens deltagare, samt hur datainsamling och analysprocess fortskridit. Överförbarheten styrks också av hur författarna väljer att presentera sitt resultat textmässigt tillsammans med för resultatet representativa citat (a.a.). Författarna presenterade således resultatet både utifrån löpande text, samt citat som ansågs vara talande för informanternas beskrivningar av sina upplevelser. Urvalets omfång och egenskaper hos studiens deltagarna har även klargjorts. Då antalet deltagare (åtta) i studien var förhållandevis lågt, föranleder det att generella slutsatser från resultatet blir svåra att dra. Författarna vill dock poängtera att informanter eftersöktes vid flertalet sjukhus i södra Sverige för att försöka säkerställa ett högre deltagarantal, men att få informanter fanns att tillgå.

Vid bearbetning av insamlat material bör man som författare vara medveten om den förförståelse man sedan tidigare bär med sig (Widerberg, 2002; Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Förförståelsen innebär en viss insikt eller kunskap om det fenomen som avses att studeras. Fenomenet kan därför bli betraktat genom författarnas redan fastslagna referensramar, vilket medför en risk för att tolkningarna av informanternas svar blir färgade av författarnas tidigare erfarenheter (a.a.). Granskär och Höglund-Nielsen (2008) citerar Husserl som skriver ”*En stor kunskapsteoretisk skiljelinje kan dras mellan beskrivning och tolkning*” (Husserl, 1995) och menar att Husserl tänker sig ett slags rent medvetande och en möjlighet att sätta sin förförståelse, det vill säga den egna förutfattade meningen om det som studeras, åt sidan (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, s 86). Granskär och Höglund-Nielsen (2008) beskriver vidare att det subjektiva forskningsperspektivet utgör grunden för forskarens intresse att studera ett särskilt område. Att reflektera över den egna subjektiviteten krävs för att inte fastna i förutfattade uppfattningar, och hindras från att se området med nya ögon. Den tidigare kunskapen om fenomenet diskuterades därför av författarna sinsemellan för att

synliggöra förförståelsens omfattning. Båda författarna till studien är operationssjuksköterske-studenter som just nu genomgår den utbildning som informanterna själva gått för inte särskilt längesedan, och därför delas en gemensam teoretisk bakgrund. Författarna har också under totalt femton veckor praktiserat i den verksamhet som informanterna talar om, även om omfattningen av erfarenheterna är begränsade.

Som författare gör man genom analysprocessen en viss tolkning av informanternas svar, och därmed föreligger det en risk att tolkningen blir en missförståelse av det som blivit sagt (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Genom att bryta ner intervjumaterial i kortare, mindre omfångsrika enheter ökar också risken för att helheten går förlorad, vilket ställer krav på författarna i hanteringen av materialet (a.a.). Båda författarna var därför delaktiga i urvalsprocessen av de meningsbärande enheterna. Det transkriberade intervjumaterialet lästes separat av respektive författare, varefter författarna enskilt strök under de delar av materialet som ansågs svara mot studiens syfte. Genom ett sådant förfaringsätt kunde författarna oberoende av varandra skapa sig varsin initial uppfattning av intervjumaterialet. Därefter följde en gemensam diskussion kring vilka de slutgiltiga meningsbärande enheterna skulle vara, samt deras omfång.

Inom den hermeneutiska fenomenologin beskrivs kunskapsbildning som en växelverkan mellan förståelsen av varje enskild del och helheten av forskningsmaterialet (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008; Olsson & Sörensen, 2011). Som författare bör man vara medveten om att den tolkning man gör efter genomgången analysprocess inte kan mynna ut en definitiv sanning, utan att det stannar vid en beskrivning eller tolkning utav informanternas upplevelser (a.a.).

Intervjuerna av informanterna skedde med inspelning på diktafon, vilket medförde både för- och nackdelar som författarna tog i beaktande. Genom att spela in intervjuerna kunde de i efterhand transkriberas ordagrant, och det fanns även möjlighet att åter lyssna på informantens tonfall och ordval. Olsson och Sörensen (2011) lyfter fram att ett ordagrant, transkriberat material minskar risken för missuppfattningar angående vad som blivit sagt. Under intervjuerna kunde informanten ges full uppmärksamhet, då författarna inte behövde fokusera på att fortlöpande föra anteckningar. Nackdelar var att en del informanter eventuellt

upplevde det som obehagligt och hämmande att bli inspelade, samt att det alltid förelåg en risk för tekniskt haveri.

Polit och Beck (2006) belyser det faktum att intervjustudier är en mer tidskrävande form av studie i jämförelse med t ex enkäter. En intervjustudie innebär att tid behöver avsättas för transkribering och den påföljande analysen kräver även den i regel mer tid (a.a.). I planeringsskedet av studien togs detta i beaktande och transkriberingen av samtliga intervjuer prioriterades att slutföras fortlöpande allt eftersom intervjuerna genomförts. Fördelar med att intervjua informanterna istället för att genomföra studien via enkäter/svarsformulär sågs i att informanterna inte skulle känna sig låsta vid på förhand framtagna svarsalternativ. Intervjuformatet gav också möjlighet att ställa följdfrågor i förtydligande syfte

Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) menar att separata analyser av materialet, vid studier med mer än en deltagande författare/forskare, kan stärka studiens resultat. De meningsbärande enheterna valdes därför ut gemensamt med hänsyn till att svara mot studiens syfte, och för att skapa en utgångspunkt inför det vidare analysarbetet. Kondensering, kodning och förslag på subkategorier gjordes därefter av respektive författare, och diskuterades i jämförande syfte. De slutgiltiga kategorierna fastslogs av författarna tillsammans efter jämförelser av de meningsbärande enheternas koder.

Polit och Beck (2006) belyser i linje med Granskär och Höglund-Nielsen (2008) att författarna ställs inför en utmaning när det kommer till sammanställningen av intervju-materialet till en begriplig massa. Det faktum att författarna sällan kan inkludera mer än ett fåtal exempel av sin data, i form av t ex citat, kan medföra att kontentan av datan kan bli svår att beskriva (a.a.). Stor omsorg lades därför ner för att välja ut citat som uppfattades som representativa för vad flertalet informanter uttryckt, om än på olika sätt.

Det bör också lyftas fram att det var första gången som författarna genomförde en intervjustudie, vilket också kan ha påverkat intervjuernas utfall. En forskare med större erfarenhet att intervjua skulle eventuellt ha ställt andra öppna frågor och följdfrågor för att få ett mer omfattande material. Widerberg (2002) lyfter fram att ett vanligt förekommande problem hos den oerfarne intervjuaren är att fokus hamnar på den egna prestationen istället för informanten. Problematiken grundas i en oro över att inte kunna hantera den ovana

situationen tillräckligt väl. Konsekvensen kan bli svårigheter att ta in det som informanten faktiskt uttrycker. Att göra en eller flera provintervjuer underlättar intervjusituationen, och möjliggör för författarna att efteråt diskutera vad som upplevdes gå bra respektive mindre bra (a.a.). I linje med Widerbergs (2002) rekommendationer genomfördes en provintervju med båda författarna närvarande.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med studien var att undersöka upplevelserna av erfarenhet, kommunikation och samarbete hos operationssjuksköterskor som varit yrkesverksamma mellan sex månader och två år, för att därefter kunna beskriva eventuella likheter och skillnader. Resultatet presenterades uppdelat utifrån dessa tre områden och diskuteras således på samma sätt.

### *Erfarenhet*

Erfarenhet, eller frånvaro av erfarenhet, upplevdes på olika sätt vara en fördel i den nya yrkesrollen. Genom sina olika förutsättningar skapade informanterna strategier som hjälpte dem att ta sig an den nya yrkesrollen. En genom erfarenhet förutsättningslös inställning till operationssjuksköterskeyrket möjliggjorde att en helt egen uppfattning om yrket och dess innebörd kunde ta form. Detta fynd pekar på motsatsen till resultatet av en australiensisk studie av Gillespie, Wallis och Chaboyer (2008). I studien gav de deltagande operationssjuksköterskorna uttryck för att deras anpassning till de förväntningar som fanns på operationssjuksköterskans yrkesroll, bland annat var relaterad till tidigare erfarenhet av operationssjuksköterskeyrket och operationsvärlden. Studien skildrar operationsvärlden som präglad av en kultur som ”*sitter i väggarna*” och där förväntningarna på respektive yrkeskategori är väl cementerade (a.a.). Att ha skapat en egen uppfattning om operationssjuksköterskans yrke och dess innebörd utan att bygga dessa kring tidigare erfarenheter, skiljer sig därför från fynden i studien av Gillespie, Wallis och Chaboyer (2008). Anpassningen till den nya yrkesrollen skedde därmed på andra premisser, vilket kan tyda på att det bland nyutexaminerade operationssjuksköterskor förekommer olika strategier för att hantera verksamhetens förväntningar.

Tidigare arbetslivserfarenhet från tiden som allmänsjuksköterska framhövdes i studien som en annan positiv komponent i hanteringen av den nya yrkesrollen. Självkänedom om det egna sättet att reagera inför stress var något som kom väl till pass för att hantera stressiga situationer som nyutexaminerad operationssjuksköterska. Förmågan att omsätta och överföra tidigare erfarenheter till den nya yrkesrollen var avgörande för att skapa en strategi där lugnet bevarades. Detta är i linje med Benners (1993) beskrivning av novisen och den avancerade novisen. Benner pekar på det moment 22 som noviser ställs inför när de saknar erfarenhet, och samtidigt förväntas hantera okända situationer. Benner (1993) framhäver dock att novisen med erfarenhetsutveckling och tidens gång kan skapa sig olika strategier för att hantera det som tidigare var okänt. Den avancerade novisen har däremot förmågan att ha en handlingsberedskap utifrån viss tidigare erfarenhet från olika likartade situationer (a.a.). Fynden korrelerar också med en taiwanesisk studie av Chen et al. (2009) som bland annat undersökte sjuksköterskors strategier för att hantera stress. Sjuksköterskorna i studien tjänstgjorde på operationsavdelningar, men var inte utbildade operationssjuksköterskor då utbildningssystemen i Taiwan och Sverige skiljer sig åt. I studien deltog 121 sköterskor med tjänstgöring på operation, och med minst sex månaders arbetslivserfarenhet. Sjuksköterskorna framhöll vikten av att ha en strategi för stresshantering, eftersom såväl arbetsmiljö som upprätthållandet av patientsäkerheten sågs som stressorer. Det var framförallt patientsäkerheten som sköterskorna ansåg hotades när de inte klarade av att det pressade arbetsituationen. Chen et al. (2009) föreslår i studiens konklusion att operationsverksamheter bör förse sin personal med kurser för utvecklandet av exempelvis självkänslan, för att på så sätt stärka deras hantering av stress. Detta är något även författarna till denna studie anser vara rimligt, eftersom det är troligt att inte samtliga nyutexaminerade operationssjuksköterskor har en färdig strategi för att hantera den stress som arbetet genererar.

Vidare beskrev flertalet informanter att tryggheten i den nya yrkesrollen upplevdes på olika sätt. Trygghetskänslan beskrevs bland annat som knuten till bemötandet och stöttningen från kollegorna i operationsteamet. I Rasmussen och Torjuuls studie (2012) intervjuades operationssjuksköterskor med ett till trettioåttå års erfarenhet. De mer erfarna operationssjuksköterskorna belyste hur det med tidens gång växt fram en tilltro på den egna förmågan och kunskapen, vilket skapade en trygghet som härstammade från dem själva. Tryggheten hjälpte dem även att fatta beslut i oväntade situationer när det inte alltid fanns möjlighet att rådgöra med kollegor (a.a.). Det föreligger därför en skillnad mellan de nyutexaminerade

operationssjuksköterskorna i denna studie, och de mer erfarna operationssjuksköterskorna i Rasmussens och Torjuuls (2012) studie. Som nyutexaminerad var tryggheten i större utsträckning sammanbunden med relationerna till övriga yrkeskategorier på salen, medan tryggheten hos de erfarna sköterskorna snarare var kopplad till en medvetenhet om att den egna förmågan att klara av situationer.

### *Kommunikation*

Stress lyftes fram som en bidragande faktor till att kommunikationen brast. Stressen påverkade operatör och operationssjuksköterskan på olika sätt. Oförutsedda skeenden i operationsgången medförde en stress hos somliga operatörer som i samband med detta glömde bort att operationssjuksköterskan på salen var nyutexaminerad. Kommunikationen blev lidande genom att operatören inte längre verkade vara medveten om att operationssjuksköterskan trots stressen behövde fortsatt verbal guidning och återkoppling på grund av sin oerfarenhet. Samtidigt upplevde operationssjuksköterskorna en stress över att inse att kommunikationen börjat halta och att de inte längre kunde förlita sig på samma verbala stöd från operatören. Fynden korrelerar med en tidigare studie av Rasmussen och Torjuul (2012) där norska operationssjuksköterskor upplevde att oväntade situationer utlöste stress på grund av att kommunikationen inte längre fungerade. Operationssjuksköterskorna pekade på vikten av att i oväntade situationer kunna lita till den egna kunskapen, då det inte alltid finns möjlighet att rådfråga operatören och att vissa beslut behöver fattas omgående (a.a.). Som nyutexaminerad operationssjuksköterska riskerar man därför att hamna i en svår sits när erfarenheten inte räcker till för att agera hastigt i oväntade, och dessutom kanske okända, situationer. Kommunikationen med operatören behöver fungera även när yttre faktorer som stress är närvarande för att samarbetet inte ska bli lidande. Fynden korrelerar även med resultaten i en kanadensisk studie av Higgins och McIntosh (2010). I linje med informanternas upplevelser om behov av verbal guidning i stressiga situationer, beskrev de tio operationssjuksköterskorna i den kanadensiska studien att stressen dessutom ackumulerades när operatörerna inte talade om vilket instrument de ville ha, utan nöjde sig med att tysta hålla fram händerna (a.a.).

Även praktiska hinder, som mummel bakom munskydden och låga röster, visade sig bidra till otydlighet och brister i kommunikation med operatören. En amerikansk studie av Greenberg



et al. (2007) belyser att kommunikationsbrister är ett vanligt förekommande problem inom operationsvärlden, som i värsta fall kan leda till att patienten kommer till skada. Enligt studien uppstår kommunikationsbrister framförallt i den muntliga överföringen mellan sändare och mottagare, där operatörerna var den yrkeskategori med inblandning i de flesta fallen (a.a.). Vid första anblicken verkar praktiska kommunikationshinder kunna avhjälpas relativt lätt. Operatörer som pratar för tyst eller mumlar behöver medvetandegöras om sitt sätt att kommunicera och därefter göra en aktiv förändring i attityden till kommunikation. Det kräver dock öppenhet och mod från en nyutexaminerad operationssjuksköterska att påpeka bristande kommunikationsförmåga hos en kollega, då man som oerfaren och ny i operationsteamet kan uppleva sig vara i en utsatt situation.

### *Samarbete*

I studien framkom det att operationssköterskorna upplevt att det förelåg en person- eller generationsbunden skillnad i samarbetet med äldre och yngre operatörer. Samarbetet med de yngre operatörerna flöt mer friktionsfritt, och innehöll ett större mått av hänsynsfullhet. Författarna till studien tolkar det utifrån resonemanget att det med tidens gång skett en förändring i attityden till samarbete. Äldre operatörer som under större delen av sin yrkeskarriär arbetat i en mer utpräglad hierarkisk verksamhet där operatörens ord "*varit lag*" kan ha anpassat sig till det sättet att arbeta. Vårdutbildningar idag, så som läkar- och sjuksköterskeprogrammen, poängterar aktivt vikten av samarbete mellan yrkeskategorierna för att förbereda studenterna inför arbetslivet. Corbett (2009) definierar det vårdrelaterade samarbetet som en sammansättning kollegor som bekräftar varandras bidrag till gruppen. Vidare beskrivs hur samarbetet på operationssalen av tradition varit präglad av hierarkiska tendenser, vilket kan förhindra att respektive yrkeskategoris insats värdesätts (a.a.). Även om informanterna i föreliggande studie påpekar att de upplevt inställningen till samarbete som personbunden, kan tvärprofessionell färdighetsträning rimligen fylla en funktion i dagens vårdutbildningar. Genom att öva samarbete kan förståelse och respekt för varandras ansvarsområden byggas upp, och förmodligen skapa en mer jämlik inställning till respektive professions roll i operationsteamet.

I studien betonade informanterna vikten av samarbete framför individuella insatsen. Även Gillespie, Gwinner, Chaboyer och Fairweather (2013) pekar på betydelsen av ett

väl fungerande samarbete på operationssalen. I deras studie beskrivs operationssalen som en av de farligaste miljöerna på ett sjukhus, där konsekvenserna för fel är höga trots den relativt låga förekomsten av skador (a.a.). Samarbete på salen benämns som i allt större utsträckning avgörande för patientsäkerheten (Awad et al., 2005). I en amerikansk studie av Awad et al. (2005) undersöktes det nära sambandet mellan kommunikationen på operationssalen och utfallet av samarbetet. Samtliga yrkeskategorier övade genom rollspel olika sätt att verbalt uppdatera varandra om vad som skedde på operationssalen, så kallad ”*briefing*”. På så sätt kunde operationslaget bilda sig en gemensam uppfattning av samarbetets karaktär och förväntningarna på samarbetet blev mer likartade. Det blev till en fördel för operationslaget när de skulle skapa en struktur för sitt samarbete. Två månader efter att operationslaget genomgått rollspelsövningarna gjordes en uppföljning med hjälp av frågeformulär. Kommunikationen inom operationslaget visade sig ha ökat, vilket ansågs ha en positiv effekt på patientsäkerheten (a.a.). Liknande fynd återfinns i studien av Gillespie et al. (2013), som lyfter fram att en öppen diskussion om såväl samarbete som förväntningarna teamet har på samarbetets karaktär bör främjas från verksamhetens ledning.

En amerikansk studie av Forse et al. (2011) undersökte hur samarbetet mellan samtliga yrkeskategorier på operationssalen påverkades av kontinuerliga samarbetsövningar. Övningarna skedde under två månaders tid. Resultatet i studien påvisade att nio månader efter avslutad utbildning hade förbättringar både gällande samarbete och kommunikation skett. Även om samarbetsövningarna gynnade samarbetet på operationssalen, var konklusionen att de behövde genomföras regelbundet för att bibehålla sina goda effekter (a.a.).

## **Konklusion och implikationer**

Ytterligare studier skulle behövas i ämnet som inte utforskats i någon större omfattning sedan tidigare, och få referensartiklar återfunnits vid databassökningar. Antalet informanter i studien var också lågt. Studien skulle kunna genomföras som en del av en långtidsstudie. En uppföljande studie hade kunnat undersöka hur informanterna fortsatt sin erfarenhetsutveckling, och hur upplevelserna av kommunikation och samarbete skiljer sig åt mellan nyutexaminerade och mer erfarna operationssjuksköterskor. Väl fungerande kommunikation och samarbete visade sig vara grundstenar i de nyutexaminerade operationssjuksköterskornas trygghetskänsla, både på ett individuellt plan och ur patientsäkerhetssynpunkt. De var också

bidragande faktorer till att informanterna i studien upplevde arbetet som tillfredsställande. Tvärprofessionell färdighetsträning, eventuellt redan under utbildningstiden, hade kunnat underlätta såväl kommunikation som samarbete på operationssalen.

## Referenser

- Awad, S.S., Fagan, S.P., Bellows, C., Albo, D., Green-Rashad, B., De La Garza, M. & Berger, D.H. (2005). Bridging the communication gap in the operating room with medical team training. *The American journal of surgery*. 190, (5), 770–774
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Studentlitteratur: Lund
- Bull R. M. & Fitzgerald, M. (2004). The invisible nurse - behind the scenes in an Australian OR. *Association of perioperative registered nurses journal*, 79, (4), 810, 813-818, 821-823
- Chen, C.K., Lin, C., Wang, S.H. & Hou, T.H. (2009). A study of job stress, stress coping strategies, and job satisfaction for nurses working in middle-level hospital operating rooms. *The journal of nursing research*, 17 (3), 199-211
- Coe, R. & Gould, D. (2008). Disagreement and aggression in the operating theatre. *Journal of advanced nursing*, 61 (6), 609-18
- Corbett, S. (2009). Teamwork: how does this relate to the operating room practitioner? *Journal of perioperative practice*, 19, (9), 278-81
- Forse, R. A., Bramble, JD. & McQuillan, R. (2011). Team training can improve operating room performance. *Surgery*, 150, (4), 771-778
- Gardezi, F., Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Orser, B. & Baker, R. G. (2009). Silence, power and communication in the operating room. *Journal of advanced nursing*, 65, (7), 1390–1399.
- Gillespie, M. B., Chaboyer, W., Longbottom, P. & Wallis, M. (2010). The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 47, (6), 732–741

- Gillespie, M. B., Chaboyer, W. & Wallis, M. (2009). The influence of personal characteristics on the resilience of operating room nurses: A predictor study. *International journal of nursing studies*, 46, (7), 968–976
- Gillespie, B.M., Gwinner, K., Chaboyer, W. & Fairweather, N. (2013). Team communications in surgery - creating a culture of safety. *Journal of interprofessional care*, 27 (5), 387-93.
- Gillespie, M. B., Wallis, M & Chaboyer, W. (2008). Operating theater culture: implications for nurse retention. *Western journal of nursing research*, 30 (2), 259-77, 278-283
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, (2), 105–112
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur: Lund
- Greenberg, C. C., Regenbogen, S. E., Studdert, D M., Lipsitz, S. R., Rogers, S. O., Zinner, M. J., Gawande, A. A. (2007). Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *Journal of the American college of surgeons*. 204, (4), 533-40.
- Higgins, B. L. & McIntosh, J. (2010). Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. *International nursing review*, 57, (3), 321–327
- Jacobs, G. B. & Wille, R. L. (2012). Consequences and potential problems of operating room outbursts and temper tantrums by surgeons. *Surgical neurology international*, 2012, (3), 167-73.

- Kelvered, M., Öhlén, J. & Åkesdotter Gustafsson, B. (2012). Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian journal of caring Sciences*, 26, (3), 449–457
- Killen, R A. (2002). Stories from the operating room: moral dilemmas for nurses. *Nursing ethics*, 9, (4), 405-415
- Koh, R. Y. I., Park, T., Wickens, C. D., Ong, L. T & Chia, N. S. (2011). Differences in attentional strategies by novice and experienced operating theatre scrub nurses. *Journal of experimental psychology*, 17, (3), 233-246
- Kvale. S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur. Lund.
- Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2008). Kapitel 10: Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, s 159-172
- Maarjama, R. A. & Kirvelä, O. A. (2007). Who is responsible for operating room management and how do we measure how well we do it? *Acta anaesthesiaologica scandinavia*, 51, (7) 809–814
- Maguire, D. (2013). Progressive learning: structured induction for the novice nurse. *British journal of nursing*, 22, (11), 645-649.
- Makary, M.A., Sexton, B. J., Freischlag, J.A., Holzmueller, C.G., Millman, A.E., Rowen, L. & Pronovost, P.J. (2005). Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American college of surgeons*. 202, (5), 746-752
- Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Studentlitteratur: Lund

- Mills, P., Neily, J. & Dunn, E. (2008). Teamwork and communication in surgical teams: implications for patient safety in the operationg room. *Journal of the American college of surgeons*. 206, (1), 107-112
- Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K. & Youngson, G . (2010). Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *International journal of nursing studies*, 48, (7), 818-828.
- Myklestul Dävöy, G., Hansen, I. & Eide, PH. (2012). *Operationssjukvård - operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad*. Studentlitteratur. Lund
- Nestel, D. & Kidd, J. (2006). Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. *BMC nursing*, 5, (1), 1-9
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Liber AB
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. Lippincott Williams & Wilkins
- Rasmussen, G. & Torjuul, K. (2012). Å være forberedt på det uventede - operasjonssykepleieres ferdigheter i å håndtere uventede hendelser på operasjonstua. *Vård i Norden*, 106, (32), 39-43
- Riley, R. & Manias, E. (2002). Foucault could have been an operating room nurse. *Journal of advanced nursing*, 39, (4), 316–324
- SEORNA. (2011). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård*. Stockholm: Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad den 19 oktober 2013 från: [www.seorna.com/kompetensbeskrivning.aspx](http://www.seorna.com/kompetensbeskrivning.aspx)

Svensk författningssamling. (1993). 1993:100. *Högskoleförordning*. Hämtad den 19 oktober 2013 från: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Hogskoleforordning-1993100\\_sfs-1993-100/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100/)

Svensk författningssamling. (2010). 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad den 19 oktober 2013 från: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

Wauben, L.S.G.L., Dekker-van Doorn, C.M., van Wijngaarden, J.D.H., Goossens, R.H.M., Huijsman, R., Klein, J. & Lange, J.F. (2010). Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members. *International journal for quality in health care*, 23, (2), 159-166

Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning*. Studentlitteratur. Lund

World Medical Association. (2013). *WMA declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad den 11 mars 2014 från: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>



Tabell 1.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kodning	Subkategori	Kategori
<p>”... det är en trygghet som kommer med tiden. Man kan så mycket om operationsvärlden eller operationslaget och patienterna att själva operationen i sig kan vara okänd, men man känner sig trygg i alla fall” (Informant 2)</p>	<p>Trygghet genom att förstå tillräckligt mycket om operationsvärlden för att kunna hantera även okända situationer</p>	<p>Trygghet genom erfarenhet</p>	<p>Trygghet genom att erfarenheten gett en ”grund” att utgå från</p>	<p>Trygghet genom kännedom om operationsvärlden</p>