



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

OPERATIONSSJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV DEN INTRAOPERATIVA KOMMUNIKATIONEN MED ANESTESISJUKSKÖTERSKOR

- En kvalitativ enkätstudie

Malin Jönsson

Serosht Mohamad-Poor

| | |
|-------------------------|---|
| Uppsats/Examensarbete: | 15 högskolepoäng |
| Program och/eller kurs: | Specialistsjuksköterske- programmet med inriktning mot operationssjukvård/Examensarbete i omvårdnad |
| Nivå: | Avancerad nivå |
| Termin/år: | VT 2016 |
| Handledare: | Annette Erichsen Andersson |
| Examinator: | Margret Lepp |

| | |
|-------------------------|--|
| Titel (svensk): | Operationssjuksköterskors erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen med anestesisjuksköterskor |
| Titel (engelsk): | Theatre nurses' experiences of intraoperative communication with nurse anaesthetists |
| Uppsats/Examensarbete: | 15 högskolepoäng |
| Program och/eller kurs: | Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård/Examensarbete i omvårdad |
| Nivå: | Avancerad nivå |
| Termin/år: | VT 2016 |
| Handledare: | Annette Erichsen Andersson |
| Examinator: | Margret Lepp |
| Nyckelord: | operationssjuksköterska, anestesisjuksköterska, erfarenhet, kommunikation, intraoperativ, teamarbete, patientsäkerhet, vårdlidande, kvalitativ enkätstudie |

Sammanfattning

Bakgrund: En operationssal utgörs av ett multiprofessionellt team som kräver ett intimt samarbete för att säkerställa patientsäkerheten. Studier har visat att bristfällig kommunikation mellan olika yrkesprofessioner kan leda till att patientsäkerheten äventyras. För öka patientsäkerheten samt minska vårdlidande är det av betydelse att beskriva operationssjuksköterskors erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen med anestesisjuksköterskor. **Syfte:** Syftet är att beskriva operationssjuksköterskors erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen i teamet med fokus på anestesisjuksköterskor. **Metod:** En kvalitativ enkätstudie med öppna frågor har tillämpats och sammanlagt delades 20 enkäter ut på två operationsavdelningar på ett större sjukhus i Västsverige. Av de 20 enkäterna var det totalt åtta som besvarades, därefter analyserades det insamlade materialet med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. **Resultat:** Analyseringen av materialet utmynnande i tre kategorier med åtta tillhörande underkategorier. Kategorierna var: *interaktioner i teamet, relationer i teamet och organisatoriskt system*. Det framkom att operationssjuksköterskorna ansåg att den intraoperativa kommunikationen oftast fungerar bra och att en välfungerande intraoperativ kommunikation bland annat präglas av att den förs på ett rakt och tydligt sätt. Operationssjuksköterskorna beskrev dock att de ibland hörde i två olika spår med anestesisjuksköterskan, innebärande att de inte alltid var synliga och inte fick tillräckligt med plats i sin yrkesroll. **Slutsats:** Operationssjuksköterskorna i föreliggande studie belyser att en god kommunikation och ett gott samarbete är förutsättningar för ökad patientsäkerhet och minskat vårdlidande. Mer forskning behövs gällande operationssjuksköterskors erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen med anestesisjuksköterskor för att erhålla en djupare förståelse.

Nyckelord: operationssjuksköterska, anestesisjuksköterska, erfarenhet, kommunikation, intraoperativ, teamarbete, patientsäkerhet, vårdlidande, kvalitativ enkätstudie

Abstract

Background: The operating theatre consists of a multi-professional team that requires a close collaboration to ensure patient safety. Studies have shown that poor communication between different occupational groups may compromise the patient's safety. It is important to describe the theatre nurses' experience of the intraoperative communication with nurse anaesthetists to improve patient safety and reduce suffering of care. **Aim:** The aim of the study was to describe theatre nurses' experiences of the intraoperative communication in the team with focus on nurse anaesthetists. **Method:** A questionnaire study with open questions was applied. All together 20 questionnaires were distributed in two surgical departments in a larger hospital in West Sweden. Eight of the 20 questionnaires was answered, subsequently the collected data from the questionnaires was analysed using a qualitative content analysis with an inductive approach. **Results:** The analysis of the material resulted in three main categories with eight connected subcategories. The main categories were: *interactions in the team*, *relations in the team* and *organizational system*. It emerged that theatre nurses felt that the intraoperative communication usually works well and that the smooth running of intraoperative communication, among other things, characterized by passing it on with a straight and clear approach. Theatre nurses felt that they sometimes didn't belong in the same team as the nurse anaesthetists, meaning that they were not always visible and did not get enough space in their occupational profession. **Conclusion:** The theatre nurses in the present study illustrates that good communication and sufficient collaboration are requirements for a better patient safety and reduced suffering of care. More research about theatre nurses' experiences of the intraoperative communication with nurse anaesthetists is required to obtain a deeper understanding.

Keywords: theatre nurse, nurse anaesthetist, experience, communication, intraoperative, teamwork, patient safety, suffering of care, qualitative questionnaire study

Förord

Vi tackar ödmjukast avdelningscheferna som gav sitt samtycke till att enkätstudien utfördes på deras operationsavdelningar. Vi vill även tacka de operationssjuksköterskor som tog sig tid till att delta i vår enkätstudie och delade med sig av sina erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen med anesthesisjuksköterskor. Slutligen vill vi tacka vår handledare Annette Erichsen Andersson för allt stöd och vägledning vi har fått under skrivprocessen av magisteruppsatsen.

Malin Jönsson och Serosht Mohamad-Poor
Göteborgs Universitet, vårterminen 2016

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| 1 Inledning..... | 1 |
| 2 Bakgrund | 2 |
| 2.1 Operationsteam | 2 |
| 2.1.1 Operationssjuksköterska | 2 |
| 2.1.2 Anestesisjuksköterska | 3 |
| 2.2 Kommunikation | 3 |
| 2.2.1 Kommunikation inom teamet | 4 |
| 2.2.2 Operationsmiljöns påverkan på kommunikation | 6 |
| 2.2.3 Checklistor som kommunikationsstöd | 7 |
| 3 Centrala begrepp | 8 |
| 3.1 Patientsäkerhet..... | 8 |
| 3.1.1 Säkerhetskultur | 8 |
| 3.2 Vårdlidande | 9 |
| 4 Problemformulering | 10 |
| 5 Syfte | 10 |
| 6 Metod | 11 |
| 6.1 Design..... | 11 |
| 6.2 Pilottest av enkät..... | 11 |
| 6.3 Urval | 11 |
| 6.4 Datainsamling | 12 |
| 6.5 Dataanalys | 13 |
| 6.6 Forskningsetiska överväganden..... | 13 |
| 7 Resultat..... | 15 |
| 7.1 Interaktioner i teamet..... | 15 |
| 7.1.1 Kommunikationssätt | 15 |
| 7.1.2 Kunskap om varandras yrkesroll och arbetsuppgifter | 16 |
| 7.1.3 Samarbete i teamet | 17 |
| 7.2 Relationer i teamet..... | 17 |
| 7.2.1 Att känna varandra | 17 |
| 7.2.2 Respekt och förståelse för varandra | 18 |
| 7.2.3 Personkemins påverkan | 18 |
| 7.3 Organisatoriskt system | 18 |
| 7.3.1 Arbetsmiljö | 18 |
| 7.3.2 Arbetsrutiner | 19 |

| | |
|----------------------------------|----|
| 8 Diskussion | 20 |
| 8.1 Metoddiskussion | 20 |
| 8.2 Resultatdiskussion | 23 |
| 9 Slutsats | 27 |
| 10 Praktiska implikationer | 27 |
| 11 Fortsatt forskning | 28 |
| Referenslista | 29 |
| Bilagor | 34 |
| Bilaga 1 | |
| Bilaga 2 | |
| Bilaga 3 | |
| Bilaga 4 | |
| Bilaga 5 | |
| Bilaga 6 | |

1 Inledning

I en operationssal arbetar ett multiprofessionellt team som tillsammans strävar efter att uppnå gemensamma mål. Grunden för att en säker vård utövas är i stor utsträckning baserad på att en effektiv och fungerande kommunikation förs. Att alla i teamet bidrar till att kommunicera adekvat är också avgörande för att vårdkvalitén inte ska riskeras (Flin, O'Connor & Crichton, 2012). Under våra verksamhetsförlagda utbildningar inom operationssjukvården upplevde vi att kommunikationsbrist i operationsteamet är ett förekommande problem och då främst mellan operationssjuksköterskan och anestesijuksköterskan. Våra uppfattningar av detta var att arbetsrollerna var uppdelade och att det i vissa fall fanns en avsaknad av en djupare teamkänsla.

Kommunikationsbrist behöver inte bara resultera i problem för operationsteamet utan kan också äventyra patientsäkerheten och leda till vårdlidande för patienten (Flin et al., 2012). Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) har vårdpersonal skyldighet att upprätthålla hög patientsäkerhet genom att vidta de åtgärder som krävs. Som blivande operationssjuksköterskor kommer vi att medverka i det multiprofessionella teamet och vara beroende av den intraoperativa kommunikationen som förs med anestesijuksköterskan. Således anser vi att det är av stor vikt att beskriva de rådande erfarenheterna av kommunikationen i teamet med fokus på anestesijuksköterskor. Förhoppningen är att erhålla en djupare förståelse som i sin tur kan gynna hälso- och sjukvården på flera nivåer.

2 Bakgrund

Sjukvården präglas i stor utsträckning av lagarbete vilket i hög grad är samstämmigt med operationssalen. Operationer kräver ett intimt samarbete mellan flera olika parter. I detta samspel fyller operationssjuksköterskan och anestesijuksköterskan viktiga funktioner, vilket kan påverka patientsäkerheten på många olika plan. I en operationssal bedrivs sjukvård i en högriskmiljö och vårdskador kan få mycket svåra konsekvenser (Flin et al., 2012). Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) beskrivs vårdskada som uppkomsten av kroppsliga- eller psykiska sjukdomar samt skador som ger lidande hos patienten och som i allvarliga fall kan leda till dödsfall. Lagen har uppkommit för att skapa skydd mot vårdskada och för att bidra till en patientsäker miljö. Gillespie, Chaboyer, Longbottom och Wallis (2010) beskriver att en god kommunikation i teamet samt kontinuerlig utbildning behövs för att höja kommunikationssäkerheten vilket i sin tur kan leda till ökad patientsäkerhet.

2.1 Operationsteam

Nationalencyklopedin (2016a) definierar begreppet *team* som en grupp av människor som arbetar gemensamt för att uppnå specifika ändamål. Lind (2009) beskriver att operationslaget består av ett multiprofessionellt team med olika kompetens och ansvarsområde. De involverade i teamet har individuella arbetsuppgifter och ansvarar för att *de* ska bli utförda. Ett operationsteam består vanligtvis av huvudoperatör, kirurgassistent, anestesisläkare, anestesijuksköterska, operationssjuksköterska och undersköterska.

Perioperativ omvårdnad består av den *pre- intra- och postoperativa* fasen. Den *preoperativa* fasen är tiden innan patienten genomgår ett operationsingrepp. I detta skede kan kontakt erhållas med patienten, viktig information utbytas och grunden för en förtroendefull relation läggas. Den *intraoperativa* fasen påbörjas från det att patienten förflyttas till operationssalen och avslutas när patienten lämnas över till uppvakningsavdelningen. Därefter inleds den *postoperativa* fasen som innebär att en fortsatt behandling av patientens omvårdnad bedrivs. Under den *intraoperativa* fasen är det multiprofessionella teamet i fokus för att tillgodose patienten med säker vård (Bäckström, 2012). Till följd av att olika yrkesgrupper arbetar i en operationssal är det viktigt att eftersträva god kommunikation och samverkan i teamet för att även patienten ska finna trygghet (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008). I avsnitten 2.1.1 och 2.1.2 följer en beskrivning av operations- och anestesijuksköterskans yrkesprofession.

2.1.1 Operationssjuksköterska

En operationssjuksköterska arbetar i en komplex- och högteknologisk miljö. Vården bedrivs utifrån perioperativ omvårdnad där patienten är i centrum. Operationssjuksköterskans roll i operationsteamet är unik på grund av dess specifika kunskap gällande aseptik och hygien som inte existerar i lika hög utsträckning bland de övriga medlemmarna i teamet.

Operationssjuksköterskan ansvarar också för patientens välbefinnande genom att skydda och förhindra att komplikationer uppstår. Därav fordras kunskap kring perioperativ omvårdnad för att ge ökad patientsäkerhet och vårdkvalité (Bäckström, 2012).

I operationssjuksköterskans ansvar ingår även att inneha kunskaper om informations- och kommunikationsteknik. Informationsöverföringen bör ske så att informationen förs vidare på ett adekvat och säkert sätt. Operationssjuksköterskan ska även kunna behärska att kommunicera med teamet i operationssalen på ett respektfullt sätt samt ansvara för att god och patientsäker vård bedrivs (Riksföreningen för Operationssjukvård & Svensk Sjuksköterskeförening, 2011). Bristande kommunikation inom det intraoperativa teamet kan påverka patientsäkerheten negativt och äventyra kvalitén på vården (Haynes et al., 2009).

2.1.2 Anestesisjuksköterska

Tätt tillsammans med operationssjuksköterskan arbetar anestesisjuksköterskan som även tituleras narkossjuksköterska. Anestesisjuksköterskan ansvarar bland annat för den medicinska omvårdnaden vid omhändertagandet av patienten, exempelvis ansvar de för att ge anestesiläkemedel till patienten, upprätthålla fria luftvägar samt övervaka patientens vitala parametrar. Anestesisjuksköterskan och operationssjuksköterskan tillsammans är ansvariga för den perioperativa omvårdnaden av patienten. Genom god samverkan kan de tillsammans åstadkomma kontinuitet i den perioperativa omvårdnaden och höja patientsäkerheten. För att frambringa detta är kommunikation mellan yrkesprofessionerna av stor betydelse.

Anestesisjuksköterskan bör behärska att föra en tydlig kommunikation med de övriga teamet, i avsikt att höja vårdkvalitén (Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening, 2012).

2.2 Kommunikation

Nationalencyklopedin (2016b) definierar *kommunikation* som informationsutbyte mellan olika individer. Flin et al. (2012) beskriver att bristfällig kommunikation mellan yrkesgrupper är den vanligaste orsaken till att vårdskador uppstår. God intern kommunikation är i sin tur en bidragande faktor till att hälso- och sjukvården ska fungera effektivt och kan skapa en patientsäker vård. Powell och Hill (2006) menar att genom att implementera begreppet *closed loop communication* kan den intraoperativa kommunikationen effektiviseras. *Closed loop communication* är en sluten kommunikationsmodell som härstammar från *Crew Resource Management* (CRM). CRM utarbetades för att reducera olyckor som inträffade inom den civila flygindustrin. Modellen har därefter anpassats till hälso- och sjukvårdens verksamheter. Strategin syftar till att stärka teamets samarbetsförmåga främst gällande icke- tekniska färdigheter. Detta i sin tur för att öka kunskapen rörande identifiering av misstag och förebygga eventuella konsekvenser som kan leda till vårdskada. De icke- tekniska färdigheterna består i stor utsträckning av olika kommunikationsstrategier (Sharp, 2012). Powell och Hill (2006) menar att *closed loop communication* har som syfte att gynna samarbetet i teamet. Begreppet innebär att både sändaren och mottagaren är ansvariga för att informationsöverföringen ska ske på ett adekvat sätt. Genom att mottagaren ger feedback kan sändaren veta om budskapet har uppfattats korrekt.

Modellen CRM inbjuder till en öppen kommunikation för samtliga i teamet där alla har möjlighet att yttra sina åsikter. Begreppet *speak up communication* innebär att våga föra

samtal med andra yrkesgrupper vilket kan medföra ökad patientsäkerhet och motverka kommunikationsbrister. Erfarenhet och utbildning kan exempelvis vara faktorer som påverkar en individ till att inte våga prata i en operationssal (Garon, 2012). Ett annat kommunikativt dilemma kan vara oförmågan att svara på frågor inom operationsteamet. Det kan vara svårt att uppfatta om tystnaden beror på att frågan ej uppfattats eller om personen medvetet valt att inte svara (Gardezi, Lingard, Espin, Whyte, Orser & Baker, 2009).

Kommunikation behöver inte endast formuleras i tal eller skrift utan kan också innefatta kroppsspråk som kan uttryckas avsiktligt eller oavsiktligt. För att eftersträva en patientsäker vård är det av stor vikt att den verbala- och icke verbala kommunikationen utförs korrekt. När icke verbal kommunikation används bör den ske tydligt genom gester och blickar som förstärker meningen i det som kommuniceras. Genom att öka medvetandet för hur kroppen fungerar i kommunikationssyfte kan även lagarbetet förbättras (Härgestam, Hultin, Brulin & Jacobsson, 2016).

Tonfallet i rösten är något som bland annat kan påverka kommunikationen. När ett bestämt och högt tonfall används kan arbetsuppgifter utföras adekvat och viktig information inte går förlorad (Härgestam et al., 2016). Ibland kan emellertid ett bestämt och högt tonfall hos en medarbetare uppfattas som att personen är sarkastisk och anser sig ha högre kompetens, vilket kan försvåra för de övriga i teamet att tala. Lågt tonfall kan däremot bero på osäkerhet eller kunskapsbrist som kan påverka patientsäkerheten negativt (Gardezi et al., 2009). En kvalitativ intervjustudie som genomfördes på fyra sjukhus i Skottland visar att om ett aggressivt tonfall används i en operationssal kan det skapa spänning och stress hos de övriga i teamet. En slutsats från studien är att ett avslappnat tonfall i det kommunikativa samtalet är viktigt för att öka samarbetet och arbetsklimatet i operationsteamet (Mitchell, Flin, Yule, Mitchell, Coutts & Youngson, 2011).

2.2.1 Kommunikation inom teamet

I en operationssal är det många aktörer som deltar och brister i kommunikationen kan lätt uppstå. En studie av Alfredsdottir och Bjornsdottir (2008) visar att ett bra lagarbete med kunniga och erfarna medarbetare är viktigt för att främja en patientsäker vård. Ett öppet klimat i operationssalen främjar kommunikationen (Lingard et al., 2004). Mitchell et al. (2011) betonar även vikten av att aktivt lyssna och att vara koncentrerad på det som händer under operationens gång. Genom att mottagaren är öppen för samtalet som förs och bekräftar det som är sagt kan ensidig kommunikation motverkas. Att inte känna sig delaktig i ett samtal är kontraproduktivt för hela operationsteamet och kan leda till att den involverade slutar lyssna.

En god teamkänsla kan bidra till ett effektivt teamarbete, ibland utan att nämnvärd verbal kommunikation behövs (Undre, Sevdalis, Healey, Darzi & Vincent, 2006). Gillespie, Gwinner, Chaboyer och Fairweather (2013) påvisar att med en god relation ökar tilliten i teamet vilket gör det lättare att hantera svåra situationer som uppstår. Enligt Gillespie et al. (2010) flyter inte kommunikationen på, arbetsuppgifterna tar längre tid att utföra och viktig

information uteblir när teamets medlemmar är obekanta för varandra. Undre et al. (2006) beskriver att vid utebliven information ökar inte bara risken för vårdskador utan även uppkomsten av nedlåtande kommentarer och en hotfull ton som kan genomsyra atmosfären i salen. Lingard et al. (2004) visar genom en observationsstudie utförd under kirurgiska ingrepp att kommunikationsbrister ofta är förekommande. Totalt var det 421 kommunikationssituationer som observerades, i 129 av situationerna uppdagades att någon form av kommunikationsbrist existerade. Detta skapade i sin tur spänningar och ineffektivitet i operationsteamet. Vidare visade studien även att bristfällig kommunikation kan påverka kostnadseffektiviteten och patientsäkerheten negativt.

Mindre erfarenhet inom yrket kan medföra svårigheter till att våga yttra sig i vissa situationer (Lindh & Sahlqvist, 2012). Gillespie et al. (2010) påvisar i en kvalitativ intervjustudie utförd på en operationsavdelning tillhörande ett sjukhus i östra delen av Australien att ökad arbetslivserfarenhet bland teamets medlemmar kan bidra till bättre kommunikation och ett tätare samarbete. Detta till följd av att en ökad förståelse finns för de övriga yrkesprofessionerna i teamet. Deltagarna med längre arbetslivserfarenhet upplevde att de hade lättare att kommunicera och anpassa kommunikationen till olika mottagare. Vid höga förväntningar på att kunskap existerar i teamet finns det risk för att arbetsuppgifter utförs felaktigt vilket kan äventyra patientsäkerheten (Bezemer, Korkiakangas, Weldon, Kress & Kneebone, 2015).

När hierarki förekommer i teamet försvåras kommunikationen vilket kan leda till att patientsäkerheten riskeras (Lindh & Sahlqvist, 2012). Hierarkiska attityder är en stor anledning till att rädsla skapas för att delta i kommunikationen (Leonard, Graham & Bonacum, 2004). Om en medarbetare innehar en överlägsen attityd kan det bidra till att kränkningar uppstår, vilket i sin tur kan påverka den som är utsatt för kränkningen på flera olika sätt genom att exempelvis en sämre självkänsla uppstår (Randle, 2003). Det är därför angeläget att i en operationssal skapa ett klimat där alla individer vågar delta i den intraoperativa kommunikationen oavsett titel eller rang (Leonard et al., 2004).

För att öka patientsäkerheten intraoperativt krävs det att fortlöpande information ges gällande operationens gång (Undre et al., 2006). Det är också viktigt att veta vem som bär det huvudsakliga ansvaret vid intraoperativa situationer eftersom operationsteamet består av många individer. Ett team är lika mycket beroende av ett gott samarbete som av en välfungerande ledare. För att teamet ska fungera effektivt behöver gruppen veta vem som är ledaren, speciellt viktigt är detta när nya yrkesgrupper kopplas in. När operationsteamet inte vet vem som bär det huvudsakliga ansvaret och vem kommunikation ska riktas till ökar risken för att informationen blir hängande i luften samt att arbetsuppgifter inte blir utförda (Gillespie et al., 2013).

Det existerar skillnader i hur operationsteamet ser på och uppfattar kvalitén av kommunikation och teamarbete. En studie av Wauben, Dekker-van Doorn, van Wijngaarden, Goossens, Huijsman, Klein och Lange (2011) visar att kirurger har en mer positiv uppfattning

av kommunikationen och lagarbetet i operationssalen medan operationssjuksköterskorna har en sämre uppfattning. Makary, Sexton, Freischlag, Holzmueller, Millman, Rowen och Pronovost (2006) visade genom en kvantitativ enkätstudie på liknande mönster. I studien framkom det att 85 procent av kirurgerna upplever att kommunikationen och samarbetet med operationssjuksköterskan ofta fungerade bra eller mycket bra. Däremot upplever endast 48 procent av operationssjuksköterskorna att kommunikationen och samarbetet med kirurgen fungerade bra eller mycket bra. Det är av stor vikt att en gemensam förståelse för kommunikationen och teamarbetet etableras i operationssalen för att vården ska utföras på ett säkert och effektivt sätt (Wauben et al., 2011).

2.2.2 Operationsmiljöns påverkan på kommunikation

På en operationsavdelning är höga ljudnivåer ofta förekommande och intraoperativt kan det bero på ett flertal faktorer. En observationsstudie av Weldon, Korciakangas, Bezemer och Kneebone (2015) påvisar att när musik spelas intraoperativt fick frågor upprepas flera gånger jämfört med om det inte spelades någon musik, bland annat till följd av att rösten dämpas i en hög ljudnivå. Observationerna skedde under 20 operationer och då framkom det att 69 upprepande frågor fick ställas, i 63 av fallen spelades musik intraoperativt. De höga ljudnivåerna kunde således påverka samspelet mellan personalen negativt till följd av att en kommunikationsbarriär skapas. Patientsäkerheten kan hotas på grund av att ord misstolkas som bland annat kan leda till felbehandling av patienten. Weigl, Antoniadis, Chiapponi, Bruns och Sevdalis (2015) beskriver att av 56 intraoperativa observationer identifierades 725 störningsmoment. Operationsteamet stördes cirka 10 gånger under en timme vilket motsvarar ungefär var sjätte minut. De flesta störningarna beskrevs vara när personal går in och ut från operationssalen. Healey, Primus och Koutantji (2007) visar i sin observationsstudie att utrustning, personsökare och telefonsamtal stör operationsteamet som i sin tur påverkar den intraoperativa kommunikationen i teamet negativt. Sharp (2012) beskriver att en tystare miljö kan främja bättre kommunikation bland teamets medlemmar och därigenom öka patientsäkerheten.

Stress inom hälso- och sjukvården är något som påverkar kommunikationen inom teamet negativt och kan leda till minskad patientsäkerhet (Sharp, 2012). En kvantitativ enkätstudie utförd av Kingdon och Halvorsen (2006) belyste faktorer i den perioperativa vårdkedjan som upplevdes bidra till att arbetsrelaterad stress skapas. Förekomsten av otillräcklig information och kommunikation i operationsteamet var en högt bidragande orsak till uppkomsten av stress. Vid ökad arbetsbelastning framkom även svårigheter med att hinna kommunicera. Stressen som uppkom ansågs leda till ett mindre effektivt teamarbete och en sämre vårdkvalité. Enligt Flin et al. (2012) har stress en påverkan på teamprestationer och under hög stress förflyttas fokus till de enskilda arbetsuppgifterna som ska utföras istället för att teamets medlemmar uppmärksammas. Att hitta stöd för att underlätta kommunikationen i stressfulla situationer, så att en struktur skapas, kan minska uppkomsten av stress.

2.2.3 Checklistor som kommunikationsstöd

Enligt Riksföreningen för Operationssjukvård och Svensk Sjuksköterskeförening (2011) är det av stor vikt att operationssjuksköterskan använder informationsteknologiska hjälpmedel som stöd i den intraoperativa kommunikationen. Gurses et al. (2012) beskriver att användandet av strukturerade kommunikationstekniker är en viktig beståndsdel som behövs för att en arbetsuppgift ska utföras adekvat och förvirring i teamet inte ska uppstå. Till följd av operationssalens högteknologiska miljö som kantas av en rad störningsmoment finns det stor risk att brister uppstår vid informationsöverföring. Vid användande av strukturerade checklistor inom operationssjukvården kan kommunikationen och säkerheten på salen stärkas. World Health Organisation (WHO) har frambringat en standardiserad metod vid namn *Surgical Safety Checklist*, som används intraoperativt för att öka patientsäkerheten genom effektiv informationsöverföring (World Health Organisation, 2009). I Sverige har Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) gjort en bearbetning och översättning av checklistan som tilldelats namnet *checklista för säkerhet vid operationer*, även kallad WHO:s checklista (se bilaga 1). Checklisten består av tre huvuddelar som i sin tur är indelad i ett antal punkter. De tre huvuddelarna har fått rubrikerna *förberedelse*, *timeout* och *avslutning*. Funktionen med checklistan är att teamet tillsammans går igenom punkterna för att tidigt identifiera avvikelser innan risk för felhantering uppstår (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, 2009).

Haynes et al. (2009) menar att misslyckad intraoperativ kommunikation är ofta förekommande på operationssalen och kan leda till vårdskada. Studien är utförd på åtta olika sjukhus världen över och visar att genom tillämpning av WHO:s checklista skapas en säkrare miljö och frekvensen av dödsfall minskar. Efter att checklisten infördes gick mortaliteten ner från 1,5 procent till 0,8 procent. Norton och Rangel (2010) visar även i sin studie att vid användandet av WHO:s checklista förbättrades den intraoperativa kommunikationen mellan teamets medlemmar på grund av att risken för missförstånd minskar. Det framkom även att checklisten ökade sammanhållningen i operationsteamet vilket i sin tur skapade en mer effektiv kommunikation. Nilsson, Lindberget, Gupta och Vegfors (2010) beskriver att över 90 procent av personalen som ingick i deras studie ansåg att patientsäkerheten ökade vid användandet av WHO:s checklista.

SBAR är ytterligare en kommunikationsmodell som kan användas mellan olika vårdprofessioner vid överrapportering av en patient. SBAR står för, *situation*, *bakgrund*, *aktuellt* och *rekommendation* vilket kan användas vid både akuta- och icke akuta tillstånd (se bilaga 2). Vid användandet av SBAR kan information snabbt ges och missförstånd undvikas vilket kan bidra till ökad patientsäkerhet. Mottagaren bör i slutet återge vad som är sagt för att sändaren ska veta att informationen har uppfattats korrekt (Dunsford, 2009). Användandet av SBAR har visat på en förbättring av kommunikationen och gett ökad självsäkerhet till personal vid överrapportering speciellt vid kontakt med läkare (Woodhall, Vertacnik & McLaughlin, 2008).

3 Centrala begrepp

Patientsäkerhet och vårdlidande är de centrala begreppen i detta examensarbete. I avsnitten 3.1 - 3.2 ges en beskrivning av begreppen och en redogörelse för konceptet säkerhetskultur.

3.1 Patientsäkerhet

Säkra rutiner och system för att förhindra vårdskada är ofta förknippat med begreppet patientsäkerhet. I takt med att tekniken och verksamheterna inom hälso- och sjukvården utvecklas fordras en ökad medvetenhet för hur den framskridande utvecklingen påverkar patientsäkerheten. Att bedriva säkerhetsforskning för att skapa en djupare förståelse för patientsäkerhet är något som berör alla verksamheter inom hälso- och sjukvården oavsett på vilken nivå vården utövas (Ödegård, 2013).

3.1.1 Säkerhetskultur

Verksamheter har olika syn på vad som utgör en säkerhetskultur och arbetar på olika sätt efter strävan att uppnå en patientsäker verksamhet. Definitionen av säkerhetskultur varierar således utefter vilken verksamhet som vården bedrivs i och de förhållningssätt som för tillfället råder. De grundläggande inställningarna gällande säkerhet samt riskförebyggande åtgärder skapas av medarbetarna samt den ledning som styr verksamheten och är ofta oskrivna eller outtalade. Medarbetarnas och ledningens värderingar samt attityder spelar stor roll i hur verksamheten definierar säkerhet, det är viktigt att dessa värderingar samt attityder är gemensamma och delas av samtliga. Det finns en rad faktorer som är grundläggande för att skapa en patientsäker verksamhet (Rollenhagen, 2013). Engagemang, kompetens och medvetenhet är enligt Cook (2013) grundläggande kunskaper som ledningen bör eftersträva för att främja verksamhetens säkerhetskultur. Engagemang handlar bland annat om att upprätthålla säkerheten genom att verksamheten prioriterar och lägger resurser på att motverka situationer som kan riskera patientsäkerheten. För att uppnå en ökad säkerhetskultur bör ledningen inneha den kompetens som krävs för att göra det möjligt att anpassa sig efter de misstag som uppstår. Medvetenheten behöver även finnas för de situationer som riskerar att påverka patientsäkerheten och även fortlöpande lägga tid på analysering av avvikelserapporter. Att kontinuerligt föra resonemang gällande situationsmedvetenheten samt att inte lägga problemet bakom sig när det är löst är viktigt för att inte problemet på nytt ska uppstå.

Det finns reglerat i lagar och förordningar hur hälso- och sjukvården ska arbeta för att förhindra patientskada och vårdlidande. Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) beskriver att all personal inom hälso- och sjukvården ska medverka till god patientsäkerhet samt ge kompetent och omsorgsfull vård i samråd med patienten. Patientsäkerhet definieras enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) som skydd från skador, psykiskt lidande, sjukdom eller dödsfall som kan uppstå hos en patient involverad i en vårdsituation. Ödegård (2013) beskriver att patientsäkerhet både syftar till ett kunskapsområde och ett karaktärsdrag som bör genomsyra hela verksamheten. Att uppnå en vård där vårdskador är begränsade utgår även från att skapa en ökad medvetenhet för samspelet mellan olika delar av sjukvården för att

tillsammans sträva mot en ökad patientsäkerhet. Detta gemensamma intresse är inte bara beroende av verksamhetens ledning utan av personalen som verksamheten utgörs av. Alfredsdottir och Bjornsdottir (2008) har påvisat att operationssjuksköterskor lägger stor vikt vid att identifiera och säkerställa patientsäkerheten samt minska vårdskador genom att förebygga att misstag uppstår. Vårdskador kan få mycket svåra konsekvenser för patienten och ge upphov till onödigt ökat vårdlidande.

3.2 Vårdlidande

Vårdlidande är ett omfattande och komplext begrepp som innefattar stora delar av hälso- och sjukvården och det är sjukvårdens ansvar att förebygga detta (Arman & Rehnsfeldt, 2006). Enligt Eriksson (2015) beskrivs begreppet vårdlidande som det lidande som uppstår hos en patient då en vårdssituation missköts. När sjukvård bedrivs i en högteknologisk miljö kan det vara svårt att se patienten som en helhet. När patienten inte blir sedd och förstådd under en vårdssituation kan det leda till att lidande ökar. Genom att engagera patienten i sin egen vård och ge bekräftelse kan vårdlidande minskas (Eriksson, 2015).

Under året 2015 förekom det främst anmälningar av vårdskador som uppstått i samband med en operation, det kunde bland annat handla om postoperativa infektioner eller blödningar (Socialstyrelsen, 2016). I avsnitt 2.2.1 beskrivs det att bristande kommunikation i operationsteamet är en stor bakomliggande orsak till att vårdskador uppstår. Vårdandets kärna bör vara att förhindra att vårdlidande uppstår. Det kan därför vara av vikt att vårdpersonalen förstår innebörden av begreppet vårdlidande (Eriksson, 2015).

4 Problemformulering

I en operationssal arbetar ett multiprofessionellt team, där operationssjuksköterskan och anestesijuksköterskan fyller viktiga funktioner genom att tillsammans utöva vård för att förhindra vårdlidande. Operationsteamet arbetar också tillsammans för att åstadkomma en patientsäker miljö där centrala delar är kommunikation och god samverkan. Utförd litteraturgenomgång som beskrivits i avsnitten 2 - 3.2 visar att det finns många studier gällande kommunikationens betydelse för operationsteamet. Däremot finns ingen forskning och därmed bristfällig kunskap avseende operationssjuksköterskors erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen med anestesijuksköterskor. För att utveckla en mer effektiv och säker arbetsmiljö behövs mer forskning kring ämnet. Detta för att i framtiden gynna hälso- och sjukvården ur bland annat ett patientsäkerhetsperspektiv.

5 Syfte

Syftet är att beskriva operationssjuksköterskors erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen i teamet med fokus på anestesijuksköterskor.

6 Metod

I följande avsnitt presenteras studiens tillvägagångssätt samt forskningsetiska överväganden.

6.1 Design

Avsikten med studien var att beskriva operationssjuksköterskors erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen i teamet med fokus på anestesisjuksköterskor. Därav tillämpades en kvalitativ ansats för att erhålla djupare förståelse gällande erfarenheterna av den intraoperativa kommunikationen ur deltagarnas synsätt (Tidström & Nyberg, 2012). Datasamlingen utgjordes av en enkätundersökning med öppna frågor, istället för att använda ett standardiserat frågeformulär, där deltagarna gavs möjlighet att utförligt och med egna ord formulera svaren på frågorna (Ejlertsson, 2014).

6.2 Pilottest av enkät

Efter att enkäten utformades med öppna frågor i enlighet med studiens syfte delades den ut i form av ett pilottest. Detta gjordes för att se om frågorna hade uppfattats på ett korrekt sett eller om omformulering av frågorna behövde göras (Ejlertsson, 2014). Telefonkontakt togs med avdelningschefen på en operationsavdelning som var känd för oss och muntligt samtycke erhöles för att genomföra pilottestet. Avdelningschefen delade ut enkäterna till två operationssjuksköterskor med minst två års arbetslivserfarenhet på operationsavdelningen. Pilottestet samlades in senare under samma dag.

Deltagarna fick instruktion om att de skulle bedöma hur de uppfattade frågorna och hur lång tid det tog att fylla i enkäten. Det framkom att tidsåtgången som behövdes för att besvara frågorna var ungefär 20 minuter. Efter genomförd pilottest visade det sig att omformulering av den första öppna frågan, *Vad innebär kommunikation för dig?* behövde göras till följd av att den ansågs vara svårbegriplig. Frågan omformulerades således till, *Vad innebär kommunikation för dig på din arbetsplats?* De resterande frågorna korrigerades inte eftersom de hade likartade svarsinnehåll vilket kan visa på att formuleringarna av frågorna var adekvata och svaren ansågs även vara relevanta för syftet. De enkäter som besvarades vid pilottestet exkluderades från studiens resultat (Ejlertsson, 2014).

6.3 Urval

Deltagarna i den verkliga enkätstudien utgjordes av operationssjuksköterskor från två operationsavdelningar på ett större sjukhus i Västsverige. De operationsavdelningar som var aktuella för studien var de som fanns i närområdet med anledning av våra begränsade förbindelsemöjligheter. Operationssjuksköterskor med minst två års arbetslivserfarenhet på deras nuvarande avdelning inkluderades för att få en djupare insikt i de rådande erfarenheterna av den intraoperativa kommunikationen med anestesisjuksköterskor.

Genom telefonkontakt bokades först ett personligt möte med avdelningscheferna på de berörda avdelningarna för att få tillstånd att genomföra enkätundersökningen. När

avdelningscheferna skrev på samtyckesformulären rekryterades studiedeltagarna genom att 10 enkäter samt forskningspersonsinformationer delades ut till operationssjuksköterskorna på respektive avdelning, det vill säga två operationsavdelningar. Tillfrågandet om deltagande i studien bedrevs av avdelningschefen, i mån av tid och tillgänglighet valde deltagarna att medverka i studien. Avdelningschefen uppmanades att välja ut deltagare genom att eftersträva variation i ålder, kön och arbetslivserfarenhet som operationssjuksköterska. Genom att erhålla en variationsbredd kan en bredare kunskap om deras erfarenheter gällande begreppet kommunikation i den intraoperativa miljön erhållas. Denna urvalsstrategi ses som ett strategiskt urval och valdes för att erhålla en spridning i urvalet och således eftersträva ett mer varierande resultat (Malterud, 2009).

6.4 Datainsamling

Datainsamlingen baserades på enkäter utformade med öppna frågor där deltagaren enskilt svarade på frågorna utan någon handledning av ansvariga för studien. Enkäten som redskap för datainsamling valdes på grund av dess tidseffektivitet, användbarhet i en stor population och utan att några stora kostnader skapades. Inspiration för att konstruera texten till enkätfrågorna inhämtades från kapitlet *frågekonstruktion* av Ejlertsson (2014, s. 51-89). Vid utformandet av bakgrundsfrågorna till enkäten efterfrågades personspecifik information i form av ålder, kön, arbetslivserfarenhet som operationssjuksköterska och arbetslivserfarenhet som operationssjuksköterska på nuvarande avdelning (Ejlertsson, 2014). Därefter ställdes fyra öppna frågor utformade i enlighet med syftet, enkätfrågorna var följande:

- Vad innebär kommunikation för dig på din arbetsplats?
- Hur upplever du den intraoperativa kommunikationen med anestesisjuksköterskan?
- Vad är det som kan bidra till att den intraoperativa kommunikationen med anestesisjuksköterskan fungerar bra?
- Vad är det som kan bidra till att den intraoperativa kommunikationen med anestesisjuksköterskan fungerar mindre bra?

Vid formuleringen av de öppna enkätfrågorna eftersträvades användning av begripliga uttryck och begrepp som anpassades till det urvalsunderlag som tillfrågades (Ejlertsson, 2014). I bilaga 3 kan den slutgiltiga enkäten ses. Vid den verkliga enkätundersökningen hade operationssjuksköterskorna en vecka på sig för att fylla i enkäten. Efter att en vecka hade gått kontaktades de två avdelningarna först per telefon för att följa upp hur svarsfrekvensen utfallit. Det framkom att inte alla enkäter hade blivit besvarade, således gavs en påminnelse per telefon med informationen om att de fick ytterligare tre dagar på sig. Efter de tre dagarna kontaktades avdelningarna återigen per telefon för att göra dem förberedda på att insamling av enkäterna skulle ske personligen, senare under samma dag. Vid det personliga besöket inhämtades totalt sju enkäter. I samband med det personliga besöket framkom det att inte alla hade erhållit information om studien. Det visade sig att det eventuellt fanns fler operationssjuksköterskor som skulle kunna tänka sig att delta. Därav gavs ytterligare fem dagar till avdelningarna för att svara på enkäten innan den samlades in av ansvariga. Trots

upprepade telefonpåminnelser var det slutligen totalt åtta av de 20 utlämnade enkäterna som blev besvarade. På grund av begränsad tidsåtgång togs beslutet att inte fortsätta inhämtningen av fler enkäter. Enkäterna bedömdes bestå av tillräckligt omfattande textmaterial för att kunna erhålla ett adekvat resultat. Samstämmighet uppstod även i det insamlade enkäternas textmaterial och det upplevdes då inte generera i att ny information framkom vilket kan tyda på att så kallad mättnad uppnåtts och att storleken på studien var tillräcklig (Thorén-Jönsson, 2012).

Åldersvariationen mellan de deltagande operationssjuksköterskorna i enkätundersökningen var stor, den yngsta deltagaren var 34 år och den äldsta var 58 år. Endast en manlig deltagare medverkade i studien resterande var av kvinnligt kön. Arbetslivserfarenhet som operationssjuksköterska varierade från två år till 33 år. Operationssjuksköterskorna hade jobbat mellan två år och 28 år på deras nuvarande operationsavdelning.

6.5 Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes som analysmetod för att bearbeta materialet som framkom av enkäterna. Metoden valdes till följd av önskan att fördomsfritt dra slutsatser och tolka operationssjuksköterskornas erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen med anestesijüksköterskor (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Detta för att få en verklighetsbild av de rådande erfarenheterna i verksamheterna. Materialet bearbetades utefter Lundman och Hällgren Graneheims (2012) kvalitativa innehållsanalys. Den inhämtade texten från enkätundersökningen utgjorde råmaterialet och materialet från varje enkät skrevs ner i ett dokument. I dokumentet försågs texten från de olika enkäterna med nummer för att avidentifiera deltagarna och således skapa ett konfidentiellt material. Analysprocessen utgick initialt från att råmaterialet lästes igenom ett antal gånger, för att erhålla en helhetsuppfattning av innehållet. Därefter lokaliserades olika meningar och ord, meningsbärande enheter, som ansågs innehålla liknande innebörd i enlighet med studiens syfte. De meningsbärande enheterna som bestod av långa meningar kortades ner, det vill säga kondenserades utan att textens centrala kärna skulle gå förlorad. Sedan färgkodades den kondenserade texten utefter dess liknande innehåll. Efter att likheter och olikheter lokaliserats i den färgkodade texten framkom kategorier, för att ytterligare förtydliga och få en djupare förståelse för innehållet i kategorierna skapades underkategorier. Kategorierna frambringades så att de skulle vara avgränsande från varandra (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Analysprocessens samtliga steg utfördes gemensamt av oss.

6.6 Forskningsetiska överväganden

De etiska aspekterna till föreliggande studie har bland annat utformats i enlighet med Helsingforsdeklarationen. Helsingforsdeklarationen togs fram första gången år 1964 av Världsläkarförbundet och handlar om etiska grundregler rörande medicinsk forskning som avser människor. Ingen ska utsättas för fara och respekt för integritet, självbestämmande samt värderingar ska tas hänsyn till genom hela forskningsprocessen (World Medical Association, 2013).

Innan datainsamlingen påbörjades gavs muntlig och skriftlig information om föreliggande studie till avdelningscheferna. Därefter gav de sitt samtycke till att studien utfördes på deras avdelningar genom att skriva under ett samtyckesformulär (se bilaga 4), i samband med detta inhämtades även muntligt samtycke från verksamhetschefen. Ett informationsblad från Institutionen för vårdvetenskap och hälsa bifogades också till avdelningscheferna (se bilaga 5). Därefter skickades *forskningspersonsinformation* (FPI) (se bilaga 6) ut till deltagarna tillsammans med enkäten. FPI innebär att en sammanfattning av studiens bakgrund, syfte och metod beskrivs för deltagaren (Centrala Etikprövningsnämnden, 2016).

Enligt Lag (SFS 2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor behöver inte ett godkännande av etisk nämnd erhållas vid studier som utförs på avancerad högskolenivå. Lagen skriver att forskning endast får genomföras efter att samtycke erhållits av den som väljer att delta. Medverkandet i föreliggande studie var frivilligt, valde deltagarna däremot att svara på enkäten gav de automatiskt sitt samtycke till deltagande vilket informerades skriftligt i FPI:n. De hade vid vilket tillfälle som helst rätt att avbryta sitt samtycke till medverkandet i studien och om detta skedde inkluderades inte enkäten i resultatet. De besvarade enkäterna lades i ett slutet kuvert hos avdelningschefen innan de hämtades upp av ansvariga för att sedan förvaras på säker plats från utomstående. Efter att enkäterna samlades in skrevs textmaterialet ner i ett gemensamt dokument. Materialet i dokumentet bearbetades konfidentiellt genom att varje textenhet från enkäten avidentifierades och försågs istället med ett nummer i det dokument som texten fördes över i, för att identitet inte skulle avslöjas. Endast behöriga personer hade tillgång till materialet och det användes enbart till forskningsstudiens syfte och inte till ytterligare ändamål. Vid intresse av att ta del av resultatet informerades deltagarna om att kontakta ansvariga för studien.

Nyttan med studien kan tänkas vara att få en djupare förståelse för den intraoperativa kommunikationen i teamet med fokus på anestesijuksköterskor. Förhoppningen är att detta i sin tur kan gynna hälso- och sjukvården på flera nivåer. Risken som kan ses vid enkätundersökningen är att vissa deltagare kan uppleva frågorna som känsliga. Det fanns ingen avsikt att inkludera känsliga frågor, det är emellertid svårt att avgöra om deltagarna trots allt upplevde frågorna som känsliga (Ejlertsson, 2014). I övrigt kan ingen risk med föreliggande studie ses.

7 Resultat

Analysprocessen resulterade i tre kategorier med åtta tillhörande underkategorier (se tabell 2). Kategorierna och underkategorierna förklaras mer ingående i avsnitt 7.1 - 7.3. För att ytterligare förtydliga det operationssjuksköterskorna skrivit i enkätfrågorna har citat återgetts ordagrant. Efter varje citat följer en siffra placerad inom en parentes som står för varje deltagare för att göra det tydligare att det är olika deltagare som har delgett sina erfarenheter.

Tabell 1. Resultatöversikt av operationssjuksköterskornas erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen i teamet med fokus på anestesijuksköterskor.

| Kategori | Underkategori |
|------------------------|--|
| Interaktioner i teamet | Kommunikationssätt Kunskap om varandras yrkesroll och arbetsuppgifter Samarbete i teamet |
| Relationer i teamet | Att känna varandra Respekt och förståelse för varandra Personkemin påverkan |
| Organisatoriskt system | Arbetsmiljö Arbetsrutiner |

7.1 Interaktioner i teamet

I den här kategorin ryms tre underkategorier: *kommunikationssätt*, *kunskap om varandras yrkesroll och arbetsuppgifter* och slutligen *samarbete i teamet*.

7.1.1 Kommunikationssätt

Sju av de åtta operationssjuksköterskorna i studien erfor att den intraoperativa kommunikationen som förs med anestesijuksköterskan oftast fungerar bra, är nödvändig och inspirerande. En av deltagarna beskrev att kommunikationen handlar om ett givande och tagande i dialog.

Oftast fungerar det alldeles utmärkt och att fokus ligger på patienten och arbetet runt om. (5)

Fem av operationssjuksköterskorna betonade vikten av att en rak och tydlig kommunikation förs med anestesijuksköterskan för att missförstånd ska undvikas. En av operationssjuksköterskorna beskrev att kommunikationsbrister inom teamet leder till att den intraoperativa kommunikationerna fungerar sämre. Att å andra sidan utöva en bra kommunikation med varandra upplevdes generera i att en god intraoperativ arbetseffektivitet skapades.

Narkospersonalen säger till klart och tydligt "nu sover vi" om vi håller på att duka upp. (4)

En av operationssjuksköterskorna beskrev vikten av att förmedla rätt information vid rätt tidpunkt för att mottagaren ska vara tillgänglig. Erfarenheter uppdagades av att det var svårt att kommunicera när anestesijuksköterskan var upptagen med många arbetsmoment

samtidigt. När fokus ligger på det praktiska arbetet kan det vara svårt att fokusera på den muntliga kommunikationen som förs vilket kan leda till att arbetsuppgifter inte blir utförda.

Att jag (...) väljer rätt tillfällen för kommunikation så att anestesijuksköterskan är mottaglig.
(2)

Vidare beskriver en operationssjuksköterska i studien vikten av att *closed loop communication* används för att veta om informationen uppfattats korrekt. När tydlig och rak kommunikation inte används ansåg operationssjuksköterskan att det fanns en ökad risk för att konflikter uppstår vilket kunde påverka operationsteamet negativt.

Genom att använda icke verbal kommunikation som exempelvis ögonkontakt ansåg operationssjuksköterskorna att innebörden i det som kommunicerades förstärktes. Vid akuta situationer beskrev operationssjuksköterskorna att det var viktigt att uppmärksamma teammedlemmarna genom exempelvis gester så att de snabbt kunde agera för att höja patientsäkerheten.

7.1.2 Kunskap om varandras yrkesroll och arbetsuppgifter

Det framkom information om att en ”vi och dom” känsla existerade tillsammans med känslan av att operationssjuksköterskan och anestesijuksköterskan hör i två olika spår.

Ibland känns det som vi hör i två olika spår och ibland är allt kanon man kommunicerar hela tiden. (4)

Operationssjuksköterskorna menade att en bidragande orsak till att kommunikationen med anestesijuksköterskan fungerade bra var att det fanns en kunskap gällande varandras yrkesroller. Vikten av att alla visste vilken roll de hade i operationsteamet vid omhändertagandet av patienten intraoperativt framkom. En operationssjuksköterska uttryckte att när alla visste vad de skulle göra under operationen flöt arbetsuppgifterna och kommunikationen på bra.

Alla vet sina roller i teamet, patienten ska ligga rätt på bordet innan sövning så att vi slipper lyfta en tung patient. (4)

Att inte visa respekt för varandras arbetsuppgifter och att arbeta utan att lyssna på varandra var något som ansågs vara negativt. Operationssjuksköterskorna erfor att kommunikationen fungerade mindre bra när för mycket fokus endast låg på sin egen yrkeskompetens. Det förekom även känslan av att operationssjuksköterskorna inte alltid var synliga och inte fick tillräcklig plats i sin yrkesroll bland övriga teammedlemmarna. Operationssjuksköterskan kände irritation när anestesiförberedelserna tog lång tid och beskrev att de ibland kunde ta längre tid än själva operationen. Detta medförde att operationssjuksköterskan ofta hade kort om tid för att tvätta och klä patienten, vilket ansågs vara ett stressmoment.

När anestesiförberedelserna tar 1-1 ½ timma blir op.sköterskan smått irriterad då är det precis som vi har 10 minuter för vårt arbete. Läkarna är också otåliga då jag som op.ssk

skall inte behöva stressa då. En del narkossjuksköterskor bryr sig inte det minsta om vi så skulle hålla på med anestesiförberedelser upp till 2 timmar. (4)

7.1.3 Samarbete i teamet

En av operationssjuksköterskorna ansåg att den intraoperativa kommunikationen är ett hjälpmedel i situationer då hon är sterilklädd. Hon erfor att anestesijuksköterskan i vissa lägen kunde hjälpa till att underlätta arbetet och på så sätt kände hon att ett ökat samarbete. Att gemensamt samtala gällande planering av den intraoperativa vården ansågs vara angeläget för patientsäkerheten och stärkte samarbetet i teamet. Operationssjuksköterskan belyste vikten av att anestesijuksköterskorna kommunicerade vilka särskilda önskemål de hade tillsammans med informationen om hur den anesthesiologiska behandlingen skulle utföras. Genom att hjälpa varandra i teamet och tillsammans vara delaktiga i arbetsuppgifterna upplevde operationssjuksköterskorna att kommunikationen flöt på bättre.

En god kommunikation är förutsättningen för ett bra samarbete. Och ett välfungerande samarbete är ett måste för god omvårdnad, patientsäkerhet och gott arbetsklimat. Om inte samarbetet fungerar mellan olika kategorier uppstår lätt konflikter som påverkar alla negativt. (5)

Att tidigt visa sin delaktighet i teamet genom att presentation skedde vid operationsstarten betraktades vara viktigt för att göra alla i teamet synliga. Flera av operationssjuksköterskorna ansåg att teamets samarbete stärktes när de träffas en stund innan patienten körs in på operationssalen. Då kunde de planera och informera varandra om arbetsordningen för att skapa effektivitet och vara förberedda på eventuella komplikationer.

Att samlas på salen på morgonen och prata ihop sig på salen är en bra början för god kommunikation och till ett gott samarbete. (3)

En annan operationssjuksköterska ansåg att vissa anestesijuksköterskor inte var lika delaktiga vilket påverkade kommunikationen och samarbetet negativt.

Osynlig anestesijuksköterska, då ibland sitter dom "gömda" bakom apparaterna. (7)

7.2 Relationer i teamet

I den här kategorin ryms tre underkategorier: *Att känna varandra, respekt och förståelse för varandra samt personkemin påverkan.*

7.2.1 Att känna varandra

Det framkom att när operationssjuksköterskan och anestesijuksköterskan kände varandra blev teamet mer sammanfogat. Att känna varandras styrkor och brister var något som ansågs resultera i bättre kommunikation mellan yrkesprofessionerna. När operationssjuksköterskan däremot aldrig hade arbetat tillsammans med anestesijuksköterskan var det en bidragande orsak till att brister i kommunikationen uppstod.

7.2.2 Respekt och förståelse för varandra

Att alla ska ha möjlighet att våga yttra sig i operationssalen ansågs vara viktigt bland operationssjuksköterskorna i föreliggande studie.

Alla ska få möjlighet att göra sig hörd på salen. (6)

Karaktärsdrag hos anestesijuksköterskan som orsakade att kommunikationen fungerade sämre var bristande flexibilitet tillsammans med att inte kunna tänka utanför ramarna. En operationssjuksköterska beskrev specifikt att kommunikationen påverkades negativt när hon arbetade med anestesijuksköterskor som har en sämre inställning och minskad förståelse för övrig personal i operationsteamet. Att anse sig vara bättre i sin yrkesroll var också något som kunde bidra till att den intraoperativa kommunikationen med anestesijuksköterskan fungerar mindre bra. Detta ansågs även vara en bidragande orsak till att teamkänslan försämrades.

Två av operationssjuksköterskorna beskrev vikten av att inneha respekt för varandra i en operationssal, det framkom att ibland fördes det mycket samtal om sådant som inte bedömdes vara relevant. Detta betraktades som negativt och upplevdes mynna ut i en mindre patientfokuserad vård.

7.2.3 Personkemin påverkan

Sex av de åtta operationssjuksköterskorna betraktar att personkemin är en stor faktor som påverkar kommunikationen med anestesijuksköterskan. En operationssjuksköterska ansåg att när personkemin inte stämmer kan det leda till att kommunikationen och samarbetet fungerar mindre bra. Bristfällig personkemi bedömdes vara en faktor som bidrog till bristande respekt för varandra och sämre kommunikation.

Som i alla andra sammanhang då en relation kräver en god kommunikation är den ibland bättre ibland sämre och jag antar att det ofta är personbundet hur kommunikationen fungerar. (3)

En av operationssjuksköterskorna erfor att när personkemin inte stämde överens med anestesijuksköterskan ansågs det kunna påverka vårdandet av patienten negativt.

Det känns oprofessionellt att låta personliga värderingar och känslor påverka mitt arbete med patienten men visst det händer. (5)

7.3 Organisatoriskt system

I den här kategorin ryms två underkategorier: *Arbetsmiljö* och *arbetsrutiner*.

7.3.1 Arbetsmiljö

Två operationssjuksköterskor beskrev vikten av att en lugn miljö ska finnas i operationssalen för att den intraoperativa kommunikationen med anestesijuksköterskan ska fungera bra. De erfor att en hög ljudnivå och bullrig miljö med apparatur som låter hade en negativ påverkan på kommunikationen. Hög musik var också en faktor som ansågs leda till en sämre

kommunikation. En av operationssjuksköterskorna beskrev att lagom musikhånså ansågs vara lämpligast för att föra en god konversation.

...bullrig miljö med apparatur som låter, piper, sugsystem är negativt för kommunikationen.

(2)

Det framkom hos operationssjuksköterskorna att en bidragande orsak till att den intraoperativa kommunikationen fungerar bra är när inget onödigt spring existerar som kan störa operationspersonalen. När för många personer befinner sig i operationssalen under en pågående operation kan kommunikationen som förs hindras. För många byten mellan personal under en pågående operation uppfattades även resultera i en negativ påverkan på kommunikationen.

7.3.2 Arbetsrutiner

Fyra av de åtta operationssjuksköterskorna i studien påpekade vikten av att använda sig av en bra timeout preoperativt som en bidragande faktor till bättre kommunikation. WHO:s checklista gavs som exempel och de erfarenheter som beskrevs var att både patientsäkerheten och den intraoperativa kommunikationen ökade vid användandet. En av operationssjuksköterskorna ansåg att teamkänslan har förbättrats efter att ”pass på sal” håller i WHO:s checklista istället för anestesipersonalen. Detta på grund av att det tidigare kändes som att kommunikationen främst fördes mellan anestesisjuksköterskan och kirurgen vilket gjorde att operationssjuksköterskan kände sig mindre delaktig i teamet.

WHO timeout är det bästa som har hänt. Jag och en kollega pratade om detta redan för 15 – 20 år sedan att man skall tänka lite som flyget. Säkerhet går före allt. (4)

Fyra operationssjuksköterskor upplevde att vid hög arbetsbelastning kände de sig stressade vilket påverkade kommunikationen med anestesisjuksköterskorna. Vid ökad stress kunde det leda till att viktig information inte förmedlades vilket betraktades påverka patientsäkerheten negativt. Lagom arbetsbelastning ansågs bidra till en bättre intraoperativ kommunikation med arbetsrutiner som gynnade verksamheten ur ett informationsöverförings perspektiv. Bristfälliga arbetsrutiner i verksamheten framställdes vara en bidragande orsak till att en sämre kommunikation mellan operationssjuksköterskan och anestesisjuksköterskan skapades.

Vikten av en välfungerande kommunikation ökar med stressnivån. (1)

8 Diskussion

I följande avsnitt förs diskussion gällande metoden och resultatet.

8.1 Metoddiskussion

Föreliggande studie syftade till att beskriva operationssjuksköterskors erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen i teamet med fokus på anestesijuksköterskor. Därav valdes en kvalitativ ansats som metod för att få en bredare uppfattning och tydliggöra deltagarnas erfarenheter (Tidström & Nyberg, 2012).

Att använda rätt metod för datainsamling i olika studier är viktigt för att erhålla ett giltigt resultat (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Således fördes diskussion avseende lämplig datainsamlingsmetod för studien. Valet stod mellan intervju- eller enkätstudie, till följd av att ett gemensamt intresse för enkätstudier fanns valdes således denna metod. Genom att använda enkäter utformade med öppna frågor istället för ett standardiserat frågeformulär kunde en bättre uppfattning av fenomenet erhållas. Med hjälp av Ejlertsson (2014, s. 51-89) *frågekonstruktion* hade vi möjlighet att lättare skapa bakgrundsfrågorna och de öppna frågorna till enkäten. Detta på grund av att det finns anvisningar på hur frågor bör konstrueras för att bland annat undvika missuppfattningar. Till följd av ringa kunskaper samt erfarenheter avseende utformning av enkäter ansågs kapitlet *frågekonstruktion* var ett bra hjälpmedel för oss. Vid oklara formuleringar av enkätfrågor kan det bli svårt för deltagarna att förstå innebörden av frågan, missuppfattningar av frågorna kan i sin tur medföra svårigheter i analyseringsprocessen och eventuellt påverka resultatet negativt (Ejlertsson, 2014). Omfattande enkäter bestående av många frågor kan leda till att svarsfrekvensen påverkas negativt därför valde vi att endast inkludera fyra öppna frågor.

För att deltagarna skulle erhålla ett gott första intryck av enkäten utformades layouten så att den skulle vara enkel att förstå samt att varje deltagare hade gott om utrymme att formulera svaren. Att ha ett större utrymme att formulera svaren på kan resultera i att ett djupare och mer innehållsrikt svar erhålls. Deltagarna fick även skriftliga instruktioner om att utförligt besvara frågorna och ge exempel på situationer de varit med om. Ordningen på frågorna i formuläret strukturerades upp för att skapa en logisk förståelse för kontexten. Genom användandet av enkäter som metod för datainsamling kunde deltagarna i lugn och ro läsa igenom frågorna samt besvara enkäten när möjlighet fanns. Det kan även vara positivt att använda sig av enkäter när känsliga frågor inkluderas för att deltagaren undgår den personliga kontakten. Deltagaren kan då känna sig mer trygg och eventuellt ge ett mer tillförlitligt svar på frågan som ställs (Ejlertsson, 2014). Vi hade inte som avsikt att inkludera känsliga frågor däremot kan deltagarna uppleva frågorna olika och anse någon fråga som känslig. Vidare anser vi att det var negativt att de besvarade enkäterna förvarades i kuvert hos avdelningscheferna innan de hämtades upp av ansvariga för studien. Risk föreligger då att deltagarna inte vågat svara tillförlitligt på enkäten eftersom det kan finnas risk att obehöriga

läser enkäterna. Vi tror inte att detta har skett, dock är det något som med säkerhet inte kan uteslutas.

Ett pilottest genomfördes för att öka kvalitén på den slutgiltiga enkäten (Ejlertsson, 2014). Efter att testet utförts behövdes en fråga omformuleras på grund av att den ansågs vara svårbegriplig, de resterande frågorna behövde inte omformuleras. Deltagarna i pilottestet fick som uppgift att dokumentera den tid det tog att svara på enkäten, för att vi skulle ha möjlighet att informera detta vid den verkliga enkätundersökningen. Det framkom att det inte tog mer än 20 minuter att besvara enkäten, däremot tror vi att tidsåtgången till viss del kan variera bland deltagarna. Tidsåtgången för besvarande av enkäten bör enligt Ejlertsson (2014) vara mellan 15-30 minuter för att inte svarsfrekvensen ska påverkas negativt. En nackdel som kan ses med det utförda pilottestet kan vara att de två operationssjuksköterskorna endast fick några timmar för att besvara enkäten innan de samlades in. Svaren som framkom under testet var dock utförliga och mer tid ansågs således inte behövas till pilottestet. Vi valde att inte inkludera svaren från de två pilotenkäterna i studien eftersom omformulering av en fråga gjordes vilket kanske hade påverkat studiens resultat.

Totalt delades 20 enkäter ut för att försäkra oss om att få tillräckligt många svar eftersom risken för bortfall vid enkätstudier är stort (Ejlertsson, 2014). Upprepade telefonkontakter och personliga besök gjordes på de två operationsavdelningarna. Av de 20 enkäterna var det endast åtta enkäter som besvarades trots de frekventa påminnelserna. Däremot tror vi att svarsfrekvensen hade ökat ytterligare om vi hade haft mer tid till att samla in material och lägga upp tillvägagångssättet på ett mer strukturerat sätt. Genom att även medverka och informera om studien på avdelningarnas arbetsplatsträffar och redan då försöka fånga personalens intresse av att medverka i studien hade ett ökat deltagarantal eventuellt uppnåtts.

Eftersom avdelningschefen delade ut enkäterna hade vi inte möjlighet att välja ut vilka som inkluderades i studien förutom att de skulle möta inklusionskriterierna. Information gavs om att en variationsbredd eftersträvades, vilket var svårt för oss att under tiden kontrollera. Vid insamling av enkäterna ansåg vi dock att en variationsbredd i ålder och arbetslivserfarenhet bland deltagarna i enkätstudien hade uppnåtts. En nackdel med studien var emellertid att endast en man hade valt att delta. Det hade varit intressant att inkludera fler manliga deltagare i enkätundersökningen för att se om ett annat resultat hade erhållits, vilket hade föranlett till att kunna göra en jämförelse mellan kvinnor och mäns erfarenheter. Att inte fler män deltog kan av våra egna erfarenheter bero på att operationsavdelningarna främst utgörs av kvinnliga operationssjuksköterskor. Kanske hade även ett mer nyanserat resultat erhållits och en mer varierande bild av erfarenheterna uppnåtts om fler än två operationsavdelningar hade ingått i studien. Om ytterligare operationsavdelningar inkluderats i studien hade även fler enkäter delats ut vilket eventuellt kunnat leda till ett större material (Ejlertsson, 2014). Vi upplevde dock att riklig data och ett brett resultat framkommit av de åtta enkäterna som samlades in. Samtliga besvarade enkäterna användes till föreliggande studie. Ingen av deltagarna valde att avsluta sin medverkan i studien och därav uppkom inget bortfall under studiens gång.

Nackdelen med enkätstudier är att deltagarna inte har möjlighet att ställa motfrågor om funderingar finns vilken kan göra att frågor missuppfattas som eventuellt kan leda till snedvridning av resultatet. Deltagarna har dock haft möjlighet att kontakta ansvariga för studien vid funderingar eftersom kontaktuppgifter hade inkluderats i den utlämnade enkäten. Att inte ha möjlighet att ställa kompletterade frågor vid resultatanalysen kan leda till att detaljer i deltagarnas nerskrivna erfarenheter inte fångas upp (Ejlertsson, 2014). Om en intervjustudie istället hade utförts förmodar vi att djupare och mer beskrivande erfarenheter kanske hade erhållits, vilket hade kunnat resultera i ett mer omfattande resultat. Vid intervjustudier finns det större möjlighet att skapa en relation med deltagarna vilket kan leda till att de känner sig mer bekväma med att delge sina erfarenheter. Dock kan risken med intervjustudier vara att deltagarna inte specifikt uttrycker vad de egentligen vill säga (Trost, 2010).

Eftersom vi ville få insikt i operationssjuksköterskors erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen i teamet med fokus på anestesijuksköterskor, analyserades råmaterialet som framkom i enkätstudien med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Med hjälp av Lundman och Hällgren Graneheims (2012) metod för kvalitativ innehållsanalys kunde analysprocessens olika steg lättare utföras. Detta för att någon omfattande kunskap gällande analysering av kvalitativt material inte fanns och således ansågs metoden var ett bra hjälpmedel för oss. Fördelarna med att arbeta utefter en strukturerad analyseringsmall, när det gäller studier som har ett stort råmaterial, är att det blir lättare att genomföra en säker och systematisk analysering av materialet. Därefter utfördes således en fördjupad analys av materialet för att besvara syftet. När kategorierna hade tagits fram ansågs det vara svårt att arbeta fram väl avgränsande underkategorier på grund av att deltagarna delgett känslomässiga erfarenheter och tankar som hade likheter med kategorierna. Detta gällde i kategorierna *interaktioner i teamet* och *relationer i teamet*.

Strävan efter att öka tillförlitligheten till studien fördes kontinuerligt genom att studiens analysprocess grundligt beskrivits i avsnitt 6.5. För att öka tillförlitligheten ytterligare bearbetades och analyserades innehållet av materialet tillsammans utan att inkludera personliga tankar eller erfarenheter. Under analysprocessens gång har vi kontinuerligt fört diskussion gällande olika sätt att tolka texten i avsikt att skapa kategorier och underkategorier som svarar på syftet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Att stärka giltigheten till studien var något som betraktades vara viktigt och således fördes diskussion gällande val av rätt metod för att erhålla ett sanningsenligt resultat. Enkätundersökning utformad med öppna frågor valdes som metod för att erhålla svar på syftet. Denna metod anser vi har föranlett till att mäta det som var avsett att mäta, alltså operationssjuksköterskornas erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen i teamet med fokus på anestesijuksköterskor. Vi anser utifrån våra egna erfarenheter att det som framkom i kategorierna och underkategorierna är representativt för hur det ser ut i verkligheten. Även valet av att använda operationssjuksköterskor med minst två års yrkeserfarenhet på nuvarande operationsavdelning ansågs ge en ökad giltighet. Detta på grund

av att deltagarna hade mer erfarenhet och på så sätt kunde bidra till att ge ett mer varierande svar på enkätfrågorna. Variation i yrkeslivserfarenhet och ålder bland deltagarna var också stort vilket kan påverka giltigheten positivt. Giltigheten i föreliggande studie kan påverkas negativt till följd av att endast en manlig deltagare existerade. Något som även kan vara negativt är att endast åtta deltagare ingick i enkätstudien och således kanske en mindre variationsbredd uppnåts. Till följd av att citat har presenterats i resultatet, för att understryka det deltagaren formulerat i skrift, ger det läsaren möjlighet att lättare bedöma giltigheten i föreliggande studie (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Inom kvalitativa studier används begreppet överförbarhet för att avgöra om studiens resultat är applicerbart till andra situationer inom olika verksamheter. En noggrann beskrivning av studiens genomförande har utförts i avsnitt 6 och 8.1 för att stärka överförbarheten. Dock är det i slutändan upp till läsaren själv att bedöma om studiens resultat anses vara överförbart till andra verksamheter och team (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Överförbarheten kan även påverkas positivt på grund av att enkätundersökningen utfördes på två operationsavdelningar och således erhöles fler varierande erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen. Studien är emellertid inte helt överförbar till andra verksamheter på grund av att säkerhetskulturen kan variera. Det innebär att avdelningar arbetar på olika sätt och det kan finnas olika syn på hur arbetet ska föras både utifrån teamets medlemmar samt ledningen. Föreliggande studie är inte omfattande och därav kan vi inte med säkerhet uttala oss om överförbarheten, utan det krävs ytterligare studier inom området (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Vi anser dock att studiens resultat till viss del kan överföras på andra operationsavdelningar och även inom andra delar av hälso- och sjukvården där teamarbete är förekommande.

8.2 Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande studie var att beskriva operationssjuksköterskors erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen i teamet med fokus på anestesijuksköterskor. Resultatet presenterades i tre kategorier med åtta tillhörande underkategorier i avsnitt 7. Vi har valt att diskutera det som framkom i kategorierna och förankrat detta i litteraturen som presenterades under avsnitt 2 och 3, ny litteratur samt våra egna tankar och reflektioner.

I kategorin *interaktioner i teamet* framkom vikten av att en rak och tydlig kommunikation förs med anestesijuksköterskorna. Operationssjuksköterskorna i föreliggande studie ansåg att missförstånd lättare kunde undvikas och att en ökad arbetseffektivitet skapades. Något som vi har märkt under vår verksamhetsförlagda utbildning i operationssjukvården är att rak och tydlig kommunikation är mer lättbegriplig och att informationen som sänds då kan uppfattas snabbare. Att föra en tydlig kommunikation anser vi inte bara är av vikt inom operationssjukvården utan något som bör vara självklart inom alla delar av hälso- och sjukvården där teaminteraktioner existerar. Strävan efter att en adekvat kommunikationsöverföring i teamet ska ske, med information som uppfattas korrekt, anser vi i sin tur kan stärka patientsäkerheten.

I samma kategori framkom vikten av att kontrollera att mottagaren har hört och förstått informationen som kommuniceras av sändaren. En av operationssjuksköterskorna i föreliggande studie ansåg att *closed loop communication* är en bra metod för att verifiera att informationen har uppfattats korrekt. Detta stämmer väl överens med vad Powell och Hill (2006) beskriver i sin studie, att mottagaren bör bekräfta given information till sändaren genom upprepning för att säkerställa att den grundläggande meningen i det som kommuniceras har tolkats korrekt. Även Miller, Riley och Davis (2009) beskriver i sin observationsstudie att nyckeln till att uppnå en patientsäker vård är att använda *closed loop communication*. De belyser att mottagaren lätt kan feltolka informationen som sändaren presenterar, vilket i sin tur kan äventyra patientsäkerheten. Inom flygindustrin använder sig piloterna av kommunikationsmodellen när de samtalar med flygledningen, vilket enligt studien inte genomgående används bland personal inom hälso- och sjukvård. Vi anser att sjukvården hade gynnats ur ett patientsäkerhetsperspektiv om en sluten kommunikationsslinga hade varit mer förekommande. Mer träning och utbildning inom kommunikationssäkerhet i teamet tror vi är något som bland annat krävs för att göra detta möjligt.

Lindh och Sahlqvist (2012) beskriver vikten av att kommunicera utifrån en strukturerad och uttrycklig modell för att bedriva en säker vård, på så sätt kan tydlig och klar information adekvat delges. Den som sänder informationen behöver i första hand fundera över huruvida innehållet i det som förmedlas är betydelsefullt och passande för situationen. Därefter behöver förmedlingssättet för informationsöverföringen begrundas, alltså hur informationen ska kommuniceras. Skälet till varför informationen ska sändas behöver också vara väl genomtänkt tillsammans med vem eller vilka som involveras i informationsutbytet. Vanliga fel i kommunikationsöverföringen är när information saknas eller inte har formulerats fullständigt. Att implementera Lindh och Sahlqvist kommunikationsmodell i operationssjuksköterskans och anestesijuksköterskans intraoperativa kommunikation anser vi kan bidra till att en mer strukturerad och säker kommunikationsöverföring skapas. Modellen kan även användas inom samtliga delar av hälso- och sjukvården där verbal informationsöverföring är i centrum.

I föreliggande studie framkom det erfarenheter av att operationssjuksköterskorna kände att icke verbal kommunikation kunde förstärka innebörden i det som kommuniceras verbalt. Speciellt vid akuta situationer framkom det vara viktigt att använda gester för att säkra att informationen förts fram, vilket i sin tur ansågs höja patientsäkerheten. Detta kan jämföras med en observationsstudie av Härgestam et al. (2016) som menar att icke verbal kommunikation spelar en stor roll i hur gruppmedlemmar kommunicerar med varandra, speciellt vid akuta situationer. Studien visade på att vag icke verbal kommunikation kunde förstärka tvetydig verbal kommunikation och leda till minskad patientsäkerhet. Tydlig icke verbal kommunikationen som exempelvis blickriktning och gester ansågs vara viktigt för att informationen skulle uppfattas korrekt. En observationsstudie av Moore, Butt, Ellis-Clark och Cartmill (2010) menar att en ökad förståelse kring hur den icke verbala kommunikationen förs behövs för att öka teamarbetet och patientsäkerheten. Vi anser att det krävs träning i hur den icke verbala kommunikationen ska föras och att den ibland hamnar i skymundan för den

verbala kommunikationen. För att mottagaren och sändaren ska förstå varandra fullt ut och inte missuppfatta informationen som sänds anser vi att både den verbala och icke verbala kommunikationen bör gå hand i hand.

I kategorin *relationer i teamet* framkom att operationssjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att alla skulle få möjlighet att göra sig hörda på operationssalen och säga till om något var fel. Detta är något som vi också anser bör vara en självklarhet i ett operationsteam för att göra det möjligt för alla att våga säga vad de tycker och känner, vilket annars kan påverka patientsäkerheten negativt. Detta stämmer överens med en fokusgruppsstudie av Garon (2012) som belyser vikten av bedriva en öppen vårdkultur där samtlig personal har möjlighet att göra sig hörd och säga ifrån om något är fel. Att arbeta efter begreppet *speak upp communication* i stället för att vara passiv kan enligt studien i sin tur leda till bättre patientvård och ett ökat teamarbete. Ytterligare en studie visar vikten av att samtliga i teamet har en skyldighet att våga säga till om något är fel oavsett i vilken situation eller miljö vården bedrivs. Detta för att öka vårdkvalitén och minska risken för vårdlidande (Reid & Bromiley, 2012). Enligt Eriksson (2015) bör vikten av att förhindra vårdlidande hos patienten kontinuerligt vara i centrum under vårdkedjan. Genom att finnas till för patienten under vården och ständigt vara ärlig i omhändertagandet kan vårdlidande minskas. Vi anser att arbeta efter Katie Erikssons tankar om att lindra det lidande som kan uppstå hos en patienten bör det vara av stor vikt att säga till om något är fel i en situation som kan leda till vårdlidande.

I samma kategori framkom det att sex av de åtta operationssjuksköterskorna i studien ansåg att personkemin var en stor faktor som påverkade hur kommunikationen förs med anestesijuksköterskor. De beskrev att när personkemin inte stämde påverkades kommunikationen och samarbetet negativt, vilket betraktades ge en negativ påverkan på vårdandet av patienten. Nationalencyklopedin (2016c) beskriver att *personkemi* är olika psykologisk omständigheter som bidrar till att personer trivs mer eller mindre med varandra. Personkemi anser vi är ett mycket komplext begrepp och det kan vara en rad olika faktorer som bidrar till att personkemin påverkar kommunikationen. Det kan exempelvis handla om hur relationen är mellan operationssjuksköterskan och anestesijuksköterskan samt att inte samma tankesätt delas. Vi anser även att det kan handla om att missförstånd har uppstått mellan de involverade i samband med någon tidigare situation som behöver redas ut. Enligt Flin et al. (2012) kan exempelvis fördomar, förväntningar, känslor och tidigare arbetserfarenheter med varandra leda till att olika hinder i kommunikationen uppstår.

I kategorin *organisatoriskt system* framkom att arbetsmiljön och arbetsrutiner har påverkan på den intraoperativa kommunikationen som förs med anestesijuksköterskan. Operationssjuksköterskorna beskrev erfarenheter av att höga ljudnivåer och bullrig miljö kan påverka den intraoperativa kommunikationen negativt. En av operationssjuksköterskorna erfor att ljud från apparater störde kommunikationen. Detta belyser även Weldon et al. (2015) i sin studie om att musik som spelades i operationssalen stör kommunikationen som förs i teamet och påverkar patientsäkerheten negativt. Risk föreligger att fokus förflyttas från

operationen och att viktig information tillsammans med instruktioner försummas. Studien visar också vikten av att operationssjuksköterskorna för diskussion gällande arbetsmiljön, exempelvis angående om musik som spelas intraoperativt ska stängas av om den anses leda till bristande kommunikation. Även vi anser vikten av att tillsammans bestämma om musik ska spelas intraoperativt, detta kan vara något som diskuteras i samband med genomförandet av WHO:s checklista.

I samma kategori beskriver operationssjuksköterskorna i föreliggande studie vikten av att föra en bra preoperativ checklista. Fem av de åtta operationssjuksköterskorna i studien beskrev specifikt att WHO:s checklista är en bidragande faktor till att den intraoperativa kommunikationen med anestesijüksköterskor fungerar bra. En studie av Haynes et al. (2009) visar att införandet av WHO:s checklista syftar till att öka säkerheten och effektiviteten för kommunikationen som förs vilket i sin tur kan leda till ökad patientsäkerhet. En kvantitativ enkätstudie baserad på 53 enkäter utfördes för att bland annat undersöka om förbättringar i kommunikationen och teamkänslan ökat efter att WHO:s checklista för säker kirurgi införts på en operationsavdelning. Studien visade på att 85 procent av deltagarna ansåg att den intraoperativa kommunikationen i teamet hade förbättrats vid implementering av checklistan. Deltagarna ansåg även att införandet av WHO:s checklista ökade teamkänslan bland personalen (Kearns, Uppal, Bonner, Robertson, Daniel & McGrady, 2011). Användandet av WHO:s checklista som kommunikationsmodell upplever vi starkt kan bidra till att en bättre intraoperativ kommunikation i operationsteamet skapas vilket i sin tur kan resultera i en mer patientsäker vård.

9 Slutsats

Operationssjuksköterskorna i föreliggande studie anser att en god kommunikation och ett gott samarbete är förutsättningar för ökad patientsäkerhet och minskat vårdlidande.

Operationssjuksköterskorna beskrev att den intraoperativa kommunikationen med anestesijuksköterskor oftast fungerade bra, dock var det i många fall beskrivet att den var personbunden, vilket ansågs leda till en negativ påverkan på patientsäkerheten. Det framkom även vikten av att använda kommunikationsmodeller som exempelvis WHO:s checklista, *closed loop communication* och *speak up communication* för att säkerställa informationsöverföringen. Hög musik och bullrig ljudnivå tillsammans med för mycket personal i operationssalen var något som ansågs kunna påverka kommunikationen som förs i operationsteamet negativt.

10 Praktiska implikationer

Operationssjuksköterskan kan stärka den intraoperativa kommunikationen med anestesijuksköterskan genom att:

- Föra en rak och tydlig kommunikation.
- Använda WHO:s checklista för säker kirurgi.
- Använda kommunikationsmodellen *closed loop communication*.
- Respektera anestesijuksköterskans yrkesroll och inneha en ökad förståelse för varandra.
- Alla ska få göra sig hörda på operationssalen, *speak up communication*, samt känna sig delaktiga i operationsteamet.

Verksamhetsledningen kan stärka säkerhetskulturen i operationssalen för att skapa bättre intraoperativ kommunikation i teamet genom att:

- Anordna utbildningar i olika kommunikationsmodeller.
- Avsätta tid för att teamet ska lära tillsammans och ta del av varandras kunskaper för att öka samarbets- och kommunikationsförmågan.
- Ledningen ska vara lyhörd och ta del av operationsteamets tankar.
- Tillämpa riktlinjer för att sträva efter en bättre arbetsmiljö i operationssalen, exempelvis gällande musik och på vilket sätt kommunikationen ska föras.
- Implementera WHO:s checklista för säker kirurgi.
- Införa tydliga arbetsrutiner och hitta sätt för att minska arbetsrelaterad stress.

Vi anser att föreliggande studies resultat kan ge en ökad medvetenhet om operationssjuksköterskors erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen i teamet med fokus på anestesijuksköterskor. Vår förhoppning med föreliggande studie är att den ökade

medvetenheten kan leda till att operationssjukvården och övriga delar av hälso- och sjukvården gynnas ur bland annat ett kommunikations- och patientsäkerhetsperspektiv.

11 Fortsatt forskning

Till följd av kommunikationens stora betydelse för hälso- och sjukvården behövs ytterligare forskning och utbildning inom ämnet. Efter utförd litteraturgenomgång hittades ingen specifik forskning rörande operationssjuksköterskors och anestesijuksköterskors erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen med varandra. Föreliggande enkätstudie skulle kunna ge plats åt en intervjustudie där ett större urval inkluderas, på olika operationsavdelningar, för att erhålla en ökad variationsbredd av erfarenheter. Vidare hade det varit intressant att bedriva forskning kring anestesijuksköterskors erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen i teamet med fokus på operationssjuksköterskor. Detta för att bland annat göra en jämförelse av erfarenheterna av den intraoperativa kommunikationen mellan yrkesprofessionerna.

Referenslista

- Alfredsdottir, H., & Bjornsdottir, K. (2008). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 29-37. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x
- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2006). *Vårdande som lindrar lidande: etik i vårdandet*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Bezemer, J., Korkeakangas, T., Weldon, S. M., Kress, G., & Kneebone, R. (2015). Unsettled teamwork: communication and learning in the operating theatres of an urban hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), 361-372. doi:10.1111/jan.12835
- Bäckström, G. (2012). Operationssjuksköterskans profession. I G. Mykestul Dåvøy, P. Hege Eide, & I. Hansen (Red.), *Operationssjukvård: operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad* (s. 29-42). Lund: Studentlitteratur.
- Centrala Etikprövningsnämnden. (2016). *Vägledning till forskningspersoninformation*. Tillgänglig: <http://www.epn.se/start/ansoekan/vaegledning-till-forskningsplan/>
- Cook, R. (2013). Systemperspektivet säkerhet. I S. Ödegård (Red.), *Patientsäkerhet: teori och praktik* (1. uppl., s. 142-169). Stockholm: Liber.
- Dunsford, J. (2009). Structured communication: improving patient safety with SBAR. *Nursing for Women's Health*, 13(5), 384-390. doi:10.1111/j.1751-486X.2009.01456.x
- Ejlertsson, G. (2014). Enkäten - Frågekonstruktion. I G. Ejlertsson. *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. (3. uppl., s. 51-89) Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan*. (2. uppl.) Stockholm: Liber.
- Flin, R., O'Connor, P., & Crichton, M. (2012). *Safety at the sharp end: a guide to non-technical skills*. Aldershot, England: Ashgate.
- Gardezi, F., Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Orser, B., & Baker, G. R. (2009). Silence, power and communication in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1390-1399. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.04994.x
- Garon, M. (2012). Speaking up, being heard: registered nurses' perceptions of workplace communication. *Journal of Nursing Management*, 20(3), 361-371. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01296.x
- Gillespie, B. M., 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.
doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.11.001

- Gillespie, B. M., Gwinner, K., Chaboyer, W., & Fairweather, N. (2013). Team communication in surgery - creating a culture of safety. *Journal of Interprofessional Care*, 27(5), 387-393. doi:10.3109/13561820.2013.784243
- Gurses, A. P., Kim, G., Martines, E. A., Marsteller, J., Bauer, L., Lubomski, L. H., Pronovost, P. J., ... Thompson, D. (2012). Identifying and categorising patient safety hazards in cardiovascular operating rooms using an interdisciplinary approach: a multisite study. *BMJ Quality and Safety*, 21(10), 810-818. doi:10.1136/bmjqs-2011-000625
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H., Dellinger, E. P., ... Gawande, A. A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499. doi:10.1056/NEJMsa0810119
- Healey, A. N., Primus, C. P., & Koutantji, M. (2007). Quantifying distraction and interruption in urological surgery. *Quality and Safety in Health Care*, 16(2), 135-139. doi:10.1136/qshc.2006.019711
- Härgestam, M., Hultin, M., Brulin, C., & Jacobsson, M. (2016). Team leaders' non-verbal communication: video registration during trauma team training. *Scandinavian Journal of Trauma*, 24(37), 1-10. doi:10.1186/s13049-016-0230-7
- Kearns, R. J., Uppal, V., Bonner, J., Robertson, J., Daniel, M., & McGrady, E. M. (2011). The introduction of a surgical safety checklist in a tertiary referral obstetric centre. *BMJ Quality and Safety*, 20(9), 818-822. doi:10.1136/bmjqs.2010.050179
- Kingdon, B., & Halvorsen, F. (2006). Perioperative nurses' perceptions of stress in the workplace. *AORN Journal*, 84(4), 607-614. doi:10.1016/S0001-2092(6)63939-2
- Koneczny, S. (2009). The operating room: Architectural conditions and potential hazards. *Work*, 33(2), 145-164. doi:10.3233/WOR-2009-0861
- Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. (2009). *Checklista för säkerhet vid operationer*. Tillgänglig: <http://lof.se/wp-content/uploads/2015/05/checklista.pdf>
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(1), 85-90. doi:10.1136/qshc.2004.010033
- Lind, J-I. (2009). Teambaserade strukturer - en möjlig utvecklingsriktning. I J. Berlin, E. Carlström & H. Sandberg (Red.), *Team i vård, behandling och omsorg: erfarenheter och reflektioner* (s. 191-216). Lund: Studentlitteratur.

- Lindh, M., & Sahlqvist, L. (2012). *Säker vård: att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G. R., Reznick, R., ... Grober, E. (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety in Health Care*, 13(5), 330-334. doi:10.1136/qshc.2003.008425
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Makary, M. A., Sexton, J. B., Freischlag, J. A., Holzmueller, C. G., Millman, E. A., Rowen, L., & Pronovost, P. J. (2006). Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American Collage of Surgeons*, 202(5), 746-752. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2006.01.017
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Miller, K., Riley, W., & Davis, S. (2009). Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. *Journal of Nursing Management*, 17(2), 247-255. doi:10.1111/i.1365-2834.2009.00978.x
- Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K., & Youngson, G. (2011). Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 818-828. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.11.005
- Moore, A., Butt, D., Ellis-Clarket, J., & Cartmill, J. (2010). Linguistic analysis of verbal and non-verbal communication in the operation room. *ANZ Journal of surgery*, 80(12), 925-929. doi:10.1111/j.1445-2197.2010.05531.x
- Nationalencyklopedin. (2016a). *Team*. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/team>
- Nationalencyklopedin. (2016b). *Kommunikation*. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/kommunikation>
- Nationalencyklopedin. (2016c). *Personkemi*. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/personkemi>
- Nilsson, L., Lindberget, O., Gupta, A., & Vegfors, M. (2010). Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personnel attitudes. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54(2), 176-182. doi:10.1111/j.1399-6576.2009.02109.x

- Norton, E. K., & Rangel, S. J. (2010). Implementing a paediatric surgical safety checklist in the OR and beyond. *AORN Journal*, 92(1), 67-71. doi:10.1016/j.aorn.2009.11.069
- Powell, S. M., & Hill, R. K. (2006). My copilot is a nurse - using crew resource management in the OR. *AORN Journal*, 83(1), 179-202. doi:10.1016/S0001-2092(06)60239-1
- Randle, J. (2003). Bullying in the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 395-401. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02728.x
- Reid, J., & Bromiley, M. (2012). Clinical human factors: the need to speak up to improve patient safety. *Nursing Standard*, 26(35), 35-40. doi:10.7748/ns2012.05.26.35.35.c9084
- Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård & Svensk Sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård*. Tillgänglig: http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/kompetensbeskrivning_intensivvard.pdf
- Riksföreningen för Operationssjukvård & Svensk Sjuksköterskeförening. (2011). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård*. Tillgänglig: <http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/operartion.kompbeskr.web.pdf>
- Rollenhagen, C. (2013). Säkerhetsklimat och säkerhetskultur. I S. Ödegård (Red.), *Patientsäkerhet: teori och praktik* (1. uppl., s. 352-374). Stockholm: Liber.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Tillgänglig: https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig: https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/
- Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2016). *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet*. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20139/2016-4-21.pdf>
- Thorén-Jönsson, A-L. (2012). Grounded theory. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

- Tidström, A., & Nyberg, R. (2012). Kvalitativ ansats. I R. Nyberg & A. Tidström (Red.), *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar* (s. 125-126). Lund: Studentlitteratur.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Undre, S., Sevdalis, N., Healey, A. N., Darzi, S. A., & Vincent, C. A. (2006). Teamwork in the operating room: cohesion or confusion? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(2), 182-189. doi:10.1111/j.1365-2753.2006.00614.x
- 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. (2011). Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(2), 159-166. doi:10.1093/intqhc/mzq079
- Weigl, M., Antoniadis, S., Chiapponi, C., Bruns, C., & Sevdalis, N. (2015). The impact of intra-operative interruptions on surgeons' perceived workload: an observational study in elective general and orthopedic surgery. *Surgical Endoscopy*, 28(1), 145-153. doi:10.1007/s00464-014-3668-6
- Weldon, S. H., Korikiakangas, T., Bezemer, J., & Kneebone, R. (2015). Music and communication in the operating theatre. *Journal of Advanced Nursing*, 71(12), 2763-2774. doi:10.1111/jan.12744
- Woodhall, L. J., Vertacnik, L., & McLaughlin, M. (2008). Implementation of the SBAR communication technique in a tertiary centre. *Journal of Emergency Nursing*, 34(4), 314-317. doi:10.1016/j.jen.2007.07.007
- World Health Organisation. (2009). *Implementation manual WHO surgical safety checklist*. Tillgänglig: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44186/1/9789241598590_eng.pdf
- World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Tillgänglig: <https://www.slf.se/Pages/48496/Helsingforsdeklarationen.pdf>
- Ödegård, S. (2013). Introduktion. I S. Ödegård (Red.), *Patientsäkerhet: teori och praktik* (1. uppl., s. 16-20). Stockholm: Liber

Bilagor

Bilaga 1

| | |
|---|--|
|  | Checklista för säkerhet vid operationer |
|---|--|

Checklistan är inte avsedd att vara heltäckande. Tillägg och modifieringar för att anpassa den till lokala rutiner uppmuntras.

Före inledning av anestesi >>>>>

| Förberedelse |
|--|
| <input type="checkbox"/> Patienten har bekräftat följande: <ul style="list-style-type: none">• identitet• plats för incision• informerad om och samtycker till operation |
| <input type="checkbox"/> Operationsområde markerat/ej tillämpligt |
| <input type="checkbox"/> Säkerhetskontroll för anestesi genomförd |
| <input type="checkbox"/> Fungerande pulsoximeter kopplad |
| Har patienten något av följande: |
| Känd allergi? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja |
| Risk för aspiration/svår intubation? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja och utrustning/assistans är tillgänglig |
| Risk för >500 ml blodförlust (7 ml/kg för barn)? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, och tillfredsställande intravenösa infarter och blod/vätskor är planerade |
| Risk för hypotermi? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, och åtgärder är planerade/vidtagna |

Före incision >>>>>

| Timeout |
|--|
| <input type="checkbox"/> Bekräfta att alla medlemmar i laget presenterat sig med namn och roll |
| <input type="checkbox"/> Anestesiolog/anestesisjuksköterska och operations-sjuksköterska, operatör bekräftar muntligt <ul style="list-style-type: none">• patient ID• plats för incision• planerad operation |
| Väntade kritiska moment under operationen |
| <input type="checkbox"/> Anestesipersonalens bedömning: finns några patientspecifika eller anesthesiologiska problem? |
| <input type="checkbox"/> Operationsjuksköterskans bedömning: har sterilitet bekräfts? Finns några problem med utrustning eller annat? Är patienten korrekt upplagd? |
| <input type="checkbox"/> Operatörens bedömning: vilka kritiska eller oväntade moment finns, operationens längd, förväntad blodförlust? |
| Har antibiotikaproylax givits inom de senaste 60 minuterna? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ej tillämpligt |
| Har trombosprofylax givits enligt ordination? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ej tillämpligt |
| Visas nödvändig bildinformation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ej tillämpligt |

Innan patienten lämnar operationsalen

| Avslutning |
|--|
| Checklisteansvarig får muntlig bekräftelse av laget: |
| <input type="checkbox"/> Vilket ingrepp har utförts |
| <input type="checkbox"/> Att antal instrument, torkar och nålar stämmer (eller ej tillämpligt) |
| <input type="checkbox"/> Hur preparat är märkta (inklusive patientens namn och personnummer) |
| <input type="checkbox"/> Finns problem med utrustningen som behöver uppmärksammas? |
| <input type="checkbox"/> Operatör, anestesiläkare/sjuksköterska och operationsjuksköterska går igenom huvudpunkterna för det initiala postoperativa omhändertagandet |
| <input type="checkbox"/> Vad kan vi lära? Vad kan vi göra bättre nästa gång? |

Published by the World Health Organization in 2008 under the title *WHO surgical safety checklist 1st edition 2008 (TR/08/216)*. Producerad av Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag mars 2009.

Bilaga 2

| SBAR – akut situation | |
|---|--|
| <p>S Situation Vad är problemet/ anledningen till kontakt?</p> | <p>Ange Eget namn, titel, enhet patientens namn, ålder, eventuellt personnummer. Jag kontaktar dig för att ...</p> |
| <p>B Bakgrund Kortfattad och relevant sjukhistoria för att skapa en gemensam helhetsbild av patientens tillstånd fram tills nu.</p> | <p>Informera om Tidigare och nuvarande sjukdomar av betydelse. Kort rapport av aktuella problem och behandlingar tills nu. Eventuell allergi, Eventuell smittorisk.</p> |
| <p>A Aktuellt tillstånd Status</p> <p>Bedömning</p> | <p>Rapportera A: luftväg B: andning C: puls, blodtryck, saturation D: medvetandegrad, smärta, orienterad till tid/ rum/person E: temperatur, hud, färg, buk, urinproduktion, yttre skador. Jag tror att problemet/ anledningen till patientens tillstånd är ...</p> |
| <p>R Rekommendation Åtgärd</p> <p>Tidsram</p> <p>Bekräftelse på kommunikationen</p> | <p>... därför föreslår jag: omedelbar handläggning övervakning/överflyttning utredning behandling. Hur ofta ska jag ... ? Hur länge ... ? När ska jag ta kontakt igen? Finns fler frågor? Är vi överens?</p> |

Nöjvetket för patientsäkerhet

| SBAR – icke akut situation | |
|---|---|
| <p>S Situation Vad är problemet/ anledningen till kontakt?</p> | <p>Ange Eget namn, titel, enhet patientens namn, ålder, eventuellt personnummer. Jag kontaktar dig för att ...</p> |
| <p>B Bakgrund Kortfattad och relevant sjukhistoria för att skapa en gemensam helhetsbild av patientens tillstånd fram tills nu.</p> | <p>Informera om Tidigare och nuvarande sjukdomar av betydelse. Kort rapport av aktuella problem och behandlingar tills nu. Eventuell allergi, Eventuell smittorisk.</p> |
| <p>A Aktuellt tillstånd Status</p> <p>Bedömning</p> | <p>Rapportera Vitala funktioner. Aktuellt status kopplat till situationen, Jag bedömer att ...</p> |
| <p>R Rekommendation Åtgärd</p> <p>Tidsram</p> <p>Bekräftelse på kommunikationen</p> | <p>... därför föreslår jag: övervakning utredning/behandling vårdplanering/hjälpbehov överflyttning uppföljning. Hur ofta ... ? Hur länge ... ? När? Finns fler frågor? Är vi överens?</p> |

Nöjvetket för patientsäkerhet



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Till berörd verksamhetschef inom operationssjukvården i Göteborg, Västra Götalandsregionen.

Studiens bakgrund och syfte

Vi är två operationssjuksköterskestudenter vid Göteborgs Universitet som skriver en magisteruppsats under vårterminen 2016. Syftet med studien är att undersöka operationssjuksköterskors upplevelser gällande den intraoperativa kommunikationen med anestesisjuksköterskor. För att hälso- och sjukvården ska kunna upprätthålla en patientsäker och god vård krävs det att kommunikationen är adekvat. Speciellt viktigt är det i operationsteamet på operationssalen då arbetet kontinuerligt sker utifrån ett multiprofessionellt team där operationssjuksköterskan och anestesisjuksköterskan utgör viktiga delar. För att effektivt kunna bedöma och utvärdera uppfattningen av den intraoperativa kommunikationen, är det av stor betydelse att få en djupare förståelse för hur operationssjuksköterskor upplever den intraoperativa kommunikationen med anestesisjuksköterskor.

Studiens genomförande

Härmed tillfrågar vi dig som verksamhetschef om du godkänner att studien utförs på din enhet. Vid ditt godkännande kommer vi att dela ut enkäter bestående av öppna frågor till de operationssjuksköterskor som har arbetat på enheten i minst två år. Medverkan kan bidra till en ökad förståelse för hur kommunikationen upplevs. Resultatet kan du senare ta del av genom att kontakta ansvariga för studien.



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Samtycke till deltagande i studie

Jag har erhållit skriftlig information angående en studie om operationssjuksköterskors upplevelse gällande den intraoperativa kommunikationen med anestesistjuksköterskor. Jag är medveten om att studien utförs på min enhet och att deltagandet är frivilligt och att deltagarna när som helst kan välja att avbryta studien. Enkäten kommer att behandlas konfidentiellt, vilket betyder att den kommer att vara avidentifierad. När enkäten är ifylld av operationssjuksköterskan läggs den i kuvert och hämtas av ansvariga för studien.

Härmed ger jag som verksamhetschef mitt samtycke till att studien genomförs på min enhet.

Enhet/Verksamhet:

Datum: _____

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

Ansvariga för studien

Malin Jönsson
Operations-
sjuksköterskestudent
Tel: 0769-31 0004
Malin_jonsson87@hotmail.com

Serosht Mohamadpoor
Operations-
sjuksköterskestudent
Tel: 0769-31 0000
Serosht.abobakry@hotmail.com

Annette Erichsen Andersson
Lektor vid institutionen för
vårdvetenskap och hälsa
Tel: 0769-33 0100
Annette.erichsen.andersson@gu.se

Bilaga 5



GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Användare Proprefekt Kristin Falk

Besöksadress: Arvid Wallgrens Backe 1

Postadress: Box 457, 405 30 Göteborg

Telefon: +46 31 786 6010

E-post: Kristin.Falk@fhs.gu.se

INFORMATION OM EXAMENSARBETEN

2016-04-04

1 / 2

Vårdenhetschefer inom Västra
Götalandsregionen

Studenters examensarbete på avancerad nivå

Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg universitet ingår ett examensarbete på avancerad nivå inom specialistsjuksköterske- och barnmorskeprogrammet. Arbetet omfattar 15 högskolepoäng och är en kurs inom ramen för en akademisk yrkesexamen. Examensarbetet ligger även till grund för en generell magisterexamen i huvudområdet omvårdnad. En magister- alternativt mastersexamen kan också erhållas efter genomgång av erforderliga fristående kurser.

Examensarbetet kan utgöras antingen av ett empiriskt projekt med datainsamling, en projektplan vars genomförande prövas i en pilotstudie, eller som ett delarbete i ett etablerat forsknings- eller verksamhetsutvecklingsprojekt. Datainsamling kan komma att ske i vårdverksamheten och för specialistutbildningen i anslutning till studenternas verksamhetsförlagda utbildning (VFU) inom valt program.

Lag om etikprövning av forskning (2003:460) innehåller bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor och biologiskt material från människor. I lagen definieras forskning som vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, dock inte sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller på avancerad nivå. Examensarbeten på avancerad nivå omfattas inte av etikprövning och därför krävs inte tillstånd av etikprövningsnämnd. Det innebär dock inte att de forskningsetiska frågorna lämnas därhän. Utifrån tydliga lärandemål gör studenterna forskningsetiska överväganden och skriver en forskningspersonsinformation enligt centrala etikprövningsnämndens riktlinjer. Såväl forskningsetiska överväganden som forskningspersonsinformation (FPI) diskuteras på seminarium och godkänts av handledare för examensarbetet.

Studenter som genomför ett empiriskt examensarbete skall lämna en FPI till tilltänkta deltagare, vanligen i samband med muntlig information. De forskningspersoner som väljer att delta i studien lämnar muntligt samtycke. Att delta i en studie är frivilligt och deltagandet kan när som helst avbrytas utan att forskningspersonen behöver förklara varför.

I de fall där examensarbetet är en del av ett pågående forskningsprojekt skall studenten uppvisa beslut från etikprövningsnämnden.

Med vänliga hälsningar

Kristin Falk



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Forskningspersonsinformation

Studiens bakgrund och syfte

Vi är två operationssjuksköterskestudenter vid Göteborgs Universitet som skriver en magisteruppsats under vårterminen 2016. Syftet med studien är att undersöka hur operationssjuksköterskor upplever den intraoperativa kommunikationen med anestesisjuksköterskor. För att hälso- och sjukvården ska kunna upprätthålla en patientsäker och god vård krävs det att kommunikationen är adekvat. Speciellt viktigt är det i operationsteamet på operationssalen då arbetet kontinuerligt sker utifrån ett multiprofessionellt team där operationssjuksköterskan och anestesisjuksköterskan utgör viktiga delar. För att effektivt kunna bedöma och utvärdera uppfattningen av den intraoperativa kommunikationen, är det av stor betydelse att få en djupare förståelse för hur operationssjuksköterskor upplever den intraoperativa kommunikationen mot anestesisjuksköterskor.

Förfrågan om deltagande

Härmed tillfrågar vi dig som har arbetat som operationssjuksköterska i minst två år på berörd enhet, om du vill delta i en studie för att svara på hur du upplever den intraoperativa kommunikationen gentemot anestesisjuksköterskor. Vi har fått godkännande från din chef att utföra studien på berörd enhet.

Hur studien går till

Studien baseras på att du ska svara på en enkät med öppna frågor. Vi önskar att du besvarar frågorna så utförligt som möjligt. Datum för sista inlämningsdag står skrivet på enkäten. Resultatet kommer endast användas till forskningsstudiens syfte och inte till ytterligare

ändamål. Efter att enkäterna har samlats in kommer innehållet att analyseras. Därefter kommer materialet att kategoriseras utifrån de resultat som erhållits.

Risker med studien

Vi kan inte se några risker med studien förutom att du behöver lägga ner tid på att svara på enkäten och inte har möjlighet till att ställa motfrågor vid funderingar.

Fördelar med studien

Din medverkan kan bidra till ökad förståelse för hur den intraoperativa kommunikationen upplevs med anesthesisjuksköterskor. Vår förhoppning med studien är att förståelsen för kommunikationen ska kunna gynna hälso- och sjukvården på flera nivåer.

Hantering av data och sekretess

Enkäten kommer att behandlas konfidentiellt, vilket betyder att den kommer att vara avidentifierad. Förutom ålder, kön och arbetserfarenhet, på din nuvarande enhet, kommer ingen ytterligare personuppgiftsinformation ställas. Samtidig hantering av personuppgifter regleras utifrån Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem. Endast berörd forskningspersonal samt handledare från Göteborgs Universitet kommer att ha tillgång till materialet. När enkäten är ifylld ska den läggas i medskickat kuvert som finns hos enhetens sekreterare där den senare hämtas av ansvariga för studien. Enkäten kommer att bevaras på en säker plats från utomstående och vid avslutad analys av resultatet kommer den därefter att kasseras.

Information om studiens resultat

Resultatet kan du ta del av genom att kontakta ansvariga för studien. Om du inte vill ha någon information kommer den ej att delges. Studien som helhet kommer att presenteras i form av en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet.

Ersättning

Ingen ekonomisk ersättning kommer att ges för att ingå i studien.

Frivillighet

Din medverkan är frivillig och du kan när som helst välja att avbryta studien utan specifik anledning i enlighet med Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Om du väljer att avsluta ditt deltagande i forskningsstudien kan du vända dig till ansvariga för studien. Det material som tagits fram innan avslutad medverkan kommer då att förstöras och inte användas i studien.

Samtycke

Du har nu erhållit skriftlig information angående en studie om hur operationssjuksköterskor upplever den intraoperativa kommunikationen med anestesijüksköterskor. Du har även fått information om att studien utförs på din enhet, att deltagandet är frivilligt och att du när som helst kan välja att avbryta studien. Om du väljer att svara på medföljande enkät ger du automatiskt ditt samtycke att delta i studien. Vid frågor eller oklarheter kontakta ansvariga för studien.

Ansvariga för studien

Malin Jönsson
Operations-
sjuksköterskestudent
Tel: 0700 01 00 11
Malin_jonsson87@hotmail.com

Serosht Mohamadpoor
Operations-
sjuksköterskestudent
Tel: 0700 00 00 00
Serosht.abobakry@hotmail.com

Annette Erichsen Andersson
Lektor vid institutionen för
vårdvetenskap och hälsa
Tel: 0757-20 04 00
Annette.erichsen.andersson@gu.se