



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

ATT FRÄMJA PATIENTSÄKERHETEN

**- En systematisk litteraturstudie ur
operationssjuksköterskans perspektiv**

Författare: Alice Andersson & Karin Fagerlund

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård/Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2020
Handledare:	Lars-Olof Persson
Examinator:	Margret Lepp

Titel svensk:	Att främja patientsäkerhet
Titel engelsk:	To promote patient safety
Uppsats/Examensarbete:	15hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2020
Handledare:	Lars-Olof Persson
Examinator:	Margret Lepp
Nyckelord:	Operationssjuksköterska, patientsäkerhet, erfarenhet, systematisk litteraturöversikt

Sammanfattning

Bakgrund: Operationssjuksköterskans arbete sker inom en högteknologisk miljö vilket ställer krav på både tekniska och icke-tekniska färdigheter. Att se och bekräfta den sårbara patienten i denna kontext kan vara en utmaning men är nödvändigt för att kunna främja välbefinnande och motverka vårdlidande. Tidigare forskning har belyst teamarbetet och kommunikationens betydelse för att utföra säker vård. Dock har inte lika stor mängd forskning fokuserat på operationssjuksköterskors erfarenheter på de handlingar och förhållanden som främjar patientsäkerheten.

Syfte: Syftet med studien var att belysa operationssjuksköterskors erfarenheter av perioperativ omvårdnad med fokus på omvårdnadshandlingar och förhållanden som främjar patientsäkerheten.

Metod: En systematisk litteraturöversikt genomfördes där en anpassad modell av Bettany-Saltikov och McSherry (2016) utfördes.

Resultat: Resultatet synliggjorde flertalet handlingar och förhållanden som främjar patientsäkerheten utifrån operationssjuksköterskors erfarenheter. Resultatet utmynnade i tre huvudkategorier; *Mötet med patienten*, *Skydda patienten* samt *Teamarbete och kommunikation*.

Slutsats: Operationssjuksköterskors erfarenheter av att främja patientsäkerheten speglades i både handlingar och förhållanden som ansågs ha betydelse. Att möta patienten gav möjlighet för att ge bekräftelse och inge trygghet. Operationssjuksköterskor strävade efter att skydda patienten både fysiskt och psykiskt genom hela den perioperativa processen vilket gjordes med hjälp av flertalet åtgärder. Teamarbetet och kommunikationen beskrevs ha stor betydelse för patientsäkerheten då ett välfungerande team med god kommunikation samarbetade bättre vilket gav utrymme för att påtala risker.

Nyckelord: Operationssjuksköterska, patientsäkerhet, erfarenhet, systematisk litteraturöversikt

Abstract

Background: The operating theatre nurse's work takes place in a high-tech environment, which places demands on both technical and non-technical skills. Seeing and confirming the vulnerable patient in this context can be a challenge, but is necessary to promote well-being and counteract mental illness. Previous research has highlighted the importance of teamwork and communication in providing safe care. However, not as much research has focused on operating theatre nurses' experiences of the actions and conditions that promote patient safety.

Aim: To shed light on the operating theatre nurses' experiences of perioperative nursing with a focus on nursing care and conditions that promote patient safety.

Method: A systematic literature review was conducted in which a customized model by Bettany- Saltikov and McSherry (2016) was performed.

Results: The result highlighted the many actions and conditions that promote patient safety based on the experience of operating theatre nurses. The result resulted in three main categories; *Meeting with the patient*, *Protecting the patient* and *Teamwork and communication*.

Conclusion: Operating theatre nurses' experiences in promoting patient safety were reflected in both actions and conditions that were considered to be significant. Meeting the patient provided the opportunity to provide confirmation and assurance. Operating theatre nurses strived to protect the patient both physically and mentally throughout the perioperative process, which was done with the help of several measures. Teamwork and communication were described to be of great importance for patient safety as a well-functioning team with good communication cooperated better, which provided the space to address risks.

Key words: Operating theatre nurse, patient safety, experience, systematic literature review

Förord

Vi vill tacka vår handledare Lars-Olof Persson för stöd och vägledning under arbetet med denna magisteruppsats.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Operationssjukvård.....	1
Operationsteamet.....	2
Operationssjuksköterskans profession.....	2
Kommunikation inom teamet.....	3
Kommunikationsverktyg.....	4
Crew resource management.....	4
Situation, Bakgrund, Aktuellt samt rekommendation.....	4
WHO's checklista.....	5
Säker vård och patientsäkerhet.....	5
Vårdskada.....	6
Perioperativt omhändertagande.....	6
Perioperativa dialogen.....	7
Teoretisk referensram.....	7
Vårdlidande.....	7
Problemformulering.....	8
Syfte.....	8
Metod.....	9
Design.....	9
Urval.....	9
Datainsamling.....	10
Kvalitetsgranskning.....	11
Dataanalys.....	12
Forskningsetik.....	14
Resultat.....	15
Kategori 1: Mötet med patienten.....	15
Skapa en förtroendefull relation.....	16
Belysa patientens behov.....	16
Att se hela människan.....	17

Kategori 2: Skydda patienten	17
Preoperativa förberedelser	18
Förebygga postoperativa infektioner	18
Förebygga hypotermi	19
Förebygga tryck och nervskada	19
Motverka respektlösa samtal i patientens närvaro	20
Kategori 3: Teamarbete och kommunikation	20
Betydelsen av ett välfungerande team	20
Bristande kunskap om och respekt mellan professioner	21
Kommunikation mellan professioner	22
Diskussion	23
Metoddiskussion	23
Design	23
Urval	23
Kvalitetsgranskning	25
Dataanalys	26
Resultatdiskussion	26
Det fysiska mötet med patienten- ett sätt för att motverka vårdlidande	27
Det fysiska mötet med patienten- ett sätt för att planera omvårdnadsåtgärder	28
Säkerheten påverkas negativt av bristfällig kunskap om professioners arbetsuppgifter ..	30
Kliniska implikationer	32
Slutsats	33
Referenslista	34

Bilaga 1- Söktabell pubmed/cinahl

Bilaga 2- Prisma diagram

Bilaga 3- Artikelöversikt

Bilaga 4- Kvalitetsgranskning SBU

Bilaga 5- Exkluderade artiklar

Inledning

Operationssjuksköterskan arbetar i ett multiprofessionellt team i en högteknologisk miljö där många faktorer kan påverka patientsäkerheten. Operationssjuksköterskan har ett brett ansvarsområde där både tekniska färdigheter i kombination med icke-tekniska färdigheter ska beaktas med patienten i fokus. Att skydda patienten är en av operationssjuksköterskans viktigaste uppgifter i syfte att motverka vårdskador och främja patientsäkerheten. Det finns en stor mängd forskning om risker i operationsmiljön och hur dessa kan påverka säkerheten för patienten. Dock finns det inte lika stor mängd forskning som belyser operationssjuksköterskans erfarenheter av att främja patientsäkerheten, där patientens fysiska, psykiska och existentiella dimensioner beaktas.

Bakgrund

Operationssjukvård

Den kirurgiska vården kan ses som en helhet kallad perioperativ vård där bara en del utgörs av själva operationssjukvården. Den perioperativa vården består av tre delar, pre- intra- och postoperativ vård. För att operationssjuksköterskan ska få kontinuitet och en helhetssyn av sitt arbete och den perioperativa omvårdnaden behöver hen vara delaktig i alla tre faser (1). Den perioperativa vården är den vård som utförs i nära anslutning till operation eller anestesi och präglas av att den sker i en högteknologisk omgivning där patientens behov är högsta prioritet (2).

För att skapa goda förutsättningar för vård och behandling är det nödvändigt att det praktiska arbetet grundar sig i teoretiska kunskaper (3). Operationstekniken har utvecklats från att tidigare främst använda öppen kirurgi till att idag omfatta minimal-invasiva metoder i större utsträckning. Dessa metoder leder till snabbare återhämtning och mindre risker för patienten, men ställer högre krav på teknisk kompetens för medlemmarna i operationsteamet (4).

För att minimera smittspridning och risken för vårdskada omfattas operationsavdelningen av flertalet lagar och riktlinjer där syftet är att skydda såväl patienten som personalen.

Operationsavdelningen ska vara avskärmd från övriga delar av sjukhuset och skyddas från att obehöriga personer tar sig in utan korrekt klädsel eller utrustning (4). För patienten kan operationssalen kännas ovan och främmande då det är en speciell miljö med personal inom

olika professioner, mycket teknisk apparatur och många regler att förhålla sig till. Detta i kombination med att vara i en utsatt sårbar situation kan bidra till att miljön upplevs skrämmande för patienten (4).

Operationsteamet

Ett team består av olika medlemmar inom vårdorganisationen, som alla på något sätt är involverade i vården av patienten (5). För att hälso- och sjukvården i dagens samhälle ska bedrivas med hög säkerhet krävs ett välfungerat team med gott samarbete (6). Inom operationssjukvården består teamet av medlemmar med olika professioner som tillsammans ska genomföra ett kirurgiskt ingrepp på en patient (5). De professioner som ingår i det interprofessionella teamet kan vara kirurger, operationssjuksköterskor, anestesijuksköterskor, anesthesiolog men även cirkulerande personal i form av undersköterskor (7).

Kompetensbeskrivningen för operationssjuksköterskor betonar att varje profession inom vården ska inneha kompetens om de sex kärnkompetenserna där samverkan i team är en utav dessa (8).

En viktig faktor i den specialiserade vården är teamets kompetens. Att sträva mot ett gemensamt mål som präglas av att ge bästa möjliga vård i kombination med hög säkerhet är betydande (5). Alla professioner i teamet har en unik kompetens och alla medlemmar har betydelse för patientens vård och säkerhet (7).

Operationssjuksköterskans profession

De krav som finns för att bli specialistsjuksköterska inom operationssjukvård är att inneha en svensk sjuksköterskelegitimation samt en magisterexamen inom operationssjukvård (8). Yrket operationssjuksköterska har många praktiska ansvarsområden men även att främja patientens hälsa och motverka ohälsa (8). I kompetensbeskrivningen för operationssjuksköterskor beskrivs det att hälsa och välbefinnande ska främjas och lidande ska förebyggas. Den specifika omvårdnaden som operationssjuksköterskan utför består av tre faser; preoperativ omvårdnad, intraoperativ omvårdnad och postoperativ omvårdnad. Dessa tre faser benämns perioperativ omvårdnad (8). Dessa tre faser kännetecknas av specifika kunskaper om medicinsktekniska produkter, aseptik och hygien, kroppens anatomi samt specifika operationsmetoder (9). Den perioperativa omvårdnaden karaktäriseras av ett förhållningssätt inkluderande lyhördhet, integritet och medkänsla. Operationssjuksköterskan har ett etiskt

ansvar gentemot patienten och omvårdnaden utgår från principen om att göra gott. Patienten ska bemötas med omtanke och respekt och människans lika värde ska beaktas. Kontinuitet och personcentrerat vårdande kan skapas då operationssjuksköterskan får möjlighet att möta patienten före och efter operation vilket kan underlätta för vägledningen av patienten genom hela operationsprocessen. I denna vägledning ska operationssjuksköterskan främja en trygg och välkomnande miljö där patientens fysiska och psykiska behov kan optimeras genom stöd och motivation. Förutom *personcentrerad vård* ingår ytterligare fem kärnkompetenser som operationssjuksköterskan ska beakta nämligen: *samverkan i team, förbättringskunskap, säker vård, kvalitetsutveckling, informatik* samt *evidensbaserad vård* (8). Att arbeta för att skapa en säker vård för patienten innebär flertalet åtgärder för operationssjuksköterskan och kan sammanfattas som att identifiera och förebygga de risker som finns. Syftet med de olika åtgärderna är att undvika vårdskada och minska lidande för patienten (8).

Kommunikation inom teamet

Ordet kommunikation har sitt ursprung i latinets *communicatio* som innebär ömsesidigt utbyte. Inom sjukvården är effektiv kommunikation viktigt för att bedriva säker vård och kan vara såväl verbal som icke- verbal (5). Dock kan kommunikationen upplevas vara komplicerad då nya team skapas kontinuerligt vilket ställer krav på att medlemmarna i ett multiprofessionellt team har kunskap och respekt för varandra (5). Dialogen är det som utgör grunden för teamarbete. Kommunikationen bör vara ömsesidig och respektfull för att skapa en icke-hierarkisk dialog där alla medlemmar får komma till tals (10).

Kommunikation påverkas negativt vid stress då det påverkar vårt rationella beteende vilket i sin tur kan öka risken för försämrade patientsäkerhet och att avvikelser inträffar. Vid stressfulla situationer kan irritation och frustration tas ut på medarbetare inom teamet och ge upphov till verbala konflikter där aggressivt språkbruk kan förekomma. Genom att använda strukturerad kommunikation inom teamet kan roller tydliggöras och en säker vård utföras även i stressade situationer (5). En vanlig orsak till uppkomsten av vårdskador är just kommunikationsbrister och dessa brister förekommer främst vid överrapportering mellan enheter (4).

Kommunikationsverktyg

Crew resource management

Crew resource management används för att träna effektiv kommunikation och samarbete mellan team inom högrisk miljöer. Ursprungligen användes CRM inom flyget sedan 1970-talet, men har på senare tid överförts till andra miljöer, däribland sjukvården. Det beskrivs som ett sätt för att öka säkerheten och innebär att alla tillgängliga resurser inom teamet används. Det består av ett antal strategier som är framtagna för att stärka teamets agerande vid såväl lugna som stressade situationer. Några av dessa strategier är *kommunikation*, *beslutsfattande*, *situationsmedvetenhet* och *ledarskap*. Kommunikationen bygger på ett aktivt engagemang inom teamet, där effektivt och strukturerad kommunikation används. Strategin beslutsfattande handlar om att varje medlem är delaktig i beslutsfattandet och att de beslut som tas ska tydligt kommuniceras inom teamet. Situationsmedvetenhet innebär att varje medlem har en förståelse för situationen och hur arbetet ska utföras för att nå uppsatt mål. Ledarskapet präglas av en öppenhet där varje medlem i teamet får möjlighet att göra sin röst hörd och delta i de beslut som ska tas (5).

Genom att bygga upp samarbetet inom teamet kan icke-tekniska mellanmänniska färdigheterna förbättras. Inom CRM betonas teamets insatser snarare än individens men samtidigt är varje medlems attityd, personlighet och förutsättningar en viktig del i hur teamarbetet kommer att fungera. Kommunikationen grundar sig i tydliga order där både sändaren och mottagaren ansvarar för att budskapet har mottagits och uppfattats korrekt (5).

Situation, Bakgrund, Aktuellt samt rekommendation

Situation, Bakgrund, Aktuellt och Rekommendation (SBAR) är en modell som framställts för att förbättra kommunikation som har sitt ursprung i CRM (4, 5). SBAR grundades av den amerikanska marinen som ville skapa en tydlig struktur för muntlig kommunikation. Med denna kommunikationsmodell förmedlas snabbt väsentlig information om patienten och onödig information exkluderas. SBAR bygger på att sändare och mottagare har full uppmärksamhet vid informationsöverföringen. Genom att använda ett strukturerat kommunikationsverktyg både vid muntlig och skriftlig överlämning kan missförstånd och vårdskador förebyggas. SBAR underlättar att samla, strukturera och utbyta information på ett tydligt sätt vilket minskar risken för att relevant information missas eller feltolkas (5).

WHO's checklista

Vårdskador inom den operativa verksamheten är vanligt förekommande och därför utvecklade World Health Organization (WHO) en checklista år 2009 för att säkerheten inom kirurgi skulle förbättras (11). Checklistan beskrivs som en enkel metod som förbättrar teamets kommunikation utan att vara tidskrävande (5). Det är ett kommunikationsverktyg som kan främja effektiv kommunikation, men kräver att alla medlemmarna i teamet är engagerade vid användandet. WHO's checklista utarbetades för att minimera risken för att patientskada uppstår i samband med kirurgi genom att operationsteamet tillsammans kontrollerar att specifika åtgärder och kontroller har genomförts. Checklistan består av 19 punkter som kontrolleras vid tre tillfällen under operationstillfället. Dessa tre tillfällen är: 1. *Före patienten får narkos eller bedövning*, 2. *Innan ingreppet startar* samt 3. *Före operationen avslutas och patienten vaknar* (5).

Säker vård och patientsäkerhet

Säker vård är som sagt en av kärnkompetenserna. Med säker vård avses att operationssjuksköterskan ska identifiera och motverka eventuella oförutsedda händelser. Syftet är att förebygga vårdskada samt minska lidande för patienten (8). Säker vård sammanhänger med begreppet patientsäkerhet, där båda avser att motverka vårdskada. Definitionen av ordet patientsäkerhet är *skydd mot vårdskada* (12). Begreppet patientsäkerhet handlar om att undvika att patienten ska skadas då åtgärder inom hälso- och sjukvården utförs, eller skadas av att åtgärder som borde utföras inte genomförs (13).

Patientsäkerhetslagen (2010:659) syftar till att skydda patienten och att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Lagen tydliggör även att personal inom hälso- och sjukvården ska medverka till att upprätthålla hög patientsäkerhet, vilket innebär att klargöra risker som finns för vårdskada eller händelser där vårdskada har eller hade kunnat inträffa. Vårdgivare har enligt lag skyldighet att vidta åtgärder för att förebygga uppkomst av vårdskada men även ett ansvar i att utreda händelser som har eller hade kunnat medföra det. I det fall där en vårdskada inträffat har vårdgivaren en skyldighet att informera patienten om den händelse som orsakat detta samt om de åtgärder som ska vidtas för att motverka att sådana händelser sker igen (12).

Vårdskada

En vårdskada definieras som en skada orsakad i samband med patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Dessa skador kan orsaka både psykiskt och fysiskt lidande för patienten. Det kan även vara sjukdomar eller dödsfall som hade kunnat undvikas av hälso- och sjukvården (12). Hälso- och sjukvården är en riskfylld verksamhet där många patienter som vårdas på sjukhus drabbas av vårdskada (4).

Några specifika vårdskador är vårdrelaterade infektioner (VRI), tryckskador, läkemedelsrelaterade skador och fallskador (14). Antal patienter som drabbas av vårdskador nationellt per år är 110 000 (15). Av dessa får 2800 personer bestående skador och 1400 personer avlider årligen där en vårdskada är en bidragande orsak (16). De tre vanligaste vårdskadorna år 2017 var VRI (34 %), andra typer av skador (18 %) samt kirurgiska skador (13 %) (16). Den kirurgiska verksamheten bidrar till en stor del av vårdskadorna i Sverige och står för cirka 10- 20 % av antalet årligen (17). Antal patienter som får vårdrelaterade infektioner i Sverige per år är 65 000, där hälften av dessa skador hade kunnat undvikas. Vanligt förekommande VRI är postoperativa infektioner samt urinvägsinfektioner (18).

För de patienter som drabbats av vårdskador resulterar det i cirka dubbelt så långa vårdtider vilket leder till 900 000 extra vård dagar. Detta motsvarar en extra kostnad på 9 miljarder kronor (15).

Perioperativt omhändertagande

Det perioperativa omhändertagandet avser att patientens psykosociala behov ska uppmärksammas, vilket kan göras genom att involvera patienten i det som sker. Det kan öka känslan av kontroll för patienten vilket kan underlätta för att bemästra situationen (19). *Den som lider* är den latinska definitionen av begreppet patient (20). Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv kan begreppet även beskrivas *människan som vårdas* (21). Att vara patient på operation kan medföra känslor av försvarslöshet, då personen ger över allt ansvar för sin kropp till operationssjuksköterskan och personalen på operationssalen. Situationen kan även upplevas som ett hot mot livet och välbefinnandet vilket kan leda till fysisk och psykisk stress (19). För att patienten ska klara av den påfrestande situationen betonas operationssjuksköterskans uppgifter för att försöka minska ångest, skapa en god miljö för

patienten och främja trygghet. Genom att främja patientens känsla av kontroll kan de fysiska reaktionerna på stress minskas (19).

För att skapa en god relation behöver patienten bli bemött som en jämlik partner där behandling och vård ska ske i samförstånd. Genom att skapa ett partnerskap kan patientens medverkan stärkas och därmed ges möjlighet för att aktiv delta i sin egen vård (22).

Perioperativa dialogen

Den perioperativa dialogen är en organisationsmodell som syftar till att skapa en helhet och kontinuitet med utgångspunkt i vårdandets kärna (caritas), kärlek och barmhärtighet. Genom dialog med patienten, pre- intra och postoperativt kan förutsättningar för att ett äkta möte bildas, kontinuitet bibehållas och gemenskap skapas då samma person möter patienten genom alla tre faser. I den perioperativa dialogen kan sjuksköterskan och patienten skapa en gemensam värld och sammanhängande helhet (23).

Teoretisk referensram

Vårdlidande

Lidande är ett vårdvetenskapligt begrepp som inom vården kan vara motivation för de åtgärder som utförs med syfte att lindra människors lidande. Lidande kan vara både dolt och synligt och kan beskrivas som upplevelsen av att möta något ont. Lidandet kan därmed vara såväl fysiskt som existentiellt eller emotionellt. Känslor av hopplöshet, smärta, ångest eller förlust av kontroll kan alla inkluderas i begreppet lidande (24, 25). Vårdare behöver kunna se det uttalade som patienten uttrycker och därmed skapa utrymme för patienten att formulera sitt lidande (26). Vårdlidande kan även ske då patientens värdighet kränks, då vården uteblir, via maktutövning, fördömelse eller straff (27).

Den vanligaste formen av vårdlidande är att patienten upplever kränkningar av sin värdighet och sitt människovärde. Att kränka någons värdighet kan ske genom att patienten upplever sig som "osedd", blir dåligt bemött eller upplever sig blottad eller utsatt (27). För att bekräfta människans värdighet behöver varje patient ges individuell vård, vilket kräver att vården utformas efter varje människas unika behov och olikheter. Vårdlidande är ett onödigt lidande som kan begränsas genom god vårdetik som innefattar det mänskliga livet som helhet och inte

bara mot att uppnå hälsa. För att kunna lindra lidande krävs en varm och välkomnade vårdkultur, där patienten känner sig respekterad och ges utrymme att vara patient (27).

Problemformulering

Operationsmiljön präglas av en högteknologisk miljö samt av ett multiprofessionellt teamarbete och kretsar kring patienten som befinner sig i en utsatt situation. För att främja säker vård och patientsäkerheten krävs att varje medlem i teamet strävar efter ett gemensamt mål med patienten i fokus. Ett välfungerande teamarbete präglas av effektiv kommunikation samt respekt och förståelse för varandras kompetens. Att vara operationssjuksköterska innebär att se till hela patienten och därmed arbeta preventivt för att motverka lidande, såväl fysiskt som psykiskt. Genom att vara riskmedveten och ha ett vakande öga kan operationssjuksköterskan skydda patienten både pre- och intraoperativt. Det innebär att motverka potentiella skador samt att kunna förutse och förhindra allvarliga händelser under operation. Att vara lyhörd och se till hela människan kan motverka vårdlidande och främja patientens välbefinnande.

Tidigare forskning har beskrivit olika metoder för att främja patientsäkerheten där kommunikation inom teamet, användandet av kommunikationsverktyg och operationssjuksköterskans intraoperativa åtgärder har varit återkommande.

Trots att flertalet åtgärder för att öka patientsäkerheten har framkommit förekommer årligen över hundratusen vårdskador till en kostnad av nio miljarder kronor i Sverige (15). Detta leder till oerhörda konsekvenser både för samhället och för den enskilde individen. Vårdskador innebär även en psykisk påverkan för de som arbetar inom vården vilket kan resultera i försämrad arbetsmiljö, etisk stress och ett ökat lidande. Detta kan leda till att fler slutar inom hälso- och sjukvården och bristen på specialistutbildade sjuksköterskor ökar med växande vårdköer som följd.

Syfte

Att belysa operationssjuksköterskors erfarenheter av perioperativ omvårdnad med fokus på omvårdnadshandlingar och förhållanden som främjar patientsäkerheten.

Metod

Design

Den metod som valdes var en systematisk litteraturöversikt av kvalitativa studier. Då denna metod besvarade syftet. Detta metodval gjordes även då den ansågs vara mest lämpad avseende den tidsram som fanns för studien.

Denna metod används för att sammanställa aktuella forskningsresultat för att besvara en specifik fråga eller syfte. Metoden eftersträvar att få en överblick av tidigare forskning inom ett särskilt ämne (28). En systematisk litteraturöversikt anses generera hög trovärdighet då litteratursökningen avser att ske transparent och förutsättningslöst (29). För att få ett tillförlitligt resultat är det av stor vikt att studien uppfyller specifika krav och principer (28).

Urval

Systematiska litteraturöversikter med kvalitativa frågeställningar kan använda sig av PEOT-modellen för att finna relevanta sökord. PEOT-modellen står för Population, Exposure, Outcome och Type of studie (30). *Se Tabell 1.*

Tabell 1. Anpassning av PEOT-modellen enligt Bettany-Saltikov and McSherry (30)

PEOT		Sökord
P= Population	Operationssjuksköterskor	Operating theatre nurse
E= Exposure	Belysa operationssjuksköterskors erfarenheter	Experience
O= Outcome	Handlingar och förhållande som främjar patientsäkerheten	Patient safety
T= Type of study	Kvalitativa studier	Qualitative study

Studiers kvalitet ökar vid beskrivandet av inklusions samt exklusionskriterier (28).

Inklusionskriterier samt exklusionskriterier användes för att begränsa sökfältet och finna relevanta studier avseende syftet. Översikt över inklusionskriterier och exklusionskriterier visas i *Tabell 2*.

Tabell 2. Valda inklusionskriterier och exklusionskriterier

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Avgiftsfri tillgång till artiklarna (Via Göteborgs Universitets biblioteksdatas) - Peer reviewed - Engelska eller svenska - Full text - Kvalitativa studier - Empiriska studier - Årtal 2005-2020 - Operationssjuksköterskor - Etiska överväganden ska vara inkluderade 	<ul style="list-style-type: none"> - Kvantitativa studier - Artiklar på övriga språk

Datainsamling

Vi (AA, KF) började med en informationssökning i mars 2020 i databaserna Cinahl och Pubmed. Detta gjordes för att få en överblick av forskningsområdet för att se om relevanta artiklar fanns inom valt område. Databasen Cinahl som har omvårdnadsfokus valdes vilket var lämpligt för denna litteraturöversikt. Databasen Pubmed som är en bredare databas än Cinahl och har medicinsk inriktning, valdes för att utöka sökfältet (29). Genom att använda PEOT modellen framkom sökorden *Operating theatre nurse*, *Experience* och *Patient safety* (se *Tabell 1*). Diskussion kring lämpliga fritextord genomfördes och därefter översattes sökorden till engelska. Synonymer till dessa sökord fastställdes och inkluderades vid sökningarna. En informationssökning gjordes där fritextorden *theatre nurse*, *patient safety*,

experience samt *nursing care* användes. Syftet med sökningen var att skanna av fältet samt att finna ämnesord som kunde vara relevanta för kommande sökningar.

Då sökningen genomfördes i databasen Cinahl användes funktionen Cinahl headings och i databasen Pubmed användes Mesh termer. Dessa ämnesindex används för att relevanta artiklar ska inkluderas i sökningen (31). Då ordet operationssjuksköterska kontrollerades fanns det varken som Cinahl heading eller som Mesh term. Därför gjordes en sökning med sökordet *perioperative nursing* som är en Cinahl heading och fritext ordet *theatre nurse* som framkommit vid översättningen och då hittades benämningen *operating theatre nurse*.

Då lämpliga sökord identifierats kunde de olika sökblocken byggas där PEOT-modellen låg som grund för varje block. Ett block skapades för *Population*, ett för *Exposure* och ett för *Outcome*. Inledningsvis gjordes en sökning på ett block i taget och avslutades med att kombinera de tre blocken. Sökorden i blocken bestod av Mesh-termer, Cinahl headings och fritextord i olika kombinationer beroende på databas. Operatörn OR användes i varje block vilket gav möjlighet att minst ett av de relevanta orden i varje block skulle inkluderas. Operatörn AND användes mellan varje block vilket begränsar sökningen då blocken kombineras vilket görs för att få en specificerad sökning. Trunkering användes för att få olika ändelser av sökordet (32). För vidare information om hur sökprocessen genomfördes se Bilaga 1. Vid sökningen användes begränsningarna *peer reviewed*, *språk engelska* samt *årtalen 2005-2020*.

Under sökprocessen bestod första steget av att läsa relevanta titlar och abstract som svarade på syftet. Nästa steg var att läsa artiklarna i fulltext. För att få en översikt över sökprocessen användes PRISMA diagram (30) (se Bilaga 2). Sökningen avslutades då 11 artiklar funnits som ansågs svara på syftet och var av hög relevans. För att få fler artiklar som svarade på syftet lästes de valda artiklarnas referenslistor. Ytterligare en artikel hittades då, vilket innebär att litteratursammanställningen baseras på totalt 12 empiriska studier. En översikt av dessa återfinns i Bilaga 3.

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning är nödvändigt för att kunna avgöra kvaliteten i olika studier. Kvaliteten kan ge information i olikheter mellan studiers resultat och fungera som en vägledning i

tolkningsprocessen (30). Kvalitetsgranskning kan genomföras med olika typer av hjälpmedel som bedömningschecklistor (30). En granskningsmall från SBU vid namn *Bedömning av studier med kvalitativ metodik (33)* (se Bilaga 4) användes. För varje artikel gjordes en sammanställd bedömning av studiens metodologiska brister. Denna sammanvägda bedömning bestod av tre nivåer; *obetydliga eller mindre brister, måttliga brister* samt *stora brister*. Vilket tolkades som hög, medel eller låg kvalitet. De artiklarna som exkluderades redovisas i Bilaga 5. Granskningens genomförande beskrivs i artikelöversikten i Bilaga 3.

Dataanalys

För att motverka risker för systematiska fel i analysprocessen är det betydelsefullt att ha ett öppet förhållningssätt och möjlighet ska finnas för att reproducera studien (28).

En anpassad analys genomfördes med utgångspunkt i Bettany-Saltikov and McSherry (30) 9-steps analys. Nedan beskrivs hur analysen av data i föreliggande uppsats genomfördes. Genom att redovisa analysprocessen och dess olika steg ökas bekräftelsebarheten i studien (34). I denna studie anpassades analysen till 8 steg.

1. Inledningsvis läste vi artiklarna i sin helhet. Därefter lästes studiernas resultat flertalet gånger, både enskilt och tillsammans som sedan diskuterades. Det gav en ökad förståelse och fördjupad bild av studiernas resultat för att få en ökad medvetenhet av deltagarnas upplevelser i de 12 inkluderade artiklarna. Artiklarna lästes först på engelska därefter översattes och lästes de på svenska, för att inte riskera att missa relevant data.
2. Vi valde att färgkoda de delar i resultatet där innebörden svarade på syftet. Detta utfördes både manuellt och elektroniskt.
3. Efter genomförd färgkodning extraherades data från ursprungsartikeln elektroniskt och sammanställdes i ett nytt dokument. Detta bestod då av meningsbärande enheter som svarade på syftet. För att särskilja informationen från de olika studierna behölls artiklarnas titlar i dokumentet.

4. I detta steg påbörjades kondenseringen av de meningsbärande enheterna, där innehållet förkortades ytterligare. Genom att därefter använda sig av en öppen kodning kunde koder för varje enhet skapas och kategorier till varje kod bildas.
5. Därefter sammanställdes de kategorier med liknande innehåll för att skapa en huvudkategori, då syftet var att antalet överflödiga kategorier skulle reduceras.
6. I detta steg gjordes en sammanslagning av underkategorier med liknande innehåll med syftet att minimera antalet underkategorier.
7. För att de sammanställda kategorierna inte skulle misstolkas undersöktes dessa tillsammans.
8. Därefter lästes artiklarna ytterligare för att säkerställa att informationen som sammanställts, var betydelsefull och relevant.

När artiklarna genomgått denna analysprocess sammanställdes huvudkategorier och underkategorier. Ett exempel på hur detta genomfördes för en av de utvalda artiklarna visas i Tabell 3.

Tabell 3. Exempel på dataanalys enligt Bettany-Saltikov and McSherry (30)

Artikel/ sida/kolumn/rad	Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Huvudkategori
<p>“Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses”</p> <p>Sida: 955 Kolumn: 1 Rad: 3- 9</p>	<p>“All kontroll tas bort från patienter, eftersom de är sövda eller sederade. De blir helt beroende av det kirurgiska teamet och deras kapacitet. Operationssjuksköterskor hävdade hur de strävade efter att uppfylla detta ansvar, med respekt för patienten. Att vara uppmärksamma på dem och deras individuella behov som en fokuspunkt i varje moment.”</p>	<p>“All kontroll tas bort från patienter, de blir beroende av operationsteamets kapacitet. Operationssjuksköterskor strävade efter att uppfylla detta ansvar med respekt för patienten genom att uppmärksamma dem och ha deras behov i fokus vid varje moment.”</p>	<p>Att tillgodose patientens behov</p>	<p>Belysa patientens behov</p>	<p>Mötet med patienten</p>

Forskningsetik

Lagen om etikprövning (2003:460) syftar till att bevara respekten för människovärdet och skydda den enskilda människan då forskning bedrivs. Det innebär att forskningspersonen skyddas fysisk, psykiskt och integritetsmässigt (35). För att forskning ska få utföras måste därmed respekt för människovärdet finnas och mänskliga rättigheter, integritet, hälsa och frihet beaktas (36).

Forskningsetik syftar till att skydda forskningspersonernas värde och rättigheter vid deltagandet i studier (36). Detta genomförs då forskaren respekterar individen och försöker bevara människors självbestämmande (36). Forskningsetik innebär de etiska överväganden som utförs såväl före som kontinuerligt under det vetenskapliga arbetets gång (36).

I samtliga valda artiklar fanns angivet att ett informerat samtycke hade använts vilket beskrivs som ett sätt att värna om frivilligheten för att delta i studien. För samtliga av studierna fanns ett godkännande för att bedriva forskningen från antingen en nationell eller regional etisk kommitté alternativt godkännande från sjukhuset där forskningen bedrevs. Ett informerat samtycke grundar sig i den etiska principen om att skydda friheten och autonomin hos varje människa (36). Enligt Cöster (37) består ett informerat samtycke av information om studien samt möjlighet till att delta. Informationen behöver presenteras på ett begripligt sätt där studien motiverar syftet och metoden och även påvisar frivilligheten i att delta och rätten till att när som helst avbryta sin medverkan. Efter att information har givits kan ett samtycke ges och dokumenteras (37). Forsberg and Wengström (38) menar att då litteraturbaserade studier genomförs kan etisk reflektion påvisas genom att författarna endast inkluderar vetenskapliga artiklar med etiskt övervägande eller ett etiskt godkännande. Åtta artiklar som valdes var prövade och godkända i en regional etiknämnd samt fyra artiklar som hade ett tillfredställande etiskt resonemang.

Resultat

Analysen av artiklarnas resultat utmynnade i tre kategorier; *Mötet med patienten*, *Skydda patienten* samt *Teamarbete och kommunikation* med totalt elva tillhörande underkategorier, se Tabell 4.

Tabell 4. Resultatets tre kategorier med tillhörande underkategorier

Kategori 1: Mötet med patienten	Kategori 2: Skydda patienten	Kategori 3: Teamarbete och kommunikation
Skapa en förtroendefull relation	Preoperativa förberedelser	Betydelsen av ett välfungerande team
Belysa patientens behov	Förebygga postoperativa infektioner	Bristande kunskap om och respekt mellan professioner
Att se hela människan	Förebygga hypotermi	Kommunikation mellan professioner
	Förebygga tryck och nervskada	
	Motverka respektlösa samtal i patientens närvaro	

Kategori 1: Mötet med patienten

Denna kategori belyser betydelsen av att som operationssjuksköterska samla information om patienten inför ett operativt ingrepp. Det kan ske med hjälp av ett preoperativt eller intraoperativt samtal med patienten. Genom att ha kunskap om patienten och det ingrepp som ska utföras kan vården individualiseras och bidra till en ökad patientsäkerhet genom att patientens behov och risker synliggörs. Genom mötet ges patienten möjlighet att bli delaktig i sin egen vård. Operationssjuksköterskor arbetar dagligen med syftet att patienten skall få en god och säker vård.

Skapa en förtroendefull relation

Operationssjuksköterskor försökte skapa en relation med patienten inför det kirurgiska ingreppet (39-42). De beskrev att deras intention med mötet var att främja patientens välmående vilket gjordes genom att finnas där, bekräfta patienten och visa omtänksamhet (39-42). Genom att dela patientens tankar och ge uppmärksamhet kunde det resultera i ett gott mottagande i en potentiellt främmande högteknologisk miljö (39). Deltagarna beskrev att när en ömsesidig relation skapades kunde det leda till att patienten upplevde ett ökat förtroende för operationssjuksköterskan vilket resulterade i känslor av trygghet och vetskapen om att vara skyddad (42). Deltagarna uttryckte dock att det krävdes mod för att möta patienten preoperativt (43).

En trygg miljö kunde skapas genom fysisk beröring och närkontakt, vilket ansågs vara viktigt oberoende om de träffat patienten tidigare eller inte (44). För att patienten skulle känna att operationssjuksköterskan var närvarande betonades betydelsen av att träffa patienten ansikte mot ansikte, vilket uppgavs inge trygghet till patienten (43). Genom deltagarnas kroppsspråk kunde patienten bli sedd och bekräftad (41, 43). Det fanns operationssjuksköterskor som ansåg att patientens välbefinnande kunde främjas genom ögonkontakt och röstläge, att dessa tillvägagångssätt kunde förmedla empati och tröst samt minska ängslan (39).

Belysa patientens behov

Flera studier beskriver de fördelar ett samtal med patienten kan ge, då det kan möjliggöra att patientens specifika behov och önskemål kan synliggöras (39, 40, 43-45). Då samtalen kunde vara korta och under speciella omständigheter betonades vikten av att trots detta tillgodose patientens personliga behov och önskemål (39). Operationssjuksköterskor beskrev hur de använde den begränsade tiden med patienten och ansträngde sig för att tillfredsställa de individuella behov som fanns (40). Vid de tillfällen då ett preoperativt samtal ägde rum beskrev deltagarna att de fick betydelsefull information om patienten och att de kände sig mer förberedda och säkra inför det kirurgiska ingreppet (44, 45). För att planera kommande omvårdnadsåtgärder betonades vikten av att lyssna på patienten för att få en inblick i vem individen var och vad som uttrycktes som betydande för just den personen (42). När patienten själv fick beskriva sin situation och sina önskemål kunde tidigare oklarheter redas ut och en relevant omvårdnadsplan genomföras (43, 44).

Trots att alla deltagare inte alltid hade möjlighet att träffa patienten preoperativt betonade de vikten av att synliggöra patientens behov genom andra metoder. Då inhämtade de istället nödvändig information från patientjournaler och övrig personal (46).

Att se hela människan

Operationsmiljön kan upplevas främmande då det är både obekant personal och miljö som patienten inte känner igen (46). I flera studier framkom det information om sårbarheten för patienter i den operativa miljön (39-44, 46). Patienter som skulle genomgå ett kirurgiskt ingrepp kunde uppleva känslor av bristande kontroll över situationen och ovetskap kring operationens utgång, vilket var något som operationssjuksköterskorna var tvungna att ha förståelse för (39). Operationssjuksköterskorna beskrev att de hade ett ansvar för patienternas välbefinnande vilket utfördes genom att skydda sårbarheten (46). Andra deltagare beskrev patienten som försvarslös under det kirurgiska ingreppet och att det hade ett ansvar för att skydda patienten (42). Vikten av att inneha kunskap om patientens bakgrund och dess individuella sårbarhet beskrev operationssjuksköterskorna som ett sätt för att motverka risker (46).

Operationssjuksköterskor har många praktiska ansvarsområden, men har även ett stort ansvar för att respektera patientens integritet och värdighet (41, 43). De strävar efter att se till hela människan och motverka att patienten blir betraktad som ett objekt (40, 41). Deltagarna beskrev hur de med hjälp av olika omvårdnadsåtgärder och ett etiskt förhållningssätt hade respekt för patientens integritet och värdighet (43). Genom att hålla ett vakande öga över patienten kunde integritet skyddas exempelvis då operationssjuksköterskan täckte över patientens intima delar under operationen. En viktig del av omvårdnaden av en vaken patient var att värna om patientens integritet (47). Deltagarna betonade att patienten skulle ses som en unik individ och vikten av att värdesätta patienten som person underströks (39-42). Det var viktigt att se till hela människan och inte enbart en kroppsdel (43).

Kategori 2: Skydda patienten

Denna kategori belyser att operationssjuksköterskan har ett ansvar i att främja patientens fysiska och psykiska välmående. Operationssjuksköterskor har en viktig funktion i att alltid vara steget före för att kunna se och motverka risker. Genom att ha situationsmedvetenhet och en överblick arbetar operationssjuksköterskan för att sträva efter patientens bästa i alla lägen.

Det preventiva arbetet är förutsättning för att kunna minimera risker och motverka komplikationer.

Vikten av att skydda patienten på operation beskrevs av flertalet studier (39-43, 46, 48, 49). Det innefattade att vara steget före och föreställa sig vad som kunde gå fel samt att förebygga att skada uppstår (40, 45, 46). Arbetet beskrevs som en balansgång mellan att motverka och hantera risker samt att skydda patienten från både kroppslig och psykisk skada (40, 49).

Preoperativa förberedelser

Förberedelser inför operation beskrevs som en viktig uppgift för operationssjuksköterskor, vilket innebar att införskaffa information om patienten, om det kommande ingreppet och om utrustning samt material som skulle behövas (39, 40, 45). I flera studier beskrev operationssjuksköterskor hur de strävade efter att få en förståelse genom att inhämta information om patienten inför ett ingrepp och därmed kunna planera omvårdnaden efter patientens behov (39-46). Deltagare beskrev att de huvudsakligen läste i patientens journal för att införskaffa sig relevant information (40, 43, 45, 46). Operationssjuksköterskor beskrev hur de upplevde att de genom samtalet med patienten gavs möjlighet att lära känna patienten (39, 42, 44). De fick en djupare kunskap och förståelse för patienten under dessa samtal, som de använde för att planera omvårdnaden i enlighet med patientens behov (39, 42, 44).

Förebygga postoperativa infektioner

Operationssjuksköterskor betonade deras ansvar för att upprätthålla och garantera steriliteten och aseptiken i operationsmiljön (39, 45). Målet med arbetet var att reducera antalet mikroorganismer och därmed minska risken för postoperativa infektioner (39, 49).

För att skapa goda förutsättningar för patientens sårhäkning beskrev deltagarna att de utförde steriltvätt efter noggrann planering och såg det som ett tillfälle att kontrollera patientens hudstatus (39). För att skydda patienten från mikroorganismer menade deltagarna att det behövde finnas ett sterilt fält där optimal kirurgisk miljö kunde uppnås (39, 49). Genom att drapera patienten med sterila lakan kunde en säker steril arbetsyta skapas där syftet var att reducera antalet mikroorganismer och minimera risken för kontamination (39). Deltagarna betonade vikten av att se till hela människan vid draperingen (43). Val av draperingsmaterial gjordes med hänsyn till patientens behov för att undvika att tillfoga ytterligare skada (39). Operationssjuksköterskorna kontrollerade ständigt det sterila fältet och styrde hur övriga

teammedlemmar rörde sig för att säkerställa steriliteten (39, 43). De arbetade preventivt mot infektioner och kontrollerade därmed flödet av personal på operationssalen (41, 43).

Förebygga hypotermi

Olika preventiva omvårdnadsåtgärder användes för att förhindra nedkylning av patienten och motverka postoperativa infektioner (39, 41, 43). Genom att använda varma täcken och vätskor kunde hypotermi förebyggas (43). Operationssjuksköterskorna försökte upprätthålla patientens normala kroppstemperatur genom att planera sitt arbete i förväg. Därmed kunde tiden reduceras och en effektivare steriltvätt utföras. De använde även värmebevarande utrustning anpassat efter varje situation (39). Ett annat sätt för att motverka nedkylning var genom att höja rumstemperaturen på operationssalen och genom att täcka stora delar av kroppen (41).

Förebygga tryck och nervskada

Operationssjuksköterskor i flera studier beskrev att de ansvarade för att optimera patientens positionering på operationsbordet (39, 41, 43, 45, 48). Operationssjuksköterskors ansvar för positionering grundade sig i deras kunskaper i topografisk anatomi (41, 43). Det beskrevs som ett sätt för att främja patientsäkerheten (41, 48). Att positionera patienten ansågs som en krävande uppgift i operationssjuksköterskans arbete och fokus var att förhindra skador. De beskrev även att vid avancerad positionering kunde kollegor konsulteras för råd och hjälp (48).

Deltagarna upplevde sig ansvariga både för förberedandet av operationsbordet och för att anpassa övrig utrustning efter patientens behov (43). För att säkerställa patientsäkerheten vid positioneringen av patienten betonades vikten av att ha tillgång till nödvändig och aktuell utrustning i form av tryckavlastande madrasser eller övrig positioneringsutrustning (48). Operationssjuksköterskor kände en plikt att informera patienten om vad som planerats och ett ansvar för att besvara frågor om positioneringens risker avseende tryck och nervskador (41). Deltagarna beskrev att dessa risker togs i åtanke då de tog ansvarade för att säkerställa patientens optimala positionering på operationsbordet. Operationssjuksköterskor upplevde att positioneringen skulle genomföras tillsammans med patienten (39, 48). Vid dessa tillfällen var det viktigt att individens värdighet, hälsa och situation beaktades (39).

Genom att kontrollera så att underlaget var torrt och slätt motverkades risken för tryck och nervskador (41). Operationssjuksköterskor var vaksamma på om patienten blev utsatt för obehag eller lidande (41). De kontrollerade även att patienten inte blev utsatt för yttre tryck från övriga teammedlemmar och initierade tryckavlastande åtgärder (41, 43). Vissa deltagare beskrev att de besökte patienten postoperativt för att utvärdera om skada uppstått då positioneringen varit komplicerad (48).

Motverka respektlösa samtal i patientens närvaro

Operationssjuksköterskor betonade vikten av att skapa en lugn och trygg atmosfär vilket kunde främja patientens välmående (39, 41, 42, 46). För att bevara en god atmosfär och skydda patientens värdighet betonade deltagare att oaktsamma samtal mellan professioner skulle undvikas (42, 43). Operationssjuksköterskor beskrev hur de blev personligt påverkade när dessa samtal ägde rum och ansåg att samtal mellan professioner borde utföras hänsynsfullt för att patientens värdighet skulle bevaras (41). Deltagarna beskrev att de försökte minimera onödiga samtal mellan varandra om patienten var i vaket tillstånd (44, 46). Deltagarna betonade vikten av att alla i teamet skulle behandla patienten med respekt.

Operationssjuksköterskor hade förståelse för att patienten kunde känna sig utlämnad och ville därför skydda patienten från onödiga kommentarer (42).

Kategori 3: Teamarbete och kommunikation

Kategorin belyser operationsverksamheten innefattar många professioner med olika erfarenhet och kompetenser. En god kommunikation mellan professioner och ett välfungerande team kan leda till ett gott samarbete vilket kan resultera i att patienten får en trygg och säker vård. Många deltagare beskrev att brister i kommunikationen och teamarbetet kunde påverka patientsäkerheten negativt. Detta framkom bland annat genom bristande respekt för varandras profession och kompetens.

Betydelsen av ett välfungerande team

Att tillhöra ett team medförde positiva känslor för många deltagare (46). Att kunna samarbeta bra beskrevs som att alla i teamet arbetade effektivt för att minimera operationstiden och strävade efter att följa den planering som fanns (41). Ett gott samarbete kunde bidra till ett bättre flöde i operationsprogrammet och att operationen påbörjades i tid (50). En god och trygg miljö kunde även leda till att deltagarna i teamet kände förtroende för varandra (47, 49).

Detta förtroende kunde leda till att arbetet upplevdes mer tillfredsställande (49, 50). Det kunde underlätta då svåra beslut skulle fattas inom teamet eller för att bättre hantera oförutsedda händelser (49). För att kunna arbeta effektivt mot ett gemensamt mål behövde varje medlem vara medveten om sin roll i teamet och genom ett effektivt teamarbete kunde patientsäkerheten främjas (40). Operationssjuksköterskorna beskrev vikten av att arbeta i en grupp med god samhörighet. Alla roller betraktades som värdefulla och möjligheten att hjälpa varandra gav förutsättningar för effektivt samarbete och arbetsflöde (47). Deltagarna uttryckte att då de involverades i arbetet och respekterades för sina unika kunskaper upplevde de att samarbetet fungerade bättre (44, 50). De kände att de hade en viktig roll inom teamet och var likvärdiga (44, 47). Genom att lära av varandra och få en ökad förståelse för varandras kompetenser kunde kvaliteten och patientsäkerheten förbättras (50).

Bristande kunskap om och respekt mellan professioner

Många deltagare beskrev hur de på olika sätt upplevde brister i respekt och kunskaper om varandras professioner (44, 45, 49). De beskrev att de inte kunde utföra sina arbetsuppgifter korrekt då andra yrkeskategorier ansåg sitt arbete som viktigare, vilket var något som operationssjuksköterskor menade påverkade patientsäkerheten negativt (44). Det fanns tillfällen då anestesipersonalen tog hela ansvaret för patienten och var ovilliga att inkludera operationssjuksköterskan i den information som framkom. Deltagarna kunde därmed inte utföra ett preoperativt samtal med patienten vilket resulterade i en känsla av underlägsenhet som försämrade teamarbetet (44).

Teamet ansågs vara viktigt för flera deltagare och de betonade vikten av att förstå syftet med olika professioners åtgärder och uppgifter (49). Bristande kunskaper om varandras arbetsuppgifter beskrevs även då koordinatörer som ansvarade för planeringen inte hade kunskap om hur lång tid som behövdes avsättas för olika procedurer, vilket påverkade teamet negativt i slutändan (45). Operationssjuksköterskor upplevde tillfällen då deras uppgifter blev försenade på grund av yttre omständigheter och hur de då kände att skulden lades på dem. De beskrev att vissa medlemmar i teamet hade bristande förståelse för hur de olika professionernas arbetsuppgifter hörde samman och påverkade varandra (45). Deltagarna uttryckte att då förståelse för varandras uppgifter och kompetens saknades ökade risken för konflikter inom teamet vilket kunde påverka patientsäkerheten negativt. Då förtroende för varandra saknades inom gruppen beskrevs känslor av ängslan och ångest, vilket hade en

ogynnsam inverkan på teamet (49). För att få ett funktionellt team behövde respekt finnas för varje medlems kompetens (40).

Kommunikation mellan professioner

Flertal studier beskrev användningen av kommunikationsverktyg eller checklistor på olika sätt (40, 44, 45, 47, 48, 50). Operationssjuksköterskor betonade att checklistor och protokoll var verktyg som användes för att få en ökad kontroll över situationen. Detta verktyg var betydelsefullt för deltagarna och beskrevs som värdefullt för patientsäkerheten (40).

Användandet av WHO's checklista resulterade i att operationssjuksköterskorna upplevde ett tydligt mål och fick en bättre förståelse för patientens situation (44). Deltagarna ansåg att samarbetet och kommunikationen kunde stödjas bättre vid användning av WHO's checklista (47). Operationssjuksköterskorna beskrev hur användning av checklistan inte endast stärkte kommunikationen utan även teammedlemmarnas gemensamma förståelse inför kommande operation (48).

Operationssjuksköterskorna beskrev hur god kommunikation kunde bidra till att planeringen inför operationer förbättrades. Att patientsäkerheten samt god kvalitet i vården kunde upprätthållas med hjälp av en bra kommunikation (50). Operationssjuksköterskorna betonade att god kommunikation kunde förebygga irritation och konflikter inom teamet samt öka medlemmarnas fokus och koncentration (50). Deltagare betonade även vikten av kommunikation och användandet av ett tydligt språk inom teamet (50).

Operationssjuksköterskorna beskrev även användandet av icke verbal kommunikation och att det blev ett effektivt arbete vid tillfällen då teammedlemmar var bekanta med varandra. De beskrev hur de hade kännedom om varandra kompetens och kände tillit till varandra (44).

Deltagare beskrev att teamarbetet påverkades negativt då de inte hade kännedom om kirurgen vid det operativa ingreppet (44). Vid tillfällen där alla medlemmar var nya upplevdes det som farligt och beskrevs ge en ökad arbetsbelastning (44). Känslor av att förnedras och inte bli respekterad upplevdes då kirurgen vägrade att lyssna på operationssjuksköterskan. Det kunde resultera i en skuld känsla gentemot patienten, då patientsäkerheten blev påverkad (44). Deltagarna beskrev att i situationer där kirurgen fick aggressiva utbrott hade de olika tillvägagångssätt för att hantera dessa för att säkerställa patientsäkerheten. Några beskrev hur de blev korrekta och sakliga i sin kommunikation, andra blev distanserade och

vissa kunde istället konfrontera kirurgen (44). Operationssjuksköterskor beskrev hur brister i kommunikation, där otydlighet och olämpligt språkbruk involverades, kunde skapa känslor av osäkerhet och otillräcklighet som kunde resultera i negativ påverkan på arbetsförmågan (50). Bristfällig kommunikation var en bidragande orsak till misstag och förseningar vilket kunde bidra till extra arbete. Deltagare beskrev hur bristfällig kommunikation kunde leda till missförstånd med konsekvenser för patienten (50).

Diskussion

Metoddiskussion

Design

Systematiska litteraturöversikter anses vara av hög kvalitet då det sammanställer aktuell forskning avseende en specifik fråga (30, 51). Rosén (28) beskriver att kraven på tillförlitligheten av en systematisk litteraturöversikt är högre då det kräver att författarna förhåller sig transparenta och inte enbart inkluderar det som författarna tidigare har kännedom om. Detta beskrivs även av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (29) där de förtydligar att metoden används för att slumpmässiga risker inte ska förekomma. De menar även att icke-systematiska översikter kan resultera i en förvriden bild av forskningsläget då resultatet kan bygga på forskarens intresse och förförståelse (29). Vi upplevde dock svårigheter med att genomföra en systematisk litteraturöversikt inom uppsatt tidsram.

Urval

PEOT-modellen användes som ett hjälpmedel för att framställa relevanta sökord inför sökprocessen. Vi upplevde svårigheter i användning av modellen för att identifiera vilket sökord som passar in under varje del. Genom att diskutera tillsammans blev slutresultatet av population= operationssjuksköterska, exposure= erfarenhet och outcome= patientsäkerhet. Då exposure syftar till att beskriva vad som skall göras med populationen ansåg vi att erfarenhet var mest relevant. Patientsäkerhet valdes som "outcome" för att fånga upp allt som rörde detta område. Genom användandet av modellen framkom relevanta sökord som sedan diskuterades för att identifiera synonymer. Sökorden kontrollerades i funktionen Cinahl headings och Svensk MeSH.

Genom att använda inklusionskriterien *peer reviewed* har artikeln genomgått en viss kvalitetsgranskning före publicering vilket stärker kvaliteten (31, 51). Vi valde även att inkludera artiklar som var 15 år eftersom att det ansågs vara en rimlig begränsning avseende årtal. Majoriteten av artiklarna som inkluderades är publicerade inom de senaste fem åren och enbart två inkluderade artiklar var från åren 2007 och 2008.

Sökning av artiklar genomfördes i databaserna Pubmed och Cinahl. Databasen Pubmed har medicinskt fokus och Cinahl har en inriktning mot omvårdnad (29). Dessa databaser ansågs vara relevanta vid sökningen för att finna artiklar som svarar på syftet. Vi inser att det kan vara en brist att sökningen inte gjordes i fler databaser men då tillräckligt antal studier hittades i de två valda avslutades därmed sökprocessen. Vi började diskutera kring relevanta sökord med stöd i den utformade PEOT- modellen. För att identifiera sökord till varje block gjordes en reflektion kring synonymer och fritextord. Vi hade svårigheter med att identifiera alla ord som skulle kunna ha inkluderats vid sökningen då många synonymer fanns till respektive ord.

Genom att börja sökprocessen med en informationssökning med fritextord kunde forskningsfältet skannas av och en uppfattning om dess omfattning kunde ses (32). Dock kan andra ord än de som framkommit vid den ostrukturerade sökningen blivit missade. Ordet operationssjuksköterska fanns varken som Cinahl heading eller Mesh term därför genomfördes en ostrukturerad sökning för att finna lämpliga ord för operationssjuksköterska. Då fann vi ordet "*Operating theatre nurse*" vilket senare inkluderades i block- sökningen. Blocksökningen påbörjades med att relevanta sökord från PEOT-modellen kombinerades med hjälp av bibliotekarier från Biomedicinska biblioteket på Göteborgs Universitet. Vi gjorde ett block för Population, Exposure och Outcome. Inledningsvis gjordes sökningen på ett block åt gången och avslutade med att kombinera alla tre blocken för att få det avgörande sökresultatet (29). Genom att göra en bred sökning kan fler artiklar som svarar på syftet fångas upp vilket är viktigt vid en systematisk sökning (29). Sökorden bestod av en kombination mellan Mesh termer, Cinahl headings samt fritextord vilket är av relevans för att finna större mängd väsentliga studier (29). Vid blocksökningen användes booleska operatörerna AND och OR vilket gjordes för att kombinera sökningen mellan sökord och block (29). Vi använde trunkering för att inkludera olika ändelser av ett ord. Det kan ge ett större antal träffar dock finns risken att

flertalet artiklar utan betydelse inkluderas (31). Genom att använda citationstecken kring specifika ord kan söktermer bindas ihop vilket bildar en helhet av sökordet (31). Vid sökningen i databasen Cinahl var flertalet träffar dubbletter. Efter att bibliotekarie rådfrågades gjordes en ny sökning där begränsningen *exclude medline records* valdes för att minimera antalet dubbletter i sökningen.

Efter att ha genomfört sökprocessen gjordes en tvåstegsökning där abstract och titlar som var väsentliga i förhållande till syftet lästes och därefter lästes artiklarna i fulltext. Detta tillvägagångssätt hjälper författare att säkerställa trovärdigheten i valet av artiklar (30). Då detta tillvägagångssätt användes kunde artiklar som inte var relevanta exkluderas i ett tidigt skede innan kvalitetsgranskning genomfördes. Två av de valda artiklarna skapade en diskussion då deltagarna i studierna bestod av professionerna operationssjuksköterska samt anestesijuksköterska. Vi ansåg att resultatet i den ena artikeln främst berörde patientkontakt och att professionen där var mindre väsentlig avseende det som framkom av deltagarnas upplevelser. I den andra artikeln var resultatet tydligt presenterat med citat till varje textstycke och därmed kunde enbart det som handlade om operationssjuksköterskans erfarenheter väljas. Vi ansåg att professionen i vissa avseenden spelade mindre roll då fokus inte var kopplat till deras praktiska yrkeskunskaper utan rörde deras erfarenheter av mötet med patienten i en sårbar situation. Sökprocessen är beskriven i ett PRISMA-diagram för att visa hur artiklarna valts ut samt identifierats. Vi har även redovisat sökprocessen i en tabell vilket är ett krav för en systematisk litteraturoversikt (29).

Sökningen i databaserna avslutades då elva artiklar som svarade på syftet valdes. Därefter utfördes en sekundärsökning i de valda artiklarnas referenslistor. Detta för att finna eventuella relevanta artiklar som annars kunde ha missats. Resultatet av denna sökning blev att ytterligare en artikel inkluderades i studien.

Kvalitetsgranskning

Vid kvalitetsgranskning av valda artiklar användes SBU's mall *Bedömning av studier med kvalitativ metodik* (33) (se *Bilaga 4*). Denna mall valdes då den var relevant till granskning av kvalitativa artiklar. Genom att använda SBU's mall som hjälpmedel vid en kvalitetsgranskning bidrar det till ett stöd för att bedöma kvaliteten, det är alltså upp till författarna att göra den slutgiltiga bedömningen om tillförlitligheten i studien (29). Första

steget var att vi skrev ut SBU mallen och granskade artiklarna enskilt och sedan diskuterades resultatet tillsammans. Detta för att sedan göra en gemensam slutgiltig bedömning av artiklarnas kvalitet, om den var hög, medel eller låg. Att diskutera kvalitetsgranskningen tillsammans säkerställer att kvaliteten bedöms likartad (29). Totalt exkluderades nio artiklar varav tre på grund av bristande kvalitet. I en systematisk litteraturöversikt ska exkluderade artiklar redovisas i en tabell där orsak till exkludering ska presenteras (28). En exkluderingsstabell presenteras i Bilaga 5. Genom att redovisa granskningen av de inkluderade artiklarna i en tabell kan en överskådlig bild presenteras av bedömningen (29).

Dataanalys

Före dataanalysen påbörjades hade artiklarna lästs flertalet gånger, både enskilt och tillsammans och därefter diskuterades resultatet i varje artikel. Artiklarna översattes till svenska för att inte missa relevant data och för att få en ökad förståelse av resultatet som presenterats. Då analysen påbörjades valde vi att genomföra en analys utifrån Bettany-Saltikov and McSherry (30), dock analyserades alla artiklars resultat direkt istället för att göra varje steg separat för varje artikel. Denna anpassade analys utfördes då vi upplevde att tidsramen för genomförandet av studien var kort och att denna variant inte skulle påverka analysen i slutänden. Vid genomförandet av kondensering var vi noggranna med att endast förkorta artiklarnas innehåll utan att ta bort väsentlig information (29). Då varje steg i analysen har redovisats och att vi strävade efter att vara neutrala ökar bekräftelsebarheten, vilket även ökar om utomstående personer granskar analysprocessen och resultatet (34). Detta har dock vi inte haft möjlighet till.

Endast artiklar som beskrivit etiska överväganden valdes. Då detta inte fanns som krav i granskningsmallen var det något som gjordes efter diskussion. De tolv valda artiklarna hade etiskt godkännande eller beskrivit ett etiskt resonemang.

Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande studie var att belysa operationssjuksköterskors erfarenheter av perioperativ omvårdnad med fokus på omvårdnadshandlingar och förhållanden som främjar patientsäkerheten. Resultatet påvisade flertal omständigheter och åtgärder som utövades av operationssjuksköterskor, vilket påverkade säkerheten av patienten. Operationssjuksköterskor

utför såväl praktiska som icke- praktiska åtgärder där målet är att skapa förutsättningar för god vård och hög säkerhet.

Tre huvudområden presenteras i diskussionen. De berör omvårdnadshandlingar och förhållanden som främjar patientsäkerheten; *Det fysiska mötet med patienten- ett sätt för att motverka vårdlidande*, *Det fysiska mötet med patienten- ett sätt för att planera omvårdnadsåtgärder* samt *Säkerheten påverkas negativt av bristfällig kunskap om professioners arbetsuppgifter*.

Det fysiska mötet med patienten- ett sätt för att motverka vårdlidande

Att vara patient inom operationsverksamheten kan vara utmanande då miljön kan vara både främmande och skrämmande vilket leder till en ökad sårbarhet för individen. I resultatet synliggjordes den sårbarhet som operationsmiljön medförde på olika sätt. Ett sätt beskrevs som att patienternas situation kunde upplevas som sårbar och att operationssjuksköterskor därav strävade efter att få en god relation med patienten preoperativt. Syftet med ett preoperativt möte var att öka patientens välmående genom att visa omtänksamhet och bekräftelse. Att träffa patienten och vara närvarande var ett sätt för att förmedla trygghet till patienten.

Det fysiska mötet och dess betydelse kan styrkas av tidigare forskning. Där Lindwall and von Post (52) beskriver hur denna relation kunde ses som en tillfällig vänskap och var en etisk handling som operationssjuksköterskan utförde gentemot patienten med ett löfte om att finnas där. Vidare beskriver Lindwall and von Post (52) hur operationssjuksköterskan tog ansvar för att säkerställa att patienten inte skulle känna sig ensam eller övergiven. Denna vänskap involverade humor, värme och närhet vilket resulterade i en behaglig atmosfär där patienten var i huvudfokus (52). Vikten av en god atmosfär betonas ytterligare i en studie av Lindwall and von Post (53). Där beskrevs att om atmosfären var lättsam och tillåtande kunde det medföra att patienten fick möjlighet att öppna sig och tala om sina känslor som kunde resultera i att ett förtroende skapades (53).

Trots denna vilja av att skapa en vänskaplig relation kunde ökade produktionskrav och bristande förståelse för operationssjuksköterskors patientansvar resultera i att de inte hade möjlighet att lära känna patienten tillräckligt. Det skapade känslor hos

operationssjuksköterskan av att vara otillräcklig och oförstådd (52). Ökade krav på produktion och kostnader beskrevs även i en studie av Sigurdsson (54) där operationssjuksköterskor uttryckte oro för den framtida utvecklingen av den perioperativa omvårdnaden. Där fokus idag främst syftar till att arbeta kostnadseffektivt och att operationssjuksköterskans tekniska färdigheter prioriteras i högre utsträckning.

Ett fysiskt möte med patienten behöver prioriteras i högre utsträckning i operationssjukvården. Detta möte kan ge flera positiva aspekter där vårdens kvalitet kan förbättras och trygghet kan förmedlas. Operationssjuksköterskans patientkontakt blir dock lidande då produktion och höga patientflöden prioriteras vilket kan innebära en påfrestande arbetssituation med etisk stress som följd.

I kompetensbeskrivningen för operationssjuksköterskor står det att välbefinnande ska främjas och lidande förebyggas (8). Enligt Eriksson (27) kan vårdlidande vara såväl fysiskt som psykiskt. Vårdlidande beskrivs som ett lidande som ökar vid kontakt med hälso-sjukvården istället för att lindras och i detta lidande kan känslor som kontrollförlust, ångest och rädsla innefattas (27). Riksföreningen för operationssjukvård (8) beskriver även att om ett möte med patienten kan ske före och efter ett kirurgiskt ingrepp kan kontinuitet skapas och personcentrerad vård utformas.

Säker vård är en grundförutsättning inom all hälso- sjukvård. Att arbeta med säker vård innebär att vårdskador ska förebyggas genom att god vård skapas (13). God vård syftar såväl till hög kvalitet som att tillgodose patienters behov av trygghet och kontinuitet (13, 55). Det beskrivs även att god vård innebär att god kontakt mellan patient och vårdpersonal ska främjas och patientens självbestämmande ska respekteras (55).

Vi anser att god vård kan skapas genom det fysiska mötet med patienten och därmed resultera i högre patientsäkerhet. Genom mötet kan kontinuiteten i vården främjas och välbefinnandet för patienten öka och därmed kan vårdlidande motverkas.

Det fysiska mötet med patienten- ett sätt för att planera omvårdnadsåtgärder

I resultatet framkom det att mötet med patienten före ett operativt ingrepp kunde leda till unika kunskaper om patientens situation och behov vilket kunde underlätta för

operationssjuksköterskan att planera personcentrerad perioperativ omvårdnad. Utifrån föreliggande studies resultat framkommer det hur ett samtal med patienten kunde leda till att individuella önskemål och behov kunde synliggöras. Genom samtalet med patienten fick operationssjuksköterskor bättre möjligheter för att planera kommande omvårdnadsåtgärder vilket resulterade i att de upplevde sig vara bättre förberedda inför ingreppet.

Mötets betydelse för planering av patientens vård beskrevs även i en studie av McGarvey, Chambers (56). Där syftet med att möta patienten var att bedöma patientens behov vilket ansågs underlätta för planeringen. Det framkom även att den postoperativa återhämtningen förbättrades om ett möte ägt rum. Trots flertalet fördelar med det preoperativa mötet beskrevs, betonades det även att det sällan utfördes. Orsakerna till detta beskrevs vara hög arbetsbelastning, brister i organisationen men även brister i vårdpersonalens motivation för att genomföra det (56).

Operationssjuksköterskan har ett ansvar för att patientens behov psykiskt och fysiskt ska optimeras (8). Att arbeta utifrån personcentrerad perioperativ omvårdnad beskrivs som att tillsammans med patienten sträva efter att tillgodose individens behov fysiskt, psykiskt och existentiellt (7). Personcentrerad vård innefattar begreppen värdighet, ömsesidighet och vilja. Det innebär att patienten inte enbart ska reduceras till sin sjukdom utan att relationen ska bygga på partnerskap. I detta partnerskap ska patientens upplevelser, resurser och förutsättningar ligga till grund för vårdandet (22, 57). I kompetensbeskrivningen tydliggörs att personcentrerad vård ska utföras men samtidigt beskrivs de svårigheter som finns för att genomföra det. Operationssjuksköterskans patientkontakt preoperativt är i dagens operationsverksamhet sällan förekommande utan kontakten sker först då patienten är på operationssalen (8). Ett sätt för operationssjuksköterskor att arbeta mer personcentrerat beskrivs i Lindwall, von Post (58) och Rudolfsson, Ringsberg (59) studier där den perioperativa dialogen har använts som modell för det perioperativa vårdandet. Där användandet av den perioperativa dialogen ansågs främja patientens delaktighet vilket ökade operationssjuksköterskans möjlighet att vägleda patienten, planera omvårdnaden samt främja kontinuiteten i vården (58, 59). I Lindwall, von Post (58) studie uttryckte patienterna att de kände sig sedda och delaktiga i sin vård medan operationssjuksköterskor upplevde att deras arbete fick en djupare mening (58, 59). Operationssjuksköterskor beskrev hur dialogen gav

möjlighet till att bli mer förberedda inför kommande ingrepp och fick via mötet med patienten kännedom om önskemål som annars inte skulle framkommit (58, 59). Att samtala med patienten kunde därmed bidra med ny fakta och kunskaper om patienten som kunde vara betydelsefulla för omvårdnaden (58).

I hälso-sjukvårdslagen (2017:30) betonas att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (55). Betydelsen av patientens delaktighet i vården beskrivs i Patientlagen (2014:821), som tydliggör att vården i största möjlighet ska utformas i samråd med patienten (60). Hälso- och sjukvårdspersonal har ett ansvar för att upprätthålla hög patientsäkerhet (12). Genom att planera kommande åtgärder och arbeta förebyggande minskar risken för att patienten utsätts för vårdskada därmed ökar patientsäkerheten (61).

Flertalet utmaningar finns inom operationssjukvården för att arbeta personcentrerat. Patientkontakten blir ofta lidande då operationssjuksköterskan inte får möjlighet till att träffa patienter före och efter en operation. Detta då arbetsbelastningen är hög, stora produktionskrav i kombination med bristen på personal medför svårigheter för det fysiska mötet med patienten. Vi anser att den perioperativa dialogen är en modell som hade kunnat användas för att synliggöra patientens behov och planera relevanta omvårdnadsåtgärder. Vid ett fysiskt möte med patienten kan individuella behov tillgodoses. Kännedom om patientens behov kan medföra att risker i ett tidigt skede identifieras och hanteras, vilket medför ökad patientsäkerhet där risken för vårdskada minimeras.

Säkerheten påverkas negativt av bristfällig kunskap om professioners arbetsuppgifter

I resultatet betonades vikten av att skydda patienten i den operativa verksamheten. Operationssjuksköterskan har ett stort ansvar för att arbeta preventivt mot infektioner. I detta preventiva arbete beskrivs hur flertalet olika åtgärder utfördes med syfte att bevara steriliteten och upprätthålla aseptiken. Andra åtgärder som framkom i resultatet var de handlingar som operationssjuksköterskor utförde för att förebygga hypotermi och för att främja optimal positionering av patienten. Dessa åtgärder står även beskrivna i kompetensbeskrivningen som en grundprincip för det säkerhetsarbete som utförs på operation (8). Trots dessa betydelsefulla ansvarsuppgifter beskrevs i en studie av Blomberg, Bisholt (62) att operationssjuksköterskor kände att deras kompetens inte blev respekterad utan uppfattades som mindre viktig. De beskrev hur deras ansvarsområden inte togs på allvar från övriga teammedlemmar (62).

Utifrån föreliggande studiens resultat framgår det att operationssjuksköterskor upplevde att medlemmar i teamet hade en bristande förståelse för varandras kompetens och ansvarsområden. Denna bristande förståelse kunde leda till att konflikter uppstod inom teamet vilket ansågs ha negativ påverkan på patientsäkerheten. Operationssjuksköterskor beskrev att då de inte kunde utföra sina arbetsuppgifter korrekt var även detta ofördelaktigt för patientsäkerheten. För att ett team skulle vara funktionellt behövde varje medlems unika kompetens respekteras och värdesättas. Gillespie, Chaboyer (63) beskriver att operationsteamets medlemmar har en tydlig indelning av olika roller vilket kan begränsa dialogen inom teamet men trots det kan effektiviteten ändå vara hög. Denna rollindelning innebar dock inte att förståelse för varandra var en självklarhet (63). Silén-Lipponen, Tossavainen (64) beskrev i sin studie att då medlemmar i teamet inte hade kännedom om varandras kunskaper kunde det leda till osäkerhet och det var lättare att fel uppstod. I studier av både Kaldheim and Slettebø (65) och Nestel and Kidd (66) beskrevs det hur förståelse för varandra inom teamet var bristande. Denna bristande förståelse kunde uttryckas vid tillfällen då operationssjuksköterskans arbetsuppgifter påskyndades. Det fanns en önskan om att övriga medlemmar i teamet skulle förstå betydelsen av deras arbetsuppgifter och därmed tillåta dem att få mer tid att utföra dessa. Att ha förståelse för varandra innebar även att deltagarna såg till varandras bästa och försökte underlätta och hjälpa varandra (65). Enligt Riksföreningen för operationsjukvård (7) består ett kirurgiskt team av flertalet professioner där varje kompetens är unik. För att kunna ge en god och säker vård till patienten krävs ett välfungerande samarbete där varje medlems unika kompetens tas i beaktning. Det krävs därmed en ömsesidig förståelse och respekt för varandra och alla medlemmar behövs för att patientsäkerheten ska upprätthållas (7).

Vi anser att vikten av operationssjuksköterskans arbete och ansvar för att motverka risker är av stor betydelse. I tidigare forskning beskrevs det hur operationssjuksköterskor hade svårigheter att definiera deras roll och omvårdnadsåtgärder, att den perioperativa omvårdnaden inte alltid sågs som omvårdnad. De beskrev att de utförde åtgärder för patientens skull men kallade det inte för omvårdnad (52, 54). Om operationssjuksköterskor själva har svårt att beskriva sin betydelse för patienten och patientsäkerheten kan det vara mer förståeligt att andra professioner inte heller har förståelse för deras arbete. Det beskrivs dock i

kompetensbeskrivningen att operationssjuksköterskor ska identifiera och hantera risker för att motverka att vårdskada sker men för att dessa ska kunna förebyggas måste en respekt finnas för deras unika kompetens. Vårdskador kostar samhället nio miljarder kronor årligen och en av de vanligaste skadorna är vårdrelaterade infektioner där postoperativa infektioner står för en stor del av antalet (8, 15). För att kunna reducera dessa kostnader, minska lidandet för den enskilde patienten och istället öka patientsäkerheten krävs det att varje medlems kompetens i det kirurgiska teamet ses som unik och att alla medlemmar är jämlika.

Kliniska implikationer

Omvårdnadshandlingar som främjar patientsäkerheten kan vara att förebygga risker för tryck och nervskada, hypotermi och postoperativa infektioner. Omvårdnadshandlingar kan även innefatta åtgärder som utförs för att motverka lidande och främja välbefinnandet hos patienten. Om operationssjuksköterskor ges tid för att möta patienten såväl pre- som postoperativt kan det medföra att vården blir mer personlig därmed utformas efter individens behov och resurser. Det kan ge en ökad kontinuitet med minskat vårdlidande till följd, vilket kan medföra positiva aspekter för både personal, patient och samhället. Den perioperativa dialogen är en organisationsmodell som kan öka operationssjuksköterskans patientkontakt i den perioperativa processen. Denna modell kan främja en helhetssyn av patienten och av den perioperativa omvårdnaden. Teamarbete och kommunikation är en nyckelfaktor för gott samarbete som bidrar till högre patientsäkerhet och god arbetsmiljö. Då medlemmar i teamet har kunskaper och förståelse för varandras olika kompetensområden inverkar det till ökad respekt, där varje medlem ses som unik och värdefull. Dagens operationssjukvård präglas av att arbeta med ett högt flöde av patienter med fokus på produktion. Detta arbetssätt kan innebära att arbetsmiljön på operationsavdelningar upplevs som påfrestande för personalen. Det råder idag brist på specialistutbildade sjuksköterskor och i synnerhet operationssjuksköterskor med följd att operationer får strykas, vårdköerna ökar och lidandet för patienter förvärras. För att locka fler till att utbilda sig och arbeta på operationsavdelningar kan det krävas att arbetsförhållandena och patientkontakten förbättras. Det kan då ge upphov till att tillfredsställelsen ökar för den personal som finns kvar, kompetensen bibehålls och kvalitén på vården förbättras.

Slutsats

Resultatet i denna magisteruppsats visar de omvårdnadshandlingar och förhållanden som främjar patientsäkerheten utifrån operationssjuksköterskors perspektiv och erfarenheter av perioperativ omvårdnad. En omvårdnadshandling var det fysiska mötet med patienten. Detta möte beskrevs vara av stor vikt för att kunna utföra säker vård. Operationssjuksköterskor utförde flertalet praktiska åtgärder där syftet med alla var att skydda patienten från fysisk skada. Teamet beskrevs ha stor betydelse för att kunna arbeta patientsäkert. Det framkom att varje medlems unika kompetens skulle värdesättas och att ömsesidig respekt var nödvändig för gott samarbete.

Framtida forskning skulle kunna utveckla den perioperativa dialogen som organisationsmodell för att i högre skala utvärdera dess resultat på arbetsmiljö och tillfredsställelse hos både vårdpersonal och patienter. Vidare skulle forskning kunna omfatta om vårdlidande minskar vid användandet av denna modell men även för att se om antalet vårdskador reduceras.

Referenslista

1. Persson K, Wigerfelt L. Grundläggande operationssjukvård. Lund: Studentlitteratur; 1990.
2. Larsson Mauleon A. Att vara patient på en operationsavdelning. In: Almerud Österberg S, Nordgren L., editor. Akut vård: ur ett patientperspektiv. 1:1. ed. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 65-74.
3. Hege Eide P. Handlag i operationssjukvården. In: Myklestul Dåvøy G, Hege Eide P, Hansen I., editor. Operationssjukvård: operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad. 1:3. ed. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 83-102.
4. Söderström Å. Grunderna i operationssjukvård. Lund: Studentlitteratur; 2015.
5. Sharp L. Effektiv kommunikation för säkrare vård. Lund: Studentlitteratur; 2012.
6. Haddleton E. Teamarbete och kommunikation- Översikt 2019 [updated 2019-09-23. Available from: <https://www.varhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/teamarbete-och-kommunikation/oversikt/>.
7. Riksföreningen för operationsjukvård. Riksföreningen anser och rekommenderar 2016 [updated 2016-11-06. Available from: <http://www.rfop.se/media/ihpdqttj/rfop-anser-2016.pdf>.
8. Riksföreningen för operationsjukvård. Kompetensbeskrivning: specialistsjuksköterska inom operationssjukvård 2020 [Available from: http://www.rfop.se/media/nrpdvt1e/kompetensbeskrivning-2020_webb.pdf.
9. Bäckström G. Operationssjuksköterskans profession. In: Myklestul Dåvøy G, Hege Eide P, Hansen I., editor. Operationssjukvård: operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad. 1:3. ed. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 29-45.
10. Carlström E, Kvarnström S, Sandberg H. Teamarbete i vården. In: Edberg AK, Ehrenberg A, Friberg F, Wallin L, Wijk H, Öhlén J., editor. Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialtområde. 1:3. ed. Lund: Studentlitteratur; 2013. p. 63-101.
11. World Health Organization. Safe surgery 2009 [Available from: <https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>.
12. Sveriges riksdag. Patientsäkerhetslagen (2010:659) 2010 [Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659.
13. Socialstyrelsen. Vad är patientsäkerhet? 2020 [updated 2020-03-24. Available from: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/vad-ar-patientsakerhet/>.
14. Sveriges Kommuner och Landsting. Patientsäkerhet lönar sig: kostnader för skador och vårdskador i slutenvården år 2013 [Available from: <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-131-0.pdf?issuusl=ignore>.
15. Sveriges Kommuner och Landsting. Skador i vården, 2013-2016 2017 [Available from: <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-487-8.pdf?issuusl=ignore>.
16. Sveriges Kommuner och Landsting. Skador i vården- utveckling 2013-2017 2018 [Available from: <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-640-7.pdf>.
17. Socialstyrelsen. Skador till följd av kirurgisk behandling 2019 [updated 2020-03-26. Available from: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varvardskador/varvardskador/skador-till-foljd-av-kirurgisk-behandling/>.

18. Socialstyrelsen. Vårdrelaterade infektioner, VRI 2019 [updated 2020-04-06. Available from: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varidskador/varidskador/vri--vardrelaterade-infektioner/>.
19. Hansen I. Patientens psykosociala behov. In: Myklestul Dāvøy G, Hege Eide P, Hansen I., editor. Operationssjukvård: operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad. 1:3. ed. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 117-50.
20. Arman M, Rehnsfeldt A. Vårdande som lindrar lidande : etik i vårdandet. Stockholm: Liber; 2011.
21. Kasén A. Patient och sjuksköterska i en vårdande relation. In: Wiklund Gustin L, Bergbom I., editor. Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik. 2:3. ed. Lund: Studentlitteratur; 2017. p. 97-112.
22. Hedman H. Patientens-personens röst. In: Ekman I, editor. Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik. Stockholm: Liber; 2014. p. 7-20.
23. Lindwall L, Post Iv. Perioperativ vård : att förena teori och praxis. Lund: Studentlitteratur; 2008.
24. Ferrell B, Coyle N. The nature of suffering and the goals of nursing. Oxford ;: Oxford University Press; 2008.
25. Wright LM. Spirituality, suffering, and illness : ideas for healing. Philadelphia: F.A. Davis Co.; 2005.
26. Arman M. Lidande. In: Wiklund Gustin L, Bergbom I., editor. Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik. 2:3. ed. Lund: Studentlitteratur; 2017. p. 213-24.
27. Eriksson K. Den lidande människan. Stockholm: Liber utbildning; 1994.
28. Rosén M. Systematisk litteraturoversikt. In: Henricsson M, editor. Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. 2:4. ed. Lund: Studentlitteratur; 2017. p. 375-90.
29. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. SBU's handbok: Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten 2017 [Available from: <https://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf>.
30. Bettany-Saltikov J, McSherry R. How to do a systematic literature review in nursing : a step-by-step guide. London: McGraw-Hill Education/Open University Press; 2016.
31. Rienecker L, Stray Jørgensen P, Lagerhammar A. Att skriva en bra uppsats. Stockholm: Liber; 2018.
32. Karlsson EK. Informationssökning. In: Henricsson M, editor. Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad 2:4 ed. Lund: Studentlitteratur 2017. p. 81-98.
33. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Bedömning av studier med kvalitativ metodik 2020 [Available from: https://www.sbu.se/globalassets/e/bm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf.
34. Mårtensson J, Fridlund B. Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. In: Henricsson M, editor. Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. 2:4. ed. Lund: Studentlitteratur; 2017. p. 421-38.
35. Sveriges riksdag. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor [Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460.
36. Kjellström S. Forskningsetik. In: Henricsson M, editor. Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. 2:4. ed. Lund: Studentlitteratur; 2017. p. 56-80.

37. Cöster H. *Forskningsetik och ömsesidighet : vård, social omsorg och skola*. Stockholm: Liber; 2014.
38. Forsberg C, Wengström Y. *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & kultur; 2016.
39. Kolvered M, Öhlén J, Gustafsson BÅ. Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012;26(3):449-57.
40. Ingvarsdóttir E, Halldorsdóttir S. Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(2):951-60.
41. Blomberg AC, Bisholt B, Lindwall L. Responsibility for patient care in perioperative practice. *Nurs Open*. 2018;5(3):414-21.
42. Rudolfsson G, von Post I, Eriksson K. The expression of caring within the perioperative dialogue: a hermeneutic study. *Int J Nurs Stud*. 2007;44(6):905-15.
43. Blomberg AC, Bisholt B, Nilsson J, Lindwall L. Making the invisible visible--operating theatre nurses' perceptions of caring in perioperative practice. *Scand J Caring Sci*. 2015;29(2):361-8.
44. Sandelin A, Gustafsson BÅ. Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2015;35(3):179-85.
45. Sandelin A, Kalman S, Gustafsson B. Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork-Operating theatre nurses' perspectives: A qualitative interview study. *J Clin Nurs*. 2019;28(13-14):2635-43.
46. Alfredsdóttir H, Björnsdóttir K. Nursing and patient safety in the operating room. *J Adv Nurs*. 2008;61(1):29-37.
47. Nordström A, Wihlborg M. A Phenomenographic Study of Swedish Nurse Anesthetists' and OR Nurses' Work Experiences. *Aorn j*. 2019;109(2):217-26.
48. Brooker KJ, Vikan M, Thyli B. A Qualitative Exploratory Study of Norwegian OR Nurses' Patient Positioning Priorities. *Aorn j*. 2020;111(2):211-20.
49. Qvistgaard M, Lovebo J, Almerud-Österberg S. Intraoperative prevention of Surgical Site Infections as experienced by operating room nurses. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2019;14(1):1632109.
50. Holmes T, Vifladt A, Ballangrud R. A qualitative study of how inter-professional teamwork influences perioperative nursing. *Nurs Open*. 2020;7(2):571-80.
51. Polit DF, Beck CT. *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.
52. Lindwall L, von Post I. Habits in perioperative nursing culture. *Nurs Ethics*. 2008;15(5):670-81.
53. Lindwall L, von Post I. Preserved and violated dignity in surgical practice - nurses' experiences. *Nurs Ethics*. 2014;21(3):335-46.
54. Sigurdsson HÓ. The Meaning of Being a Perioperative Nurse. *AORN Journal*. 2001;74(2):202-17.
55. Sveriges riksdag. *Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 2017* [Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30].
56. McGarvey HE, Chambers MG, Boore JR. The influence of context on role behaviors of perioperative nurses. *Aorn j*. 2004;80(6):1103-14, 17-20.
57. Ekman I, Norberg A. Personcentrerad vård- teori och tillämpning. In: Edberg AK, Ehrenberg A, Friberg F, Wallin L, Wijk H, Öhlén J., editor. *Omvårdnad på avancerad*

- nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområde. 1:3. ed. Lund: Studentlitteratur; 2013. p. 29-61.
58. Lindwall L, von Post I, Bergbom I. Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *J Adv Nurs*. 2003;43(3):246-53.
 59. Rudolfsson G, Ringsberg KC, von Post I. A source of strength--nurses' perspectives of the perioperative dialogue. *J Nurs Manag*. 2003;11(4):250-7.
 60. Sveriges riksdag. Patientlag (2014:821) 2014 [Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821].
 61. Socialstyrelsen. Förebyggande arbete 2020 [updated 2020-03-24. Available from: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/arbete-sakert/forebyggande-arbete/>].
 62. Blomberg AC, Bisholt B, Lindwall L. Value conflicts in perioperative practice. *Nurs Ethics*. 2019;26(7-8):2213-24.
 63. Gillespie BM, Chaboyer W, Longbottom P, Wallis M. The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47(6):732-41.
 64. Silén-Lipponen M, Tossavainen K, Turunen H, Smith A. Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses. *Int J Nurs Pract*. 2005;11(1):21-32.
 65. Kaldheim HKA, Slettebø Å. Respecting as a basic teamwork process in the operating theatre - A qualitative study of theatre nurses who work in interdisciplinary surgical teams of what they see as important factors in this collaboration. *Nordisk Sygeplejeforskning*. 2016;6(1).
 66. Nestel D, Kidd J. Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. *BMC Nurs*. 2006;5:1.

Bilaga 1. Söktabell Pubmed.

Datum/ Block	Sökord	Limits	Antal träffar	Relevanta abstract	Lästa i fulltext	Granskade artiklar	Valda artiklar
30/3-20 B1+B2+B3	(((((operating room nurses or operating room nurs* or operating theatre nurses or operating theatre nurs* or theatre nurses or theatre nurs* or perioperative care or perioperative nurs*) AND ((english[Filter]) AND (2005:2020[pdat]))) AND (experiences or experience or perspectives or perspective or perceptions or perception)) AND (patient safety or patient safeties AND ((english[Filter]) AND (2005:2020[pdat]))) AND (english[Filter]))	Engelska 2005-2020	763				
30/3-20 B1+B2+B3	((operating room nurses[Title/Abstract] OR operating room nurs*[Title/Abstract] OR operating theatre nurses[Title/Abstract] OR operating theatre nurs*[Title/Abstract] OR theatre nurses[Title/Abstract] OR theatre nurs*[Title/Abstract] OR perioperative care[Title/Abstract] OR perioperative nurs*[Title/Abstract] AND (experiences[Title/Abstract] OR experience[Title/Abstract] OR perspectives[Title/Abstract] OR perspective[Title/Abstract] OR perceptions[Title/Abstract] OR perception))[Title/Abstract] AND (patient safety[Title/Abstract] OR patient safeties)[Title/Abstract] AND ((english[Filter]) AND (2005:2020[pdat])))	Engelska 2005-2020	221	29	13	9	9

Bilaga 1. Söktabell Cinahl

Datum/Block	Sökord	Limits	Antal träffar	Relevanta abstract	Lästa i fulltext	Granskade artiklar	Valda artiklar
31/3-20 B1+B2+B3	perioperative nursing or “perioperative care” or “Operating theatre nurs*” or “theatre nurs*” or “operating room nurs*” AND job experience or experience or experiences or perception or perceptions or perspective or perspectives AND patient safety or “patient safeties”	Peer reviewed Engelska 2005-2020	75 (20 dubbletter)				
31/3-20 B1+B2+B3	perioperative nursing or “perioperative care” or “Operating theatre nurs*” or “theatre nurs*” or “operating room nurs*” AND job experience or experience or experiences or perception or perceptions or perspective or perspectives AND patient safety or “patient safeties”	Peer reviewed Engelska 2005-2020 Exclude medline records	45 (2 dubbletter)	8	7	5	2

Bilaga 2: Prisma diagram

