



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Operationssjuksköterskans erfarenheter av kommunikation och samarbete inom operationsteamet

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Malin Olsson  
Emilia Ruth

Handledare: Elizabeth Crang-Svalenius

Våren 2013

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

# Operationssjuksköterskans erfarenheter av kommunikation och samarbete inom operationsteamet

## En kvalitativ intervjustudie

Författare: Malin Olsson  
Emilia Ruth

Handledare: Elizabeth Crang-Svalenius

Våren 2013

### Abstrakt

**Syfte:** Syftet är att belysa operationssjuksköterskans erfarenhet av kommunikation och samarbete inom operationsteamet. **Bakgrund:** Kommunikationsmissar är vanligt förekommande inom operationsteamet. Färre operationssjuksköterskor än andra personalkategorier, tyckte att alla delade ett gemensamt mål för patienterna. Det krävs ett gott samarbete mellan de olika professionerna för att minska riskerna för misstag då en operationsavdelning är en komplex arbetsmiljö, där alla har sin specifika uppgift. **Metod:** Datainsamlingen genomfördes med tio kvalitativa, semistrukturerade intervjuer. Innehållsanalys användes för bearbetning av data och ledde till en huvudkategori och sex subkategorier. **Resultat:** Studien visar att informanterna upplevde oförståelse mellan yrkeskategorierna, hierarki inom teamet samt en avskild miljö. Faktorer som kunde leda till försvårat samarbete. **Diskussion:** Samarbetet präglas av oförståelse för varandras roller. En ökad insikt i hur de olika yrkeskategorierna inom operationsteamet tänker och en förbättrad förståelse för varandras ansvarsområde kan lättare bevara effektiviteten och därmed öka patientsäkerheten på salen.

### Nyckelord

Kommunikation, samarbete, operationssjuksköterska, operationsteam

Avdelningen för omvårdnad

Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Medicinska fakulteten  
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

|   |           |
|---|-----------|
| <u>Innehållsförteckning</u> .....   | <u>2</u>  |
| <u>Problembeskrivning</u> .....   | <u>3</u>  |
| <u>Bakgrund</u> .....   | <u>3</u>  |
| <i>Kommunikation och samarbete</i> .....                                    | <i>3</i>  |
| <i>Operationssjuksköterskans ansvar</i> .....                               | <i>5</i>  |
| <i>Operationsteam</i> .....   | <i>6</i>  |
| <i>Operationsmiljö</i> .....  | <i>6</i>  |
| <u>Syfte</u> .....  | <u>7</u>  |
| <u>Metod</u> .....  | <u>7</u>  |
| <u>Urval av undersökningsgrupp</u> .....                                    | <u>7</u>  |
| <u>Forskningstradition och valt undersökningsinstrument</u> .....           | <u>8</u>  |
| <u>Genomförande av datainsamling</u> .....                                  | <u>8</u>  |
| <u>Genomförande av databearbetning</u> .....                                | <u>9</u>  |
| <u>Etisk avvägning</u> .....  | <u>9</u>  |
| <u>Resultat</u> .....   | <u>10</u> |
| <u>Teamarbete i en komplex miljö</u> .....                                  | <u>10</u> |
| <i>Samarbete på operationssalen</i> .....                                   | <i>10</i> |
| <i>Upplevelser av förväntningar på operationssjuksköterskans roll</i> ..... | <i>13</i> |
| <i>Språk på operationssalen</i> .....                                       | <i>14</i> |
| <i>Kommunikation med anestesipersonal</i> .....                             | <i>18</i> |
| <i>Kommunikation med undersköterska</i> .....                               | <i>19</i> |
| <u>Diskussion</u> .....   | <u>19</u> |
| <u>Diskussion av vald metod</u> .....                                       | <u>19</u> |
| <u>Diskussion av framtaget resultat</u> .....                               | <u>21</u> |
| <i>Konklusion och kliniska implikationer</i> .....                          | <i>24</i> |
| <u>Referenser</u> .....   | <u>25</u> |
| <u>Bilaga 1 (1)</u> .....   | <u>28</u> |

## Problembeskrivning

Operationssjuksköterskan har den övergripande blicken på operationssalen och är den person som kommunicerar kontinuerligt med alla inom teamet (Anderson & Talsma, 2011). Brister i kommunikationen inom operationsteamet medför konsekvenser för patienten, det är den vanligaste orsaken till avvikelser inom hälso- och sjukvården. Det krävs ett gott samarbete mellan de olika professionerna för att minska riskerna för misstag då en operationsavdelning är en komplex arbetsmiljö, där alla har sin specifika uppgift (Gupta, Lindberget, Nilsson & Vegfors, 2010). Enligt Gupta (2010) orsakar brister i kommunikationen allt från försenade operationer till operationer som utförs på fel sida.

En enkätstudie, genomförd i USA, om skillnader i uppfattning av samarbete (Bagian, Carney, Mills, Neily & West, 2010) visar att operatörer har en mer positiv uppfattning om samarbetet på operationsavdelningen än operationssjuksköterskan. I studien graderade operationssjuksköterskan sitt samarbete med varandra och med övrig personal högre än med operatören. Bagians et al. studie har gett inspiration till att genomföra en kvalitativ intervjustudie, i förhoppning om att få en ökad förståelse för operationssjuksköterskans erfarenheter av kommunikation och samarbete inom operationsteamet.

## Bakgrund

### *Kommunikation och samarbete*

Kommunikation definieras som en process att överföra information mellan två eller flera parter. Kommunikation är ett utbyte av tankar, åsikter och information via tal, skrift eller tecken (Eide & Eide, 2009). Kommunikationen på en operationssal är mer komplex än checklistor och PM, den är inbäddad i mänskliga faktorer, kultur och sociala relationer (Murphy, 2011).

Samarbete skapas när en grupp individer arbetar tillsammans. Kommunikation är en viktig del i processen för att uppnå ett bra samarbete. Även en grupp med helt främmande människor kan skapa ett bra samarbete genom tydlig kommunikation på ett kompensande sätt, d.v.s. att

komplettera varandras brister och kunskaper. Ett bra samarbete i en yrkesgrupp ökar den gemensamma prestationen (Johansson, 2008). En enkätstudie av Coe & Gould (2007), genomförd i England, om meningsskiljaktigheter och aggression på operationssalen visade att färre operationssjuksköterskor än andra personalkategorier, tyckte att alla delade ett gemensamt mål för patienterna.

Studier gjorda i England av Kidd & Nestel (2006) och Darzi et al. (2005) visade att viktiga faktorer för effektiv kommunikation inkluderade en rad verbala och icke verbala färdigheter. Aktivt lyssnande var mycket viktigt, liksom grundläggande social kompetens som t.ex. att tala tydligt, vara artig och tillmötesgående. Namn och roller inom operationsteamet klargjordes och rätt information gavs till rätt person. För operationssjuksköterskorna var det viktigt att korrekt och fullständig information gavs under t.ex. instrumentering. Mer erfarna operationssjuksköterskor visste oftast vilket instrument som skulle användas härnäst, medan mindre erfarna inte har samma rutin.

Kidd & Nestels (2006) studie visade att kommunikationen mellan operatörerna samt mellan operatör och anestesipersonal ibland var ofullständig. Operationssjuksköterskorna upplevde att de var tvungna att förmedla information mellan de olika parterna. Däremot fungerade operationssjuksköterskans samarbete med anestesipersonal bättre. Darzi et al (2005) jämförde kvaliteten på kommunikation i förhållande till hur viktig den var. Här framkom det att betydelsefull kommunikation, angående operationen, utfördes på ett bra sätt mellan de olika yrkeskategorierna.

Brister i kommunikationen är vanligt förekommande inom operationsteamet. I en studie, genomförd i Kanada av Garwood, Lingard, & Poenaru (2004) inkluderade bristerna ineffektivitet, dålig stämning inom teamet, outnyttjade resurser och kompetens, onödigt spring, förseningar, onödigt lidande för patienten samt misstag under operationen. De vanligaste kommunikationsbristerna berodde oftast på att kommunikationen skedde vid fel tidpunkt eller ur sitt sammanhang. Misstagen hade oftast en enkel förklaring t.ex. fördröjd kommunikation som gör den ineffektiv, relevant information uteblir eller är ofullständig, viktiga personer på salen exkluderades, informationen gavs till fel yrkeskategori samt att problem lämnades olösta tills det blev akut.

I studier från England och Kanada visade att det förekom meningsskiljaktigheter mellan operationssjuksköterska och operatör. Operationssjuksköterskorna upplevde att de blev nedvärderade, förlöjligade och utskällda. Detta ledde till att operationssjuksköterskorna blev nervösa, tappade uppmärksamheten och blev ofokuserade på sin uppgift. Några upplevde även fysiska påhopp i form av sparkar, knuffar eller att operatören kastade saker på dem. De mest utsatta var nyanställda och de med mer ansvar och chefsbefattningar. Några sjuksköterskor använde strategier för att få kontroll över situationen på operationssalen t.ex. genom att vara ett steg före, tillgodose operatörens önskemål och se till så allt var i sin ordning (Coe & Gould, 2007; Higgins & MacIntosh, 2010).

### *Operationssjuksköterskans ansvar*

Operationssjuksköterskan är en specialist inom sitt område, i en komplex och högteknologisk miljö. Den specifika kompetensen omfattar kunskaper inom hygien och aseptik, medicintekniska produkter samt kommunikation och samarbete i teamet vid patientens operation (Bäckström, 2012).

För att patientens säkerhet under operationen ska bibehållas krävs det att operationssjuksköterskan kan kommunicera och anpassa sig till olika individer i det varierande operationsteamet (Coutts, Flin, Mitchell, Mitchell, Youngson & Yule, 2011).

En god och säker perioperativ omvårdnad innebär bl.a. att operationssjuksköterskan ska kunna kommunicera, informera och ge stöd till patienten. Tillsammans med operationsteamet ansvarar operationssjuksköterskan för att bevara patientens värdighet, integritet och autonomi samt att förebygga uppkomsten av vårdrelaterade skador och komplikationer (SEORNA, 2008).

I en studie från England om operationssjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av kommunikation på operationssalen, uttryckte operationssjuksköterskorna att de var väl medvetna om sin roll och profession samt sina arbetsuppgifter. Däremot upplevdes det att operatörerna inte var insatta i operationssjuksköterskans roll. Det upplevdes att operatörerna ställde orimliga krav och uttryckte starka känslor som ilska om inte operationssjuksköterskan

uppfyllde deras förväntningar. Makt, hierarki och uppmärksamhet var källor till frustration hos operationssjuksköterskor i studien (Nestel & Kidd, 2006).

### *Operationsteam*

Teamarbete är vanligt förekommande inom den svenska vården idag och är till för att förenkla och förbättra inarbetade rutiner. Ett fungerande team är en blandning av kompetenser som tillsammans kan bidra till en effektiv arbetsorganisation. Ett operationsteam är ett lag sammansatt av olika yrkeskategorier, där varje medlem har sin specifika kunskap och sitt specifika ansvar (Lind, 2009). Ett operationsteam i Sverige består av operatör, anestesipersonal, operationssjuksköterska samt undersköterska (den som oftast passar på salen, kan även vara en operationssjuksköterska).

I en engelsk intervjustudie genomförd av Darzi, Healey, Sevdalis, Vincent & Undre (2005) om samarbete på operationssalen ansåg sig över hälften av operationssjuksköterskorna att de arbetade i ett sammansatt team, medan operatör och anesthesi ansåg sig arbeta i flera specialiserade team uppdelade mellan professionerna. Trots detta hade alla yrkeskategorier en liknande uppfattning om vad bra samarbete inom hela teamet innebar och var nöjda med kvaliteten på samarbetet.

I en intervjustudie från Skottland, genomförd av Coutts et al. (2011), definierade deltagarna ett bra teamarbete som att ha en bra kommunikation d.v.s. att delge information inom teamet, klargöra uppmaningar och förfrågningar som inte är självklara, ödmjukhet och overseende i svårlösta situationer, att alltid svara på tilltal samt att operationssjuksköterskan har kunskaper om operatörens specifika önskemål.

### *Operationsmiljö*

Operationsmiljön styrs av regler och riktlinjer. Miljön består av avskildhet, högteknologi och komplexa förhållanden där patienterna oftast är sövda (Higgins & MacIntosh, 2010). Målet är att genomföra operationer med patientsäkerhet i fokus vilket innebär höga krav på operationssalens inredning och utformning. En operationsavdelning är ett slutet område,

avskärmat från övriga sjukhuset p.g.a. risken för smittinförel (Hansen, Hege Eide & Myklestul Dávoy, 2012).

Konflikter påverkar effektiviteten på operationssalen och förstör myten om att arbetet på en operationssal är det ultimata välkoordinerade samarbetet (Higgins & MacIntosh, 2010). I Coe & Goulds (2007) enkätstudie, genomförd i England, framkom det att konflikter mellan de olika yrkeskategorierna var vanligt förekommande vilket utgör ett behov av vidare forskning och utveckling inom detta ämne. Att bristande kommunikation och samarbete kan medföra allvarliga konsekvenser och risker för patienten samt orsaka svårigheter för relationerna i operationsteamet är påtagligt. Tidigare studier har belyst området, främst genom kvantitativa studier. Bristande kommunikation är ett förekommande problem på operationsavdelningar. Författarna vill med föreliggande studie få en ökad förståelse för operationssjuksköterskans erfarenheter och på så sätt lyfta fram deras synpunkter.

## **Syfte**

Syftet är att belysa operationssjuksköterskans erfarenhet av kommunikation och samarbete inom operationsteamet.

## **Metod**

### **Urval av undersökningsgrupp**

Inklusionskriterierna var att informanterna i intervjuerna skulle vara utbildade operationssjuksköterskor och arbeta aktivt, d.v.s. medverka dagligen i sin funktion som operationssjuksköterska i operationsverksamheten. Detta krav ställdes för att säkerställa att informanterna deltog i kommunikationen och samarbetet på operationssalen.



## **Forskningstradition och valt undersökningsinstrument**

För att kunna få en tydlig bild av operationssjuksköterskans personliga erfarenhet av kommunikation och samarbete på operationssalen, har författarna valt att göra en empirisk studie med kvalitativ ansats. Den kvalitativa forskningen bygger på beskrivningar och subjektiva upplevelser. Den kvalitativa forskningen används för att få bättre förståelse för människors uppfattningar och handlingar (Parahoo, 2006). I studien har intervjuer använts som undersökningsinstrument. Kvalitativa intervjuer ger möjlighet till fördjupning inom ett visst område genom samtal där intressanta erfarenheter kan uppmärksammas av författarna (Dahlberg, 1997). Semistrukturerade intervjuer används för att vara säkra på att alla intressanta områden diskuteras, då författarna inte kan förutse deltagarnas svar. Öppna frågor ("open-ended questions") innebar att informanterna fick möjlighet att beskriva sina erfarenheter i egna ord och mer spontant (Beck & Polit, 2012).

## **Genomförande av datainsamling**

Kontakt togs per telefon med verksamhetschef för operationsavdelningen på två mindre sjukhus i Skåne. Informationsbrev och medgivande blanketter skickades till verksamhetscheferna, som efter muntligt godkännande ombads dela ut informationsmaterial till alla operationssjuksköterskor på avdelningarna. P.g.a. förutsättningar för verksamheterna valde enhetscheferna en till tre dagar då intervjuerna skulle genomföras och meddelade operationssjuksköterskorna. De som valde att delta lämnade sin underskrivna medgivandeblankett till författarna vid intervjutillfället. Totalt intervjuades 10 operationssjuksköterskor, varav 6 intervjuer genomfördes på ett sjukhus och ytterligare 4 intervjuer på det andra sjukhuset. Författarna erhöll verksamhetschefernas medgivandeblankett under första intervjudagen.

Platserna för intervjuerna var i ett avsides rum på respektive sjukhus och valdes av intervjudeltagarna. Intervjuerna tog mellan 30 minuter och 60 minuter. Intervjuerna var semistrukturerade med öppna frågor för att alla intressanta områden skulle diskuteras, då författarna inte kunde förutse informanternas svar. För att uppnå detta användes en intervjuguide (bilaga 1), vilket är en lista med områden och frågor som togs upp med varje informant. Alla intervjuer spelades in och transkriberades. Samtliga intervjuer genomfördes

av båda författarna och den första intervjun var en pilotintervju för att upptäcka eventuella brister i intervjuguiden. Pilotintervjun kom att användas i resultatet.

## **Genomförande av databearbetning**

Efter att intervjuerna transkriberades analyserades data med latent innehållsanalys inspirerat av Burnard (1991). Målet med latent innehållsanalys är att finna detaljerad information och kategorisera de företeelser som är av intresse utifrån studiens syfte. Under transkriberingen spelades intervjuerna upp två gånger. För bättre tillförlitlighet lästes två av de transkriberade intervjuerna av handledaren. Det transkriberade materialet lästes noggrant och väsentliga ämnen antecknades. Ämnena kategoriserades utifrån gemensamma nämnare och varje kategori fick en rubrik. För ökad trovärdighet valdes grundläggande citat till varje kategori ut. Det transkriberade materialet jämfördes med kategorierna för att kontrollera att kategorierna täckte all relevant information i intervjuerna. Alla meningar i det transkriberade materialet färgkodades och fördelades till en kategori. Kategorierna ledde till en huvudkategori. Utifrån det analyserade materialet skrevs en sammanhängande text som efter genomläsning utmynnade i resultatet. Kopior av de fullständigt transkriberade intervjuerna fanns tillgängliga under hela processen samt det inspelade originalmaterialet. Resultat, huvudkategorier, subkategorier och väsentliga ämnen bearbetades under hela förloppet enligt fig. 1

Flödesschema för analysen.

## **Etisk avvägning**

Enligt Parahoo (2006) finns det etiska principer som framarbetats av the international council of nurses (ICN) bl.a. att studien bör kunna främja samhället och dess invånare på ett positivt sätt, inte orsaka informanterna fysisk eller psykisk skada och att alla informanter ska behandlas lika. Författarna bör skapa ett förtroende mellan sig själva och informanterna (a.a.).

En viktig del av att skydda informanternas integritet är att få deras samtycke. Detta innebär att informanterna får adekvat information, förstår informationen och frivilligt kan godkänna eller neka sitt deltagande (Beck & Polit, 2012).

I studien avidentifierades all information och var konfidentiell. Studien var frivillig och deltagarna fick avbryta intervjuerna utan att ange orsak. Forskningsetisk ansökan skickades till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande.

## Resultat

Informanterna i studien var operationssjuksköterskor från två mindre sjukhus i södra Sverige. Majoriteten av informanterna hade lång arbetslivserfarenhet och arbetat på mer än en arbetsplats. Erfarenheterna informanterna delade med sig av i intervjuerna analyserades och ledde fram till subkategorier med följande rubriker: *samarbete på operationssalen, upplevelser av förväntningar på operationssjuksköterskans roll, språk på operationssalen, kommunikation med operatör, kommunikation med anestesipersonal och kommunikation med undersköterska*. Subkategorierna ledde fram till en huvudkategori: *Teamarbete i en komplex miljö* (fig. 1). Informanterna i studien beskrev att de som ingick i operationsteamet var operatör, operationssjuksköterska, anestesipersonal (anestesisjuksköterska och anestesiläkare) samt undersköterska. Författarna har valt att i studien benämna operationsteam som denna sammansättning av yrkeskategorier. Informanterna har tilldelats nummer utan specifik ordning för att särskilja citaten.

### Teamarbete i en komplex miljö

Teamarbete i en komplex miljö valdes som huvudkategori eftersom informanterna i studien uttryckte att kommunikation och samarbete leder till teamkänsla, i en intensiv och framåtskridande miljö bland flera olika professioner.

#### *Samarbete på operationssalen*

Det framkom i studien att samarbetet i stort sett fungerade bra på de olika arbetsplatserna. Informanterna upplevde att alla kände varandra och hade en bra teamkänsla, vilket ledde till ett bra samarbete. Informanterna beskrev att det fanns ett intresse för hur de andra kollegorna

och att de var lyhörda för varandras känslotillstånd . Det var accepterat att ha en dålig  
 men det var bra att berätta det så att det inte skulle uppstå missförstånd.

**Kategori**                      **Subkategori**                      **Väsentliga ämnen**

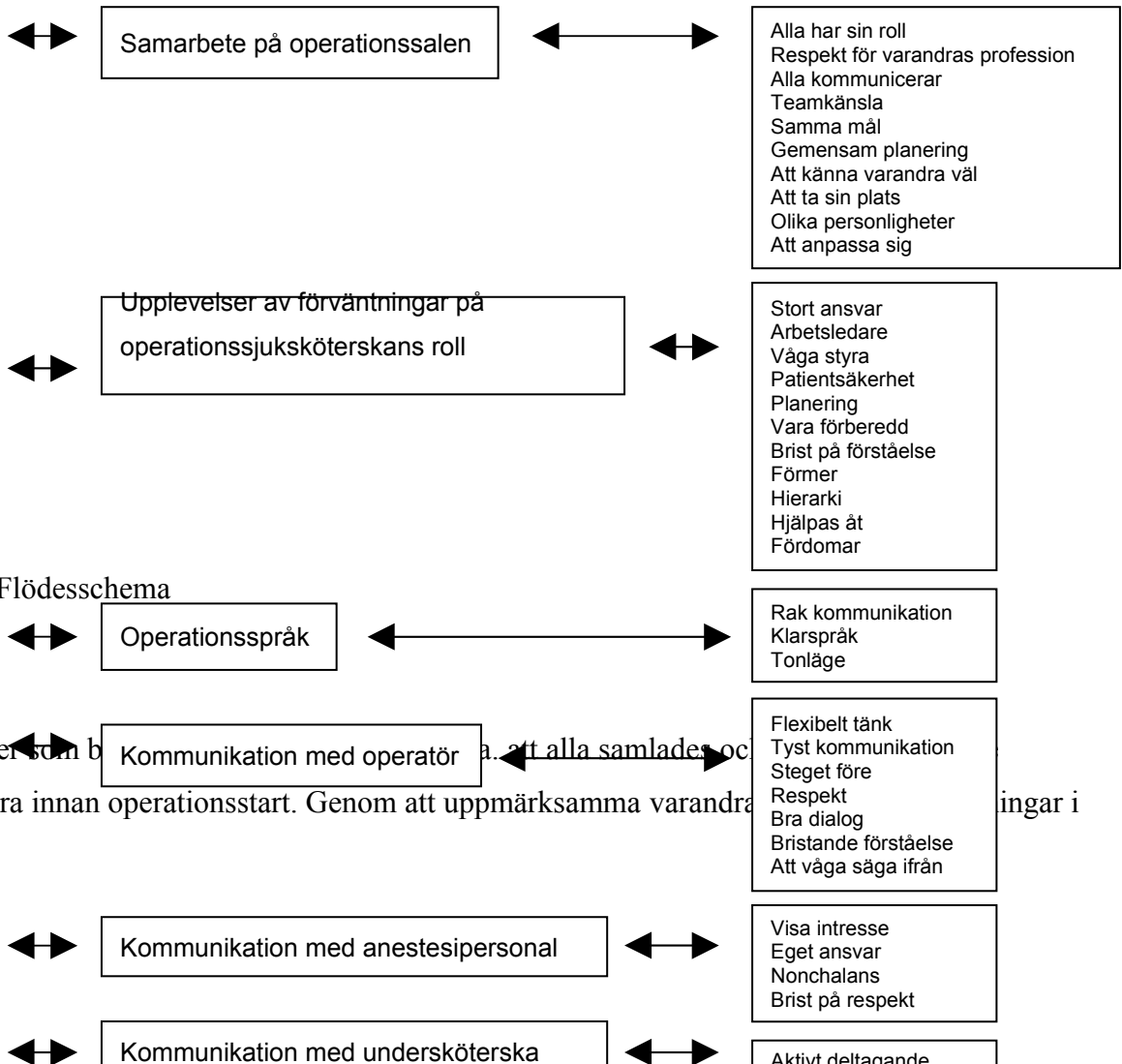


Fig. 1 Flödesschema

Faktorer som bidrar till att alla samlades och ingår i varandra innan operationsstart. Genom att uppmärksamma varandra

flödet under dagen, kunde detta i större utsträckning undvikas. En annan viktig faktor för bra samarbete var att ha en fungerande dialog mellan all personal på salen:

*Framförallt att vi pratar med varandra och att vi ser varandra, de har varit bra på de ställen jag jobbat /.../ det är ju en fördel, det är ju faktiskt jättebra att man samlas, att det blir i varje fall att nu startar vi /.../ man tittar på varandra ibland, det är klart när man lär känna varandra lite bättre blir det att man att man pratar om allt möjligt, den kommunikationen som blir lite mer privat, när det passar såklart, att man känner att alla bryr sig om varandra. (1)*

Informanterna uttryckte ett behov av att kunna kommunicera avslappnat och värna om varandra. Detta beskrevs bidra till en god stämning som gynnade teamkänslan och ett bättre utfört jobb. Informanterna upplevde att kommunikation var den viktigaste komponenten för att kunna upprätthålla ett bra teamarbete, genom att kommunicera undveks konflikter. Teamkänslan förstärktes också genom att alla på salen hade samma mål. Patientsäkerhet kom först, men även arbetsmiljön ansågs viktig.

I intervjuerna uttrycktes det att vem informanterna arbetade med hade betydelse för samarbetet. Det beskrevs bero på att alla hade olika personligheter, en del var mer likatänkande och då var det lättare att samarbeta. Enligt informanterna var det dock ett gemensamt ansvar att ge varandra en chans och att acceptera varandras olikheter. Informanterna upplevde att de som inte hade denna inställning var svårare att samarbeta med.

Förståelse och respekt för varandras profession, var enligt många informanter, en viktig del av ett fungerande samarbete. Att kunna hjälpas åt över gränserna, mellan professionerna och kunna säga till om samarbetet brister:

*Man hjälps åt på salen, jag menar, att knäppa en rock i ryggen till en operationsköterska som kommer och ska börja tvätta och klä, det kan ju alla göra, lika mycket som att städa ett golv, som jag kan bistå anestesi till exempel. Så det är ju hela det där att man kommunicerar och respekterar och man hjälps åt, för vi på salen är ju ett team och ska göra detta så bra som möjligt för patienten. (2)*

### *Upplevelser av förväntningar på operationssjuksköterskans roll*

Informanterna upplevde att de hade en betydelsefull roll, med ett stort ansvar för patienten. De upplevde att de hade en ledarroll i teamet, men menade att den rollen varierade beroende på i vilken fas i operationsförloppet de befann sig i:

*Vi är ju ett team också, samtidigt så måste det finnas arbetsledare i olika moment, när det gäller sövningen då är det narkos som är arbetsledare och då tillåter vi det. Det är ingen hierarki i det, det är ju ett normalt beteende, då bestämmer de och vi ska vara tysta när de ska söva. Sen under ingreppen, då när jag träder in så jobbar vi parallellt utan att störa varandras arbeten, då blir jag arbetsledare, sen under operationen är kirurgen också arbetsledare. Så det finns sådant tillåtet ledarskap i gruppen. (3)*

Informanterna tyckte att det var deras ansvar att operationen skulle genomföras så smidigt som möjligt t.ex. genom att alla instrument och apparater finns på plats och fungerar samt att alla vet vad som ska göras och hör vad operatören säger. Informanterna såg det som sin uppgift att anmärka om något eller någon brast i steriliteten då detta kunde påverka patientsäkerheten.

När det gällde vilka förväntningar operatören hade på operationssjuksköterskan, enligt informanterna, framkom en gemensam åsikt. Det upplevdes att operatören önskade att operationssjuksköterskan skulle ha ansvar för planering och förberedelser, att allt skulle fungera smidigt samt att ansvara för att eliminera och utreda eventuella frågetecken som skulle kunna fördröja operationsförloppet. Vid de tillfällen där operationssjuksköterskan misslyckades att möta operatörens krav på ansvar, uppgav informanterna att operatören blev irriterad. Trots detta beskrev informanterna i studien att de hade ett bra samarbete med operatören. Informanterna upplevde att deras roll som operationssjuksköterska, blev respekterad av operatören.

Det framkom att informanterna upplevde att anestesipersonalen ibland hade bristande förståelse för operationssjuksköterskans roll. Bristen på förståelse upplevdes t.ex. när anestesipersonalen uttryckte oförståelse för rutiner kring sterilitet. Detta gjorde att

informerarna upplevde att de var tvungna att upprepa information till anestesipersonalen vilket ledde till sämre samarbete. Informerarna upplevde att bristen på förståelse kanske kunde bero på att anestesipersonalen inte insåg hur stort ansvar för patienten operationssjuksköterskorna hade och alla uppgifter som ingår i professionen:

*.../ ibland tycker jag att anesthesi tror att vem som helst kan stå och langa peanger, men det är ju inte, vi ska kunna alla apparater och det är ju jättemycket du ska kunna om patienten, anatomi och så. Jag blir förbannad när de säger så, att de kan man ta vem som helst till att stå och langa peanger, det kan man inte. De inser inte vårt ansvar för patienten. Man ska vara stolt att man är operationssjuksköterska. (4)*

Informerarna upplevde att anestesipersonalen ansåg sig lite förmer, att de hade en viktigare roll än operationssjuksköterskorna. Det framkom i intervjuerna att informerarna upplevde att anesthesi hade större makt och tog en stor plats i teamet. Informerarna beskrev det som att anestesipersonalen ofta tog en central roll, vilket ibland ledde till att operationssjuksköterskorna valde att ta ett steg tillbaka:

*Jag tror att de inte alltid ser att vi har samma, vad ska man säga, grundutbildning, att vi har samma tänk som dem (anestesisjuksköterskor) /.../ anesthesi styr väldigt mycket och operationssjuksköterskor har fått stå tillbaka och tagit den platsen att stå tillbaka...ibland om man har jobbat länge, så finner man sig litegrann, att man hittar en plats då tycker man att det är bekvämt och tjafsar inte så mycket om det. Men vi ska ju också ta plats. (5)*

### **Språk på operationssalen**

Det framkom i studien att en rak och öppen kommunikation var viktig. Att tala tydligt och i klarspråk var grundläggande komponenter av bra kommunikation på en operationssal. Informerarna beskrev att information skulle delges direkt och konkret, men samtidigt med respekt för varandra. Det blir en annan ton i språket, än i det vardagliga samtalet. Det uttrycktes att det inte fanns tid under pågående operation att linda in orden, då är det patienten som är i centrum:

*Det gäller att tala i klarspråk, rak kommunikation, det är det som är viktigt. Att alla är med, det är patienten som är i centrum, det är därför vi är där. Så det gäller att bara prata. (6)*

Informanterna påpekade också att den raka kommunikationen kan upplevas som hård och skarp. Tonläget i språket gör att en önskan, förfrågan eller uppmaning kan uppfattas som en befallning eller beordring. Informanterna menade att tonläget även avslöjade om de befann sig ett avgörande skede under operationen t.ex. att det blev en skarpare ton i ett akut läge med risk för patientens liv. Det framkom i intervjuerna att detta speciella operationsspråk inte skulle tas personligt. Den information som uttrycktes på operationssalen måste uppfattas av den tänkta mottagaren, ibland måste alla på salen få reda på en viss information och då krävs det ett annat tonläge:

*.../ då höjer jag rösten något, inte så att jag skriker, men det måste uppfattas på anestesid sidan och av undersköterskan också, man ser till att det kommer fram. Ibland förstår man att det inte kommer fram och då så upprepar jag det. (5)*

Informanterna uttryckte att de inte menade något illa med den skarpa tonen, utan det är patienten som är i fokus. Hur kommunikationen uppfattades påverkades av varje individs personlighet. Det framkom i studien att en känslig person kan ha svårt att hantera det:

*.../ man måste ju vara rak, det är ju det som är svårt att vara rak i kommunikationen, det är ju det som är problemet, man tar det personligt, kanske beror på att det är mycket tjejer, det beror på hur känslig man är, vissa klarar ju inte det. (4)*

Informanterna upplevde att operationssalen var en instängd miljö och arbetet utförs väldigt tätt på en liten yta. Personalen står nära varandra under ingreppen, vilket kunde påverka integriteten och hur operationsspråket uppfattades.



## *Kommunikation med operatör*

Informanterna i studien ansåg att kommunikationen med operatören var bra. De hade en bra dialog, kände sig respekterade och blev hörda då de hade något att säga. Det var viktigt att vara engagerad och följa med i operationsförloppet för att kunna veta nästa steg. Det skapas en tyst kommunikation med operatören, där operationssjuksköterskan låg steget före och operatören inte hela tiden behövde ge instruktioner. Informanterna beskrev det som att vara tankeläsare var en del av yrket, där operationssjuksköterskan såg vad som hände och av erfarenhet visste vilka instrument som skulle tas fram och vad som skulle göras för att underlätta för operatören. Informanterna uttryckte att operatören ville ha trygghet och att operationssjuksköterskornas rutin och erfarenhet bidrog till detta:

*.../ en duktig operationssjuksköterska har alltid en sutur uppe, hon står ju inte och väntar, hon har ju alltid instrument som är laddade, läkarna vill ju ha trygghet /.../ en van operationssjuksköterska kan operatören luta sig mot /... (7)*

Trots att informanterna upplevde att de blev respekterade av operatören, uttryckte de att det även handlade om personlighet hos både operationssjuksköterskan och operatören. Det framkom i studien att personkemin hade betydelse för hur kommunikationen fungerade. Vid tillfällen då stämningen mellan operationssjuksköterskan och operatören inte var bra, ansåg informanterna att det var deras uppgift att anpassa sig och lätta upp stämningen. Vid avancerade operationer, där operatören själv inte riktigt visste utgången, uttrycktes det att operationssjuksköterskan måste uppfatta situationen och inte störa operatören med en massa frågor. Det kan skojas och skämtas, men vid skarpt läge måste hänsyn till professionen tas. Informanterna beskrev att de fick ha ett flexibelt tänk, bjuda på sig själva och kunna jobba med alla. Trots att det var uppskattat att komma med förslag, framkom det att det skulle göras på ett sätt som inte överträdde operatörens profession, det var inte operationssjuksköterskans roll:

*Jag kan komma med råd, men inte så att man trampar på några tår, utan det är en feeling, men de lyssnar på, det gör de. (6)*

*Man får försöka anpassa sig, det är ju trots allt kirurgen som har huvudansvaret för patienten /.../ man ska inte ta över, man ska inte leda dem heller. Man får liksom anpassa det litegrann, man får föreslå det lite försynt. (8)*

Informanterna uttryckte att operatören kunde bli arg och bete sig otrevligt i t.ex. akuta situationer, men det skulle inte tas personligt. Det framkom även en uppfattning om att operatörens dåliga humör oftast berodde på operatören själv och inte p.g.a. operationssjuksköterskan. Att vara en stark person och ha en förmåga att inte ta åt sig är bra egenskaper hos en operationssjuksköterska. Då operatören blev irriterad kunde detta uttrycka sig genom att operatören gav korta svar, hade otrevlig ton, mumlade eller svarade inte på tilltal. Informanterna nämnde att detta sätt att kommunicera ingick i mentaliteten på en operationssal och fick accepteras, men om det gick för långt skulle detta tas upp med operatören efter operationen. Ibland var operatören väl medveten om sitt beteende och bad om ursäkt:

*.../ sen har jag full förståelse för om det är en akut situation, det hettar till, att man då kan få ett snäsigt svar någon gång eller kort svar eller att han inte svarar. Men det är en annan sak. Jag har varit med om där operatörer har bett om ursäkt sen /.../ jag som person själv markerar att nu är det bra, jag försöker bara göra mitt jobb. (2)*

Informanterna ansåg att det var viktigt att säga ifrån under operationen om operatören behövde uppmärksammas på t.ex. att det fattas en duk eller ett instrument. Vid större operationer med flera operatörer där det blev trångt runt patienten, var det nödvändigt för operationssjuksköterskorna att våga ta sin plats nära huvudoperatören. För att kunna utföra sitt jobb på bästa sätt fick operationssjuksköterskan säga ifrån att huvudoperatören måste ha kommandot. Informanterna upplevde det var svårt att behålla fokus när flera operatörer försökte kommunicera samtidigt. Informanterna upplevde att när de sade ifrån på ett eller annat sätt respekterade operatören detta.

## *Kommunikation med anestesipersonal*

Informanterna uttryckte att det var viktigt att kommunicera med anestesipersonalen. Det uttrycktes att operationssjuksköterskan kunde lyfta blicken för att få anestesisjuksköterskans uppmärksamhet, detta fungerade framförallt i akuta situationer. Det framkom i studien att en bra kommunikation med anestesipersonalen kunde bero på personkemi, men informanterna uppfattade även att det kunde bero på anestesipersonalens intresse av operationsförloppet. När anestesipersonalen visade intresse menade informanterna att det var lättare att kommunicera. Informanterna ansåg att anestesipersonalen hade ett eget ansvar i att vara med i vad som sker och känna till rutinerna på operationssalen, men det framkom även att informanterna upplevde att det var deras ansvar att informera samt att uppmärksamma brister i t.ex. steriliteten:

*Det slarvas en hel del med munskydd, det kan jag tycka framförallt utav narkosläkaren. Man säger till och säger till, ha nu det här på er, och sen blir det inte gjort och då känner man lite hur många gånger ska man behöva säga till. Tillsist har man sagt det tre gånger, liksom, är det så svårt att ta på sig ett munskydd?! (9)*

Informanterna upplevde ibland att anestesipersonalen hade bristande förståelse för att operationssjuksköterskorna behövde ha en viss tid för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Det framkom i intervjuerna att informanterna upplevde att anestesipersonalen ibland bara fokuserade på sina egna arbetsuppgifter och de uppfattades då svåra att kommunicera med. Det skapade en irritation hos informanterna och kunde leda till brister i kommunikationen. Informanterna beskrev att detta ibland kunde leda till att väsentlig information utelämnades och gick inte vidare från anestesipersonal till operationssjuksköterskan. Det framkom att informanterna då upplevde att de fick säga ifrån:

*.../ de (anestesipersonalen) kan tycka att det tar för lång tid, då respekterar man inte. Då kan jag bli lite sur att man inte har respekterat att det kan ta lite tid, men man får säga till, man får faktiskt tuffa till sig och säga att ' jag måste ha den tiden, lägg inte spinal nu när jag har så mycket att göra '. Det måste man. Det är ju inte lätt för dem att veta heller, sysslar man inte med det så vet man ju inte det /...(8)*

## *Kommunikation med undersköterska*

Informanterna i studien uttryckte att kommunikationen med undersköterskan fungerade bra. De beskrev kommunikationen som tydlig, rak och konkret. För att kommunikationen skulle fungera optimalt krävdes det, enligt informanterna, att undersköterskan var uppmärksam i operationsförloppet och var förberedd på oväntade situationer. Informanterna menade också att de inte ville upprepa information och inte bli ifrågasatta t.ex. i akuta lägen, där operationssjuksköterskan behövde en sutur snabbt. Det framkom dock även att det fanns en förståelse för att undersköterskan bara kunde göra en sak i taget:

*Det är viktigt hur jag kommunicerar med undersköterskan, jag måste vara tydlig med vad jag vill, det är viktigt med en bra kommunikation. Är det akuta lägen är det jätteviktigt med kommunikationen, att jag bara ska behöva säga det en gång. Jag måste också ha förståelse för min undersköterska på salen, att hon bara kan göra en sak i tagen. (10)*

## Diskussion

### **Diskussion av vald metod**

Författarna valde att göra en kvalitativ intervjustudie för att beskriva operationssjuksköterskans erfarenheter, vilket visade sig vara en bra metod för denna typ av studie. Metoden gav utrymme för det resultat som i slutändan gav svar till författarnas syfte. Genom kvalitativa intervjuer fick författarna beskrivningar och skildringar av subjektiva upplevelser som handlade om kommunikation och samarbete inom operationsteamet. Detta är grunden till kvalitativ forskning som syftar till att ge bättre förståelse för människors uppfattningar och handlingar (Parahoo, 2006).

## *Urvalsprocess*

Informanterna i studien arbetade på två mindre sjukhus i Skåne. Författarna hade en önskan om att göra en del av intervjuerna på ett universitetssjukhus, men efter kontakt med flertal verksamhetschefer var detta svårt att genomföra p.g.a. tidsbrist. Detta skulle kunna ha påverkat resultatet då personalen på mindre sjukhus är färre vilket kanske skulle kunna bidra till en mer familjär stämning och därmed en annan typ av kommunikation än på ett större sjukhus.

Resultatet hade blivit mer nyanserat och gett ett bredare perspektiv om intervjuer hade genomförts med alla de olika yrkeskategorierna inom operationsteamet.

På båda sjukhusen delades informationsblad ut till samtliga operationssjuksköterskor, men på ett av sjukhusen valde verksamhetschefen ut informanterna, då verksamheten inte kunde ge utrymme och tid till att ta eget initiativ till deltagande. Eftersom informanterna inte hade möjlighet att anmäla sitt intresse frivilligt kan författarna inte garantera att de fått adekvat information från verksamhetschefen, men de som valdes ut hade ett val att tacka nej och uppgav att de deltog helt frivilligt. Det kan ha påverkat urvalet eftersom verksamhetschefen kan ha valt ut informanter som på något sätt upplevdes mer lämpliga för denna typ av intervju än andra. På det andra sjukhuset fick operationssjuksköterskorna anmäla sitt intresse. Tillslut deltog 10 operationssjuksköterskor som svarade mot inklusionskriterierna i studien. Operationssjuksköterskor med olika lång erfarenhet och från olika sjukhus deltog vilket har bidragit till ett rikt material. Varje informant delgav sina personliga erfarenheter.

## *Datainsamling*

Intervjuguiden användes i en första pilotintervju och visades sig täcka de områden författarna önskade. Författarna uppmanade informanterna att tala fritt om deras erfarenheter och tillsammans med intervjuguiden gav detta ett heltäckande intervjumaterial. Pilotintervjuer kontrollerar inte bara intervjuguiden, utan också intervjuaren och ökar möjligheten att skapa ett interagerande samtal. I en kvalitativ intervju ska forskarens egna tankar och uppfattningar hållas borta under intervjun. Det är viktigt att kunna och lyssna, visa intresse och vara bekräftande mot intervjudeltagaren (Dalen, 2007).

## *Dataanalys*

Data analyserades med hjälp av Burnards innehållsanalys (1991). Analysprocessen genomfördes med syftet i åtanke. Vid kategorisering av väsentliga ämnen var författarna noggranna med att inte meningarna förlorade sin innebörd i kontexten. Kopior av de fullständigt transkriberade intervjuerna fanns tillgängliga under hela processen samt det inspelade originalmaterialet för att aldrig förlora helheten och innebörden i det fullständiga materialet. Alla stegen i analysen har genomförts av båda författarna och jämförts flera gånger för bättre trovärdighet. Citat har använts för att styrka trovärdigheten för de olika subkategorierna. Författarna anser att allt material av intresse har beskrivits i resultatet tack vare vald analysmetod.

## *Förförståelse*

Eftersom båda författarna läst specialistutbildning inom operationssjukvård och haft verksamhetsförlagd utbildning, fanns en viss förförståelse om hur kommunikation och samarbete fungerar på en operationssal. Förförståelse består av bl.a. erfarenheter, teorier och synsätt inom yrket, vilket kan påverka insamlings- och analysprocessen. Det var viktigt att kärnan i deltagarnas berättelser var i fokus och inte författarnas förförståelse. Detta uppnåddes genom att författarna hade en medvetenhet och var mottagliga för olika åsikter (Malterud, 2009).

## **Diskussion av framtaget resultat**

Resultatet i studien visar att alla informanterna hade en liknande uppfattning om kommunikation och samarbete på operationssalen. Betydelsefulla erfarenheter i resultatet kännetecknas i hög grad av oförståelse för varandras roller och hierarki på operationssalen. Detta kan i sin tur leda till sämre kommunikation och därmed ett sämre samarbete, vilket kan ses som negativt ur ett patientperspektiv då säkerheten med all övertygelse påverkas ogynnsamt av detta.

I intervjuerna framkom att operationssjuksköterskorna kunde uppleva vissa svårigheter i samarbetet med anestesipersonalen. Kidd och Nestels (2006) studie talar emot detta då operationssjuksköterskorna i deras studie ansåg att samarbetet med anestesipersonalen var bättre än den med andra personalkategorier. Informanterna i föreliggande studie upplevde att anestesipersonalen ibland hade bristande förståelse. De upplevde att anestesipersonalen inte förstod vikten av operationssjuksköterskans uppgifter och ansvar. En generell åsikt var också att informanterna upplevde att de var i underläge. Informanterna upplevde att anestesipersonalen ibland glömde att de faktiskt hade samma grundutbildning. Det fanns t.ex. informanter i studien som upplevde att anestesipersonalen tyckte att vem som helst kunde stå och ”länga” peanger. Eftersom denna studie enbart visar en sida av förståelsen kan den inte bekräfta hur anestesipersonalen tycker och tänker eller vilken förståelse de egentligen har. Studien visar vad tio operationssjuksköterskor upplever och ger en liten insikt i deras förståelse. Det kan verka som att operationssjuksköterskor har hamnat i en underordnad position av förmodligen olika anledningar beroende på vilken situation de befinner sig i och vem de arbetar med. Detta kan jämföras med Garwood, Lingard och Poenaru (2004) studie där operationssjuksköterskorna själva säger att de ser sin roll som mer passiv, som en medlare av information samt patientens förespråkare och de tyckte att anestesipersonalen agerade som förhandlare och problemlösare. Anestesipersonalen delade denna uppfattning om den egna rollen samt operationssjuksköterskans roll.

Däremot upplevde flera informanter att samarbetet och kommunikationen med operatören var bra. De kände sig uppskattade och att operatören lyssnade på dem. Detta talar emot Coe och Gould (2007) och Higgins och MacIntosh (2010) studier som visar att operationssjuksköterskor upplevde att det förekom meningsskiljaktigheter och att de blev nedvärderade av operatörerna. Fortsatt visar Garwood, Lingard och Poenarus (2004) studie, om anspanningar som påverkar teamarbete på operationssalen, att operationssjuksköterskorna upplevde att operatörerna kunde vara egoister och att deras inställning ibland motarbetade samarbetet. Trots att informanterna i föreliggande studie beskrev att samarbetet med operatören fungerade bra var det många som upplevde att de inte kunde tala med operatören hursomhelst. De kände sig tvungna att ta diskussioner på rätt sätt för att upprätthålla en god stämning, vilket återspeglas i Garwood, Lingard och Poenaru (2004) studie. Även Tanner och Timmons (2005) studie visar att operationssjuksköterskor uttryckte att det var deras ansvar att se efter operatörerna och hålla dem nöjda och glada genom att utföra uppmuntrande handlingar och tjänster.

Det var en återkommande uppfattning bland informanterna i studien att operationssjuksköterskan hade en stor, central och betydande roll i genomförandet av operationen samt patientsäkerheten. Informanterna beskrev att det var deras ansvar att vara så förberedd som möjligt för att operationen skulle fortlöpa utan problem. Enligt informanterna fördelade operationssjuksköterskan sin kunskap och effektivitet där det fanns ett behov och måste i många fall finna sig i situationen. Tillsammans med de andra yrkeskategorierna försöker operationssjuksköterskan ta sin plats i en stark hierarki som fortfarande uppenbarligen förekommer på en operationssal. Alla har sin roll i att upprätthålla en god stämning och ett gott samarbete för att bevara patientsäkerheten. I Chaboyer, Fairweather, Gillespie och Gwinner (2013), studie om lagkommunikation på operationssalen, beskrev deltagarna (operationssjuksköterskor, anestesipersonal och operatörer) att kommunikationen präglades av invanda svårigheter att korsa hierarkiska gränser både inom den egna yrkeskategorin samt andra. Även de som ansågs ha jämlik erfarenhet hade svårt att förändra den framträdande hierarkin på operationssalen. De med högre befattning ansåg att alla hade möjlighet att säga ifrån, samtidigt som de uppgav att deras beslut sällan ifrågasattes då de ansågs som väldigt viktiga inom teamet. Eftersom förliggande studie är utförd ur operationssjuksköterskans perspektiv är det inte säkert att de andra yrkeskategorierna inom operationsteamet upplever samma sak. Högt specialiserade inriktningar bland olika yrkeskategorier kan vara en av orsakerna till att det komplexa samarbetet som pågår under en operation kan vara svårt och komplicerat ibland. Kommunikationen som krävs kan mycket väl inkräkta på ett personligt plan och kräva att personalen sätter sina egna åsikter åsido. Nestel och Kidd (2006) bekräftar att makt och hierarki leder till svårigheter i kommunikationen inom operationsteamet.

En annan orsak som kan påverka och försvåra kommunikationen och samarbetet är den avskilda miljön och den begränsade arbetsytan. Detta beskrivs i Higgins och MacIntoshs (2010) studie som att miljön består och styrs av avskildhet och specifika regler p.g.a. en sövd patient i en utsatt situation. I svåra eller obekväma situationer har personalen ingen möjlighet att gå undan eller reflektera över sitt agerande. Allt sker här och nu och ofta i ett högt tempo, där allas roller måste sammanstråla till ett välfungerande, effektivt team för patientens säkerhet.



## *Konklusion och kliniska implikationer*

Oförståelse för varandras roller var en faktor som lös igenom i alla intervjuer med informanterna. De upplevde att framförallt anestesipersonalen brast i sin insikt i hur och varför en operationssjuksköterska utför vissa moment och arbetsuppgifter på ett specifikt sätt. Informanterna upplevde även att de var tvungna att anpassa sig och tilltala operatören efter dennes humör och personlighet. Anledningen till rigiditeten mellan operationssjuksköterskor, anestesipersonal och operatörer kan bero på den hierarki som funnits från förr. En hierarki som finns kvar till viss del, men som blivit accepterad och blir därför också svår att bryta.

Viktigt att understryka är att föreliggande studie bygger på tio operationssjuksköterskors erfarenheter och kan därför inte dra några slutsatser om vilken förståelse anestesipersonal och operatörer egentligen har för operationssjuksköterskans roll och hur dessa yrkeskategorier ser på operationssjuksköterskans arbetsuppgifter och ansvar. Studien tar inte heller upp vilken förståelse operationssjuksköterskan har för anestesipersonal och operatörer. Förmodligen är det en gemensam oförståelse som skapar konflikter och brister i kommunikationen och alla har ett ansvar för att sätta sig in i varandras roller och visa hänsyn samt komma ihåg varför arbetet ska utföras.

Patientsäkerheten är viktigast och brister i kommunikationen borde inte vara ett hinder i att bevara en effektiv operationsprocess. Studier har visat att kommunikationsbrister ofta leder till en minskad och försämrade effektivitet på salen men även direkta avvikelser som kan leda till risker för patienten. En stor anledning till att det är svårt att upprätthålla en god kommunikation är förmodligen att flera olika yrkeskategorier med specialiserade och specifika uppgifter med olika ansvarsområde ska samarbeta under samma tid på en förhållandevis liten yta. Mitt i den utmanande situationen är patientsäkerheten trots allt viktigast. Det finns all anledning att utföra fler studier om ämnet och då försöka få en bättre insikt i alla yrkeskategoriers erfarenheter och därmed öka medvetenheten om bristerna och förståelsen för varandras roller.

## Referenser

- Anderson, C. & Talsma, A. (2011). Characterizing the structure of operating room staffing using social network analysis. *Nursing research*, vol. 60, (6), s 378-385.
- Baggian, J.P., Carney, B.T., Mills, P.D., Niley, J. & West, P. (2010). Differences in nurse and surgeon perceptions of teamwork: implications for use of a briefing checklist in the OR. *AORN Journal*, vol 91, (6), s. 722-729.
- Baker, G.R., Bohlen, J., Doran, D., Espin, S., Grober, E., Lingard, L., Orsner, B., Regehr, G. & Whyte, S. (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effect. *Quality Safety Care*, vol 13, s. 330-334.
- Beck, C.T. & Polit, D.F. (2012). Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice. (9 uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Burnard, B. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, vol 11, s 461-466.
- Bäckström, G. (2012). Operationssjuksköterskans profession. I P. Hege Eide (Red.), *Operationssjukvård. Operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad* (s.29-45). Lund: Studentlitteratur.
- Chaboyer, W., Gillespie, B.M., Gwinner, K. & Fairweather, N. (2013). Team communications in surgery – creating a culture of safety. *Journal of Interprofessional Care*, Maj 14, 2013 (doi:10.3109/13561820.2013.784243).
- Coe, R. & Gould, D. (2008). Disagreement and aggression in the operating theatre. *Journal of advanced nursing*, vol 61, (6), s. 609-618.
- Coutts, K., Flin, R., Mitchell, J., Mitchell, L., Youngson, G. & Yule, S. (2011). Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *International Journal of Nursing studies*, vol 48, s. 818-828.

- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Darzi, A., Healy, A.N., Sevdalis, N., Vincent, C.A. & Undre, S. (2005). Teamwork in the operating theatre: cohesion or confusion? *Journal of evaluation in clinical practice*, vol 2, (2), s. 182-189.
- Dalen, M. (2007). *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups Utbildning AB
- Eide, H. & Eide, T. (2009). Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Garwood, S., Lingard, L. & Poenaru, D. (2004). Tensions influencing operating room teamfunction: does institutional context make a difference?. *Medical Education*, vol 38, s. 691-699.
- Gupta, A., Lindberget, O., Nilsson, L., & Vegfors, M. (2010). Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personnel attitudes. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, vol 54, s. 176-182.
- Hansen, I., Hege Eide, P. & Myklestul Dåvoy, G. (2012). *Operationssjukvård. Operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Higgins, B.L. & MacIntosh, J. (2010). Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. *International Nursing Review*, vol 57, s. 321-327.
- Johansson, O. (2008). Kommunikation med äldre. I R. Stål (Red.), *Vårdkommunikation i teori och praktik* (s.105-123). Lund: Studentlitteratur
- Kidd, J. & Nestel, D.(2006). Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. *BMC Nursing*, vol 5,(1),s.1-9.
- Lind, J-I. (2009). Teambaserade strukturer – en möjlig utvecklingsriktning. I J. Berlin, E. Carlström & H. Sandberg (Red.), *Team i vård, behandling och omsorg. Erfarenheter och reflektioner* (s.190-216). Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2009). Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. Lund: Studentlitteratur.

Murphy, E.K. (2011). Patient safety and risk management. I J.C, Rothrock (Red.), *Alexanders care of the patient in surgery (14 uppl.)* (s.18-47). St. Louise: Mosby Elsevier Health Science

Parahoo, K. (2006). Nursing research. Principles, process and issues (2 uppl.). Hampshire: Palgrave Macmillan

SEORNA. (2002). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård. Stockholm: Riksföreningen för operationssjukvård och Sjuksköterskeföreningen. Tillgänglig 2013-01-16.  
<http://www.seorna.com/media/31056/kompbeskrivning.pdf>

Tanner, J. & Timmons, S. (2005). Operating theatre nurses: Emotional labour and the hostess role. *International Journal of Nursing Practise*, vol 11, s. 85-91.

## INTERVJUGUIDE

Hur länge har du arbetat som operationssjuksköterska?

Vad är ett bra samarbete på en operationssal för dig?

### Operationssjuksköterskans roll

Hur ser du på din ansvarsroll inom operationsteamet?

Vad tror du att operatör och anestesipersonal har för uppfattning om din ansvarsroll?

### Kommunikation och samarbete

Vad tycker du är de viktigaste delarna av kommunikationen på operationssalen?

Vad förväntar du dig av operatör och anestesipersonal under den perioperativa fasen?

Hur upplever kommunikationen med operatören under den perioperativa fasen?

Hur upplever du kommunikationen med anestesi under den perioperativa fasen?

Följdfrågor som t.ex. Kan du ge ett exempel? Kommer att ställas under intervjun för en fördjupad förståelse.