



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Kommunikation inom operationsteamet utifrån operationssjuksköterskans perspektiv

- En patientsäkerhetsfråga

Författare: Sandra Enholm Bergström & Tina Larsson

Handledare: Eva I Persson

Magisteruppsats

Våren 2014

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

# Kommunikation inom operationsteamet utifrån operationssjuksköterskans perspektiv

## En patientsäkerhetsfråga

Författare: Sandra Enholm Bergström & Tina Larsson

Handledare: Eva I Persson

Magisteruppsats

Våren 2014

## Abstrakt

**Syfte:** Syftet med denna studie var att undersöka kommunikationen inom operationsteamet utifrån operationssjuksköterskans perspektiv. **Bakgrund:** Flera studier visade att kommunikationsmisstag bidrar till att patientsäkerheten äventyrades och det var ett vanligt problem inom vården. Brister inom kommunikation kunde vara att informationen inte meddelades, fel information kommunicerades eller att ofullständig information gavs. **Metod:** Intervjustudien med tolv deltagare baserades på en modifierad form av Critical Incident Technique. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundmans modell. **Resultat:** Kommunikation innefattade att vara tydliga mot varandra men även att ha en god stämning på salen. Gott teamarbete var viktigt för att underlätta kommunikationen. Det framkom att respekt mot varandra var en avgörande faktor för god kommunikation. **Konklusion:** Effektiv kommunikation och gott teamarbete är beroende av varandra. Det är viktigt att vara klar och tydlig i sin kommunikation och inte lämna plats för missförstånd samt att se till att budskapet mottags. Att kontinuerligt uppdatera varandra om vad som händer är viktigt.

## Nyckelord

Kommunikation, Teamarbete, Patientsäkerhet, Perioperativ omvårdnad, Operationssjuksköterskan

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

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	
Problembeskrivning .....	1
Bakgrund .....	2
Perspektiv och utgångspunkter .....	2
Patientsäkerhet .....	2
Teamarbete på operationsavdelning .....	3
Kommunikation .....	4
Syfte .....	6
Metod .....	6
Urval .....	7
Datainsamling .....	7
Databearbetning .....	8
Etisk avvägning .....	9
Resultat .....	10
Tydlighet mot varandra .....	10
Interaktionen i operationsteamet .....	14
Diskussion .....	20
Metoddiskussion .....	20
Resultatdiskussion .....	22
Konklusion och implikationer .....	24
Referenser .....	
Bilaga 1 (2) .....	
Bilaga 2 (2) .....	

## Problembeskrivning

Det har visats både i internationella och nationella studier att kommunikationsmisstag inom vårdteamet är en vanlig orsak till att patientsäkerheten äventyrades (Lingard et al., 2004; Øvretveit & Tolf, 2009). Det kunde bland annat vara att informationen kom vid fel tidpunkt, var felaktig eller inte komplett (Lingard et al., 2004). En studie av Mazzocco et al. (2009) visade att det fanns ett samband mellan sämre kommunikation intraoperativt och ökat antal komplikationer eller död postoperativt.

Enligt kompetensbeskrivningen för operationssjuksköterskor behövs adekvat kommunikation för att kunna värna om kvalitet, patientsäkerhet och effektivitet (Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2011). Operationssjuksköterskan har ett ansvar att se till att patienten mår så bra som möjlig och inte drabbas av vårdskador. För att undvika misstag är samarbete i vårdteam där alla jobbar mot gemensamma mål viktigt (Miller, Riley & Davis, 2009).

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) arbetar nationellt för ökad patientsäkerhet (Sveriges Kommuner och Landsting, 2011). SKL arbetar bland annat med att införa två kommunikationsverktyg: Situation, Bakgrund, Aktuell situation, Rekommenderade åtgärder (SBAR) samt Världshälsoorganisationens (WHO) checklista för säker kirurgi (Sveriges Kommuner och Landsting, 2011). Båda syftar till strukturerad kommunikation för att minska risken för fel. I en studie av Miller, Riley och Davis (2009) framkom dock att SBAR inte användes så ofta som den borde.

Om inte kommunikationen fungerar påverkar det patientsäkerheten negativt och ökar risken för misstag (Halvarson et al., 2011). När kommunikationsmisstag uppkommer på operationssalen påverkar det genom förseningar, minskad effektivitet och irritation mellan teammedlemmarna (a.a.). Det finns begränsat med forskning inom detta område utifrån operationssjuksköterskans perspektiv bedrivna i Sverige. Författarna ville därför undersöka kommunikationen inom operationsteamet och hur den kan förbättras för att bidra till en säker vård för patienten.

## **Bakgrund**

### *Perspektiv och utgångspunkter*

Denna studie utgick från ett fenomenologiskt perspektiv som innebar att utforska människans levda erfarenheter och upplevelser (Rosberg, 2012). I detta fall operationssjuksköterskans levda erfarenhet av kommunikation. Omvårdnadsteoretikern Imogene King (1981) utformade en systemteoretisk ram för omvårdnad där den delades in i tre olika system: personliga, mellanmännsliga och sociala. Det personliga systemet var för King en människa, i detta fall operationssjuksköterskan, som hade egna tankar, upplevelser, uppfattningar och behov vilket gjorde att de reagerade individuellt. Det mellanmännsliga systemet var en grupp människor där kommunikation, roller och interaktion var viktiga. Komplexiteten i ett mellanmännsligt system ökade ju större gruppen är. I denna studie var det mellanmännsliga systemet operationsteamet. I ett socialt system hade individerna gemensamma mål och intressen men även en tydlig organisation exempelvis en operationsavdelning (a.a.).

### *Patientsäkerhet*

Patientsäkerhet definieras i Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) som skydd mot vårdskada. Med vårdskada menas undvikbar kroppslig eller psykisk lidande, skada eller sjukdom och dödsfall. En vårdskada anses allvarlig om patienten får bestående men eller avlider.

Vårdgivaren är den som är ansvarig för att leda det systematiska patientsäkerhetsarbetet så som förebyggande arbete och utreda händelser när en vårdskada inträffar. Vårdpersonalen har ett eget ansvar att utföra sina arbetsuppgifter på ett vetenskapligt och säkert sätt, samt att rapportera till vårdgivaren risker och skador (a.a.). I en studie av Soop, Fryksmark, Köster och Haglund (2009) framkom att i 12,3 procent av 1967 stycken granskade vårdtillfällena hade patienten drabbats av en vårdskada. Av dessa bedömdes 70 procent ha kunnat undvikas, hälften av dessa hände på operation. Flera studier har visat att träning och ökad kunskap i teamarbete och kommunikation kunde minska risken för vårdskador (Leonard, Graham & Bonacum, 2004; Sewdalis, Hull & Birnbach, 2012). En öppen kommunikation där alla teammedlemmar kände att de kunde göra sin röst hörd och respekterade varandra var utmärkande för en patientsäker arbetsplats (Sammer, Lykens, Singh, Mains & Lackan, 2010).

## *Teamarbete på operationsavdelning*

Teamarbete definierades som en grupp av personer från olika yrkeskategorier som arbetade tillsammans mot ett gemensamt mål genom att dela med sig av sin specifika kunskap och erfarenhet (Xyrichis & Ream, 2007). I ett team måste det finnas minst två olika professioner, medlemmarna ska ha en öppen kommunikation och dela information med varandra (Nestel & Kidd, 2006; Xyrichis & Ream, 2007). De ska även veta vilka olika roller alla har i teamet och alla i teamet ska ha gemensamma mål. Utmärkande för fungerande teamarbete var att teamet tog gemensamma beslut och alla visade respekt mot varandra (a.a.). Enligt Xyrichis och Ream (2007) hade alla parter i ett team ett eget ansvar att lösa gruppens uppgift. Om en medlem i teamet fattade beslut självständigt utan de andra medarbetarna ansågs det inte som ett teamarbete. Teamarbete var ett effektivt sätt att ta till vara på alla medarbetares kompetens, öka motivation och minska stress (Sewell, 2005; Xyrichis & Ream, 2007). Teamarbete är även en av de sex kärnkompetenserna som gäller alla vårdprofessioner inom sjukvården och utarbetades av Svensk Sjuksköterskeförening och Svenska Läkarsällskapet (Bergqvist Månsson, 2013). Den fastslog att alla professioner i teamet som har olika kompetenser ska samarbeta för att ge patienten bästa möjliga vård. Det ska finnas möjlighet för gruppen att lära sig av varandra med en öppen kommunikation och arbetsklimat mellan parterna. Detta gör att teamets kan formulera sina mål tillsammans. Brister i kommunikationen var ett hinder för ett fungerande team (a.a.).

I operationssalen finns anestesiverksamhet, operativ verksamhet samt avancerad teknisk utrustning (Lingard, Reznick, Espin, Regehr & DeVito, 2002). Att vårdpersonalen hade ett fungerande samarbete visades vara en förutsättning för att kunna genomföra arbetsdagens mål (Wicke, Coppin & Payne, 2004). Gillespie, Chaboyer och Fairweather (2012) uppgav även att risken för misstag ökade desto fler gånger det pågående arbetet blev avbrutet då fokus gick förlorad. Flera internationella studier har pekat på förbättrad kommunikation mellan vårdpersonal som ett angeläget område inom kvalitetsförbättringsarbetet (Cioffi & Ferguson, 2009; Gillespie, Gwinner, Chaboyer & Fairweather, 2013; Lingard et al., 2002). Genom att ha en lärande, icke-hierarkisk, flexibel kultur som inte var skuldbeläggande vågade alla säga till om fel skulle uppkomma och detta bidrog till bättre patientsäkerhet (Leonard, Graham & Bonacum, 2004). Silén-Lipponen, Tossavainen, Turunen och Smith (2005) fann att det fanns

en skuldbeläggande kultur inom operationssjukvården som bidrog till minskad patientsäkerhet. Gillespie et al. (2013) uppgav att nyutbildade ibland inte vågade fråga då de var rädda för att bli nedvärderade och få sin kompetens ifrågasatt. Den hierarkiska modellen lade fokus på enskild teknisk expertis snarare än samarbets- och kommunikationsförmågor (Bleakley, Boyden, Hobbs, Walsh & Allard, 2006; Leonard, Graham & Bonacum, 2004). Detta trots att forskning visar att orsakerna till fel oftast låg i kommunikationen mellan vårdpersonal. Den hierarkiska modellen ökade risken för kommunikationsmisstag då öppenheten i teamet minskade (Bleakley et al., 2006). Miller, Riley och Davis (2009) menade att vårdpersonal under sin utbildning inte tränats i teamarbete och kommunikation utan fokus istället legat på den enskildes tekniska kompetens. Genom att ha ett team som träffades flera gånger kunde medlemmarna lära sig att lita på och respektera varandra (Gillespie et al., 2013). Det fanns en direkt relation mellan hur länge teamet hade arbetat tillsammans och hur många misstag i kommunikationen som skedde (Gillespie, Chaboyer & Fairweather, 2012).

### *Kommunikation*

Kommunikation kan definieras på flera olika sätt och den definition som valdes för denna studie var utifrån Kings (1981) omvårdnadsteori. King uppgav att kommunikation både hade en verbal och icke verbal del. Den kunde både vara muntlig och skriftlig och det skulle finnas en sändare av information, tankar, åsikter och en mottagare av detsamma. Tolkning av informationen påverkades av individernas bakgrund och situationen de befann sig i vilket King kallade perception. Mottagarens perception låg sedan till grund för handlingen som genomfördes. King uppgav hur avgörande det var att mottagaren respekterade sändaren genom att lyssna på det som meddelas (a.a.). Det fanns tekniker för att få en mer effektiv kommunikation som ökade säkerheten (Cvetic, 2011; Miller, Riley & Davis, 2009). Det gjordes bland annat genom visualisering som innebar att medarbetarna funderade på vad uppgiften skulle vara. Men även att lyssna aktivt så att deltagarna i konversationen var uppmärksamma på varandras kroppsspråk och hade ögonkontakt (a.a.). En lägesorientering så att alla parter hade en gemensam bild av uppgiften och tydlig information bidrog också till patientsäkerheten (Leonard, Graham och Bonacum, 2004). Alla skulle kunna säga sin åsikt, ha ett arbetsklimat som gjorde att teamet lyssnade när något behövdes göras fort samt återkoppling för att se att åtgärden hade uppfattats rätt. Efteråt skulle det finnas möjlighet för en debriefing för att öka samhörigheten och lärandet i teamet (a.a.). Brister inom

kommunikation kunde vara att informationen inte meddelades, fel information kommunicerades eller att ofullständig information gavs (Lingard et al., 2004). Till exempel blev det problem då olika professioner inom respektive utbildningar lärt sig att kommunicera på olika sätt (Gillespie, Chaboyer, Longbottom & Wallis, 2010; Leonard, Graham & Bonacum, 2004). King (1981) uppgav att respekt var en förutsättning för effektiv kommunikation och att parterna ville förstå och lyssna på varandra. Operationssjuksköterskorna i en studie av Nestel och Kidd (2006) höll med om att lyssna på och respektera varandra var avgörande för effektiv kommunikation. Men deras studie visade också att den effektiva kommunikationen påverkades av att tala tydligt och ha en klar arbetsroll då alla visste vilken uppgift respektive teammedlem hade.

En metod för effektivare kommunikation kallades Shared mental model där teammedlemmarna öppet kommunicerade deras tankar och information om situationen och sedan gemensamt kom fram till en plan för åtgärder (Johnson & Kimsey, 2012; Miller, Riley & Davis, 2009). Om en öppen kommunikation inom teamet inte fanns var det högre risk för komplikationer (Gillespie et al., 2010; Gillespie et al., 2013). Studier har visat att teammedlemmarna såg avsaknaden av kommunikation som ett bevis att de var kompetenta i sin yrkesroll. Detta blev dock ett hinder för ett fungerande teamarbete där misstag och risker inte framkom i tid då personalen trodde sig tänka likasinnat men inte hade förvässat sig om det (a.a.). När de olika yrkesgrupperna blev tillfrågade visade det sig att de hade mycket olika uppfattningar om hur patientsäkert det var på operationssalen (Mills, Neily & Dunn, 2008). De hade även olika uppfattningar om hur öppen kommunikationen mellan teammedlemmarna var. Kirurgerna upplevde bland annat att alla i teamet visste vad som hände hela tiden under ingreppet, medan operationssjuksköterskorna och anestesipersonalen inte höll med om detta (a.a.).

SBAR står för situation, bakgrund, aktuellt tillstånd samt rekommenderade åtgärder och är en metod för att systematiskt förmedla rätt information, i rätt ordning och vid rätt tidpunkt (Miller, Riley & Davis, 2009). WHO:s checklista för säker kirurgi innefattar tre delar som ska ske innan anestesi, innan operatören börjar och innan patienten lämnar operationssalen (Haynes et al. 2009). Checklistan bidrar till säker vård då nödvändiga moment och information såsom patientidentifiering och markering av rätt kroppsdel inte kan missas. Innan operatören börjar ingår det att beskriva planeringen och eventuella risker så att hela



operationsteamet kan förbereda (a.a.). En studie av Lingard et al. (2004) visade att 45,7 procent av misstagen i kommunikation berodde på att information delgivits för sent för att vara maximalt användbar.

Två personer som kommunicerade med varandra kunde på grund av sina olika verklighetsuppfattningar uppfatta ett samtal helt olika (Cvetic, 2011). Detta då individerna ibland hörde det de ville höra eller att informationen missuppfattades på grund av exempelvis stress. Genom Closed-loop kommunikation kan missuppfattningar minskas då mottagaren upprepar informationen för att klargöra att det som har meddelats har uppfattats, vilket sändaren sedan bekräftar (Johnson & Kimsey, 2012; Miller, Riley & Davis, 2009).

Kommunikationsproblem inom operationsteamet kan leda till fördröjningar, resursslöseri och vårdskador som leder till förlängd vårdtid (Lingard et al., 2004). Detta kostar samhället pengar som hade kunna läggas på annat och det kan bli ett lidande för patient och personal. Riksföreningen för operationssjukvård och Svensk sjuksköterskeförening (2011) fastslår att operationssjuksköterskan ska ha den kompetensen som krävs för att bedriva säker vård, varav effektiv kommunikation för ett bra teamarbete är en central del.

## **Syfte**

Syftet var att undersöka synen på kommunikationen inom operationsteamet utifrån operationssjuksköterskans perspektiv.

## **Metod**

Critical Incident Technique, (CIT) utvecklades som en metod att undersöka och analysera mänskligt beteende inom ett bestämt område (Fridlund, 2012; Schluter, Seaton & Chaboyer, 2008). Metoden syftade till att medvetandegöra människor på positiva och negativa beteenden och motivera till förändring (Polit & Beck, 2013). Det var en flexibel metod som skulle anpassas inför varje studie i både val av metod för datainsamling samt analys (Fridlund, 2012; Schluter, Seaton och Chaboyer, 2008). Dess fokus var att finna lösningar på praktiska

problem. Det var angeläget att klargöra definitionen av det fenomen som ska studeras. Samma situation kunde vara både positiv och negativ för olika grupper eller personer. Storleken på urvalsgruppen bestämdes mer av antalet kritiska händelser som rapporterades än antalet informanter (a.a.). I denna studie användes en modifierad form av CIT enligt Fridlund (2012) där begreppet betydelsefull användes istället för kritisk.

Författarnas förförståelse bestod av utbildning vid operationssjuksköterskaprogrammet där både teori och de erfarenheter som införskaffades vid verksamhetsförlagd utbildning påverkade synen på operationsteamets kommunikation.

## **Urval**

Deltagare rekryterades från tre operationsavdelningar med olika specialiteter på ett sjukhus i södra Sverige. Urvalet var ett strategiskt urval (Polit & Beck, 2013). Det innebar att endast de intresserade operationssjuksköterskorna som uppfyllde kriterierna för inklusion medverkade. Inklusionskriterierna var att de medverkande skulle ha arbetat som operationssjuksköterskor minst två år i Sverige. För att få tillräckligt med data i studien deltog tolv informanter, alla kvinnor som arbetat mellan två och 39 år, median 20,5 år, som förfrågades att beskriva två till tre olika incidenter (Danielsson, 2012).

## **Datainsamling**

Informationsbrev skickades till verksamhetschefer för att få bedriva studien på deras avdelningar. Efter godkännande skickades informationsbrev till enhetscheferna med en förfrågan om att få komma till avdelningarna för att informera om studien och finna deltagare. Deltagarna blev informerade om studien genom ett möte där de tillfrågades om deltagande och även fick ett informationsbrev med författarnas telefonnummer om de skulle ha frågor. I informationsbrevet fanns också en bilaga på en intresseanmälan som lämnades till deras enhetschef. Därefter gavs en betänketid på drygt en vecka innan nytt besök då intresseanmälningarna hämtades. Datum för intervjuerna bestämdes i samråd med informanterna. Intervjuerna skedde på tid och plats valda av informanterna själva, de flesta i anslutning till deras arbetsplats. Skriftligt samtycke från deltagarna samlades in i samband med intervjun.

Intervjuerna var semi-strukturerade och genomfördes med hjälp av en intervjumall (Bilaga 1). Intervjumallen togs fram efter förlaga från Fridlund (2012), som modifierades utefter den intervjumall som fanns i studien av Schluter, Seaton och Chaboyers (2008). Förutom frågorna i intervjumallen ställdes utvecklande frågor som passade till det som informanten beskrev. Det kunde till exempel vara: Hur menar du med det?

Författarna gjorde intervjuerna tillsammans. En provintervju för att testa intervjumallen genomfördes innan de resterande intervjuerna genomfördes. Provintervjun bedömdes av handledare och var av tillräckligt god kvalitet för att användas i resultatet. Det gjordes inga ändringar i intervjumallen efter provintervjun. Varje intervju tog mellan 33 till 58 minuter, medelvärde 41 minuter. Under intervjuerna hade en av författarna intervjumallen och ledde intervjun medan den andre flikade in med förtydligande frågor. Intervjuerna spelades in på band och därefter transkriberades första intervjun gemensamt. Varje inspelning fick en kod för att avidentifiera informanten. Sedan transkriberades resten av intervjuerna av författarna var för sig.

## **Databearbetning**

Metoden var induktiv som utgick från empirin och betyder att författarna inte hade några hypoteser om resultatet sedan innan (Polit & Beck, 2013; Schluter, Seaton & Chaboyer, 2008). Det fanns flera metoder att analysera data insamlad med CIT varav författarna först hade valt att använda Fridlunds (2012) modell. Då materialet hade samlats in stod det klart att den analysmodell som valts inte passade då alla intervjuerna inte innehöll kritiska händelser såsom beskrivits i Fridlunds (2012) modell. Därför valdes istället kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundmans (2004) modell. Modellen är baserad på ett grundläggande antagande att verkligheten kan tolkas på olika sätt och att denna förståelse är baserad på den enskilde forskarens subjektiva tolkning. Kvalitativ innehållsanalys består av två olika sorters analys, manifest och latent analys. En manifest analys håller sig till det som uttryckligen sägs i en text och är beskrivande medan den latent analysen syftar till att finna det underliggande budskapet, tolkningen, den röda tråden (a.a.). I denna studie har båda typer av analys använts.

De transkriberade intervjuerna blev varsin enskild analysenhet. De delar som behandlade syftet, kommunikation inom operationsteamet, plockades ut ur texten och markerades som meningsbärande enheter. Dessa meningsbärande enheter kondenserades tills bara kärnan av den meningsbärande enhetens innehåll fanns kvar. Slutligen omskrevs denna till en kod (Tabell 1). Detta gjorde författarna var för sig för att sedan sitta tillsammans och jämföra samt diskutera tills enighet uppstod. Under hela denna process gick författarna tillbaka till transkriberingarna för att säkerställa kodernas giltighet. Dessa koder jämfördes sedan med varandra och koder med liknande innehåll samlades tillsammans till kategorier. Författarna diskuterade hela tiden med varandra och handledare samt reviderade koderna och kategorierna med utgångspunkt ur transkriberingarna. Koderna bildade två stycken kategorier (Bilaga 2). Ett tema framkom efter att författarna diskuterat hela analysprocessen om vad som var det latenta underliggande budskapet i resultatet (Bilaga 2).

Tabell 1. Exempel på analys.

Meningsenhet	Kondenserad	Kod
...försöka ha bra framförhållning när dom vill ha saker...att dom berättar om det i god tid...för det tar lite tid att få in saker på operationsavdelningen...det är bra om man liksom inte blir stressad över att man inte får in det i tid...	...försöka ha bra framförhållning när dom vill ha in saker...att dom berättar om det i god tid...	Framförhållning

## Etisk avvägning

Enligt Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) behöver forskning uppfylla vissa etiska krav för att få bedrivas. Den ska se till så att ingen människa kommer till skada eller utsätts för onödigt lidande. Individens välbefinnande är mer viktigt än att forskning får bedrivas. Respekt för informantens självbestämmande måste finnas samt att ärlighet råder mellan parterna så att informanterna själva får ta ett informerat beslut om deltagande. Deltagarnas personliga uppgifter måste skyddas och urvalet ska inte vända sig till en utsatt grupp (a.a.). Informanterna i studien fick information både skriftligt och muntligt. Där fick de även information om att deras deltagande var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta utan att uppge skäl för detta. Materialet avidentifierades och förstördes efter examination. Innan studien påbörjades erhöles även skriftligt forskningsetiska utlåtande från Vårdvetenskapliga Etiknämnden på Lunds Universitet.

## Resultat

Analys av resultatet gav två kategorier, *Tydlighet mot varandra* och *Interaktionen i operationsteamet*. Resultatet visade att det inte bara var kommunikationen i sig utan också stämningen i teamet som påverkade hur effektiv den blev. Som en röd tråd genom resultatet framkom temat *respekt för varandra*, dess närvaro och dess frånvaro som hela tiden påverkade hur kommunikationen blev.

### Tydlighet mot varandra

Det framkom i intervjuerna hur beroende operationssjuksköterskorna var av den skriftliga kommunikationen, speciellt inför operation. Informanterna upplevde att det underlättade deras arbete om planeringen var klar och tydlig innan förberedelserna började. Operationsteamet kunde då komma överens om hur de skulle göra och vad de skulle använda. Om planeringen ändrades av en teammedlem skulle det meddelas så långt i förväg som möjligt till de andra i operationsteamet. Den kommunikationen skedde dock inte alltid, vilket påverkade resten av operationsteamet negativt.

*Då dukar man klockan sju på morgonen och sedan fem över halv åtta har vi ett möte där man går igenom dagens patienter. Med operatören. Och då kan det framkomma att, nä, så ska vi inte alls göra och då har vi redan dukat en massiv uppdukning, och så är det inte alls dom grejerna dom vill sätta – Informant 6.*

Ett problem med den skriftliga kommunikationen var att operationsanmälan inte upplevdes som tillräckligt utförlig eller att det stod fel. Många operatörer ansågs inte gå igenom operationsanmälan innan så att den var korrekt och teamet sedan kunde följa den och förbereda utefter den.

*... det hänger väldigt mycket på operationsbehovet, ... hur väl ifyllt det är. Ju mer korrekt, och ju mer omfattande det är ifyllt desto bättre blir det för utgången av operationen. Och för alla inblandade. – Informant 2.*

Ibland framkom inte information om ändringar förrän operatören skulle komma till salen och börja operera. Det upplevdes som att operatörerna förväntade sig att operationssjuksköterskan skulle veta vad de ville ha för någonting och tog för givet att det gick att lösa på plats. ”Ja, dom förväntar sig att jag ska veta vad just den vill ha. Som någon slags telepati” (Informant 6). Ibland anmälde operatörer åt varandra eller bytte operatör och då inte meddelade de andra i operationsteamet om detta eller inhämtade information om planeringen. Det ansågs finnas lite intresse för att få detta att fungera då problemet hade påtalats flera gånger men inget förändrats. Detta upplevdes som att arbetsuppgifterna inte respekterades. En del gånger var informationen så missvisande att det förbereddes för en operation men det var en helt annan.

*... det var anmält att det skulle göras en märgspik ... och så kommer doktorn in och säger bara nej, vi ska inte göra en märgspik förresten vi ska sätta plattor och skruvar... och sedan när jag sa till honom nu har vi tagit upp massa galler här i onödan, jaja men dom skulle väl ändå luftas säger han då... - Informant 10.*

Kommunikation som var klar och tydlig var effektiv. Det kunde till exempel vara tydlighet med vem operationssjuksköterskan pratade med genom att påkalla mottagarens uppmärksamhet med namn och ha ögonkontakt för att se att budskapet gått fram. Ett verbalt budskap kunde också förstärkas med gester som att peka på det som skulle tas fram. Det framkom också att vara noga med ordval och att undvika jargong. Särskilt i akuta situationer där det är viktigt att inte ödsla tid på frågor och förklaringar av vad som menas. Ett exempel på när det kan bli missuppfattningar visar nedanstående citat:

*...en ytterst simpel grej är en kateter, ibland när någon tycker att dom ska vara rolig så säger dom att vi ska sätta en katekes... vi femtio plus vi vet ju om det här... så hur skulle då en som är tjugo [veta]?- Informant 12.*

Otydlig kommunikation kunde innebära att teammedlemmen inte vet vad de ska använda eller vad det heter. Ett exempel var kirurgen som sa ”... vi ska göra som vi brukar göra” (Informant 11) när frågan var hur ett preparat skulle hanteras. Information som kunde tolkas på olika sätt minskade tydligheten. Det framkom att ju tydligare fråga desto enklare svar,

exempelvis ”tänker du borra här nu?” (Informant 2). Vid riskmoment beskrevs att operationsteamet nästan är övertydliga i sin kommunikation. Det innebar att kirurgen påkallade allas uppmärksamhet och tittade alla i ögonen för att se att de var med. Sedan sa hen vad som ska hända och frågade om alla var redo och väntade på svar innan åtgärd utfördes. Vid blodsmitta var operationsteamet extra tydliga med att kommunicera vid överlämning av vassa instrument och nålar av omsorg för varandra, till exempel ”Här är kniven” (Informant 8).

Hinder för att kommunikationen blev klar och tydlig kunde vara att inte höra vad den andre sa för att denne pratade otydligt, på grund av mummel, stark brytning eller dialekt. Det kunde också vara svårt att höra om någon pratade för tyst.” Man tänker på att man har munskydd och att man har allt världens grejer här så man får nog höja rösten lite” (Informant 12). En låg ljudnivå på salen ansågs bidra till en bättre kommunikation. Hög ljudnivå på operationssalen gjorde att teammedlemmarna blev trötta i huvudet samt fick svårt att höra varandra.

*Vi har så mycket teknisk apparatur också som låter mycket så att det känns som att man inte vill ha mer oväsen... För det är tillräckligt mycket som det är... då drunknar gärna operationsteamets kommunikation med dom som är lite utanför som man är beroende av... - Informant 8.*

I akuta situationer där det kunde vara rörigt och stressigt uppskattades att någon tog ansvar, styrde upp och prioriterade fokus. Då kunde onödiga diskussioner undvikas och alla pratade inte samtidigt.

*... vem styr? När man styr upp det så här då lyssnar man bara på den personen... en som pratar och dom andra lyssnar och utför det som han säger, nu är det prio på detta, bra, då fokuserar ju alla på den uppgiften... - Informant 3.*

Det var viktigt att kommunikationen var kortfattad och höll sig till det som var relevant i en stressad situation. Kommunikationen blev enkel, koncis och rakt på det som var viktigt att förmedla. Det blev då ingen monolog som kunde göra att mottagaren inte tog in det budskap

som sändaren ville förmedla, men för sparsam kommunikation kunde leda till att viktig information utelämnades.

*Att man sållar lite grann vad man kommunicerar om så att det inte blir onödig kommunikation, för då tappar man bort det som är viktigast.-  
Informant 3.*

Det poängterades att vända sig direkt till mottagaren och undvika mellanhand. Genom att ha en direktkommunikation med den det gällde ansågs den personen få en chans att ställa direkta frågor. Det kunde gå fel om informationen förmedlades i flera led, då information kunde missas, fördröjas eller inte komma fram till rätt person.

*... prata med undersköterskan om det direkt för nu står jag här och då är det bättre om du pratar med henne om det du behöver, så det inte blir kommunikation i flera led. – Informant 3.*

Det var lika viktigt att bekräfta att budskapet hade uppfattats och förståtts som att förmedla det tydligt. Inom operationsteamet var det viktigt att klargöra vem som gjorde vad och återkoppla vad som gjordes. En bekräftelse behövde inte vara verbal utan kunde vara en gest som tummen upp. I vissa situationer kunde det vara angeläget att upprepa budskapet för att sändaren skulle kunna kontrollera att mottagaren hade förstått rätt.

*... då kan jag prata med min undersköterska och säga till henne jag behöver det här och det här. Bra, jag tar in det här det här och det här, det är det som är viktigt i en akut situation att hon upprepar... Informant 3.*

Checklistan ansågs vara effektiv då alla fick samma information och den blev ett naturligt tillfälle för att reda ut frågetecken. Det kunde vara att se till att rätt ordinationer, instrument och förberedelser var gjorda innan operationen började. Det upplevdes vara viktigt att alla uppfattade informationen som ett sätt att se till att alla i teamet hade samma förutsättningar och information. Det uppskattades när time-outen var klar och tydlig och att avslutning genomfördes efter operationens slut och alla punkter blev genomgångna. Checklistan användes inte alltid eller blev hastigt genomgången där vissa moment upplevdes som mindre viktiga, exempelvis instrumenten och avslutning. Det upplevdes som att allas arbete inte



respekterades. Operationssjuksköterskan var tvungen att hålla sig framme för att komma till tals under time-outen. Ibland kunde time-outen bli en tvåvägskommunikation mellan operatören och anestesisjuksköterskan då andra teammedlemmar fortfarande var upptagna med förberedelser.

*... om den [checklistan] kommer i rätt tid och man verkligen är med så tycker man att det är bra. Då känner man att, okej då hörde jag att, vi gör detta på den patienten och så. Annars tycker jag att man som operationssjuksköterska lätt kan missa en del av checklistan särskilt om man håller på att klä på operatörer samtidigt som en operatör går igenom. Då blir det lite mer en tvåvägskommunikation mellan anestesisköterskan och operatören. - Informant 9.*

### **Interaktionen i operationsteamet**

Det var av betydelse för effektiv kommunikation med god stämning på salen som gav ett öppet klimat där alla kunde säga det de ville. Teammedlemmarna kunde skapa god stämning genom att ha en positiv ton när de talade med varandra och exempelvis inte fräsa. Skulle stämningen bli mindre god uppgavs det att det gick att lätta upp den igen med humor. Om alla var på samma nivå och var kamratliga mot varandra gav det god stämning.

*Jag upplever det som att det är öppet, ... att man inte ska känna nej det kan jag ju inte säga... Jag upplever det som att alla känner att de kan bidra till någonting så att man inte behöver känna, bara för att man inte är överläkare så kan man inte yttra sig... - Informant 11.*

Stämningen kunde förstöras genom att någon av teammedlemmarna var sur och på dåligt humör och lät det gå ut över de andra. Detta ansågs oprofessionellt och respektlöst då det ansågs att alla skulle kunna arbeta med varandra. Dock var det förståeligt att det då kanske inte sades mer än vad som behövdes. Kommunikation som skapade dålig stämning kunde vara att gnälla, snäsa och ge avhyvlingar. Om det blev irritation inom teamet kunde detta leda till att öppenheten brast, att teammedlemmarna kände sig hämmade och inte pratade med varandra.

*Det blir så där lite tillslutet om, det blir sådana där irritationsmoment...  
Folk blir lite taggiga, sura på varandra när det liksom inte fungerar. Och  
då blir det ju så att då säger ju inte folk någonting, om de inte måste. –  
Informant 10.*

Informanterna upplevde att när teammedlemmarna kände varandra och har jobbat tillsammans länge så behövde de inte kommunicera lika mycket. ”... alla vet precis vad den andre kan...” (Informant 5). Teamet blev mer samspelt och det flöt på bättre i arbetet. När teamet hade jobbat länge tillsammans upplevdes det som att problem med språkförbistringar minskade då teammedlemmarna lärde sig att förstå till exempel en stark brytning. Kände inte deltagarna varandra blev det mer känsla av osäkerhet i teamet.

*Ju mindre man känner varandra desto mer osäker blir det för man vet  
inte var man har varandra. Man vet ju inte hur är du och hur är jag och  
hur vill du ha det? ... hur mycket kan du lita på mig? - Informant 2.*

Effektiv kommunikation upplevdes höra ihop med gott teamarbete. Gott teamarbete ansågs vara när teamet hade samma utgångspunkt, jobbade tillsammans, mot samma mål, hjälptes åt, respekterade varandra och varandras arbetsuppgifter. I ett team var alla lika viktiga och alla skulle känna sig sedda och att de andra i teamet lyssnade på varandra. Det beskrevs som viktigt att det fanns utrymme för att ställa frågor. Vid effektivt teamarbete pratade teamet igenom arbetet innan och beslutade tillsammans hur det skulle läggas upp. Om det var något som var oklart rådgjorde teamet med medarbetare som hade mer kunskap inom det området. Operationssjuksköterskorna upplevde att deras arbete blev tyngre då inte hela operationsteamet tog ansvar för att få planeringen för bytestiderna mellan varje patient så smidig som möjligt. Då det inte fungerade fick de ligga på och fråga mycket mera. Ett problem var att det inte finns tid avsatt för att planera upplägget för dagen. Kommunikationen ansågs kunna påverkas av individerna i teamet, hur intresserade de var och om de strävade efter samma mål. Om mottagaren inte var intresserad och fokuserade på någonting annat kunde det vara svårt att få kontakt och sändaren fick börja tjata.

*... Min undersköterska sitter försjunken i sin smartphone och facebook  
och jag vill ha upp lite suturer, man får säga till sju gånger... -Informant  
8.*

Det beskrevs också att ibland kunde klyftan mellan narkospersonalen och operationspersonalen vara så stor att de inte kunde prata med varandra”... nä vadå, varför pratar du med mig?” (Informant 11). Tittade medarbetarna bara på sin egen arbetsuppgift och inte ville hjälpas åt över gränserna försvårade det teamarbetet, ”... man bara tittar på sin egen bit...” (Informant 10). Ett exempel var att operatören ändrade planeringen av patientens position precis innan operationen startade och gick sedan ut igen utan att hjälpa till med vändningen. ”... de vill bara få det serverat” (Informant 1). Detta var en källa till irritation för medarbetarna vilket upplevdes som brist på respekt för varandras arbetsuppgifter. Operatören ansågs då stå utanför teamet och inte se alla teammedlemmarna som lika värdefulla.

Det framkom att vid en kontinuerlig kommunikation med operationsteamet fick medlemmarna en chans till att reagera och förbereda. Det innebar att alla pratade med varandra under hela operationen om vad som hände, vad som görs och information gavs i tid.

*... det är ju också att de försöker ha bra framförhållning när dom vill ha saker och ting att dom berättar om det i god tid... för det tar lite tid att få in saker på operationsavdelningen... - Informant 10.*

Det uppkom problem när den kontinuerliga kommunikationen inte skedde. Det kunde bero på att den ena teammedlemmen trodde eller förutsatte att den andre visste. Om det fanns en vana att bli servad kunde det göra att rutiner kunde glömmas bort då en viss teammedlem hade ansvar över det. När det var nya medarbetare försvårades arbetet då den teammedlemmen som normalt visste inte var där. Det kunde göra att andra teammedlemmar som inte visste blev irriterade eller inte kunde ge ett svar på eventuella frågor som kunde dyka upp.

*... Vad sa du? Jag ska ha det jag brukar! Säger dom då och det är att dom vill inte säga det högt utan då erkänner de också att dom inte kan svara på det för dom är så vana att bara få grejerna. – Informant 11.*

Det upplevdes av operationssjuksköterskorna att det inte bara var att förvänta sig att få information utan det var även ett ansvar att ge information till de andra i teamet.

*Så det är viktigt att man liksom tänker på det själv också, att man är beredd att ge bra information själv. Man kan inte bara liksom vara passiv och förvänta sig att man ska få liksom det till sig utan man måste ju hela tiden komma det är lite ge och ta ju.- Informant 11.*

En del av kontinuerlig kommunikation beskrevs som att följa operationen genom att observera och lyssna på det som sas. Det kunde göras genom att se på vad som hände i operationssåret, vilka material som fanns på borden och se vad som behövdes göras, detta gjorde då att det inte alltid behövs sägas till.

*... allt som man kommunicerar genom att titta, var är vi i operationen och vad kommer han att vilja och så där... man ska ju alltid ha ögonen i såret. Då blir det ju en bra kommunikation, bara för att man ser det. – Informant 4*

Det framkom att känna av omgivningen var en viktig egenskap då det handlade om att vara lyhörd och respektera varandras behov och önskemål. Det kunde handla om att vara tyst när det behövdes som när det är ett komplicerat moment och medarbetaren behövde vara helt fokuserad på det hen gjorde.”... om jag märker att det är jättekomplicerat och svårt för operatören så är jag tyst och lugn och fokuserad” (Informant 6). Det ansågs även viktigt att vara finkänslig i att leda den ovane då det underlättade teamarbetet, ”om du gör så här kanske det går lite lättare” (Informant 2). I att känna av omgivningen innefattades också att känna av när det var lämpligt att ställa frågor. Informanterna beskrev att de försökte ställa så korta frågor som möjligt om den andre var på dåligt humör. Det uppgavs också att det inte alltid var så lämpligt att börja diskutera i en pressad situation utan det fick tas efteråt.

*... man får ju liksom välja sina strider. Det kanske inte är lämpligt alla gånger... ibland kanske man tar upp det efteråt. – Informant 10.*

Det uppgavs att det var viktigt att ta upp upplevelsen av att bli illa behandlad med vederbörande efter operationen så att det inte påverkade teamarbetet. Ett fungerande teamarbete kunde ses som beroende av att respekt visas för varandra.

*Men där någonstans ligger ansvaret på individen att man faktiskt sätter ner foten och markerar att hit är det okej men inte mer... Och man kan vara väldigt vänlig, man behöver inte vara otrevlig på något vis utan man kan faktiskt inte ta det just då heller om man är mitt i en operation också, ja utan man kan ta det utanför. – Informant 2.*

Ibland fanns det för lite tid vid överrapportering. Då kunde det bli så stressat att all information inte kom fram. När medarbetare gick utan att rapportera fick det avlösaren att känna sig osäker.

*... man vill ju ha liksom en lugn överlämnande så att det inte blir att man känner sig tidsnöd, oj nu missar jag tåget bara för att jag vill tala om det här...- Informant 10.*

Att vara lugn beskrevs som en bra egenskap för att få effektiv kommunikation. Om medarbetarna behöll sitt lugn även under stressade situationer så gick det lättare att strukturera upp arbetet och få fler saker gjorda. Det kunde också undvikas att de andra blev uppstressade eller nervösa. När det var lugnt på salen blev det ett öppnare arbetsklimat och teammedlemmarna blev mer öppna och talbara. Behålla lugnet blev lättare i en situation som var bekant.

*Men om jag behärskar den [situationen] och känner att det är lugnt då kan jag vara mer öppen utåt med alla andra. – Informant 6.*

Operationssjuksköterskorna upplevde att ju mer erfarenhet medlemmarna i operationsteamet hade och ju fler gånger de hade varit med om ingreppet tidigare, desto mindre behövde de kommunicera med varandra för alla visste vad de skulle göra.

*... när det är lugnt och sansat och ingenting är överraskande och hela situationen är väldigt van och man gör någonting som alla känner till så då behöver man nästan inte prata med varandra, alla vet vad man ska göra. – Informant 12.*

Genom att ha rutiner att följa beskrevs också behovet av kommunikation minska, då det redan var bestämt hur ingreppet skulle genomföras. När ingreppet gick till på samma sätt varje gång blev det standardiserat och alla visste vad som gällde.

*Vissa moment i operationerna är ju alltid standard... Det är ju det att då behövs det inte så mycket att man ger information till varandra, utan då vet alla att men så här gör vi för det här gör vi på alla patienter. -*

Informant 11.

Om arbetet inte var standardiserat beskrevs det som ännu viktigare med kommunikation för att det inte skulle bli fel då det kunde finnas flera sätt att göra det på och då upplevas rörigt. Det fanns även ett ansvar att själv ta reda på önskad information.

*... det ligger rätt så mycket ansvar på en själv i det här med kommunikation. Att det kommer inte bara till mig utan jag måste ställa frågan också. - Informant 2.*

Det gällde för teammedlemmarna att inte ta något för givet och inte chansa. Vid osäkerhet var det bara genom att initiera en kontakt och fråga som det kunde bli säkert. Om inget svar erhöles gällde det att inte ge sig och fråga igen. Ledande frågor kunde användas om något inte kom fram.” Det är ju en del av vårt ansvar att se till att den [kommunikationen] flyter på bra” (Informant 9). Det framkom att det var teammedlemmens ansvar att styra upp när det inte fungerade genom att prata med varandra. Det kunde upplevas vara svårt att fråga någon som hade lätt för att bli arg. ” ... någonstans har det ju varit fel när man inte känner att man kan fråga...” (Informant 8). Det betonades att inte vara rädd för att fråga. Om det var angeläget måste operationssjuksköterskan fråga för patientens skull. Med ett patientfokus var det lättare att kommunicera med irriterade medarbetare.

*Jag vågar alltid fråga för jag tänker alltid att jag är patientens advokat.  
Jag måste, se till det. - Informant 8.*

För att kunna vara patientens advokat måste modet att säga ifrån när det behövs finnas. Det kunde vara att sätta gränser och se till att det ringdes på hjälp när det behövdes men även att hålla alla uppdaterade angående operationsförloppet. Det kunde vara lättare att våga säga ifrån

för en mer erfaren. Att ifrågasätta en med mer medicinsk ansvar kunde vara svårt och kräver tillit till sin egen yrkeskompetens och kunskap. Lika viktigt beskrevs det också vara för medlemmarna i operationsteamet att erkänna när de inte visste.

## Diskussion

### Metoddiskussion

De flesta informanterna verkade överraskade till att de skulle utgå från betydelsefulla händelser i intervjun och berätta om dessa i detalj. Det verkade också vara svårt att bara fokusera på kommunikation då det ligger så nära samarbete. Den skriftliga och muntliga informationen inför intervjun hade behövt vara tydligare. Informationsmötena inför studien kanske underlättade för att få fram deltagare. Dock skedde ett av de förberedande informationsmötena under en fikastund, det kan ha påverkat att de inte uppfattade att de skulle ha tänkt på betydelsefulla händelser.

Det kan enligt Graneheim och Lundman (2004) påverka resultatet och trovärdigheten negativt om urvalsgruppen inte är varierad vad det gäller exempelvis kön. I denna studie var alla medverkande kvinnor, kanske hade upplevelsen av maktförhållandena på salen varit annorlunda om några av de intervjuade var män. Inklusionskriteriet att operationssjuksköterskorna skulle ha arbetat i minst två år har diskuterats under studiens gång då även de med mer erfarenhet hade svårt att komma på en händelse. I den modernare utbildningen kanske det läggs mer fokus på färdigheter som kommunikation och teamarbete, då de har lyfts upp i de sex kärnkompetenserna för vårdprofessioner (Bergqvist Månsson, 2013). De skulle också ha jobbat i Sverige under dessa två år då kulturella skillnader påverkar interaktioner i teamet samt språkskillnader blir ytterligare ett hinder som försvårar jämförelser med svenska förhållanden enligt El-Amouri och O'Neill (2011). En svaghet i urvalet kan vara att studiens överförbarhet påverkas av att datainsamlingen har skett på endast ett sjukhus. Det kan exempelvis vara så att skillnader i organisation och ledning kan påverka. Däremot har datainsamlingen skett på tre olika operationsavdelningar för att få tillräckligt med deltagare för att besvara syftet. Detta kan stärka studiens resultatets trovärdighet då de arbetar på olika sätt. Ytterligare en styrka i studiens urval är att majoriteten av informanterna hade lång

erfarenhet av att arbeta som operationssjuksköterska vilket stärker trovärdigheten. Detta borde innebära att de haft mycket erfarenhet att utgå från för att hämta betydelsefulla händelser.

Båda författarna har varit närvarande vid samtliga intervjuer vilket underlättade för analysen av data och ökade tillförlitligheten. Det skapades en djupare förståelse för sammanhanget genom att se kroppspråk, tonfall och liknande. Författarna kunde även hjälpa varandra med frågor då ingen var expert på att genomföra intervjuer. Intervjumallen kompletterades med klagörande frågor för att säkerställa förståelsen men även ledande frågor för att leda in på relevanta områden för studiens syfte. Schluter, Seaton och Chaboyer (2008) betonar att forskaren är noggrann med att ställa utvecklande frågor för att minska risken för att egna tolkningar påverkar resultatet, exempelvis hur tänkte du då? En del tyckte att frågorna i intervjumallen var svåra och diffusa. Detta kan dock ha berott på att de inte var förberedda med betydelsefulla händelser. Polit och Beck (2013) poängterar att se till att transkriberingarna görs så korrekt som möjligt för att texterna sedan skulle kunna jämföras. För att minska risken för fel i transkriberingsprocessen hade författarna kunnat dubbelkolla varandra och inte bara den första transkriberingen. Författarna dubbelkollade dock sig själva genom att lyssna om vid osäkerhet vilket stärker resultatets trovärdighet.

Då informanterna inte alltid hade betydelsefulla händelser som de kunde prata om, utan ibland talade rent generellt hur det går till, var det svårt att använda den planerade analysmetoden. Ändå hade intervjuerna gett ett rikt innehåll och de ansågs vara användbara. Då valdes Kvalitativ innehållsanalys för att kunna analysera resultatet och fortfarande kunna svara på syftet vilket är nödvändigt för studiens trovärdighet. Under databearbetningens första del satt författarna enskilt och läste, plockade ut meningsbärande enheter, kondenserade och kodade materialet för att öka tillförlitligheten. Sedan satt de tillsammans och diskuterade de olika koderna för att minska risk för missförstånd samt att koden överensstämmer med innehållet i texten. För att ytterligare stärka tillförlitligheten konsulterades handledaren angående kategorisering och tematisering. Kategorierna har sedan illustrerats med citat för att ge läsaren möjlighet att bedöma resultatets giltighet vilket anses av Graneheim och Lundman (2004) stärka studiens trovärdighet. Citaten representerar kategoriernas innehåll väl då de är tydliga och återges så oförändrade som möjligt, detta ökar studiens överförbarhet.



När det gäller förförståelsen behöver inte tidigare erfarenheter innebära ökad risk för att resultatet blir mindre trovärdigt utan kunde enligt Schluter, Seaton och Chaboyer (2008) vara en styrka då ökad förståelse kunde uppnås. För studiens tillförlitlighets skull måste förförståelsen medvetandegöras kontinuerligt genom diskussion mellan författarna och handledare så att de inte hade påverkat studiens resultat, vilket gjordes i denna studie (a.a.).

## **Resultatdiskussion**

Ett oväntat resultat som kom fram var hur beroende informanterna var av en korrekt operationsanmälan och den tidiga planeringen. Detta kanske för att författarnas förförståelse som operationssjuksköterskestudenter haft mindre insyn i det stora arbete som faktiskt redan gjorts innan patienten kommer till salen för att opereras. Det poängterades att det var denna kommunikation som var viktigast, var allting klart redan från början behövdes det mindre kommunikation under resten av ingreppet. De har då kommit överens och skaffat sig en gemensam bild av hur operationen ska gå till så som Shared mental model förespråkar enligt Johnson och Kimsey (2012) och Miller, Riley och Davis (2009). Då sker en öppen kommunikation och alla i teamet är med i planeringen från början. Med en öppen kommunikation var det mindre risk att komplikationer inträffade (Gillespie et al., 2010; Gillespie et al., 2013). Därför kan det anses öka patientsäkerheten när Shared mental model används.

I resultatet framkommer tydligt att effektivt teamarbete ger effektiv kommunikation samt att effektiv kommunikation främjar effektivt teamarbete. Detta genom att teamet har samma utgångspunkt, diskuterar igenom planeringen, tar beslut tillsammans och strävar mot samma mål. Om ett fungerande samarbete inte finns kan det öka risken för misstag och minskad patientsäkerhet (Gillespie et al., 2013). En studie av Rydenfält, Johansson, Larsson, Åkerman och Odenrick (2011) visar att om teamet inte har samma mål kan det leda till grupperingar inom teamet med egna mål. Detta kan skapa irritation och brister i kommunikationen. Detta framkom även i denna studie att om teammedlemmarna endast fokuserade på sin egen uppgift utan att hjälpas åt över gränserna blir det svårt att arbeta tillsammans och det skapar irritation. Kommunikationen blir mindre öppen. Informanterna i studien tycker att shared mental model där teammedlemmarna tillsammans diskuterar planering och formulerar mål är viktigt förutom i en akutsituation där en person tar kommandot. Detta bekräftas även av Kings (1981)

teori som beskriver att om individerna i gruppen är ömsesidigt beroende av varandra för att uppnå sina mål och det är i interaktionen med varandra de kommer överens om hur dessa ska uppnås. Genom att vara lyhörda för varandra i interaktionen är det lättare att uppfatta informationen (a.a.). Lyhördhet var också något som framkom i resultatet som en viktig egenskap för att underlätta teamarbete och kommunikation. Detta genom att känna av omgivningen och teammedlemmarnas olika behov.

Genom studiens gång har vikten av en fungerande tvåvägskommunikation bekräftats. Med detta menas att exempelvis använda någon form av closed-loop communication för att säkerställa att budskapet har nått fram och uppfattats korrekt av rätt person som också poängteras i en studie av Parush et al. (2011). De hävdar även att Closed-loop kommunikation är ett kännetecken för ett effektivt team. Bekräftelsen som kan ske genom att upprepa budskapet kan enligt författarna till denna studie bli en möjlighet att förbättra sin kommunikation. Detta genom att få direkt feedback på om budskapet var tydligt för att bli ännu tydligare i framtiden. I en akut situation kan misstolkningar vara en fråga om liv och död för patienten.

Kommunikationen ansågs inte vara något större problem enligt informanterna. Om det inte var någon ovan medarbetare och det var ett rutiningrepp så behövde de inte prata så mycket för alla visste redan vad de skulle göra. Detta var mycket kopplat till erfarenhet och hur sammansvetsade de är. Informanterna ansåg att då finns det ett flyt i arbetet. I en studie av Lingard, et al. (2006) framkom att då det inte finns en struktur för kommunikationen så upptäckts inte utebliven information om det inte orsakar ett stort problem. Operationsteamet invaggas i en falsk känsla av trygghet. Patientsäkerheten är beroende av att operationsteamet arbetar tillsammans och kommunicerar med varandra och inte bara litar på den enskildes kompetens. Fel är oundvikliga och det är endast genom att skapa system för att minimera dem som det kan bli säkert (a.a.). Det har i resultatet framkommit att checklisten var ett sätt att göra vården säkrare men att den inte används som den är avsedd, kanske för att den anses ta för lång tid. Det kan ställas mot hur liknande procedur används inom militärflyg. Där har de också en checklista som de går igenom innan de börjar där alla är med och lyssnar (McGreevy & Otten, 2007). Ingen av punkterna på listan ska hoppas över, vad som ska göras uppges i detalj och vilka förväntningar som finns runt uppgiften uppges. Det ska även tas fram mål för teamet och hur de skulle hantera eventuella komplikationer. De har också ett möte efter

uppdraget där de går igenom vad som hände och hur de hade kunnat handla annorlunda så det blev ett lärandetillfälle (a.a.). I denna studies resultat framkom att alla punkter inte gås igenom, alla medverkade inte och avslutning hoppades över. Då blir det inget lärandetillfälle som det står i kärnkompetenserna (Bergqvist Månsson, 2013). Hur kan det vara så att checklistan alltid används inom militären men inte kan användas rätt på operation där patientsäkerhet är så viktig? Om checklistan inte genomförs relaterat till att den anses ta tid hur kan det då vara att tidsaspekten ses som viktigare än patientsäkerheten? Inom militären ses checklistan som ett nödvändigt moment som ska genomföras noggrant på samma sätt varje gång för deras egen säkerhets skull (McGreevy & Otten, 2007). Om det inte är patientens säkerhet som står i fokus kan det kanske bidra till att produktionskrav går före och hur kan patienten gynnas av detta?

Så som nämnts tidigare uppfattade författarna att det underliggande temat som genomsyrar hela resultatet handlar om respekt mot varandra. Det bekräftas även av Nestel och Kidd (2006) och Xyrichis och Ream (2007) att ett fungerande team var att medlemmarna visade respekt för varandra. Finns den respekten tolkas det av författarna till denna studie som att det fungerar med att teammedlemmarna lyssnar på varandra, respekterar varandras arbetsuppgifter, är på samma nivå, samverkar mer som ett team, har en god stämning på salen och strävar efter att göra arbetet så bra för alla som möjligt. Detta innebär också att teammedlemmarna är så tydliga som möjligt till varandra för att exempelvis inte ge sin kollega merarbete. De brister som framkommit i resultatet kan bero på brist på respekt för varandra. Då bryr sig kanske den enskilde mindre om att den skapar merarbete för en kollega för den ser inte dennes arbete som lika viktigt. Det blir då en hierarkisk modell som anses minska öppenheten i teamet och bidrar till kommunikationsmisstag (Bleakley et al., 2006). Det visas av Sammer, Lykens, Singh, Mains och Lackan (2010) att på en patientsäker arbetsplats fanns respekt för varandra och alla kunde göra sin röst hörd. Det upplevs i denna studie som att den hierarkiska modellen försvårar samarbetet och kommunikationen och bidrar till minskad säkerhet för patienterna.

## **Konklusion och implikationer**

Effektiv kommunikation och gott teamarbete är beroende av varandra. En grund till detta är respekt för varandra. Att ha en god stämning i teamet främjar ett öppet klimat så att alla kan

säga det de vill. Det är viktigt att alltid vara klar och tydlig i sin kommunikation och inte lämna plats för missförstånd samt att försäkra sig om att budskapet mottagits. Det framkom även att kontinuerligt uppdatera teamet om vad som händer ger alla en chans att förbereda mera för nästa moment istället för att utgå från att alla vet. Denna studie kan användas till att utvärdera rutiner och satsa på vidare forskning inom ämnet. Studien kan även bidra till ökad kunskap inom området så att operationssjuksköterskor blir tydligare och mera effektiva i sin kommunikation.

## Referenser

- Bergqvist Månsson, S.(Red.) (2013). *Teamarbete och förbättringskunskap: två kärnkompetenser för god och säker vård*. Svensk sjuksköterskeförening och Svenska läkarsällskapet: Stockholm.
- Bleakley, A., Boyden, J., Hobbs, A., Walsh, L., & Allard, J. (2006). Improving teamwork climate in operating theatres: The shift from multiprofessionalism to interprofessionalism. *Journal of Interprofessional Care*, 20, (5), 461-470.
- Cioffi, J., & Ferguson, L. (2009). Team nursing in acute care settings: Nurses' experiences. *Contemporary Nurse*, 33, (1), 2-12.
- Cvetic, E. (2011). Communication in the Perioperative Setting. *AORN Journal*, 94, (3), 261-270.
- Danielsson, E. (2012) Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricsson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*, (s. 329-343). Lund: Studentlitteratur.
- El-Amouri, S., & O'Neill, S. (2011). Supporting cross-cultural communication and culturally competent care in the linguistically and culturally diverse hospital settings of UAE. *Contemporary Nurse*, 39, (2), 240-255.
- Fridlund, B. (2012). Kritisk Incident Teknik. I M. Henricsson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*, (s. 177-190). Lund: Studentlitteratur.
- Gillespie, B., Chaboyer, W., & Fairweather, N. (2012). Interruptions and Miscommunications in Surgery: An Observational Study. *AORN Journal*, 95 (5), 576-590.
- Gillespie, B., Chaboyer, W., Longbottom, P., & Wallis, M. (2010). The impact of organisational and individual factors on team in surgery: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 732-741.

Gillespie, B., Gwinner, K., Chaboyer, W., & Fairweather, N. (2013). Team communications in surgery- creating a culture of safety. *Journal of Interprofessional Care*, 27, (5), 387-393.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Halverson, A.L., Casey, J.T., Andersson, J., Anderson, K., Park, C., Rademaker, A.W., & Moorman, D. (2011). Communication failure in the operating room. *Surgery*, 149, (3), 305-310.

Haynes, A.B., Wisner, T.G., Berry, W.R., Lipsitz, S.R., Breizat, A-H.S., Dellinger, P.... Gawande, A.A. (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *The New England Journal of Medicine*, 360, 491-499.

Johnson, H.L., & Kimsey, D. (2012). Patient Safety: Break the Silence. *AORN Journal*, 95, (5), 591-601.

King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. New York: John Wiley.

Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13, (1), 85-90.

Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G.R., Reznick, R., ... Grober, E. (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety in Health Care*, 13, (5), 330-334.

Lingard, L., Reznick, R., Espin, S., Regehr, G., & DeVito, I. (2002). Team communications in the operating room: Talk patterns, sites of tension, and implications for novices. *Academic Medicine*, 77, (3), 232-237.

Lingard, L., Whyte, S., Espin, S., Baker, G.R., Orser B., & Doran, D. (2006) Towards safer interprofessional communication: Constructing a model of “utility” from preoperative team briefings. *Journal of Interprofessional Care*, 20, (5), 471-483.

Mazzocco, K., Petitti, D.B., Fong, K.T., Bonacum, D., Brookey, J., Grayham, S., ...Thomas, E.J. (2009). Surgical team behaviors and patient outcomes. *The American Journal of Surgery*, 197, 678-685.

McGreevy, J.M., & Otten, T.D. (2007). Briefing and Debriefing in the Operating Room Using Fighter Pilot Crew Resource Management. *Journal of American College of Surgeons*, 205, (1), 169- 176.

Miller, K., Riley, W., & Davis, S. (2009). Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. *Journal of Nursing Management*, 17, 247-255.

Mills, P., Neily, J., & Dunn, E. (2008). Teamwork and communication in surgical teams: Implications for patient safety. *Journal of American College of Surgeons*, 206, (1), 107-112.

Nestel, D., & Kidd, J. (2006). Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. *BMC Nursing*, 5, (1), 1-9.

Parush, A., Kramer, C., Foster-Hunt, T., Momtahan, K., Hunter, A., & Sohmer, B. (2011). Communication and team situation awareness in the OR: Implications for augmentative information display. *Journal of Biomedical Informatics*, 44, 477-485.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2013). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (8th ed.) Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2011). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård*. Stockholm: Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening.

Rosberg, S. (2012). Fenomenologi. I M., Granskär & B., Höglund-Nielsen (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Rydenfält, C., Johansson, G., Larsson, P.A., Åkerman, K., & Odenrick, P. (2011). Social structures in the operating theatre: how contradicting rationalities and trust affect work. *Journal of Advanced Nursing*, 68, (4), 783-795.

Sammer, C.E., Lykens, K., Singh, K.P., Mains, D.A., & Lackan, N.A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42, (2), 156-165.

Schluter, J., Seaton, P., & Chaboyer, W. (2008). Critical incident technique: a user's guide for nurse researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 61, (1), 107-114.

Sewell, G. (2005). Doing what comes naturally? Why we need a practical ethics of teamwork. *International Journal of Human Resource Management*, 16, (2), 202-218.

Sewdalis, N., Hull, L., & Birnbach, D.J. (2012). Improving patient safety in the operating theatre and perioperative care: obstacles, interventions, and priorities for accelerating progress. *British Journal of Anaesthesia*, 109, (1), 3-16.

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 10 januari, 2014, från Sveriges Riksdag, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning\\_sfs-2003-460/?bet=2003:460](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/?bet=2003:460)

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 7 februari, 2014, från Sveriges Riksdag, [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/)

Silén-Lipponen, M., Tossavainen, K., Turunen, H., & Smith, A. (2005). Potential errors and their preventions in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 21-32.



Soop, M., Fryksmark, U., Köster, M., & Haglund, B. (2009). The incident of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *International Journal for Quality in Health Care*, 21, (4), 285-291.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2011). *Att mäta patientsäkerhetskultur- Tipsguide- Från mätning till åtgärder*. Sveriges Kommuner och Landsting: Stockholm.

Wicke, D., Coppin, R., & Payne, S. (2004). Teamworking in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 45, (2), 197-204.

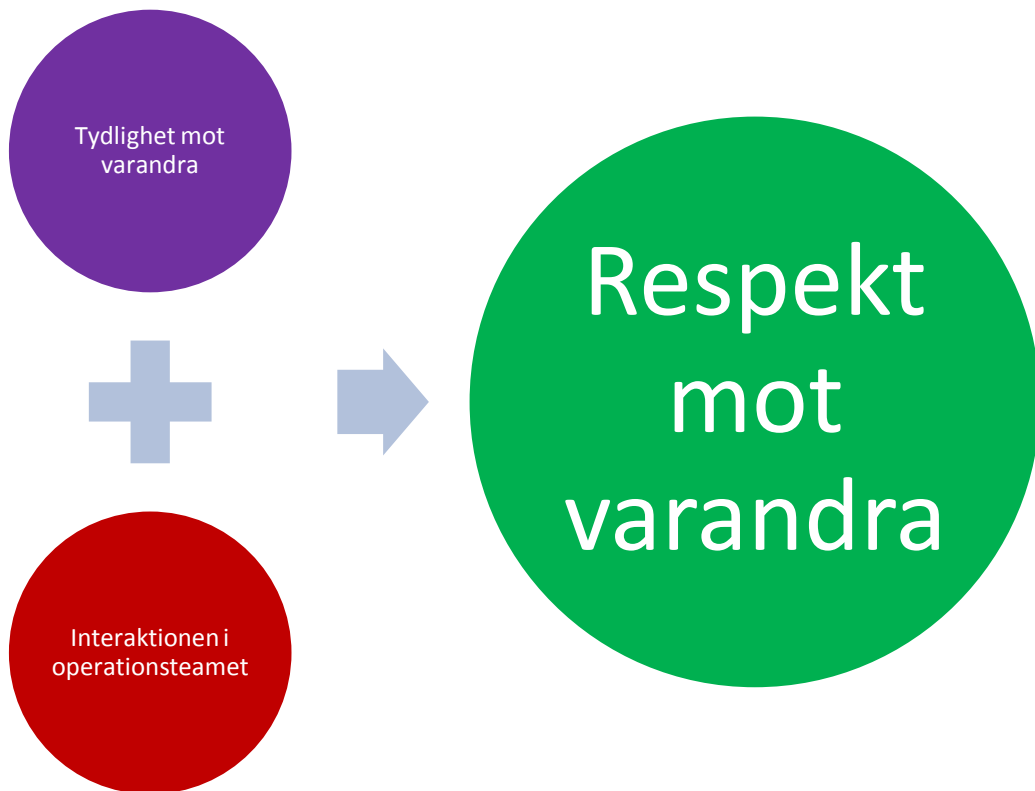
Xyrichis, A., & Ream, E. (2008). Teamwork: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61, (2), 232-241.

Øvretveit, J., & Tolf, S. (2009). *The cost of poor quality and adverse events in health care- A review of research*. A review of research for the Swedish healthcare compensation insurance company. Landstingens Omsesidiga Forsakringsbolag (LoF), The Medical Management Centre, The Karolinska Institutet, Stockholm.

### Intervjumall:

- Hur länge har du arbetat som operationssjuksköterska?
- Hur länge har du arbetat på din nuvarande arbetsplats?
- Kan du ge en detaljerad beskrivning av en betydelsefull händelse där kommunikationen inom operationsteamet fungerade eller inte fungerade?
- Var skedde den betydelsefulla händelsen?
- Vad hände innan händelsen och vad bidrog till den?
- Varför var händelsen uppseendeväckande för dig?
- Vad gjorde du och andra involverade när händelsen inträffade? Påverkade det resultatet?
- Hur var din inställning när händelsen inträffade?
- Vad tänkte du på och vad kände du under och efter det inträffade?
- Vad tyckte du var jobbigt med händelsen?
- Hur har den händelsen påverkat dig?
- Hur kunde du eller de andra ha handlat annorlunda?

Utformad från: Fridlund, B. (2012). Kritisk Incident Teknik. I M. Henricsson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*, s. 182. Lund: Studentlitteratur och Schluter, J., Seaton, P. & Chaboyer, W. (2008). Critical incident technique: a user's guide for nurse researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 61, (1), 107-114.



Kategorier

Tema