



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Operationsteamets erfarenheter av kommunikation perioperativt

En systematisk litteraturstudie

Författare: Sara Dittlau

Emil Oskarsson

Handledare: Anna Ekwall

Magisteruppsats
Våren 2018

Operationsteamets erfarenheter av kommunikation perioperativt

En systematisk litteraturstudie

Författare: Sara Dittlau Emil Oskarsson

Handledare: Anna Ekwall

Magisteruppsats

Våren 2018

Abstrakt

Bakgrund: Kommunikation är avgörande för ett fungerande teamsamarbete och brister i kommunikation kan leda till missförstånd och allvarliga konsekvenser. Forskning visar att brister i kommunikation kan leda till ineffektiva och försenade operationer samt att kommunikation är en sårbar punkt inom vården som kan hota patientsäkerheten. **Syfte:** Studiens syfte var att belysa operationsteamets erfarenheter av kommunikation perioperativt. **Metod:** Systematiska sökningar av två databaser låg till grund för de artiklar som granskades och analyserades. Analysen genomfördes enligt SBU:s metod för meta-syntes. **Resultat:** Utifrån analysen framkom fem huvudteman; *Kommunikation som har ett tydligt syfte*, *Kommunikation som brister*, *Kommunikation som uttryck för trygghet i teamet*, *Kommunikation som uttryck för sociala strukturer* samt *Kommunikation vid konflikter*. **Slutsatser:** Perioperativ kommunikation kan främjas eller hämmas av flera faktorer. Personal bör därför utbildas och tränas i effektiva kommunikationsmetoder.

Nyckelord

Kommunikation - Perioperativt - Patientsäkerhet - Operationsteam - Imogene King

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Problemområde.....	1
Bakgrund.....	1
Syfte.....	6
Metod	6
Urval.....	6
Datainsamling.....	7
Analys av data.....	7
Forskningsetiska övervägningar	8
Resultat.....	9
Kommunikation som har ett tydligt syfte	9
Kommunikation som brister	11
Kommunikation som uttryck för trygghet i teamet	12
Kommunikation som uttryck för sociala strukturer.....	13
Kommunikation vid konflikter	14
Diskussion.....	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion	17
Konklusion och implikationer	19
Referenser	21
Bilaga 1(4) Tabell över sökschema	
Bilaga 2(4) Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik	
Bilaga 3(4) Tabell över inkluderade artiklar	
Bilaga 4(4) Tabell över exempel på metasyntesen	

Introduktion

Problemområde

Inom operationssjukvården bör kommunikation mellan flera olika yrkeskategorier (interdisciplinär kommunikation) ske effektivt och patientsäkert (Svensk sjuksköterskeförening, 2013; Riksföreningen för operationssjukvård, 2016). Kommunikation är ett komplicerat område och flera internationella studier har visat att kommunikationsfel mellan olika professioner inom hälso- och sjukvården kan utgöra en patientsäkerhetsrisk (Öhrn, 2013). När 118 lex Maria fall ifrån landstinget i Östergötland granskades fann man att 32 % förorsakats av bristande kommunikation (Elfström, Nilsson, & Sturnegk, 2009). Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ansvarar vårdgivaren för att vidta de åtgärder som krävs för att undvika att patienter drabbas av vårdskador.

För att operationsteamet ska nå ett välfungerande samarbete krävs god kommunikation, flexibilitet och respekt för varandras unika kompetenser (Riksföreningen för operationssjukvård, 2016). En regel för att uppnå säker kommunikation är att förmedlad information ska vara fullständig, korrekt, avgränsad och komma i rätt tid (Öhrn, 2013). Brister i kommunikationen kan leda till missförstånd och orsaka allvarliga konsekvenser (Svensk sjuksköterskeförening, 2013). Tidigare forskning har visat att kommunikationsfel inom operationsteamet kan leda till ineffektivitet, förseningar, längre operationstid, större blodförlust för patienten och ökad irritation inom operationsteamet (Halverson et al., 2011; Schiff et al., 2016). Brister i kommunikation kan orsakas av de hierarkiska strukturerna som finns i operationssalen där eventuellt vissa yrkesroller inte vågar föra sin talan gentemot andra kollegor (Weldon, Bezemer, Korkiakangas, & Kneebone, 2013).

I dagsläget finns en brist på kvalitativa systematiska litteraturöversikter som sammanställer hela operationsteamets erfarenheter av kommunikation i det perioperativa skedet. Kunskap om operationsteamets erfarenheter kring kommunikation kan ligga till grund för att utarbeta nya riktlinjer och arbetssätt för att förbättra kommunikationen perioperativt. Genom att förbättra och optimera kommunikationen inom operationsteamet kan en mer patientsäker vård genereras. Christian et al. (2006) identifierade kommunikations- och informationsflödet som en primär sårbar punkt för patientsäkerhet och effektivitet i operationsrummet.

Bakgrund

Teamarbete

Ett team kan definieras som en liten arbetsgrupp med olika professioner och funktioner som har ett tydligt gemensamt mål. Varje teammedlem arbetar utifrån sin yrkesmässiga kompetens och erfarenhet (Haddleton, 2016). Det är viktigt att varje teammedlem vet sin arbetsroll och välkomnar de andra teammedlemmarnas kompetens för att främja teamets välbefinnande och samarbetsvinster (Sandberg, 2006). Xyrichis och Ream (2008) har definierat teamarbete som en dynamisk process där vårdpersonalen har olika bakgrunder och färdigheter som kompletterar varandra. Teammedlemmarna delar samma hälsomål och samordnar patientvården tillsammans hela vägen, från bedömning till utvärdering. För att uppnå ett gott samarbete bör medlemmarna vara ömsesidigt beroende av varandra, ha en öppen kommunikation och dela på beslutsfattandet (a.a.).

Teamet består vanligtvis av en teamledare och de andra i teamet benämns som följare. Ledarens uppgift är att organisera teamet, fördela arbetet och klargöra situationen för medlemmarna i teamet. Följarna ansvarar för sina egna uppgifter i situationen och arbetar gemensamt för att

teamets gemensamma mål ska uppnås. Som följare ansvarar man även för att dela med sig av sina observationer och sin kunskap (Haddleton, 2016). Ledare och följare samordnar arbetet tillsammans och är ömsesidigt beroende av varandra, det är viktigt att visa respekt, vara inlyssnande och ge positiv respons till varandra för att skapa ett öppet förhållningssätt och ett uppmuntrande klimat. Teamet löses upp när målet är slutfört eller om teamet förändras (Haddleton, 2016; Sandberg, 2006). Edmondson (2003) beskriver att effektiva kirurgiska ledare stödjer förändringar, uppmuntrar de andra teammedlemmarna till att uttrycka sina åsikter och medvetet agerar för att minska maktskillnaderna mellan kirurg och de andra teammedlemmarna. Sandberg (2004; 2006) har genom sina undersökningar tydligt kunnat påvisa den inverkan som teamarbetet har på medlemmarnas välbefinnande, vilket i sin tur påverkar resultatet av deras samarbete. Sandberg (2010) beskriver att de aspekter av teamarbetet som påverkar välbefinnandet kan delas in i grundläggande egenskaper, strukturella egenskaper och processegenskaper. Samverkan och målorientering är viktigt för att uppnå ett effektivt samarbete och en ömsesidig förståelse av målet (a.a.).

I det interprofessionella operationsteamet ingår operatör, operationssjuksköterska, anestesijüksköterska, anesthesiolog och cirkulerande personal (Riksföreningen för operationssjukvård, 2016). Cirkulerande personal kan vara både en undersköterska eller en operationssjuksköterska, vars uppgift är att koordinera och dokumentera arbetet på operationssalen (Kane, Reining, & Wilson, 2000b). Cirkulerande personal är inte sterilt klädda och tillhandahåller material och instrument som det sterilklädda operationsteamet behöver (Steelman, 2015). Medlemmarna i operationsteamet är specialister inom sina professioner och är ömsesidigt beroende av varandras unika yrkeskompetenser för att kunna garantera patienten en god och säker vård. Samtliga av medlemmarna i operationsteamet är nödvändiga för att nå en tydlig kommunikation och en patientsäker vård (Riksföreningen för operationssjukvård, 2016). Operationssjuksköterskans yrke kännetecknas av perioperativ omvårdnad i en komplex och högteknologisk miljö där patienten ska kunna uppleva trygghet och välbefinnande i samband med sin operation. Centrala punkter i operationssjuksköterskans omvårdnad är hygien och aseptik, kunskaper om kirurgiska instrument och teknisk apparatur, ledarskap samt kommunikation och samarbete med de andra medlemmarna i operationsteamet (Bäckström, 2012). Operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad ska vara personcentrerad, därför måste det skapas en relation med patienten för att vården i samband med det kirurgiska ingreppet kan utgå ifrån patientens enskilda behov, upplevelser och erfarenheter. Perioperativt ska operationssjuksköterskan ha kompetens att fatta beslut i samråd med de andra medlemmarna i operationsteamet (Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2011). Flera studier visar att medlemmarna i operationslaget värderar teamarbetet på olika sätt. Kirurgerna rapporterar ofta en högre grad av tillfredsställelse i samarbete jämfört med andra teammedlemmar som är mindre nöjda (Makary et al., 2006a; Mills, Neily, & Dunn, 2008; Sexton et al., 2006). Operationssjuksköterskan rapporterar lägst grad av tillfredsställelse i deras samarbete med kirurgerna (Makary et al., 2006a). Mills et al. (2008) rapporterar att operationssjuksköterskorna och anestesipersonalen ofta värderar samarbetet likartat (a.a.).

Kommunikation

Begreppet ”kommunikation” kan härledas till latinets ”communicatio” som betyder ömsesidigt utbyte (Nilsson & Waldermarson, 2007; Sharp, 2012). Enligt Nilsson och Waldermarson (2007) innebär kommunikation att vi delar med oss och förmedlar innebörder, upplevelser och värderingar samt möjliggör möten mellan människor. Människor skickar ut budskap vilket sedan tolkas av mottagaren som skapar sig en uppfattning av budskapet. Kommunikation sker även i ett socialt sammanhang där aktörerna har förväntningar och ståndpunkter som påverkar hur budskap uppfattas och uttrycks vid utväxlingen. Utväxlingen sker parallellt på flera olika sätt

exempelvis verbalt via tal och språk samt icke-verbalt via ögonkontakt, gester och kroppsspråk. Det är det sammanslagna slutresultatet som är betydelsefullt (a.a.).

Säker kommunikation

Inom hälso- och sjukvård är kommunikation mellan medarbetare och till patienter en förutsättning för god vård. Personal är ofta tränad och förbereda för kommunikation till patienter men är sämre på att kommunicera mellan yrkesgrupperna (Sharp, 2012). Kommunikation mellan yrkesgrupperna i Hälso- och sjukvårdsorganisationer kan ske verbalt, icke-verbalt, skriftligt eller i en kombination av dessa (Lindh & Sahlqvist, 2012; Sharp, 2012). En av de vanligaste orsakerna till att avvikelser sker inom sjukvården är bristande kommunikation inom och mellan professionella yrkesgrupper (Lindh & Sahlqvist, 2012; Svensk sjuksköterskeförening, 2013; Öhrn, 2013). En svensk studie granskade 118 lex Maria fall som anmäldes mellan åren 2004-2006 i landstinget Östergötland, studien visar att 32% av fallen orsakades av bristande kommunikation mellan vårdpersonal på samma klinik (Elfström, Nilsson, & Sturnegk, 2009). Kommunikations- och informationsflödet har identifierats som en primärt sårbar punkt för patientsäkerheten och effektiviteten i operationssalen. Särskilt patientöverlämningar, flera konkurrerande arbetsuppgifter och en hög arbetsbelastning var faktorer som påvisade ha en negativ inverkan på kommunikations- och informationsflödet (Christian et al., 2016). Inom operationssjukvården måste interdisciplinär kommunikation ske effektivt och patientsäkert (Svensk sjuksköterskeförening, 2013; Riksföreningen för operationssjukvård, 2016). Eftersom interdisciplinär kommunikation är en förutsättning för att ett team skall vara välfungerande och effektivt (Weldon, Bezemer, Korkiakangas, & Kneebone, 2013).

Interdisciplinär kommunikation är en komplex och utmanande uppgift eftersom det vid informationsöverföringen kan uppstå missförstånd mellan de berörda (Lindh & Sahlqvist, 2012). Vårdpersonal är generellt mindre tränade i interdisciplinär kommunikation och kommunikationen påverkas också negativt utav olikheter i yrkesroller och hierarkier. Bristande kommunikation beror ofta på att viktig information kommuniceras vid ett tillfälle när mottagaren inte är mottaglig utan är upptagen och koncentrerad på andra arbetsmoment. Detta kan leda till missförstånd och att informationen tolkas felaktigt vilket kan utgöra en risk för patientsäkerheten (Svensk sjuksköterskeförening, 2013; Öhrn, 2013). Operationssjuksköterskan måste kunna kommunicera med olika personligheter i ständigt skiftande teamkombinationer för att patientens operation ska slutföras på ett säkert och konstruktivt sätt (Bäckström, 2012). Tidigare forskning har visat att kommunikationsfel i operationssalen är vanligt förekommande och att det kan hota patientsäkerheten (Lingard et al., 2004; Gawande, Zinner, Studdert, & Brennan, 2003). Hu et al. (2012) fann i deras studie att ett kommunikationsfel i genomsnitt uppstod var åttonde minut och att interdisciplinär kommunikation misslyckades dubbelt så ofta som intradisciplinär kommunikation. Gillespie, Chaboyer och Fairweather (2012) fann att de flesta kommunikationsfel som uppstod var relaterade till bristande erfarenhet och förståelse för de kirurgiska termer och begrepp som kommunicerades intraoperativt (a.a.). En annan studie tyder på att rådande svagheter inom kommunikationen på operationssalen kan bero på bristande standardisering och teamsamordning. Inför en operation träffas sällan alla teammedlemmarna för att diskutera viktiga frågor och beslut fattas ofta utan att alla relevanta teammedlemmar är närvarande (Dwyer, 2003). Andra forskare visar på att bristande kommunikation intraoperativt ofta handlar om kirurgisk utrustning och att inte alla teammedlemmarna hålls uppdaterade om operationens förlopp (Halverson et al., 2011). Kommunikationsfel kan leda till förseningar, ineffektivitet och ökad irritation inom operationsteamet (Halverson et al., 2011; Lingard et al., 2004; Hu et al., 2012).

Patientens journal är en viktig informationskälla där den patientansvariga sjukvårdspersonalen kommunicerar med varandra och inhämtar viktig information rörande patienten (Gustafsson,

Kelvered, & Sandersen, 2012; Bäckström, 2012). Enligt Patientdatalagen (SFS 2008:355) syftar dokumentation i patientjournalen till att bidra till en god och säker vård. Braaf, Manias och Riley (2011) visade i sin litteraturöversikt hur fel i den kommunikativa funktionen av dokument och dokumentation hindrar perioperativ informationsöverföring mellan sjuksköterskor, kirurger och narkosläkare och slutligen äventyrar patientsäkerheten. Studien visade att dokumentationen brister avseende utformning, kvalitet, noggrannhet och funktion. Kommunikationsfel genom dokument och dokumentation orsakade bland annat ineffektivitet, förseningar och ökad arbetsbelastning pga. allvarliga patienthändelser, såsom felaktig operation (a.a.)

Genom att förstå orsakerna till de kommunikationsfel som uppstår perioperativt kan strategier för bättre kommunikation mellan medlemmarna i operationsteamet utvecklas. Ett program som lär ut om teamarbete och kommunikationsfärdigheter är ett förslag på en åtgärd som kan förbättra kommunikationen inom operationsteamet (Halverson et al., 2011). Resultatet från Gillespie, Chaboyer och Murrays (2010a) litteraturöversikt antydde att kommunikationen inom operationsteamet förbättras genom implementering av teamträning, och således ökar patientsäkerheten. De rekommenderar att teamträningen ska innefatta en utomstående lagtränare som kan ge stöd och feedback på jobbet. Lagträning bör dock inte förekomma som en engångs session, utan för att beteendena ska bibehållas över tid krävs ett kontinuerligt mentorskap (a.a.). Gustafsson, Kelvered och Sandersen (2012) föreslår att socialstyrelsens termbank kan användas vid dokumentation för att hitta rätt ord och därmed öka förståelsen och säkerheten i patientjournalen. Detta underlättar kommunikationen via dokument mellan patientansvarig sjukvårdspersonal (a.a.).

Det är nödvändigt med god kommunikation och välfungerande samarbete i samband med all kirurgi för att garantera patienten en säker vård (Riksföreningen för operationssjukvård, 2016). För att undvika missförstånd är det viktigt att den information som kommuniceras är korrekt och tydlig. En regel för att uppnå säker kommunikation är att informationen ska vara fullständig, korrekt, avgränsad och komma i rätt tid (Öhrn, 2013). Vidare rekommenderas det att kommunikationen ska ske systematiskt för att både effektivisera informationsöverföringen och säkerställa patientsäkerheten. Exempel på systematisk kommunikation är när standardiserade metoder som SBAR (Situation – Bakgrund – Aktuellt – Rekommendation), briefing/debriefing och checklistor används för att förmedla information (Svensk sjuksköterskeförening, 2013).

Crew Resource Management

Crew Resource Management (CRM) är en metod för att träna ett teams samarbetsförmåga i att förebygga, identifiera och förhindra olyckor samt lära sig av negativa händelser i både akuta och icke-akuta situationer (Sharp, 2012). CRM har sitt ursprung från den amerikanska flygindustrin på 70-talet och syftar till att träna de redan förvärvade teoretiska och tekniska kunskaperna med andra icke-tekniska färdigheter som kommunikation, beslutsfattande, situationsmedvetenhet och kännedom om reaktionsmönster. Sedan 90-talet har metoden fått anpassningar till hälso- och sjukvård och har därefter fått en stor spridning inom framförallt slutenvården. Till skillnad från flygindustrin har hälso- och sjukvården mer komplexa och oförutsägbara situationer eftersom patienter och deras anhöriga skall inkluderas i de beslut som fattas kring behandlingar. Inom CRM framställs flera komponenter som är viktiga att utveckla och träna, bland annat att kunna leda och följa i ett arbetslag, gruppsamarbete, effektiv kommunikation, prioritering och beslutsfattande samt att tidigt be om hjälp (Haddleton, 2016; Sharp, 2012). CRM har visat sig kunna förbättra kulturen kring patientsäkerhet på de avdelningar där det har implementerats och den kulturen kan bibehållas genom ett fortsatt engagemang (Hefner et al., 2017). Implementering av CRM på bred front på större sjukhus har visat sig leda till potentiella besparingar genom att reducera antalet allvarliga tillbud (Moffatt-Bruce et al., 2017)

Perioperativ period

Den perioperativa perioden är tiden som innefattas i anslutning till en operation och delas in i tre faser; den *preoperativa fasen*, den *intraoperativa fasen* samt den *postoperativa fasen* (Kane, Reining, & Wilson, 2000a; Riksföreningen för operationssjukvård, 2011b). Den *preoperativa fasen* är den inledande fasen och startar från och med att beslut om operation har fattats och fortsätter fram till dess att patienten har blivit förflyttad till operationsbädden (Kane, Reining, & Wilson, 2000a; Peate, 2015; Riksföreningen för operationssjukvård, 2011b). I denna fas förbereds patienten inför operation genom bedömning och utvärdering av fysiska och emotionella tillstånd och patienten och dess anhöriga tillhandahålls nödvändigt stöd och information (Kane, Reining, & Wilson, 2000a; Peate, 2015). Den *intraoperativa fasen* inleds när patienten har förflyttats till operationsbädden och fortlöper under tiden patienten genomgår operationen. Fasen avslutas när patienten har transporterats till den post-operativa avdelningen (Kane, Reining, & Wilson, 2000a; Riksföreningen för operationssjukvård, 2011b). Den sista fasen är den *postoperativa fasen* vilket startar när ingreppet är avslutat och patienten blivit överflyttad till en post-operativ avdelning och pågår fram till dess att patientens tillstånd, i relation till ingreppet, har utvärderats (a.a.). Peate (2015) menar att den postoperativa vården är beroende av en effektiv preoperativ vård för att resultatet skall bli framgångsrikt.

Patientsäkerhet

I patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) kap. 3, 2 § beskrivs att vårdgivaren är skyldig att vidta de åtgärder som krävs för att förhindra och förebygga vårdskador hos patienten. Vårdskada definieras i kap. 1 5 § som ”... lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården” (a.a.). Bristande kommunikation kan vara en orsak till att en patient drabbas av en vårdskada (Socialstyrelsen, 2016). Operationssjuksköterskan ansvarar för att perioperativt förebygga uppkomsten av vårdrelaterade skador och komplikationer i enighet med evidensbaserad kunskap (Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2011a). Grunden för all patientsäker omvårdnad är att utgå ifrån bästa befintliga vetenskapliga bevis och professionell expertis (Riksföreningen för operationssjukvård, 2016). Schiff et al. (2016) visar i sin studie att bristande kommunikation under operationer kan innebära en patientsäkerhetsrisk då det kan leda till ökad blodförlust intraoperativt samt längre operationstid som i sin tur kan leda till ett ökat lidande hos patienten (a.a.).

Patientsäker vård är alla medarbetares ansvar, oavsett vilken vårdform de arbetar inom eller på vilken nivå i organisationen som de befinner sig. All vård ska tillämpas utifrån vad som är bäst för patienten och ett säkerhetsmedvetet arbetssätt (Öhrn, 2013). Alfredsdottir och Björnsdottir (2007) fann i sin studie att operationssjuksköterskorna upplevde att teamarbetet var viktigt och en förstärkande faktor för patientsäkerheten. Faktorer som ansågs vara viktiga för att förbättra patientsäkerheten var preventivt tänkande, erfarna och kunniga medarbetare som hade stöd från ett gott samarbete samt ömsesidig tillit baserat på flera år samarbete (a.a.). Säker vård utgår ifrån evidensbaserad kunskap, användning av fastställda vårdprogram och att samtliga professioner som samverkar i teamet omkring patienten har rätt kompetens för sitt uppdrag. Specialistsjuksköterskan kan bidra till patientsäker vård genom att se till att kommunikation och informationsöverföring sker på ett systematiskt och standardiserat sätt. Vidare är det också viktigt att följa fastställda procedurer, rutiner och riktlinjer samt verka för att avvikelser och risker rapporteras, analyseras, åtgärdas och följs upp för att främja en patientsäker vård (Öhrn, 2013). För att förbättra patientsäkerheten perioperativt måste alla medlemmarna i operationsteamet förstå betydelsen av god kommunikation och behovet av att alltid ha en säkerhetsmedvetenhet utifrån patientens perspektiv (Johnson & Kimsey, 2012). Gillespie, Chaboyer och Fairweather (2012) skriver i sin slutsats att om man bättre kan förutse och

standardisera arbetsförhållandena på en operationsavdelning kan det leda till en minskad arbetsbörda och stress vilket i sin tur kan leda till ett säkrare arbete och bättre patientsäkerhet.

Perspektiv och utgångspunkter

Litteraturstudien ska utgå ifrån ett fenomenologiskt perspektiv då fenomenologin beskriver människans medvetande och levda erfarenheter (Rosberg, 2012). I litteraturstudien ska operationsteamets erfarenheter av perioperativ kommunikation undersökas. King (1981) definierar mänsklig kommunikation som förmedling av information från en person till en annan. King utvecklade en begreppsram där hon beskriver tre olika system; det personliga, det mellanmänskliga och det sociala systemet. Det personliga systemet är en människa. King utgick ifrån att varje människa är en logisk varelse med känslor som reagerar utifrån sin uppfattningsförmåga, sina förväntningar och behov. Det mellanmänskliga systemet är en stor eller liten grupp människor som interagerar och kommunicerar med varandra. Komplexiteten i ett mellanmänskligt system ökar ju större gruppen är. Det sociala systemet definieras som ett organiserat gränssystem av sociala roller där individerna har gemensamma mål och intresse. Imogene King (1981) beskriver att när två eller fler individer interagerar med varandra uppstår verbal och icke-verbal kommunikation. Situationen påverkar hur kommunikationen sker och huruvida kommunikationen är ömsesidig eller inte. All kommunikation uppfattas olika av olika individer i olika situationer. Kommunikation är något personligt eftersom varje person är annorlunda (a.a.) Kings begreppsram är ett välkänt och allmänt erkänt bidrag till omvårdnadsforskningen som är baserad på vetenskapliga, empiriska och humanistiska principer som är lika framträdande för omvårdnad idag som det var på 1960-talet (Frey, Sieloff, & Norris, 2002). I föreliggande litteraturstudie utgörs det personliga systemet av en medlem i operationsteamet. Det mellanmänskliga systemet är hela operationsteamet och det sociala systemet är operationsavdelningen.

Författarnas utgångspunkt är att genom att ta del av erfarenheter från alla medlemmar i operationsteamet kan det bidra till en ökad förståelse kring interdisciplinär kommunikation. Därefter kan den perioperativa kommunikationen utvecklas och effektiviseras och ge en grund för en ökad patientsäkerhet.

Syfte

Syftet är att belysa operationsteamets erfarenheter av kommunikation perioperativt.

Metod

För att besvara studiens syfte och för att få en helhetsbild över befintlig forskningskunskap valdes en systematisk litteraturstudie som tillvägagångssätt (Malterud, 2014). Studien utgår från kvalitativ forskning då syftet är att på ett noggrant sätt beskriva mänskliga erfarenheter kring kommunikation (Malterud, 2014; Forsberg & Wengström, 2016). Målet är att undersöka meningsinnehållet i sociala förbindelser utifrån medverkarnas egna erfarenheter och i deras naturliga kontext (Malterud, 2014).

Urval

Litteraturstudien undersöker hela operationsteamets erfarenheter av kommunikation perioperativt. Hela operationsteamet innefattar operatör, assisterande operatör, operationssjuksköterska, anestesijüksköterska, anesthesiolog och cirkulerande personal. Forskning som har inkluderats i föreliggande litteraturstudie var kvalitativ forskning av hög kvalitet enligt SBU:s granskningsmall (se bilaga 2), publicerad på engelska och inom de senaste fem åren (2012–2017). Artiklar som har valts till analysen var geografiskt begränsade till Europa, Nordamerika och Australien. Dessa geografiska begränsningar gjordes eftersom

författarna anser att sjukvården i de angivna länderna håller en likvärdig standard och arbetet sker på ett likartat sätt. Artiklar som har exkluderats var litteraturoversikter, empiriska observationsstudier samt artiklar som inte beskrev operationsteamets erfarenheter av kommunikation under den perioperativa fasen.

Datainsamling

Litteraturstudien baserades på systematiska sökningar som har utförts i databaserna PubMed och CINAHL. Eftersom databaserna har olika sökindex måste sökningarna anpassas i de respektive databaserna för att skapa likartade sökningar som genererar likartade fynd (Willman, Bahtsevani, Nilsson, & Sandström, 2016; Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2017). De systematiska sökningarna genomfördes i fyra separata sökningar där synonymer och likartade sökord kombinerades med varandra. I en sökning kombinerades sökord och ämnesord om kommunikation och samarbete, i en annan sökning kombinerades sökord och ämnesord som berör operationssjukvården och de olika yrkeskategorierna i operationsteamet. I en tredje sökning kombinerades sökord och ämnesord om erfarenheter, attityder och uppfattningar av olika fenomen. I den fjärde sökningen kombinerades sökord och ämnesord som berörde kvalitativ forskning. De separata sökningarna slogs sedan samman till en större gemensam sökning och genererade det slutgiltiga sökresultatet. Sökschema bifogas i bilaga 1. Sökord och ämnesord fastställdes genom flera tidigare osystematiska testsökningar där syftet var att finna de bäst lämpade sökorden och ämnesorden (Polit & Beck, 2016). Befintliga ämnesord i funna artiklar användes även för att hitta de bäst lämpade sökorden. För att komplettera den systematiska sökningen genomfördes även manuella sökningar, så kallade sekundära sökningar, för att finna ytterligare artiklar som svarade till syftet (Willman, Bahtsevani, Nilsson, & Sandström, 2016). Tillvägagångssättet för sekundär sökningarna var att läsa genom andra artiklars referenslistor för att finna lämpliga artiklar och manuellt söka upp dessa artiklar (Polit & Beck, 2016). De osystematiskt funna artiklarna kontrollerades och inkluderades efterhand till analysen. Totalt inkluderades sju artiklar från den systematiska sökningen och fem artiklar från de sekundära sökningarna. Samtliga inkluderade artiklar presenteras och sammanfattas i bilaga 3.

I datainsamlingen användes funktionen booleska operatörer som innebär att sökningar genomförs genom att kombinera sökord eller indextermer med AND, OR eller NOT (Forsberg & Wengström, 2016; Karlsson, 2012; SBU, 2017). Vid kombinationer av sökord med AND presenteras träffar som innehåller samtliga av de orden som har kombinerats, vilket begränsar sökningen. Sökningar där sökord kombineras tillsammans med OR presenteras träffar som innehåller endast ett av sökorden, detta ger en mer expanderad sökning än om samma sökord kombinerats med AND. När termen NOT används vid en sökning exkluderas alla träffar som innehåller det ord som man valt att exkludera. Trunkering och frassökning är även funktioner som har används för att få en mer effektiv sökning. Trunkeringsfunktionen innebär att man söker efter flera möjliga ändelser av ett ord och frassökning innebär att två ord sätts samman till en sökning. När två ord skrivs in ett sökfält söks de båda orden med AND automatiskt. Genom att nyttja frassökning söks de båda orden tillsammans i den följd de står och får samma funktion som ett enskilt sökord (a.a.).

Analys av data

Inför analysen genomfördes en bedömning av de insamlade artiklarna för att bedöma deras relevans till studiens syfte och säkerställa att artiklarna stämmer in på de uppsatta inklusionskriterierna (SBU, 2017). Därefter genomfördes en granskning av artiklarnas kvalitet för att säkerställa dess trovärdighet och för att kunna överföra trovärdigheten till den aktuella studien (Malterud, 2014; SBU, 2017; Willman, Bahtsevani, Nilsson, & Sandström, 2016). Till

kvalitetsgranskningen användes ”Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik” skapad av SBU, se Bilaga 2 (SBU, 2017).

Kvalitativ metasyntes sammanfattar kvalitativa studier genom tolkning och syntes på en abstrakt nivå. Data jämförs, översätts och analyseras för att sen resultera i nya tolkningar som omfattar och förtydligar innebörden av resultaten i de inkluderade studierna (Forsberg & Wengström, 2016). Vinsten med metaanalys är att små skillnader som enskilt inte ger någon statistisk signifikans tillsammans kan ge användbara resultat (Willman, Bahtsevani, Nilsson, & Sandström, 2016). Litteraturstudien analyserade enligt den syntesmetod som beskrivs av SBU. Syntesen genomfördes oberoende av båda författarna och därefter slogs de identifierade kategorier och teman samman genom diskussion och argumentering (SBU, 2017). Författarnas separata tolkningar fördes samman för att ge granskningen en större tyngd (Willman, Bahtsevani, Nilsson, & Sandström, 2016). SBU:s syntesmetod är uppbyggd i fyra steg. Det första steget bygger på att identifiera första nivåns teman i form av koder, kategorier eller underkategorier från de granskade artiklarna. I andra steget arrangeras första nivåns teman om i flera olika steg, detta är en avancerad och flexibel process som slutligen resulterar i andra nivåns teman. Tredje steget syftar till att identifiera viktiga mönster och samband mellan andra nivåns teman. Dessa ska upprepade gånger problematiseras och tolkas för att till slut syntetiseras och fastställas till tredje nivåns teman. I fjärde steget görs en övergripande bedömning av resultatet och slutsatser formuleras (SBU, 2017). Tabell med exempel på utförd metasyntes visas i bilaga 4.

Forskningsetiska övervägningar

I en systematisk litteraturstudie är etiska övervägningar av lika stor betydelse som i samband med annan forskning. De etiska övervägningar som har utförts till denna systematiska litteraturstudie var att välja artiklar som påvisade ett etiskt resonemang, att redovisa samtliga artiklar som ingick i studien och att redovisa allt resultat som antingen stödde eller inte stödde en eventuell hypotes i studien. I litteraturstudien har alla resultat som framkom i analysen inkluderats och presenterats. Författarna har inte förvrängt eller uteslutit fakta som har framkommit i analysen (Forsberg & Wengström, 2016).

Tabell 1

Presentation av teman som framkommit i analysen

Huvudtema	Subtema
Kommunikation som har ett tydligt syfte	Effektiv kommunikation Prospektiv kommunikation har positiva effekter Förslag för att nå ändamålsenlig kommunikation
Kommunikation som brister	Källor till kommunikationsproblem Risker med kommunikationsproblem Kommunikation som hotar patientsäkerheten
Kommunikation som uttryck för trygghet i teamet	Förtroendet främjar kommunikationen Kommunikation för situationsmedvetenhet Kommunikation för att återupprätta trygghet
Kommunikation som uttryck för sociala strukturer	Kollegiala strukturer påverkar kommunikationen Deltagande påverkar kommunikationen
Kommunikation vid konflikter	Konflikthantering Konsekvenser vid konflikter

Resultat

Kommunikationen perioperativt påverkades av flera olika faktorer, de fem huvudteman med subteman som analysen utmynnade i var; *Kommunikation som har ett tydligt syfte*, *Kommunikation som brister*, *Kommunikation som uttryck för trygghet i teamet*, *Kommunikation som uttryck för sociala strukturer* och *Kommunikation vid konflikter*. (se Tabell 1).

Kommunikation som har ett tydligt syfte

Detta tema presenteras i tre subteman; *Effektiv kommunikation*, *Prospektiv kommunikation har positiva konsekvenser* och *Förslag för att nå ändamålsenlig kommunikation*.

Effektiv kommunikation

Medlemmarna i operationsteamet betraktade kommunikation som en avgörande faktor i teamsamarbetet. God kommunikation bidrog till en tydlig uppgiftsindelning och förhindrade missförstånd som skulle kunna äventyra patientsäkerheten (Averlid & Axelsson, 2012). Även Yngman-Uhlin, Klingvall, Wilhelmsson och Jangland (2016) visade i sin studie att operationsteamets medlemmar uppskattade när en tydlig uppgiftsindelning kommuniceras då detta upplevs öka säkerheten, däremot upplevde många sjuksköterskor att det råder en brist på denna typ av kommunikation (a.a.).

Kommunikationen anses påverka flödet i patientvården genom att bidra med effektivt beslutsfattande, timing, uppsättning av mål och planering (Yngman-Uhlin et al., 2016). I kritiska situationer uttryckte medlemmarna i operationsteamet att kommunikationen skulle vara kort och koncis. En fördel var om den som ledde arbetet uppvisade en lugn attityd och kommunicerade i ett normalt tonläge. Ofta upplevde även deltagarna att kommunikationen skedde icke-verbalt, genom enbart ögonkontakt. Anestesisjuksköterskan beskriver att det i samband med sövningen var viktigt att hålla ögonkontakt med anestesiologyen för att säkerställa att de var överens om tillvägagångssättet (Larsson & Holmström, 2013). Intraoperativt har teammedlemmarna erfarit stora fördelar när det fanns en beslutsfattande person då detta förhindrade fragmenterad kommunikation mellan de andra teammedlemmarna. Framförallt uttryckte operatören att de kände sig ansvariga för att inta den beslutsfattande positionen. Vid de ingrepp då flera operatörer från olika specialiteter medverkade var det viktigt att veta vem som var den beslutsfattande personen så att all information kunde gå genom samma person, så att det skapades en helhetsbild och att rätt beslut fattades (Gillespie, Gwinner, Chaboyer, & Fairweather, 2013a). Eftersom kommunikation även skedde genom skriftliga dokument förmedlades också betydelsen av en tydlig och kontinuerlig dokumentation som en förutsättning för vårdkvaliteten (Yngman-Uhlin et al., 2016).

För att uppnå god vård påtalade både sjuksköterskor och operatörer betydelsen av intern kommunikation för strukturerade och standardiserade behandlingar, eftersom patientvården måste grunda sig på validerade instrument och riktlinjer (Yngman-Uhlin et al., 2016). Teammedlemmarna upplevde att förbättrad kommunikation och bättre samarbete kunde minska mortaliteten och morbiditeten (Nagpal et al., 2012).

Prospektiv kommunikation har positiva konsekvenser

Betydelsen av prospektiv (framåtblickande) kommunikation framhövdes av både anestesiteamet och det kirurgiska teamet. Anestesisjuksköterskan uppskattade preoperativa dialoger med anestesiologyen där aktuella åtgärdsplaner förmedlades tydligt. Dessa samtal kunde vara korta men anestesisjuksköterskan menade att det var viktigt att ha en gemensam överenskommelse kring eventuella risker och problem redan innan de uppstod (Larsson & Holmström, 2013). Gillespie et al. (2013a) skrev till och med att de preoperativa dialogerna upplevdes absolut

nödvändiga av operationsteamets medlemmar för att etablera gemensamma förståelser. Operationssjuksköterskan uttryckte att en prospektiv dialog med anestesijuksköterskan preoperativt bidrog till ett ömsesidigt samarbete (Sandelin & Gustafsson, 2015). En operatör menade att det var extra viktigt att ha en preoperativ dialog med de andra medlemmarna i operationsteamet, för att skapa gemensamma överenskommelser, inför långa och svåra operationer eller i de fall när han skulle operera tillsammans med nya kollegor som han inte hade träffat eller kände sedan tidigare (Gillespie et al., 2013a).

Intraoperativt användes prospektiv kommunikation framförallt i samband med kirurgiskt svåra moment eller på grund av förändringar i situationen, avseende patientens status eller behov. En operatör beskrev hur han högt pratade sig igenom de kritiska stadierna för att både hjälpa sig själv och för att hålla de andra teammedlemmarna uppdaterade kring processen. Detta bidrog till en gemensam sammanhållning, skapade en överenskommelse kring målen för uppgiften och gjorde operatören mer tillgänglig för hjälp, förslag, råd eller frågor från andra teammedlemmar. De andra teammedlemmarna upplevde operatörens prospektiva kommunikation kring beslut eller förändringar som positiv då det gav dem en möjlighet för att vidta adekvata förberedelser (Gillespie, Gwinner, Fairweather, & Chaboyer, 2013b).

Postoperativt förekom prospektiv kommunikation mellan personalen operationssalen och den vårdenhet som skulle ta över ansvaret för patienten. Anestesijuksköterskan ansåg att det fanns specifika fördelar med att tidigt förbereda intensivvårdsavdelningen (IVA) på patientens ankomst då detta främjade ett gemensamt perspektiv mellan IVA och anestesipersonal. Samtidigt beskrev anestesijuksköterskan en upplevelse av att operationssjuksköterskan inte var införstådd med fördelarna av denna prospektiva kommunikation (McElroy et al., 2015).

Förslag för att nå ändamålsenlig kommunikation

Det fanns en bred, delad uppfattning bland operationsteamets medlemmar att informationsflödet genom hela patientens vårdförlopp behövde förbättras och att de missförstånd som uppstod till följd av bristande kommunikation och informationsöverföring behövde bli färre. Medlemmarna beskrev att all kommunikation och informationsöverföring borde vara strukturerad, organiserad, öppen och effektiv (Nagpal et al., 2012). Ett exempel på när medlemmarna i operationsteamet inte upplevde kommunikationen som ändamålsenligt var i samband med en postoperativ överrapportering på IVA. Den personal som skulle ta över patientansvaret upplevdes vara upptagna med olika arbetsmoment omkring patienten och viktig information som kommunicerades i överrapporteringen nådde inte fram till mottagarna. Vissa teammedlemmar beskrev därför ett behov av att den personal som skulle överta patientansvaret måste frigöras med hjälp av sina kollegor för att kunna medverka i den postoperativa överrapporteringen fullt ut, annars når inte all information fram och tjänar därmed inte heller något syfte (McElroy et al., 2015).

Likaså noterade flera medlemmar från operationsteamet att innehållet i den muntliga överrapporteringen inte alltid innehöll den viktigaste informationen. En anestesijuksköterska beskrev hur överrapporteringen i första hand behandlade alla praktiska detaljer men att det viktigaste var att förmedla vilka potentiella komplikationer och patientrisker som förelåg. Att förmedla vidare denna vägledning ansågs vara viktigt för att främja ett optimalt gensvar för dessa problem (McElroy et al., 2015). Medlemmar i operationsteamet beskrev att det fanns ett behov av att utveckla ett verktyg för standardiserad informationsöverföring samt förbättra journalsystem för att effektivare kommunicera förhandsbedömningar, automatiskt sända ut varningar och visa checklistor för det kirurgiska vårdförloppet. Det ansågs även finnas ett behov av ett centralt informationsregister med all relevant patientinformation som kunde nås vid behov (Nagpal et al., 2012).

Kommunikation som brister

Detta tema presenteras i tre subteman; *Källor till kommunikationsproblem*, *Risker med kommunikationsproblem* och *Kommunikation som hotar patientsäkerheten*.

Källor till kommunikationsproblem

Det uttrycktes av flera medlemmar i operationsteamet att kommunikation inom och mellan team kunde vara bristfällig. Information om patienten som inte förmedlades mellan olika professioner gick förlorad (Nagpal et al., 2012). Ofta ansågs information om patienter vara bristfällig och svår att få tag på (Braaf, Riley, & Manias, 2015; Nagpal et al., 2012). Ibland kunde information om patienters samtycke för insättning av nytt protesmaterial, biopsitagning, operationsförfarandet eller lokaliseringen av operationen saknas i dokumentationen för ingreppet. Detta upplevdes kunna bero på att vissa teammedlemmar antog att informationen redan var känd eller att det inte behövde dokumenteras eller förmedlas till övriga teammedlemmar (Braaf et al., 2015). Teammedlemmar beskrev också att informationen kunde vara svår att få tag i då den dels kunde vara fragmenterad och uppdelad samt att den dels tillhandahölls via olika former av informationskanaler. Exempel på detta var att viss information förmedlades dels muntligt via telefonkontakt och interaktion eller dels via journaler och medicinlistor (Nagpal et al., 2012).

Flera teammedlemmar beskrev hur kommunikation vid överrapporteringar kunde påverkas av flera faktorer. Den postoperativa överrapporteringen beskrevs av vissa teammedlemmar som ostrukturerad, informell och inkonsekvent. Det beskrevs även hur överrapporteringen antingen innehöll för lite och ofullständig information eller hur mottagaren överöstes av information som den inte kunde eller hann bearbeta (Nagpal et al., 2012). Vissa teammedlemmar uttryckte också en oro för hur överrapporteringen försenades på grund av att mottagaren var upptagen med patientarbete som störde vid överrapporteringen. Sådana situationer ledde även till irritation hos avsändaren som ansåg att skillnader i omvårdnadsperspektiv var en orsak till detta (McElroy et al., 2015).

Arbetsmiljön beskrevs av teammedlemmar som den faktor som orsakade flest kommunikationsfel då snabba skiftbyten, stress på arbetsplatsen och brister på administrativt stöd ofta ledde till att informationsöverföring blev bristfällig (Nagpal et al., 2012). Teammedlemmar beskrev även hur arbetsatmosfären kunde ändras och bli mer formell vid närvaro av nya kollegor med utländskt ursprung som hade kraftig dialektal brytning och hur det kunde leda till missförstånd. Missförstånd uppstod bland annat av skillnader i kulturella och språkliga syftningar mellan teammedlemmarna då kollegor med utländskt ursprung kunde missuppfatta budskapet (Clayton, Isaacs, & Ellender, 2016). Teammedlemmar beskrev att frånvaron av tidigare samarbete mellan medlemmar gjorde att medlemmarna tvekade och blev mer reserverade, vilket ledde till att informationsutbytet och yttrandet av bekymmer kunde utebli. Försök för att skapa en gemensam förståelse inom teamet motverkades när medlemmar upplevde frånvaro av respektfull och grundläggande kommunikation inom operationsteamet (Gillespie et al., 2013a). Brister i kommunikation kunde även uppstå när teammedlemmar inte visade hänsyn för andra medlemmars behov och skapade en störande atmosfär inne i operationssalen. När dessa störande atmosfärer uppträdde hölls upplevelsen oftast privat vilket gjorde att omgivningen inte kunde hantera individens behov (Rydenfält, Johansson, Larsson, Åkerman, & Odenrick, 2012). Förmedling och mottagande av information hos teammedlemmarna försämrades kraftigt när medarbetaren var tvungen att lägga mycket fokus på en specifik uppgift, till exempel vid komplicerade moment eller allvarliga situationer under operationen (Rydenfält et al. 2012; Gillespie et al., 2013b).

Risker med kommunikationsproblem

När kommunikationsproblem uppstod fick det ofta konsekvenser. Teammedlemmar uttryckte hur kommunikationsproblem kunde ha en negativ inverkan på dynamiken inom teamet och hur det vidare ledde till stress (Nagpal et al., 2012). När information som förmedlats ut till teammedlemmarna inte längre var aktuell kunde lätt förvirring uppstå. Ett exempel på detta var när tryckta operationsplaner för dagen delades ut men på grund av snabba förändringar av planen blev de tryckta exemplaren lika fort inaktuella och förvirring uppstod bland personalen om vilken operation eller patient som stod på tur samt tider för operationer (Braaf et al., 2015). Teammedlemmar uttryckte hur bristande information om patienten kunde leda till förseningar av undersökningar och behandlingar, exempelvis försenade röntgenundersökningar (Yngman-Uhlin et al., 2016). Brister i informationsöverföring ansågs av teammedlemmarna kunna påverka organisationen genom att det tog tid att reda ut felen och operationer behövde ställas in, vilket i slutändan ansågs kunna leda till högre omkostnader för sjukvården (Nagpal et al., 2012).

Kommunikation som hotar patientsäkerheten

Teammedlemmar ansåg att brister i kommunikation och informationsöverföring direkt eller indirekt kunde hota patientsäkerheten. Medlemmarna beskrev hur patientsäkerheten hotades av brister i dokumentation, exempelvis oläsliga postoperativa ordinationer till följd av otydlig handstil eller oklara läkemedelsordinationer i patientens läkemedelsjournal (Nagpal et al., 2012). Brister i språkförståelse hos teammedlemmar med utländsk bakgrund kunde också leda till att dessa medlemmar inte förstod patienters behov och ansågs av andra teammedlemmar därför inte vara kapabla att ge adekvat vård (Clayton et al., 2016). Ett annat problem var hur brister hos ursprunget för information ibland ledde till att information om patienten inte förmedlades till operationsteamet. Den information som exempelvis kunde utebli var bland annat preoperativ medicinerings eller allergier vilket kunde ha en signifikant påverkan på patientsäkerheten. Teammedlemmar uttryckte även att problem hos patienten oftast inte kommunicerades inom teamet vilket kunde leda till att patienten inte blev optimalt förberedd för operation. Även brister i kommunikation angående operationsstart kunde leda till att viktiga preoperativa kontroller uteblev, vilket potentiellt kunde hota patientsäkerheten ytterligare (Nagpal et al., 2012). Det upplevdes av teammedlemmar hur varierande inställningar mellan olika medlemmar och hur endast en oresonlig teammedlems inställning kunde avskräcka till kommunikation och därmed hota patientsäkerheten (McElroy et al., 2015). När patienter förflyttades inom sjukhuset och träffade på olika professioner i hälso- och sjukvården noterade teammedlemmar även hur ineffektiv kommunikation mellan dessa professioner var en riskfaktor som hotade patientsäkerheten (Yngman-Uhlin et al., 2016).

Kommunikation som uttryck för trygghet i teamet

Detta tema presenteras i tre subteman; *Förtrogenhet främjar kommunikationen*, *Kommunikation för situationsmedvetenhet* och *Kommunikation för att återupprätta trygghet*.

Förtrogenhet främjar kommunikationen

Teammedlemmar beskrev hur lång erfarenhet av att jobba tillsammans med sina kollegor ledde till att kommunikationen förbättrades sinsemellan. Det beskrevs hur en förtrogenhet och en förståelse för andra teammedlemmars kunskaper och färdigheter skapade tillit och effektivt samarbete. Genom icke-verbal kommunikation kunde handlingar koordineras sömlöst och åtgärder utfördes med få gester eller ord (Gillespie et al., 2013a; Sandelin & Gustafsson, 2015). När teammedlemmarna hade lång yrkeserfarenhet samt hade jobbat ihop under lång tid skapades ett konstruktivt samarbete med bland annat icke-verbal kommunikation. Medlemmar kunde kommunicera sina önskemål med ögonkontakt, riktade blickar på föremål eller små gester och

handrörelser till andra medlemmar av teamet som då förstod vad som efterfrågades eller vad som förväntades (Gillespie et al., 2013a).

Kommunikation för situationsmedvetenhet

Under den intraoperativa fasen önskade teammedlemmarna en kontinuerlig kommunikation för att uppmärksamma de kritiska situationer som kan uppstå (Sandelin & Gustafsson, 2015). Det ansågs av teammedlemmarna att en öppen och tydlig dialog samt när information delades kontrollerat, kortfattat och genomtänkt främjade till att skapa situationsmedvetenhet inom teamet, vilket kunde vara avgörande under livshotande eller stressiga situationer. Detta medförde även att teammedlemmar kunde ge lämpliga gensvar på tilltal. Inom exempelvis hjärtkirurgi främjades situationsmedvetenhet genom avsiktligt användande av återupprepande kommunikation för att påvisa att de vidtagna åtgärderna i beslutsfattande var målmedvetna, logiska och överlagda (Gillespie et al., 2013a, 2013b). Genom icke-verbal kommunikation och ögonkontakt mellan teammedlemmarna eller genom att lyssna in konversationerna inom teamet kunde teammedlemmarna skapa sig en uppfattning om bland annat patientens välmående eller operationens progression. Ett sådant beteende ledde till att teammedlemmarna kunde planera framåt och förbereda sig för specifika åtgärder eller förändringar i operationsplanen. De kunde även möta andra teammedlemmars behov vilket fick positiva effekter som att operationerna fortskred smidigare (Gillespie et al., 2013b; Sandelin & Gustafsson, 2015).

Kommunikation för att återupprätta trygghet

Kommunikation inom teamet beskrevs kunna återupprätta tryggheten för både personalen och för patienten. För att den enskilda individen i teamet skulle uppnå en känsla av trygghet kunde den fråga och bekräfta delad information samt använda mentorer att fråga eller rådgöra med (Averlid & Axelsson, 2012; Gillespie et al., 2013a). Det beskrevs av teammedlemmarna hur ett lugnt förhållningssätt från kollegorna skapade en tryggare miljö i stressiga situationer istället för att individer skrek åt andra medlemmar i teamet när de blev stressade (Larsson & Holmström, 2013). Vissa teammedlemmar kunde utnyttja icke-verbal kommunikation inom teamet för att påkalla ytterligare hjälp till en svår operation när exempelvis en kirurg hade problem men själv inte önskade hjälp från en mer erfaren kirurg. Detta genomfördes för att skapa en trygghet för patienten genom att säkerställa dess rätt till professionell kirurgi (Sandelin & Gustafsson, 2015). Trygghet upprättades också när teammedlemmar efterfrågade råd och förslag på åtgärder från andra medlemmar i teamet när de själva hade slut på idéer. Detta medförde att de förfrågade medlemmarna i teamet kände att deras kunskaper och intuitioner värderades (Larsson & Holmström, 2013).

Kommunikation som uttryck för sociala strukturer

Detta tema presenteras i två subteman; *Kollegiala strukturer påverkar kommunikationen* och *Deltagande påverkar kommunikationen*.

Kollegiala strukturer påverkar kommunikationen

Medlemmar i operationsteamet påtalade betydelsen av interprofessionell teamdynamik (McElroy, et al., 2015). De beskrev att det var nödvändigt att ha ett teamarbete där alla kunde uttrycka sina tankar och känslor, vågade delta i och påverka arbetet, gav varandra lämplig feedback samt kände sig bekväma och nöjda (Yngman-Uhlin et al., 2016; Gillespie et al., 2013a; Nagpal et al., 2012). Trots detta beskrev teammedlemmarna hur sociala relationer, regler och normer inte stödde kommunikationen kring de ärenden som togs upp. Det verkade finnas en brist i den sociala infrastrukturen, en kommunikationsgräns som förhindrade förmedlingen av en gemensam förståelse och kunskap om problemet. Likaså förhindrades kommunikation om problem när de faktiskt uppstod (Rydenfält et al., 2012).

Medlemmar i operationsteamet menade att det fanns en nedärvd svårighet att diskutera över underförstådda hierarkiska gränser som var påtagliga inom och mellan de olika professionerna. De beteende som teammedlemmarna ansåg blev påverkade utav de hierarkiska gränserna var deras förmåga att uttrycka oro och yttra sig, hålla fokus, ge stöd och behålla kontrollen över situationen (Gillespie et al., 2013a). Operationssjuksköterskorna beskrev känslor av förödmjukelse när de uppfattade operatörens beteende och kommunikation som respektlös. Sådana situationer ledde hos operationssjuksköterskan till minskat engagemang och känslor av skuld gentemot patienten, eftersom de kände att de inte hade skyddat patienten tillräckligt väl (Sandelin & Gustafsson, 2015). Även de teammedlemmar som ingår i samma profession uttryckte erfarenheter kring de hierarkiska strukturerna i operationssalen. Yngre läkare beskrev en motvilja kring att yttra sina åsikter till mer erfarna läkare inom operationsteamet eftersom de fruktade att de skulle bli nedvärderade eller förminskade, oavsett om de hade rätt eller fel. Mer erfarna läkare bekräftade att de sällan upplevde sig ifrågasatta, däremot ansåg de att andra teammedlemmar måste vara beredda på att påtala eventuella fel (Gillespie et al., 2013a). När de teammedlemmar som betraktades vara högt inom hierarkin öppet påtalade sin osäkerhet kring ett förfarande öppnades kommunikationsgränsen upp och de andra teammedlemmarna kände sig inbjudna till att delge sina idéer kring situationen (Larsson & Holmström, 2013).

Anestesisjuksköterskorna påtalade att de upplevde det viktigt att få återkoppling. Vissa uttryckte att de upplevde kollegial återkoppling samt stöd från sina kollegor som en typ av positiv uppskattning. Att känna sig uppskattad kunde ge självförtroende och motivation till andra uppgifter. Det bidrog även till en god stämning inne på operationssalen. Att bli tilltalad med enkla vänliga fraser som ”vad roligt att vi ska arbeta tillsammans idag” bidrog även till ett gott arbetsklimat och skapade en känsla av samhörighet (Averlid & Axelsson, 2012).

Deltagande påverkar kommunikationen

Medlemmar från operationsteamet rapporterade att det kirurgiska teamet sällan närvarande i samband med den postoperativa överrapporteringen. Detta medförde att viktig information beträffande kirurgiska detaljer inte formellt förmedlades (Nagpal et al., 2012). Anestesteamet upplevde ett bristande engagemang i det kirurgiska teamet beträffande överrapporteringen till IVA. Ändå betraktades en fysisk närvaro av operatören och anesthesiologen som avgörande för att uppnå en effektiv kommunikation vid överrapportering (McElroy et al., 2015). När ingen direkt verbal kontakt mellan patientansvarig vårdpersonal ägde rum beskrev medlemmarna i operationsteamet att kommunikationsfel kunde inträffa (Braaf et al., 2015).

Kommunikation vid konflikter

Detta tema presenteras i två subteman; *Konflikthantering* och *Konsekvenser vid konflikter*.

Konflikthantering

Medlemmarna i operationsteamet beskrev att det ibland uppstod konflikter inom teamet. Operationssjuksköterskorna beskrev att de hanterade operatörens okontrollerade, aggressiva utbrott med olika strategier (Sandelin & Gustafsson, 2015). En strategi var att bli tyst och formel. En annan strategi var att bli distanserad och att endast kommunicera vid tilltal, istället valde operationssjuksköterskan att fokusera på handlingar för att säkra patientsäkerheten. En tredje strategi var att konfrontera sin medarbetare med en tydlig tillrättavisning. Operationssjuksköterskorna upplevde att en konfrontation bidrog med att lugna ner operatören, åstadkom en lugnare stämning inom hela teamet samt återupprättade patientsäkerhet. När patienten var vaken beskrev operationssjuksköterskorna att de ville förhindra all argumentation inom teamet för att skydda patienten (a.a.). I en annan studie beskrevs konfrontering som en

dialog där kollegorna förklarade sina synsätt och vänligt bestred den andra kollegans olämpliga beteende (Rogers et al., 2013).

Ibland hanterades konflikten genom att de involverade medvetet övergick till en viss typ av kommunikation där de förklarade sin analys och planerade det fortsatta förfarandet tillsammans med de andra teammedlemmarna. Kirurgerna upplevde att denna kommunikation saktade ner den kirurgiska processen, men både operatörerna och sjuksköterskorna uttryckte att de uppskattade denna typ av konflikthantering. Sjuksköterskorna uttryckte också att de uppskattade när detaljer kring konflikten kommunicerades och det fanns önskemål om att alla parter skulle lyssnas in och få ett erkännande i konflikten (Rogers et al., 2013).

Konsekvenser vid konflikter

Konflikter inom operationsteamet medförde konsekvenser på både personnivå och systemnivå. De personliga konsekvenserna innefattade upplevelser av ökad stress, frustration och distraktion från patientvården. Konsekvenserna på systemnivå innefattade förlängd operationstid, uppkomst av förseningar och minskad kommunikation mellan teammedlemmarna (Rogers et al., 2013). En annan studie visade att den tryckta stämningen som uppkom i operationssalen på grund av en uttalad konflikt försämrade teamets gemensamma prestation (Sandelin & Gustafsson, 2015). Att upprätthålla lugnet i samband med en konflikt och kontrollera sina yttre uttryck av känslor ledde till ett mer patientfokuserat arbete för teammedlemmarna, sjuksköterskorna uppfattade detta beteende som en indikation på kirurgisk kompetens (Rogers et al., 2013).

Diskussion

Metoddiskussion

Författarna valde att göra en systematisk litteraturstudie för att besvara studiens syfte. En systematisk litteraturstudie är en lämplig metod för att skapa en översikt över tidigare forskning (Friberg, 2017). Undersökningsområdet bestod av tidigare dokumenterad kunskap och författarna ställde sina frågor till litteraturen istället för till studiedeltagare (Forsberg & Wengström, 2016). I föreliggande litteraturstudie var syftet att belysa operationsteamets erfarenheter av kommunikation perioperativt. Kvalitativa studier kan ge en djupare förståelse av deltagarnas upplevelser, erfarenheter, känslor och tankar genom att i den muntliga intervjun ta upp följdfrågor baserade på deltagarnas tidigare svar (a.a.). Därför ansåg författarna att kvalitativa studier bäst svarade på studiens syfte och inkluderade enbart denna typ av forskning. Willman et al. (2016) menar att omvårdnadsarbetet skall ha sin grund i aktuell forskning och påtalar även att sjukvården ständigt förändras. Datainsamlingen till föreliggande litteraturstudie begränsades till fem år för att uppfylla kravet om aktuell forskning men även för att generera ett hanterbart sökresultat (antal artiklar att läsa och inkludera i studien). Den systematiska sökningen genererade i att sju artiklar inkluderades till analysen. För att utöka datainsamlingen ytterligare genomfördes även manuella sökningar utifrån artiklars referenslistor. Sekundärsökningar användes i sökprocessen för att inte riskera att ytterligare god forskning förbises (Willman et al., 2016). Författarna är medvetna om att ett ökat tidsintervall troligen hade genererat i fler systematiska träffar att inkludera i studien, men detta hade troligen också resulterat i ett stort och icke hanterbart sökresultat.

Ett vanligt inklusionskriterium för litteraturstudier kan vara studier som har blivit peer-reviewed, det vill säga att studien har blivit granskade av individer som är insatta i ämnet för att säkerställa att resultat och slutsatser stämmer överens med verkligheten (Polit & Beck, 2016). Detta genomförs för att lättare säkerställa trovärdigheten i sin studie då man använder studier som har en säkerställd kvalitet. Polit & Beck (2008) säger även att till en systematisk litteraturstudie bör

man hitta så många relevanta studier som möjligt som svarar till syftet och att man senare kan hantera studiers metodiska svagheter. Därför valde författarna att inte ha peer-reviewed som ett inklusionskriterium och valde ut artiklar som ansågs hålla en hög kvalitet efter kvalitetsgranskning.

Vid datainsamlingen begränsades sökningen till artiklar som publicerats på engelska eftersom författarna enbart ansåg sig ha tillräckligt goda språkkunskaper för att kunna hantera engelska studier på ett tillförlitligt sätt. Vid översättning nyttjades ordböcker och datorprogram som hjälp för att minska risken för feltolkning. Vid osäkerhet diskuterade författarna fram en innebörd som ansågs stämma överens med det engelska budskapet. Trots detta kan författarna inte helt utesluta förekomsten av felaktiga översättningar eller tolkningar.

Willman et al. (2016) menar att indexord som MESH-termer och Cinahl headings ger sökningen mer precision. Samtidigt påtalar Kristensson (2014) att dessa kan vara begränsande genom att de i jämförelse med fritextsökningar genererar ett mindre urval. Därav beslutade författarna att använda både indexord och fritextord. Sökningarna utfördes i två olika databaser, PubMed och Cinahl, eftersom detta ökar möjligheten för att finna relevant forskning (Kristensson, 2014; Polit & Beck, 2016). Dessa två databaser valdes eftersom de är särskilt användbara för omvårdnadsforskning (Polit & Beck, 2016). Genom att söka efter artiklar i flera databaser som har ett tydligt omvårdnadsfokus ökar studiens trovärdighet (Henricson, 2012). Den booleska termen NOT nyttjades aldrig under studiens systematiska sökningar då författarna inte fick träffar på ett ämne som behövde exkluderas.

Granskningen av artiklarna genomfördes med hjälp av granskningsmall från SBU (Bilaga 2) för att säkerställa artiklars kvalitet och därmed styrka litteraturstudiens egen trovärdighet (Polit & Beck, 2016; Wallengren & Henricson, 2012). Artiklarna granskades enskilt av båda författarna vilket sedan diskuterades för att skapa en gemensam överenskommelse över artiklarnas kvalitet, detta styrker ytterligare trovärdigheten (Friberg, 2017). I studien användes bara artiklar som ansågs hålla hög kvalitet vilket ger hög trovärdighet för data. Denna trovärdighet för data överförs till den aktuella litteraturstudien och ger goda förutsättningar för resultatets trovärdighet (Polit & Beck, 2016).

I denna litteraturstudie har samtliga teman skapats utifrån en analys som grundas på två eller fler artiklar. Detta ger en variation i temana och författarna visar på en pålitlighet av den informationen som presenteras i resultatet (Henricson, 2012; Polit & Beck, 2016; Wallengren & Henricson, 2012). Pålitligheten av denna studie styrks av att författarna har genomfört en systematisk sökning av artiklarna och presenterat sökord och tillvägagångssätt för sökningen vilket gör att den är reproducerbar (a.a.). Däremot har författarna även använt sig av manuella sökningar av vilket inte är reproducerbart då författarna inte redogör för vilka söksätt som använts eller vilka artiklar som har utnyttjats för den manuella sökningen.

I studien har författarna belyst teammedlemmars erfarenheter av kommunikation. Det valda teamet var operationsteamet som jobbar i en tätt sammansatt grupp med många olika professioner som har olika kunskaper och ansvarsområden. Resultatet som presenterats i studien visade på fördelar med bra kommunikation och även konsekvenser med dålig kommunikation. Dessa fynd ansåg författarna vara överförbara till andra områden inom sjukvården där olika professioner samarbetar och strävar för att uppnå gemensamma mål. Delar av resultatet kan även appliceras på andra verksamhetsområden där kommunikation mellan teammedlemmar är av vikt för att skapa en gemensam förståelse och en bra arbetsmiljö för samtliga medarbetare.

Resultatdiskussion

De huvudfynd som är framträdande i studiens resultat anser författarna är koncentrerade till temana *Kommunikation som har ett tydligt syfte*, *Kommunikation som brister*, *Kommunikation som uttryck för sociala strukturer* och *Kommunikation som uttryck för trygghet i teamet*. Temat *Kommunikation som har ett tydligt syfte* visar på teammedlemmarnas erfarenheter av hur effektiv och prospektiv kommunikation ger goda resultat för samarbetet inom teamet samt bidrar med att skapa en patientsäker vård. Temat *Kommunikation som brister* synliggörs vad teammedlemmarna identifierar som orsaker till kommunikationsfel och brister vid kommunikation samt hur dessa fel och brister påverkar arbetet och i slutändan hotar patientsäkerheten. Under temat *Kommunikation som uttryck för sociala strukturer* presenteras teammedlemmarnas erfarenheter av hur sociala relationer, underförstådda hierarkiska gränser och rådande normer påverkar kommunikationen inom operationsteamet. Under temat *Kommunikation som uttryck för trygghet i teamet* presenteras fynd som beskriver hur teammedlemmarnas förtroendet med varandra främjar både samarbetet och kommunikationen.

Teammedlemmarna beskriver erfarenheter av hur effektiv kommunikation är en avgörande faktor för att ge en god vård. Gillespie, Chaboyer, Longbottom och Wallin (2010b) bekräftar att effektiv kommunikation är avgörande vid kirurgi för att uppnå ett optimalt utbyte av information och förbättra beslutsfattandet. Strukturerade kommunikationsmetoder, såsom preoperativa och postoperativa genomgångar, möjliggör utvecklingen av gemensamma förståelser i den kliniska miljön (a.a.). Nundy et al. (2008) fann i sin studie att förseningar av operationer minskade med 31 % efter införandet av preoperativa rapporter inom operationsteamet. Detta kan medföra en förbättrad vårdkvalitet och ökad patientsäkerhet samtidigt som kostnaderna sänks och en mer fördelaktig och förutsägbar arbetsmiljö skapas. Nundy et al. (2008) beskriver att minskade operationsförseningar kan generera en ökad kirurgisk kapacitet. När fler operationer kan utföras under dagtid, då rätt expertis finns lättillgänglig, minskar antalet operationer som utförs nattetid av eventuellt mer obekanta operationsteam. På så sätt kan en ökad patientsäkerhet åstadkommas (a.a.). Fler studier styrker att preoperativa och postoperativa rapporter förbättrar patientsäkerheten (Makary et al., 2006b; DeFontes & Surbida, 2004; Lingard et al., 2008). Ett sätt att naturligt implementera pre- och postoperativa rapporter i det kliniska arbetet på operationssalen är att följa specifika kirurgiska checklistor, såsom exempelvis WHO:s checklista för säker kirurgi eller SURPASS (Surgical Patient Safety System). En tidigare litteraturstudie visar att införandet av en av dessa checklistor har goda resultat för att minska patientens morbiditet och mortalitet till följd av kirurgiska ingrepp (Treadwell, Lucas, & Tsou, 2014)

I resultatet påvisas flera olika faktorer till varför kommunikationsfel och brister i kommunikationen uppstår. Information om patienter upplevs av teammedlemmarna vara fragmenterad och svår att få tag i då den förmedlas genom olika kanaler. Det beskrivs även hur överrapportering mellan team upplevs undermålig och innehåller för lite information. Lingard et al. (2004) visar i sin studie att ca 35 % av alla kommunikationsbrister inom operationsteamet berör utebliven eller felaktig information. Nagpal et al. (2013) beskrev hur undermålig kommunikation bidrar till fler missförstånd och förtydligar hur viktigt teamarbetet är för att informationsöverföringen skall hålla en god kvalitet. I bakgrunden beskrivs hur vanligt det kan vara med kommunikationsbrister inom hälso- och sjukvården samt hur kommunikationen inom operationsteamet är en komplex och utmanande uppgift. Sexton et al. (2006) beskriver att sjuksköterskor och läkare redan under sin grundutbildning lär sig att kommunicera på olika sätt. Sjuksköterskor tränas till att förmedla patientens historia medan läkare tränas till att förmedla "huvudrubrikerna" (a.a.). En standardiserad rapporteringsmall såsom SBAR är ett effektivt verktyg för att överbygga dessa skillnader i kommunikationsstilar. Mallen ger kommunikationen en gemensam och förutsägbar struktur och hjälper de involverade till att "uppleva samma film"

(Leonard, Graham, & Bonacom, 2004). Catchpole et al. (2007) och Nagpal et al. (2013) påvisar att implementering av utarbetade rapporteringsmallar vid överrapportering minskar antalet tekniska fel och utelämnad information signifikant. Catchpole et al. (2007) visar även att genomsnittstiden för överrapportering förkortas från 10.8 minuter till 9.4 minuter efter implementeringen. Studien beskriver även hur hela teamets prestationer förbättras efter implementeringen av en överrapporteringsmall. Russ, Rout, Sevdalis, Moorthy och Darzi (2013) anser att en rapporteringsmall kan förbättra både det observerade och upplevda samarbetet och kommunikationen inom teamet.

Teammedlemmarna i operationsteamet upplever att bristande kommunikation kan ha effekt på vården för patienterna och i vissa fall hota patientsäkerheten. Exempel på detta är när patienter missar eller får försenade undersökningar/behandlings eller när viktig information om patienten gick förlorad, som var väsentlig för patientens fortsatta vård. Christian et al. (2016) visar i en studie att 86 % av alla uppkomna kommunikationsbrister påverkade vårdförloppet med förseningar, ökad arbetsbörda och ovisshet bland operationsteamets medlemmar. Studien påtalade att överflyttningen av patienter mellan olika vårdenheter var ett extra utsatt tillfälle för uppkomst av kommunikationsbrister (a.a.). I bakgrunden beskrivs det enligt patientsäkerhetslagen hur vårdgivaren har en skyldighet att vidta de åtgärder som krävs för att förebygga vårdskador, implementering av ett standardiserat kommunikationsverktyg bör anses som en sådan åtgärd. Catchpole et al. (2007) och Nagpal et al. (2013) visar att en rapporteringsmall för överrapporteringar bidrar till att minska antalet missförstånd som kan uppstå och därmed leder till en förbättrad patientsäkerhet. En annan studie visar att genom ett standardiserat kommunikationsverktyg och rapportering ansikte-till-ansikte till personal på operationsavdelningen ger ett mer standardiserat informationsinnehåll och ökar säkerheten (Caruso, Marquez, Gipp, Kelleher, & Sharek, 2017). Teamarbete beskrivs som en väsentlig faktor för patientsäkerheten (Bleakley, Hobbs, Boyden, & Walsh, 2004). CRM beskrivs i bakgrunden som en metod för teamträning där icke-tekniska färdigheter, som exempelvis kommunikation och samarbete, tränas och förstärks inom teamet för att arbetet ska bli mer effektivt och säkerställa patientsäkerheten. Wakeman och Langham Jr (2018) beskriver i sin litteraturöversikt hur CRM anpassades till hälso- och sjukvården som en metod för att uppmuntra och främja patientsäkerheten och samarbetet inom teamet. Det beskrivs vidare hur sådan teamträning kan bidra till att förbättra dynamiken inom teamet och främja en gemensam uppfattning kring patientsäkerhet (a.a.). Halverson et al. (2009) kommer i sin studie fram till att teamträningar förbättrade uppfattningen av samarbetet inom teamet samt att teamet upplevde att samarbetet förbättrades genom bland annat preoperativa genomgångar. McCulloch et al. (2009) visar hur teamträning signifikant kan förbättra teamets icke-tekniska färdigheter och hur det ledde till att attityder till patientsäkerheten förbättras. I Imogene Kings (1981) begreppsram beskrivs att kommunikation mellan professioner är essentiell för säker och effektiv vård samt är en vital faktor för professionell omvårdnad.

I resultatet framgick teammedlemmarnas beskrivningar av hur ett öppet förhållningssätt är nödvändigt för att främja ett gott teamarbetet, vilket även beskrivs i studiens bakgrund. Däremot beskrev flera teammedlemmar också en avsaknad av ett öppet arbetsklimat på grund av befintliga underförstådda, hierarkiska gränser som förhindrade kommunikationen inom operationsteamet. Detta paradoxala fenomen styrks av tidigare studier. Edmondson (2003) beskriver att en öppen dialog kan uppbära idéer, förslag och nya innovativa förfarande som förbättrar teamprocessen. Denna öppenhet kan däremot vara utmanande att uppnå för de team som innehåller flera olika professioner, eftersom skillnader i status, språk, utbildning och normer kan utgöra hinder för kommunikationen (a.a.). Leonard, Graham och Bonacum (2004) beskriver att hierarki och maktskillnader frekvent hämmar människor från att uttala sina åsikter. För att motverka dessa tendenser menar Sutcliffe (2011) att det är viktigt att skapa en respektfull interaktion mellan

teammedlemmarna. Det är en kombination av förtroende, ärlighet och självrespekt som ökar sannolikheten för att andra teammedlemmar ska våga tala om rådande problem, dela sina perspektiv och ställa frågor om andra teammedlemmars tolkningar. När en respektfull interaktion inom teamet saknas uteblir oftast denna typ av kommunikation, antingen på grund av att de inte tror att deras talan kommer att medföra någon skillnad eller för att de är rädda för att deras uttalande kan skada deras bild eller relation med den överordnad (a.a.). Effektiva teamledare kan jämna ut dessa hierarkiska strukturer, skapa en känsla av förtrogenhet och därmed bjuda in andra teammedlemmarna till att våga delta i både arbetet och samtalet (Leonard, Graham, & Bonacom, 2004; Edmondson, 2003). Bleakley, Boyden, Hobbs, Walsh och Allard (2006) menar att en bristande respekt inom operationsteamet främjar hierarkiska strukturer som anses hämma ett öppet förhållningssätt och bidra till bristande kommunikation.

Enligt Imogene King (1981) är brist på kommunikation i sjukhusmiljön ett stort problem eftersom det är via kommunikationen som gruppen kommer överens om hur de gemensamma målen ska uppnås. King beskriver mellanmänsklig kommunikation som en komplex process som ökar i komplexitet desto större gruppen blir (a.a.). En komplexitet som enligt Edmondson (2003) anses öka ytterligare när individer från olika professioner kommunicerar med varandra. Svårigheterna kring att kommunicera inom operationsteamet speglas i studiens resultat där medlemmarna uttryckte en motvilja kring att uttala sina åsikter på grund av en rädsla för ett eventuellt kränkande bemötande. Sutcliffe (2011) och Bleakley et al. (2006) uttrycker vikten av att skapa en respektfull interaktion inom operationsteamet vilket även återspeglas i studiens resultat där operationssjuksköterskan beskriver känslor av förödmjukelse när kirurgens kommunikation upplevdes som respektlös.

Teammedlemmarna beskrev hur de med hjälp av icke verbal kommunikation koordinerade sina handlingar sömlöst. Icke verbal kommunikation används i flera olika syften, för att inhämta viktig information, skapa en situationsmedvetenhet och återupprätta trygghet. Benner (1993) beskriver icke verbal kommunikation som ett fenomen som förekommer mellan erfaren vårdpersonal som litar på varandra, förstår varandras handlingar och är överens utan speciella klargöranden. Detta kallar Benner för "maximer" och innefattar ett typ av språk där medarbetarna ger varandra kryptiska instruktioner. Detta fungerar endast om medarbetarna har en djup förståelse för den aktuella situationen (a.a.). Bleakley, Allard och Hobbs (2013) beskriver att andra teammedlemmar inte bör invigas i denna tysta kommunikation eller tysta kunskap. För att alla teammedlemmar ska förstå och kunna hålla sig uppdaterade kring situationen måste kommunikationen ske verbalt (a.a.). Freischlag (2012) jämför miljön i operationssalen vid en dans, det krävs att fler ord om dina danssteg kommuniceras om du har en obekant partner. Likaså regleras dansens tempo utav teammedlemmarnas förtrogenhet med varandra och proceduren kan initialt bli långsammare (a.a.). King (1981) beskriver att icke-verbal kommunikation förmedlar ett meddelande genom gester, beröring, förändringar i ögats pupill och variationer av kroppsrörelser. Denna kommunikation betyder olika saker för olika personer i olika situationer. Kommunikation är något personligt eftersom varje person är annorlunda (a.a.).

Konklusion och implikationer

Denna studie har utifrån operationsteamets erfarenheter av kommunikation kunnat konstatera olika faktorer som främjar eller hämmar kommunikationen perioperativt. De faktorer som anses främja kommunikationen är öppenhet, förtrogenhet, respekt och struktur. Faktorer som huvudsakligen hämmar kommunikationen är fragmenterad information, arbetsmiljö, hierarki och konflikter. Hur kommunikationen påverkas utav dessa faktorer får konsekvenser för hur väl operationsteamet samarbetar och strävar mot gemensamma mål som i nästa led kan påverka patientsäkerheten.

Författarna föreslår att all hälso- och sjukvårdspersonal inte enbart bör utbildas teoretiskt kring de standardiserade kommunikationsverktygen, utan att personalen även bör utbildas och tränas praktiskt. Detta kan generera en trygghet för att använda mallarna i den kliniska verksamheten. Optimalt vore om en sådan praktisk träning skulle ledas utav en utomstående med specifika kunskaper kring strukturerad kommunikation.

Resultatet i studien kan användas i den kliniska verksamheten för att göra medlemmarna i operationsteamet mer medvetna om hur kommunikationen perioperativt kan optimeras. Genom en förbättrad kommunikation kan både operationsteamets effektivitet och prestanda höjas och en mer patientsäker vård genereras.

Referenser

- Alfredsdottir, H., & Bjornsdottir, K. (2007). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 29-37. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x
- Averlid, G., & Axelsson, S. B. (2012). Health-Promoting Collaboration in Anesthesia Nursing: A Qualitative Study of Nurse Anesthetists in Norway. *AANA Journal*, 80(4), ss. 74-80.
- Bäckström, G. (2012). Operationssjuksköterskans profession. i G. M. Dävöj, P. H. Eide, & I. Hansen, *Operationssjukvård - operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad* (ss. 29-45). Lund: Studentlitteratur.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert - mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Bleakley, A., Allard, J., & Hobbs, A. (2013). 'Achieving ensemble': communication in orthopaedic surgical teams and the development of situation awareness—an observational study using live videotaped examples. *Advances in Health Sciences Education*, 18(1), pp. 33-56. doi:10.1007/s10459-012-9351-6
- 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), pp. 461 – 470. doi:10.1080/13561820600921915
- Bleakley, A., Hobbs, A., Boyden, J., & Walsh, J. (2004). Safety in operating theatres: Improving teamwork through team resource management. *Journal of Workplace Learning*, 16(1/2), 83-91. doi:10.1108/13665620410521549
- Braaf, S., Manias, E., & Riley, R. (2011). The role of documents and documentation in communication failure across the perioperative pathway. *International Journal of Nursing Studies*, 48(8), ss. 1024-1038. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.05.009
- Braaf, S., Riley, R., & Manias, E. (2015). Failures in communication through documents and documentation across the perioperative pathway. *Journal of Clinical Nursing*, 24(13/14), pp. 1874-1884. doi:10.1111/jocn.12809
- Caruso, T. J., Marquez, J. L., Gipp, M. S., Kelleher, S. P., & Sharek, P. J. (2017). Standardized ICU to OR handoff increases communication without delaying surgery. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 30(4), 304-311. doi:10.1108/IJHCQA-02-2016-0015
- Catchpole, K. R., De Leval, M. R., McEwan, A., Pigott, N., Elliott, M. J., McQuillan, A., . . . Goldman, A. J. (2007). Patient handover from surgery to intensive care: using Formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality. *Pediatric Anesthesia*, 17(5), 470-478. doi:10.1111/j.1460-9592.2007.02239.x
- Christian, C. K., Gustafson, M. L., Roth, E. M., Sheridan, T. B., Gandhi, T. K., Dwyer, K., . . . Dierks, M. M. (2016). A prospective study of patient safety in the operating room. *Surgery*, 139(2), 159-173. doi:10.1016/j.surg.2005.07.037
- Clayton, J., Isaacs, A. N., & Ellender, I. (2016). Perioperative nurses' experiences of communication in a multicultural operating theatre: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, pp. 7-15. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.02.014

- DeFontes, J., & Surbida, S. (2004). Preoperative Safety Briefing Project. *The Permanente Journal*, 8(2).
- Dwyer, K. (2003). Surgery-related claims and the systems involved. *The Journal of Medical Practice Management*, 18(6), pp. 332-336.
- Edmondson, A. C. (2003). Speaking up in the operating room: how team leaders promote learning in interdisciplinary action teams. *Journal of Management Studies*, 40(6), ss. 1419-1452.
- Elfström, J., Nilsson, L., & Sturnegk, C. (2009). Sjukvårdens händelseanalyser bör skärpas och involvera läkare. *Läkartidningen*, 106(48), 3262-3267.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Freischlag, J. A. (2012). The operating room dance. *BMJ Quality & Safety*, 21(1), pp. 1-2.
- Frey, M. A., Sieloff, C. L., & Norris, D. M. (2002). King's Conceptual System and Theory of Goal Attainment: Past, Present, and Future. *Nursing Science Quarterly*, 15(2), 107-112.
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Gawande, A. A., Zinner, M. J., Studdert, D. M., & Brennan, T. A. (2003). Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery*, 133(6), ss. 614-621.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., & Fairweather, N. (2012). Interruptions and misscommunications in surgery: an observational study. *AORN Journal*, 95(5), 576-590. doi:10.1016/j.aorn.2012.02.012
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., & Murray, P. (2010a). Enhancing communication in surgery through team training interventions: a systematic literature review. *AORN Journal*, 92(6), pp. 642-657.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Longbottom, P., & Wallis, M. (2010b). The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), pp. 732-741.
- Gillespie, B. M., Gwinner, K., Chaboyer, W., & Fairweather, N. (2013a). Team communications in surgery – creating a culture of safety. *Journal Of Interprofessional Care*, 27(5), pp. 387-393. doi:10.3109/13561820.2013.784243
- Gillespie, B. M., Gwinner, K., Fairweather, N., & Chaboyer, W. (2013b). Building shared situational awareness in surgery through distributed dialog. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6, pp. 109-118. doi:10.2147/JMDH.S40710
- Gustafsson, B. Å., Kelvered, M., & Sandersen, V.-a. (2012). Dokumentation av operationssjukvård. i G. M. Dåvöj, P. H. Eide, & I. Hansen, *Operationssjukvård - Operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad* (ss. 365-408). Lund: Studentlitteratur.
- Haddleton, E. (2016). *Teamarbete och kommunikation*. Hämtat från Vårdhandboken: <http://www.vardhandboken.se/Texter/Teamarbete-och-kommunikation/Crew-Resource-Management-CRM/> den 04 December 2017

- Halverson, A. L., Andersson, J. L., Anderson, K., Lombardo, J., Park, C. S., Rademaker, A. W., & Moorman, D. W. (2009). Surgical Team Training The Northwestern Memorial Hospital Experience. *Archives of Surgery, 144*(2), 107-112. doi: 10.1001/archsurg.2008.545
- 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. doi:10.1016/j.surg.2010.07.051
- Hefner, J. L., Hilligoss, B., Knupp, A., Bournique, J., Sullivan, J., Adkins, E., & Moffat-Bruce, S. D. (2017). Cultrual transformation after implementaion of Crew Resource Management: Is it really possible? *American Journal of Medical Quality, 32*(4), 384-390. doi:10.1177/1062860616655424
- Henricson, M. (2012). Diskussion. i M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig terori och metod* (ss. 471-479). Lund: Studentlitteratur.
- Hu, Y.-Y., Arriaga, A. F., Peyre, S. E., Corso, K. A., Roth, E. M., & Greenberg, C. C. (2012). Deconstructing intraoperative communication failures. *Journal of Surgical Research, 177*(1), pp. 37-42.
- Johnson, H. L., & Kimsey, D. (2012). Patient safety: break the silence. *AORN Journal, 95*(5), 591-601. doi:10.1016/j.aorn.2012.03.002
- Kane, L. H., Reining, K. M., & Wilson, L. B. (2000a). Preoperative Nursing Management. i S. G. Smeltzer, & B. G. Bare (Red.), *Textbook of Medical-Surgical Nursing* (ss. 313-328). Philadelphia: Lippincott.
- Kane, L. H., Reining, K. M., & Wilson, L. B. (2000b). Intraoperative Nursing Management. i S. C. Smeltzer, & B. G. Bare (Red.), *Textbook of Medical-Surgical Nursing* (ss. 329-346). Philadelphia: Lippincott.
- Karlsson, E. (2012). Informationssökning. i M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing - systems, concepts, process*. New York: Wiley.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Larsson, J., & Holmström, I. K. (2013). How excellent anaesthetists perform in the operating theatre: a qualitative study on non-technical skills. *British Journal of Anaesthesia, 110*(1), pp. 115-121.
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacom, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality & Safety in Health Care, 13*(1), pp. 85-90. doi:10.1136/qshc.2004.010033
- Lindh, M., & Sahlqvist, L. (2012). *Säker vård: Att förebygga skador och felbehandlingar inom vår doch omsorg*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G. R., Reznick, R., . . . Grober, E. (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & Safety in Health Care, 13*, pp. 330-334.
- Lingard, L., Regehr, G., Orser, B., Reznick, R., Baker, R. G., Doran, D., . . . Whyte, S. (2008). Evaluation of a Preoperative Checklist and Team Briefing Among Surgeons, Nurses

- and Anesthesiologists to Reduce Failures in Communication. *Archives of Surgery*, 143(1), 12-17. doi:10.1001/archsurg.2007.21.
- Makary, M. A., Sexton, B. J., Freischlag, J. A., Holzmueller, C. G., Millman, A. E., Rowen, L., & Pronovost, P. J. (2006a). Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American College of Surgeons*, 202(5), pp. 746-752.
- Makary, M. A., Sexton, B., Freischlag, J. A., Millman, A. E., Pryor, D., Holzmueller, C., & Pronovost, P. J. (2006b). Patient Safety in Surgery. *Annals of Surgery*, 243(5), pp. 628–635.
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- McCulloch, P., Mishra, A., Handa, A., Dale, T., Hirst, G., & Catchpole, K. (2009). The effects of aviation-style non-technical skills training on technical performance and outcome in the operating theatre. *Quality & Safety in Health Care*, 18(2), 109-115. doi:10.1136/qshc.2008.032045
- McElroy, L. M., Macapagal, K. R., Collins, K. M., Abecassis, M. M., Holl, J. L., Ladner, D. P., & Gordon, E. J. (2015). Clinician perceptions of operating room to intensive care unit handoffs and implications for patient safety: a qualitative study. *The American Journal of Surgery*, 210(4), pp. 629-635. doi:10.1016/j.amjsurg.2015.05.008
- Mills, P., Neily, J., & Dunn, E. (2008). Teamwork and communication in surgical teams: implications for patient safety. *Journal of the American College of Surgeons*, 206(1), pp. 107-112.
- Moffatt-Bruce, S. D., Hefner, J. L., Mekhjian, H., McAlearney, J. S., Latimer, T., Ellison, C., & Scheck McAlerney, A. (2017). What is the return on investment for implementation of a Crew Resource management program at a academic medical center? *American Journal of Medical Quality*, 32(1), 5-11. doi:10.1177/1062860615608938
- Nagpal, K., Abboudi, M., Manchanda, C., Vats, A., Sevdalis, N., Bicknell, C., . . . Moorthy, K. (2013). Improving postoperative handover: a prospective observational study. *The American Journal of Surgery*, 206(4), 494-501. doi:10.1016/j.amjsurg.2013.03.005
- Nagpal, K., Arora, S., Vats, A., Wong, H. W., Sevdalis, N., Vincent, C., & Moorthy, K. (2012). Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: interview study. *BMJ Quality & Safety*, 21(10), pp. 843-849. doi:10.1136/bmjqs-2012-000886
- Nilsson, B., & Waldermarson, A.-K. (2007). *Kommunikation: Samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur.
- Nundy, S., Mukherjee, A., Sexton, B., Pronovost, P. J., Knight, A., Rowen, L. C., . . . Makary, M. A. (2008). Impact of Preoperative Briefings on Operating Room Delays. *Archives of Surgery*, 143(11), pp. 1068-1072.
- Patientdatalag. (SFS 2008:355). Hämtat den 11 Oktober 2017 från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355
- Patientsäkerhetslag. (SFS 2010:659). Hämtat den 11 Oktober 2017 från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

- Peate, I. (2015). Principles of surgical care: preoperative care. *British Journal of Healthcare Assistants*, 9(8), 380-385.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2011a). *Kompetensbeskrivning För legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård*. Hämtat den 15 Mars 2018 från Riksföreningen för operationssjukvård: <http://www.rfop.se/media/1254/kompbeskrivning.pdf>
- Riksföreningen för operationssjukvård. (2011b). *Definitioner till kompetensbeskrivning*. Hämtat den 18 April 2018 från Riksföreningen för operationssjukvård: <http://www.rfop.se/media/1190/definitioner.pdf>
- Riksföreningen för operationssjukvård. (2016). *Riksföreningen anser och rekommenderar om operationssjuksköterskans specialistkompetens för patientsäker vård i operationsrummet*. Hämtat från Riksföreningen för operationssjukvård: <http://www.rfop.se/media/1921/rfop-anser-2016.pdf> den 10 Oktober 2017
- Rogers, D. A., Lingard, L., Boehler, M. L., Espin, S., Mellinger, J. D., Schindler, N., & Klingensmith, M. (2013). Surgeons managing conflict in the operating room: defining the educational need and identifying effective behaviors. *The American Journal of Surgery*, 205(2), pp. 125-130. doi:10.1016/j.amjsurg.2012.05.027
- Rosberg, S. (2012). Fenomenologi. i M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpa kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 109-133). Lund: Studentlitteratur.
- Russ, S., Rout, S., Sevdalis, N., Moorthy, K., & Darzi, A. (2013). Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. *Annals of Surgery*, 258(6), 856-871. doi:10.1097/SLA.0000000000000206
- Rydenfält, C., Johansson, G., Larsson, P. A., Åkerman, K., & Odenrick, P. (2012). Social structures in the operating theatre: how contradicting rationalities and trust affect work. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), pp. 783-795. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05779.x
- Sandberg, H. (2004). *Arbetsklimat och teamarbete - Slutrapport i projektet Arbetsklimat och problemlösning*. Mälardalens Högskola. Eskilstuna: Centrum för Välfärdsforskning.
- Sandberg, H. (2006). *Det goda teamet*. Lund: Studentlitteratur.
- Sandberg, H. (2010). The concept of collaborative health. *Journal of Interprofessional Care*, 24(6), ss. 644-652. doi:10.3109/13561821003724034
- Sandelin, A., & Gustafsson, B. Å. (2015). Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(3), pp. 179-185. doi:10.1177/0107408315591337
- Schiff, L., Tsafir, Z., Aoun, J., Taylor, A., Theoharis, E., & Eisenstein, D. (2016). Quality of Communication in Robotic Surgery and Surgical Outcomes. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 20(3), e2016.00026. doi:10.4293/JSLS.2016.00026

- Sexton, B. J., Makary, M. A., Tersigni, A. R., Pryor, D., Hendrich, A., Thomas, E. J., . . . Pronovost, P. J. (2006). Teamwork in the operating room - frontline perspectives among hospitals and operating room personnel. *Anesthesiology*, *105*(11), pp. 877-884.
- Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2016). *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2016*. Hämtat den 20 december 2017 från Socialstyrelsens hemsida:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20139/2016-4-21.pdf>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). *Vår metod*. Hämtat den 19 december 2017 från SBU hemsida:
http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf
- Steelman, V. M. (2015). Concepts Basic to Perioperative Nursing. i *Alexander's Care of the Patient in Surgery* (ss. 1-15). St. Louis, Missouri: Elsevier/Mosby.
- Sutcliffe, K. M. (2011). High reliability organizations (HROs). *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, *25*, pp. 133-144. doi:10.1016/j.bpa.2011.03.001
- Svensk sjuksköterskeförening. (2013). *Kommunikation mellan vårdpersonal*. Hämtat den 10 Oktober 2017 från Svensk sjuksköterskeförings webbplats:
https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.kommunikation_webb.pdf
- Treadwell, J. R., Lucas, S., & Tsou, A. Y. (2014). Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Quality & Safety*, *23*(4), pp. 299-318.
 doi:10.1136/bmjqs-2012-001797
- Wakeman, D., & Langham Jr, M. (2018). Creating a safer operating room: Groups, team dynamics and crew resource management principles. *Seminars in Pediatric Surgery*, *27*(2), 107-113. doi:10.1053/j.sempedsurg.2018.02.008
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. i M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (ss. 481-496). Lund: Studentlitteratur.
- Weldon, S.-M., Bezemer, J., Korkiakangas, T., & Kneebone, R. (2013). Communication in the operating theatre. *British Journal of Surgery*, *100*(13), 1677-1688.
 doi:10.1002/bjs.9332
- Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Xyrichis, A., & Ream, E. (2008). Teamwork: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *61*(2), pp. 232-241.
- Yngman-Uhlin, P., Klingvall, E., Wilhelmsson, M., & Jangland, E. (2016). Obstacles and opportunities for achieving good care on the surgical ward: nurse and surgeon perspective. *Journal of Nursing Management*, *24*(4), pp. 492-499.
 doi:10.1111/jonm.12349
- Öhrn, A. (2013). Säker vård. i A.-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.

Tabeller över sökschema

Databas: PubMed 171211 Sökning:	Sökord	Antal träffar / lästa titlar	Lästa abstract	Urval 1 Lästa artiklar	Urval 2 Granskade artiklar	Urval 3 Utvalda artiklar
1	"Patient Care Team" OR patient care teams[MeSH Terms] OR "operating room personnel" OR "Perioperative nurse" OR "theater nurse*" OR "operating theatre nurse*" OR "operating room nurse" OR Surgeon* OR Surgeon*[MeSH Terms] OR "Nurse Anesthetists" OR Anesthesiologists OR perioperative care [MeSH Terms] OR "Scrub nurse" OR "Operating room nursing" OR "operating theatre" OR "operating room*"	428893	-	-	-	-
2	"Interdisciplinary collaboration" OR "Intersectoral Collaboration" OR "non-technical skills" OR Communication[MeSH Terms] OR Communication OR "Interdisciplinary Communication"	480820	-	-	-	-
3	"health knowledge, attitudes, practice" OR "attitude of health personnel" OR attitude of health personnel[MeSH Terms] OR attitudes OR experience OR perception OR perception*	1527861	-	-	-	-
4	"Qualitative Research" OR Qualitative Research [MeSH Terms] OR "interview studies" OR "interview stud*" OR "Qualitative studies" OR "Qualitative stud*"	77916	-	-	-	-
5	1 AND 2 AND 3 AND 4 Begränsningar: Last 5 years, English, human	230	21(4)	5(3)	5(3)	3(2)

Databas: CINAHL 171211 Sökning:	Sökord	Antal träffar / lästa titlar	Lästa abstract	Urval 1 Lästa artiklar	Urval 2 Granskade artiklar	Urval 3 Utvalda artiklar
1	(MH "Communication+") OR Communication* OR "interdisciplinary communication" OR "non-technical skills" OR (MH "Collaboration")	296530	-	-	-	-
2	(MH "Attitude of Health Personnel+") OR "attitude of health personnel" OR health knowledge, attitudes, practice OR experience* OR perception* OR attitude*	565165	-	-	-	-
3	(MH "Qualitative Studies+") OR "qualitative research" OR "interview stud*"	110543	-	-	-	-
4	(MH "Multidisciplinary Care Team+") OR (MH "Perioperative Care+") OR "interdisciplinary health team" OR "operating room*" OR "operating theatre*" OR "operating room personnel" OR "operating room nursing" OR "perioperative care" OR "perioperative period" OR "perioperative nursing" OR "theatre Nurse*" OR "scrub nurse*" OR "operating theatre nurse*" OR "Nurse Anesthetists*" OR "perioperative nurse*" OR surgeon* OR Anesthesiologists	142299	-	-	-	-
5	1 AND 2 AND 3 AND 4 Begränsningar: Last 5 years, English, Human	350	21(4)	12(3)	6(3)	6(2)

Bilaga 1 (4)

Databas: CINAHL 171211 Sökning:	Sökord	Antal träffar / lästa titlar	Lästa abstract	Urval 1 Lästa artiklar	Urval 2 Granskade artiklar	Urval 3 Utvalda artiklar
Manuell sökning		-	-	-	2	2

Databas: PubMed 180227 Sökning:	Sökord	Antal träffar / lästa titlar	Lästa abstract	Urval 1 Lästa artiklar	Urval 2 Granskade artiklar	Urval 3 Utvalda artiklar
Manuell sökning		-	-	-	2	2

Databas: CINAHL 180227 Sökning:	Sökord	Antal träffar / lästa titlar	Lästa abstract	Urval 1 Lästa artiklar	Urval 2 Granskade artiklar	Urval 3 Utvalda artiklar
Manuell sökning		-	-	-	1	1

Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

reviderad 2014

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studiekvalitet:

Hög Medelhög Låg

Anvisningar:

- Alternativet ”oklart” används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet ”ej tillämpligt” väljs när frågan inte är relevant.

1. Syfte	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

2. Urval	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är urvalet relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är kontexten tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Finns relevant etiskt resonemang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (urval, patientkaraktistika, kontext etc):

3. Datainsamling	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är datainsamlingen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder datamättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):

4. Analys	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är analysen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder analysmättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (analys, analysmättnad etc):

5. Resultat	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är resultatet logiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är resultatet begripligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Genereras hypotes/teori/modell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):

Kommentarer till mallen för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

1. Syfte

Fundera över:

- vad målsättningen med studien var
- varför det är viktigt
- relevansen
- om kvalitativ metodik är lämplig för att utforska problemområdet/svara på frågeställningen.

2. Urval

Fundera över:

- om forskaren redovisat bakgrund till vald urvalsmetod
- om forskaren redovisat hur deltagarna valdes ut
- om forskaren redovisat varför de valda deltagarna valdes ut
- om forskaren redovisat hur många deltagare som valdes ut
- om forskaren redogjort för om någon inte valde att delta och i så fall varför
- om forskaren lyfter fram etiska resonemang som sträcker sig längre än informed consent och ethical approval
- om forskaren beskrivit relationen mellan forskare och informant och hur denna skulle kunna påverka datainsamlingen, exempelvis tacksamhetsskuld, beroendeförhållanden etcetera.

3. Datainsamling

Fundera över:

- om ”settingen” för datainsamlingen var berättigad
- om det framgår på vilket sätt datainsamlingen utfördes (t ex djupintervju, semistrukturerad intervju, fokusgrupp, observationer etc)
- om forskaren har motiverat vald datainsamlingsmetod
- om det explicit framgår hur vald datainsamlingsmetod utfördes (t ex vem intervjuade, hur länge, användes intervjuguide, var utfördes intervjun, hur många observationer etc)
- om metoden modifierades under studiens gång (om så är fallet, framgår det hur och varför detta skedde)
- om insamlat datamaterial är tydliga (t ex video- eller ljudinspelningar, anteckningar etc)
- om forskaren resonerar kring om man nått mättnad, det vill säga när mer datainsamling inte ger mer ny data (inte alltid tillämbart)
- om det är tillämbart att föra ett mättnadsresonemang, fundera på

om det är rimligt, det vill säga faktiskt validerat på goda grunder.

4. *Analys*

Fundera över:

- om analysprocessen är beskriven i detalj
- om analysförfarandet är i linje med den teoretiska ansats som eventuellt låg till grund för datainsamlingen
- om analysen är tematisk, framgår det hur man kommit fram till dessa teman?
- om tabeller har använts för att tydliggöra analysprocessen
- om forskaren kritiskt har resonerat kring sin egen roll, potentiell bias eller inflytande under analysprocessen
- om analysmättnad råder (kan man hitta fler teman baserat på redovisade citat?).

5. *Resultat*

Fundera över:

- om resultaten/fynden diskuteras i relation till syftet eller frågeställningen
- om ett adekvat resonemang förs kring resultaten eller om resultaten bara är citat/dataredovisning
- om resultaten redovisas på ett tydligt sätt (t ex är det lätt att se vad som är citat/data och vad som är forskarens eget inlägg)
- om resultatredovisningen återkopplas till den teoretiska ansats som eventuellt låg till grund för datainsamling och analys
- om tillräckligt med data redovisas för att underbygga resultaten
- i vilken utsträckning motstridiga data har beaktats och framhålls
- om forskaren kritiskt har resonerat kring dess egen roll, potentiell bias eller inflytande under analysprocessen
- om forskaren för ett resonemang kring resultatens överförbarhet eller andra användningsområden för resultaten.

Referenser

1. Bahtsevani C. In search of evidence-based practices: exploring factors influencing evidence-based practice and implementation of clinical practice guidelines. Malmö: Malmö högskola; 2008.
2. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Studentlitteratur; 2006.

Tabell över inkluderade artiklar

Författare Årtal Land	Material Analysmetod	Deltagare	Resultat	Sammanfattning	Studiekvalité Kommentarer
Averlid & Axelsson 2012 Norge	Intervjuer, ljudinspelades och transkriberades. Analytiska tekniker: öppna, axiella och selektiv kodning.	14 anesthesi-sjuksköterskor, (6 kvinnor och 8 män).	Tre kategorier; Management as organizer of conditions; Well-being in an operating theater; Clarity of role. 1 huvudkategori; Collaboration for better or worse— the fate of the nurse anesthetist in the workplace	Den andra kategorin; välbefinnande i en operationssal beskriver hur arbetsmiljö, huvudsakligen samarbetet med andra kollegor, betraktades som en avgörande faktor för anesthesi-sjuksköterskornas välbefinnande.	Hög.
Braaf et al. 2015 Australien	350 h observationer och 20 halvstrukturerade intervjuer. Analys via Ritchie och Spencer's (1994) tematiska ramstrategi.	Totalt 125 vårdpersonal; operatörer, anesthesiologer och sjuksköterskor.	Tre huvudteman framkom; Using documents and documentation at patient handover points in place of verbal communication; Quality of documents and documentation; Accessing documents and documentation.	Kommunikationsfel inträffade när skriftlig kommunikation helt ersatte verbal interaktion, när personalen inte kunde hänvisa till dokument och dokumentation och när kvaliteten och noggrannheten hos dokumenten och dokumentationen var dålig.	Hög.
Clayton et al. 2016 Australien	Halvstrukturerade intervjuer som transkriberats. Efter upprepad läsning av materialet, kodades och indelades data i kategorier. Citat från kategorierna sorterades i en logisk sekvens för att skapa en grund för fenomen eller teman.	14 operations-sjuksköterskor.	Tre teman framkom; Difficulties in communication affects patient care; Difficulties in communication affects the working atmosphere; Social integration could improve communication and the working atmosphere.	Från deltagarnas erfarenheter framträdde kommunikations-problem som huvudtema. Svårigheter i kommunikationen påverkade patientvården och arbetsklimatet. Social integration verkade förbättra kommunikationen.	Hög
Gillespie et al. 2013a (16) Australien	500 timmars observationer, observations anteckningar, 16 individuella intervjuer och tre gruppintervjuer. Intervjuerna var halvstrukturerade djupintervjuer som transkriberats. Triangulering av data genomfördes då hela det multidisciplinära forskningsteamet bidrog med olika perspektiv och disciplinspecifik expertis för att tolka materialet.	I observationerna ingick 63 sjuksköterskor, 26 anesthesiologer, 39 kirurger och 15 stödpersonal. 24 deltagare (=13 sjuksköterskor, sex anesthesiologer och fem operatörer).	Tre huvudteman framkom; Building shared understandings through open communication; Managing contextual stressors in a hierarchical culture; Intermittent membership influencing team performance.	I skapandet av en säker kultur i en hälso- och sjukvårdsorganisation, ett teams optimala prestation förlitar sig på en öppen diskussion om teamarbete och förväntningar inom teamet samt att organisationen främjar sådana diskussioner.	Hög. Baserat på samma observationer och intervjuer från studie publicerad samma år.

Författare Årtal Land	Material Analysmetod	Deltagare	Resultat	Sammanfattning	Studiekvalité Kommentarer
Gillespie et al. 2013b (17) Australien	500 timmar observationer av Totalt obesvarades 160 operationer. 16 individuella intervjuer och tre gruppintervjuer, samtliga med semistrukturerad design Tematisk analys av transkriberade observationsnoteringar och intervjuer	I observationerna ingick 39 kirurger, 26 anestesiologer, 63 sjuksköterskor och 15 stödpersonal på 10 olika kirurgi specialiteter. 24 deltagare (=13 sjuksköterskor, sex anestesiologer och fem operatörer).	En huvuddomän; "coordinating decisions in surgery" framgick ur analysen och tre teman beskriver dialogen för kliniska beslut; "synchronizing and strategizing actions", "sharing local knowledge", och "planning contingency decisions".	Huvuddomänen visar på komplexiteten med kirurgi och belyser vikten med att medvetet fördela information för att förbättra teamets situationsmedvetenhet och efter att ha identifierat och övervägt alternativ också förmedla och delge beslut baserade på dessa alternativ.	Hög Baserat på samma observationer och intervjuer från studie publicerad samma år.
Larsson & Holmström 2013 Sverige	Intervjuer med fem fokusgrupper med tre-fyra deltagare i varje. De transkriberade intervjuerna analyserades enligt en metod av Malterud.	18 anesthesi-sjuksköterskor (17 kvinnor och en man).	Sex teman framkom; structured, responsible, and focused way of approaching work tasks; clear and informative, briefing the team about the action plan before induction; humble to the complexity of anaesthesia, admitting own fallibility; patient-centred, having a personal contact with the patient before induction; fluent in practical work without losing overview; calm and clear in critical situations, being able to change to a strong leading style.	De sex teman belyser de karakteristiska beteendena och egenskaperna som anesthesijsjuksköterskornas upplever hos en utmärkt anestesilog.	Hög
McElroy et al. 2015 USA	38 intervjuer som transkriberats. 25 semistrukturerade kognitiva och 13 ostrukturerade vid kritiska händelser. Tematisk analys	Totalt 25 stycken vårdpersonal; operatörer, IVA-läkare, IVA sjuksköterskor, anestesiologer,	I resultatet presenteras tre teman, med egna underteman, i kronologisk ordning baserat på tillfälle när de sker. De tre teman är "Phase I: operating room and intensive care unit preparations", "Phase II: physical transfer" och "Phase III: handoff communication"	Framträdande underteman var tidig kommunikation från operation till intensivvårdsavdelning, teammedlemmarnas deltagande i överlämningen och relationerna mellan personalen. Vårdpersonalens perspektiv varierade väsentligt beroende på roll inom teamet.	Hög

Författare Årtal Land	Material Analysmetod	Deltagare	Resultat	Sammanfattning	Studiekvalité Kommentarer
Nagpal et al. 2012 England	Halvstrukturerade individuella intervjuer som transkriberats. Texten analyserades med framväxande temaanalys.	18 deltagare (sju operatörer, fem anestesiologer och sex sjuksköterskor).	Orsaker till felaktig informationsöverföring och kommunikationsfel: Task and technology factors, Team factors, Individual factors, Work environment factors, Organisational factors. Konsekvenser av felaktig informationsöverföring och kommunikationsfel: Impact on patient, Impact on team, Impact on organisation.	Det finns en brist på kommunikation mellan det pre-, intra- och postoperativa vårdteamet. I de fall där informationen fanns tillgänglig var den antingen svårt att komma åt eller fragmenterade.	Hög.
Rogers et al. 2013 USA	12 halv-strukturerade gruppintervjuer (3-9 deltagare i varje grupp). Intervjuerna transkriberades och lästes individuellt, upprepade gånger. Öppen, axiell och selektiv kodning genomfördes.	Sex fokusgrupper innefattande 31 operationssjuksköterskor (29 kvinnor och två män) och sex fokusgrupper som innefattade 35 operatörer (åtta kvinnor och 27 män).	Operatörer blir inte adekvat förberedda under sin formella utbildning för att hantera konflikter. Konflikter och konflikthantering hade betydande konsekvenser för medlemmarna i operations-teamet. Beteenden som identifierades för att hantera konflikter var; maintaining calm; problem solving; reverting to a specific style of communication; confronting other team members about unacceptable behaviors.	Konflikter och felhanterade konflikter hade negativa konsekvenser för teammedlemmarna och teamets sammantagna prestation. Fyra beteenden framträder som effektiva sätt för kirurger att hantera konflikter	Hög.
Rydenfält et al. 2012 Sverige	Halvstrukturerade individuella intervjuer som transkriberats. Fenomenografisk analysmetod	15 deltagare (tre från varje profession; operatör, anestesiolog, anestesijüksköterska , operationssjuksköterska och assisterande sjuksköterska).	Tre teman framkom; disturbances from colleagues during work; explanations of delays in the setup phase of surgery; competence improvement and work motivation.	Dålig teamfunktion och kommunikationsfel i operationssalen kan till viss del förklaras utav skillnader i verksamhetsinriktningar mellan olika professioner. Skillnader i verksamhets-inriktningar resulterade i olika åsikter mellan professionerna avseende deras uppfattningar av arbetsaktiviteter, vilket lede till spänning mellan teammedlemmarna.	Hög

Författare Årtal Land	Material Analysmetod	Deltagare	Resultat	Sammanfattning	Studiekvalité Kommentarer
Sandelin & Gustafsson 2015 Sverige	Berättande intervjuer som transkriberats. Analyserades med kvalitativ innehålls analys.	16 operations- sjuksköterskor (16 kvinnor)	Tre teman framkom; Teamwork contributing to patient safety; Teamwork counteractive to patient safety; Managing teamwork to restore patient safety.	Operationssjuksköterskorna berättade att deras erfarenhet av teamarbete är att; personcentrerad omvårdnad, ömsesidigt samarbete och förtrogenhet för de professionella kompetenserna bidrog till en säker operation.	Hög Enbart kvinnliga deltagare.
Yngman- Uhlin et al. 2016 Sverige	Intervjuer som spelades in och transkriberades. Systematisk text-kondensering enligt Malterud 2012.	Totalt 14 deltagare; 8 sjuksköterskor och 6 operatörer, (5 kvinnor och 9 män).	Tre teman framkom; Shifting focus away from the patients; Emphasising good communication; Using the competence of the team.	Studien beskriver att många avbrott, otillräcklig kommunikation och oanvänd kompetens kan vara ett hot för patientsäkerhet.	Hög.

Tabell över exempel på metasyntes

Citat med specifikt fokus	Strukturerat citat	Kondenserat citat	Första nivåns tema	Andra nivåns tema	Tredje nivåns tema
It was felt by the participants that through improved communication and better teamwork, even mortality and morbidity can be reduced.	Det upplevdes av deltagarna att genom förbättrad kommunikation och bättre teamarbete, kan även mortalitet och sjuklighet minska.	Förbättrad kommunikation och bättre teamarbete upplevdes minska mortalitet och sjuklighet.	Bättre kommunikation och teamarbete upplevdes minska mortalitet och sjuklighet	Effektiv kommunikation.	Kommunikation som har ett tydligt syfte.
Variation between different surgical team members and how even one difficult team member can discourage communication and compromise patient safety.	Variationen mellan olika operationsmedlemmar och hur endast en besvärlig teammedlem kunde avskräcka till kommunikation och äventyra patientsäkerheten.	Individuella faktorer påverkar kommunikationen negativt och kan äventyra patientsäkerheten	Negativt påverkad kommunikation hotar patientsäkerheten	Kommunikation som hotar patientsäkerheten	Kommunikation som brister.
It appeared that when team members had worked together over a period of time they developed a clear understanding of each other's capabilities and coordinated their actions seamlessly, with few words or gestures required.	Det visade sig att när teammedlemmarna hade arbetat tillsammans under en tidsperiod utvecklade de en tydlig förståelse för varandras förmågor och koordinerade sina handlingar sömlöst, med få ord och gester som krävdes.	Bekanta teammedlemmar koordinerade sina handlingar friktionsfritt och få ord och gester krävdes.	Bekanta teammedlemmar samarbetade med gest och få ord.	Förtrogenhet främjar kommunikationen.	Kommunikation som uttryck för trygghet i teamet.
It is essential to have teamwork where everyone can express their thoughts and feelings, participate in and influence their work, and feel comfortable and content.	Det är viktigt att ha ett teamarbete där alla kan uttrycka sina tankar och känslor, delta i och påverka sitt arbete och känna sig bekväm och tillfredsställd.	Det är viktigt att medlemmarna i teamet kan uttrycka sina tankar och känslor	Teammedlemmar ska kunna uttrycka tankar och känslor	Kollegial struktur påverkar kommunikation	Kommunikation som uttryck för sociala strukturer.

Citat med specifikt fokus	Strukturerat citat	Kondenserat citat	Första nivåns tema	Andra nivåns tema	Tredje nivåns tema
<p>OTNs' experiences of managing the surgeons' uncontrolled aggressive outburst were explained as different strategies. One strategy was to become silent and formal. Another strategy was to become distanced and to communicate only when spoken to and focus on necessary actions for patient safety.</p>	<p>Operationssjuksköterskans erfarenheter av att hantera kirurgers okontrollerade, aggressiva utbrott förklarades med olika strategier. En strategi var att blir tyst och formel. En annan var att distansera sig och endast kommunicera vid tilltal och att fokusera på nödvändiga handlingar för patientsäkerheten.</p>	<p>Operationssjuksköterskan hanterade raseriutbrott med olika strategier. Blir antingen tyst och formel alternativt distanserad och kommunicerar endast vid tilltal och fokusera istället på handlingar för patientsäkerheten.</p>	<p>Raseriutbrott hanteras olika och för fokus till patientsäkerheten.</p>	<p>Konflikthantering.</p>	<p>Kommunikation vid konflikter.</p>