



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Anestesisjuksköterskors upplevelser av kommunikationen med operationsteamet under operation

En intervjustudie

Jessica Kalles

2017-05-07

Examensarbete, Avancerad nivå (yrkesexamen), 15 hp
Omvårdnad
Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning anestesisjukvård
Omvårdnad med inriktning mot anestesisjukvård

Handledare: Annika Nilsson
Examinator: Marja-Leena Kristofferzon

Sammanfattning

Bakgrund: Operationsavdelningen klassas som en högriskmiljö, fel eller kommunikationsmisstag kan få allvarliga konsekvenser för patienten. Teamarbete, effektiv och frekvent kommunikation mellan personalen leder till minskade risker för patienten.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva anestesijuksköterskors upplevelse av kommunikationen med operationsteamet under operation

Metod: Kvalitativ intervjustudie. Åtta semistrukturerade intervjuer med anestesijuksköterskor med olika bakgrund och erfarenhet. Innehållet har analyserats utifrån kvalitativ innehållsanalys.

Huvudresultat: Resultatet resulterade i tre kategorier; *perioperativt samarbete, betydelsen av WHO´s checklista och klimatet på operationssalen*. Anestesijuksköterskorna upplevde förbättrad kommunikation när det hade ett fungerade teamarbete och alla strävade åt samma håll och arbetade för patienten. En tydlig och ömsesidig dialog var helt avgörande för att optimera förutsättningarna för anestesijuksköterskan att göra det bästa för patienten. Sedan införandet av WHO´s checklista upplevde anestesijuksköterskorna förbättrad kommunikation och ökad delaktighet. De visade sig också att klimatet på operationssalen spelade en avgörande roll för kommunikationen. Tillåtande klimat skapade möjligheter för god kommunikation medan andra faktorer försämrade och försvårade kommunikationen med operationsteamet.

Slutsats: Det framkom i studien att kommunikationen förbättrades av teamarbete och att alla strävade åt samma håll och arbetade för patienten. En tydlig dialog mellan alla i operationsteamet var avgörande för att optimera anestesijuksköterskornas förutsättningar att göra det bästa för patienten. Införandet av WHO´s checklista hade förbättrat kommunikation och klimatet på operationssalen spelade en avgörande roll för kommunikationen. Det framkom också att bristande kommunikation skapade frustration och försämrade anestesijuksköterskornas förutsättningar att göra det så bra som möjligt för patienten. Att belysa vikten av god kommunikation mellan yrkeskategorierna på operation kan förbättra omvårdnaden och patientsäkerheten.

Nyckelord: Anestesijuksköterska, Kommunikation, Operationssal, Teamarbete,

Abstract

Background: The operating room is classified as a high-risk environment, errors or communication mistakes can have serious consequences for the patient. Teamwork, efficient and frequent communication between staff leads to reduced risks for the patient.

Aim: To describe the anesthesia nurse's experience of communication with the operation team during surgery

Method: Qualitative Interview Study. Eight semistructured interviews with anesthetic nurses with different backgrounds and experience. Content has been analyzed based on qualitative content analysis.

Findings: The result is presented in three categories; Perioperative teamwork, the importance of WHO's checklist and the climate in the operating room. Anesthetic nurses experienced improved communication when working in team with other and everyone working for the patient. Clear and mutual dialogue was crucial to optimizing the conditions for the anesthesia nurse to do the best for the patient. Since the introduction of the WHO checklist, the anesthetic nurses experienced improved communication and increased participation. They also showed that the climate in the operating room played a crucial role in communicating. Allowing climate created opportunities for good communication while other factors worsening and complicated communication with the operation team.

Conclusion: The study found that the communication was improved by teamwork and when everyone was working in the same direction and worked for the patient. A clear dialogue between everyone in the operation team was crucial to optimizing the anesthetic nurses' conditions to do the best for the patient. The introduction of the WHO checklist had improved communication and the climate in the operating room played a crucial role in communicating. It was also found that lack of communication caused frustration and impaired anesthetic nurses' prerequisites to make it as good as possible for the patient. To highlight the importance of good communication between occupational categories on surgery can improve nursing and patient safety.

Keywords: Communication, Nurse Anesthetists, Operation room, Teamwork,

Innehåll

1	Introduktion	1
1.1	Kommunikation.....	1
1.1.1	Kommunikation inom operationsteamet	2
1.2	Teamarbete	3
1.3	Anestesisjuksköterskans roll	3
1.4	Teoretisk referensram.....	4
1.5	Problemformulering	5
1.6	Syfte	6
2	Metod	6
2.1	Design.....	6
2.2	Urvalsmetod och undersökningsgrupp.....	6
2.3	Datainsamlingsmetod.....	6
2.4	Tillvägagångsätt	7
2.5	Dataanalys	7
2.6	Forskningsetiska överväganden	8
3	Resultat.....	10
3.1	Perioperativt samarbete	10
3.1.1	Sträva åt samma håll	10
3.1.2	Relation till varandra	11
3.1.3	Tydlig dialog	12
3.1.4	Anestesiläkaren som stöd	13
3.2	Betydelsen av WHO´s checklista	14
3.2.1	Förbättrar kommunikationen i teamet	14
3.2.2	Bli delaktig	14
3.3	Klimatet på operationssalen	15
3.3.1	Tillåtande klimat	15
3.3.2	Vissa faktorer försämrar	16
4	Diskussion	17
4.1	Huvudresultat	17
4.2	Resultatdiskussion.....	17
4.3	Metoddiskussion.....	21
4.4	Kliniska implikationer för omvårdnad	23
4.5	Förslag till vidare forskning	23
4.6	Slutsats	24
5	Referenser.....	25

1 Introduktion

Arbetet på en operationsavdelning klassas ofta som en högriskmiljö (Edberg et. al. 2015). Fel, misstag eller kommunikationsmissar som begås på operationsavdelningen kan få mycket allvarliga konsekvenser främst för patienten. Effektiv och frekvent kommunikation mellan personalen på operation leder till minskade risker för patienten (Carney, West, Neily, Mills & Bagian 2010). Även teamarbete har visat sig vara en viktig faktor för förbättrad kommunikation och minskar risken för att misstag sker (Gillespie, Gwinner, Chaboyer & Fairweather 2013). Som specialistsjuksköterska i anestesijukvård ska sjuksköterskan samarbeta med olika professioner för att stärka säkerheten för patienten och ge vård utifrån varje persons individuella behov (Edberg et. al. 2015). Anestesisjuksköterskan beskrivs ibland som patientens ”advokat”, anestesisjuksköterskan håller patientens liv i sina händer under en operation, en viktig och ibland även svår/betungande uppgift (Sundqvist & Anderzen-Carlsson, 2013). Relaterat till detta anser författaren att det är viktigt att beskriva hur anestesisjuksköterskor upplever kommunikationen på operationssalen.

1.1 Kommunikation

Begreppet kommunikation betyder att göra något gemensamt eller att göra någon annan delaktig i. För att kommunikation ska ske krävs minst två parter som har ett ömsesidigt påverkans- och utbytesförhållande till varandra. Budskap i kommunikation kan bestå av tecken och signaler, både verbala och icke verbala. Icke verbal kommunikation kan ge sitt uttryck i kroppsspråk, beröring, i blicken, i suckar och kroppsställning. Icke verbala uttryck måste tolkas och det är ofta svårtolkade. Kärnan i kommunikationen består av respekt för den andra, aktivt lyssnande, vara öppen och direkt. Alla människor har förmåga att kommunicera men för att förbättra kommunikationen krävs en medvetenhet hur vi själva kommunicerar, vad vi har för färdigheter och hur dessa färdigheter kan påverka andra (Eide & Eide 2009). Kommunikation är en stor del av omvårdnaden och har stor inverkan på patientrelationen (Chan, Kan, Lee, Chan & Lam 2011). Inom vården används ordet professionell, omvårdnadsorienterad kommunikation som har ett omvårdnadsmässigt syfte (Eide & Eide 2009). Kommunikationen spelar även en viktig och avgörande roll i alla yrken för att skapa goda relationer (Jasmine 2009), där professionell kommunikation skiljer sig från vardaglig kommunikation. Kommunicera professionellt syftar till yrkesrollen, kommunikationen gentemot patienter, anhöriga, kollegor och andra yrkesutövare (Eide & Eide 2009).

1.1.1 Kommunikation inom operationsteamet

Kommunikationen på operation är ofta komplex och varierande, nyckelfaktorer för effektiv kommunikation inkluderar goda kunskaper verbalt och icke verbalt samt att ha en tvåvägskommunikation och prata rakt och tydligt (Nestel & Kidd 2006). Effektiv kommunikation är viktigt för att kunna prestera högkvalitativ patientsäker vård (Leonard, Graham & Bonacum 2004)

I stressiga miljöer kan kommunikationen ibland tas för givet vilket kan skapa problem (Jasmine 2009). En av de största orsakerna till att patientsäkerheten blir bristfällig är dåligt fungerande kommunikation (Pytel, Fielden, Meyer & Albert 2010). En svensk studie som granskat händelseanalyser visade att bristande kommunikation var den vanligaste bakomliggande orsaken till oönskade händelser inom vården (Elfström, Nilsson & Sturnegk 2009) Även en amerikansk studie påtalade att bristande kommunikation var den ledande orsaken till patientskador, de hävdade att kommunikation och teamarbete varit frånvarande (Leonard et al. 2004). Studier visar dock att misstag relaterade till bristande kommunikation minskat sedan införandet av WHO´s checklista (Rönnberg & Nilsson 2015). I en amerikansk studie minskade kommunikationsfelen med 64% efter införandet (Lingard et. al. 2008).

Studier har visat att anestesijuksköterskor är missnöjda med flera delar i kommunikationen och upplever frustration över kommunikationen på operationssalen. Det kan ibland förekomma inadekvat kommunikation med kirurger och upplevelser av frustration då kirurger är trevliga mot varandra men inte mot anestesijuksköterskorna i samma kommunikativa situation (Nestel & Kidd 2006). Det framkom även att det fanns en del skillnader i uppfattning, en studie visade skillnad i hur operationsteamet uppfattat kommunikationen. Operatören hade uppfattat att kommunikationen var bra medan övrig personal på operationssalen däribland anestesijuksköterskor hade uppfattat kommunikationen i samma situation som mindre bra (Makaray et. al. 2006). En annan studie visade också att kirurgen hade mer positivt syn på kommunikationskvaliteten jämfört med övriga på operationssalen (Flin, Yule, McKenzie, Paterson-Brown & Maran 2006). Ytterligare två studier där de studerat teamarbete och kommunikation på operationen visade att operatörerna skattat en mer positiv syn på hur de kommunicerat gentemot vad sjuksköterskorna och övrig personal på operationssalen skattat (Carney et al. 2010; Mills, Neily & Dunn 2008). Kirurger och

anestesi­läkare var mer nöjda med samarbetet än sjuksköterskorna på operation (Sexton et. al. 2006).

1.2 Teamarbete

Att vara ett team innebär att personer med olika kompetens och professionell bakgrund arbetar tillsammans för patientens bästa. Teamarbete är idag en självklarhet inom vård och omsorg. I teamarbete utgör dialogen en grund och alla i teamet ska kunna göra sin röst hörd (Edberg et. al. 2015). Arbetet på operationssalen är helt beroende av samarbetet mellan de olika professionerna i teamet (Riksföreningen för anestesi och intensivvård 2012). Som anestesijuksköterska arbetar man nära andra yrkesgrupper bland annat anestesi­läkare, operatörer och operationssjuksköterskor (Hovind 2011).

Teamarbetet på operation visar sig alltmer vara en viktig del i patientsäkerheten. Att skapa en förbindelse med andra innan operationsstart är en viktig faktor för personerna i operationsteamet. Teamkänslan förbättras genom öppen kommunikation och genom att hälsa på varandra, genom detta så ökar även säkerheten (Gillespie et al. 2013). I en studie framkom att arbete i team var positivt för arbetsmoralen och skapade en känsla av ömsesidigt förtroende, faktorer som också förbättrade patientsäkerheten. Alla deltagare i föreskriven studie påtalade vikten av teamarbete för patientsäkerheten (Alfredsdottir & Bjornsdottir 2007). Ytterligare en studie visade att samarbete och kommunikation är viktiga faktorer för patientsäkerheten samtidigt som teamarbete bidrar till en positiv känsla och ökar tillfredställelsen med jobbet hos personalen (Makary et. al. 2006). Att arbeta i team och vara välbekant med sina kollegor förbättrade arbetsmiljön och skapade ett lugnare klimat på operationssalen (Lipponen, Tossavainen, Turunen & Smith 2004).

En grundsten i omvårdnad är samspelet mellan patienten och anestesijuksköterskan och en del i anestesijuksköterskans omvårdnadsarbete är att göra patienten delaktig i teamet (Edberg et. al. 2015).

1.3 Anestesijuksköterskans roll

En anestesijuksköterska är en sjuksköterska med en specialistutbildning.

Anestesijuksköterskan kan på ordination inducera, underhålla och avsluta anestesi självständigt eller tillsammans med anesthesiologen. Anestesijuksköterskan ansvarar för att varje enskild patient ges vård utifrån sina behov och resurser. Anestesijuksköterskan ska ge

patienten trygghet, lugna patienten och försäkra denne om att den får professionell omvårdnad. En annan viktig del i anesthesisjuksköterskans yrkesroll är förmågan att planera, leda och utveckla arbetet i teamet kring patienten samt samarbeta med andra yrkeskategorier i vården. Baserat på patientens behov ska anesthesisjuksköterskan prioritera och fördela vårdarbetet (Riksföreningen för anestesi och intensivvård 2012). Sjuksköterskan ska respektera kollegor, medarbetare och jobba för ett gott samarbete samt stödja och vägleda medarbetare i att utveckla etisk medvetenhet samtidigt som sjuksköterskan måste agera om enskilda individer risker att fara illa av medarbetares handlingar (svensk sjuksköterskeförening 2014). Anesthesisjuksköterskan är ofta den första personen som patienten möter på operation och att skapa tillit redan i första mötet är viktigt, patienten ska känna sig trygg och lita på att den blir väl omhändertagen (Sundqvist & Anderszen-Carlsson 2013) En intraoperativ dialog startar när patienten och anesthesisjuksköterskan möts på operation (Lindwall, Von Post & Bergbom 2003). Anesthesisjuksköterskan eller anestesiläkaren är ofta den sista personen patienten ser innan anesthesiinduktion (Larsson & Holmström 2012). Under operationen representerar anesthesisjuksköterskan patienten och ska se till att den mår bra och inte riskerar att fara illa (Sundqvist & Anderzen-Carlsson 2013).

1.4 Teoretisk referensram

Joyce Travelbees omvårdnadsteori menar att omvårdnad är en mellanmänsklig process där sjuksköterskan ska förebygga sjukdom och lidande. Människan som individ, lidande, mening, mänskliga relationer och kommunikation är viktiga begrepp. Utgångspunkten är att människan är en unik individ. Alla människor kommer att uppleva lidande och sjukdom då det är en del av att vara människa (Kirkevold 2000). Lidande och förlust är centrala delar i omvårdnads sammanhang (Jahren-Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006). Lidande tillhör livet och varje persons upplevelse av lidande är ytterst personlig och alla människor kommer att reagera olika på lidande. Sjuksköterskans uppgift är att förhålla sig till varje individs egen upplevelse. Omvårdnadens mål är att hjälpa patienten klara av sjukdom och lidande och finna mening i sin livserfarenhet. Redskapet för att lyckas med det är att skapa en relation som består av erfarenheter mellan patienten och sjuksköterskan, där patienten är i behov av sjuksköterskans tjänster (Kirkevold 2000). Då Travelbees omvårdnads definition bygger på en existentiell människosyn och att lidande är en oundviklig del av livet som människa är grundpelaren i hennes teori att hjälpa den sjuka lidande personen att finna meningen i det han eller hon upplever, vilket nämnts ovan sker genom att etablera en mellanmänsklig relation. Sjuksköterskan använder sig själv som hjälpmedel i interaktionen med patienten. Förhållandet

mellan sjuksköterska och patient är en människa – människa relation, personerna är likvärdiga (Jahren-Kristoffersen et al. 2006). Enligt Travelbee är kommunikation det viktigaste redskapet för att lyckas med omvårdnad då kommunikation är en process där tankar och känslor delas eller förmedlas (Kirkevold 2000). I mötet mellan människor sker kommunikation kontinuerligt både verbalt genom ord och icke verbalt genom tonfall, beröring och rörelser. Samma sak händer i mötet mellan sjuksköterskan och patienten. För att säkerställa att sjuksköterskan åtgärdar patientens behov är kommunikation mellan sjuksköterska och patient av central betydelse (Jahren-Kristoffersen et al. 2006) Som nämnts skapar anestesijuksköterskan en relation med patienten och agerar som dennes advokat under operationen. Anestesisjuksköterskan skyddar patienten och framför patientens önskemål till resten av operationsteamet (Sundqvist & Carlsson 2013) God kommunikation på operation är faktorer som ökar patientsäkerheten (Makaray et. al. 2006; Gillespie et al. 2013) Genom god kommunikation både med patienten och operationsteamet kan anestesijuksköterskan förebygga och förhindra lidande hos patienten. Travelbees teori lämpar sig för de studerande ämnet enligt författaren och bygger på de bärande begreppen människa och vårdande.

1.5 Problemformulering

Anestesisjuksköterskan ska skydda patienten och framföra dennes önskemål till resten av operationsteamet under en operation. Enligt Travelbee är omvårdnadens mål att hjälpa den lidande, sjuka patienten att finna mening, viktigaste redskapet för att lyckas är kommunikation. Genom god kommunikation med både patienten och operationsteamet kan anestesisjuksköterskan förhindra lidande hos patienten. Trots att effektiv kommunikation och teamarbete är viktiga faktorer som ökar patientsäkerheten på operation visar studier att det finns vissa brister i kommunikationen, vilket kan upplevas som frustrerande. Operatörer och övrig personal på operationssalen uppfattar ofta kommunikationen olika, där operatörer ofta skattar kommunikationen och teamarbetet som bättre jämfört med främst sjuksköterskor.

Det finns begränsat med studier som visar hur anestesijuksköterskan upplever kommunikationen. Genom att studera området kan det framkomma konsekvenser, både positiva och negativa som i längden kan användas för att öka patientsäkerheten och förhindra lidande.

1.6 Syfte

Syftet med studien var att beskriva anestesisjuksköterskors upplevelser av kommunikationen med operationsteamet under operation

2 Metod

2.1 Design

Studien har en kvalitativ ansats med beskrivande design (Polit & Beck 2008)

2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Studien har under våren 2017 genomförts på ett sjukhus i Mellansverige som bedriver operationsverksamhet fördelat på två enheter, centraloperation och dagkirurgi. På centraloperation utförs omkring 10 000 operationer per år inom ortopedi, kirurgi, gynekologi samt öron/ögon. Dagkirurgiska enheten utför cirka 2000 operationer/ år

För att få tag på informanter som kunde besvara studiens syfte har ett ändamålsenligt urval använts för att få informanter med olika bakgrund och erfarenhet (Henricsson 2012).

Avdelningscheferna valde ut anestesisjuksköterskor som ansågs lämpliga för att besvara studiens syfte. Inklusionskriterierna för deltagande i studien var anestesisjuksköterskor med varierande antal år i yrket som arbetar i teamet på operationsavdelningen. Totalt deltog åtta informanter i studien, 6 kvinnor och 2 män. Informanternas ålder varierande mellan 32 och 56 år. Antal yrkesverksamma år som anestesisjuksköterska varierade mellan 2 och 30 år.

Samtliga informanter hade tidigare erfarenhet som sjuksköterska inom olika områden. Totalt tillfrågades 11 anestesisjuksköterskor om deltagande i studien och av de tillfrågade tackade tre nej till att delta. En informant blev sjuk vid det planerade intervju tillfället och något nytt intervjutillfälle blev aldrig aktuellt, två av de tillfrågade svarade inte på inbjudan att delta i studien.

2.3 Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen utfördes genom semistrukturerade intervjuer (Polit & Beck 2008) med fokus på anestesisjuksköterskors upplevelser av kommunikationen med operationsteamet. Åtta intervjuer genomfördes, samtliga av författaren som har yrkeserfarenhet som sjuksköterska. En intervjuguide utarbetades och användes som hjälp för att se till att intervjuerna besvarade studiens syfte (Henricsson 2012). Följande tre huvudfrågor ställdes:

Kan du beskriva en situation där kommunikationen fungerade bra/mindre bra med

operatören? Kan du beskriva en situation där kommunikationen fungerade bra/mindre bra med anestesiblandaren? Kan du beskriva en situation där kommunikationen fungerade bra/mindre bra med operationssjuksköterskan?

Till samtliga frågor ställdes följande följdfrågor, *vad tänkte du i den situationen? Vad kände du då? Saknades något? Vilka konsekvenser kunde du se?*

För att få bredare information om informanterna ställdes bakgrundsfrågor om ålder, tidigare arbetslivserfarenhet, antal år som anestesiblandare samt att samtliga informanter fick beskriva sin definition av operationsteamet.

2.4 Tillvägagångsätt

Godkännande för att få genomföra studien skickades till berörd anestesikliniks verksamhetschef och då denne samtyckt till studiens genomförande informerades avdelningschef på berörda operationsenheter. Avdelningscheferna valde utifrån inklusionskriterierna ut anestesiblandare som ansågs lämpliga för att besvara studiens syfte. De anestesiblandare som valde att delta i studien kontaktades av författaren. Sex intervjuer utfördes på informanternas arbetstid och två genomfördes på informanternas fritid. En pilotintervju genomfördes för att se om frågorna besvarade studiens syfte och då pilotintervjun gav svar på studiens syfte valde författaren i samråd med handledare att inkludera denna i studien. Samtliga intervjuer utfördes på en avskild och lugn plats, intervjuerna spelades in med hjälp av digital ljudinspelare och varade mellan 16 och 43 minuter.

2.5 Dataanalys

De inspelade intervjumaterialet transkriberades ordagrant vartefter intervjuerna genomfördes. Efter transkriberingen avidentifierades varje intervju med hjälp av nummer mot en kodlista som förvaras på ett säkert sätt (Henricsson 2012). Handledare har kontrollerat transkriberingen genom att läsa materialet och samtidigt lyssnat på de inspelade materialet. De transkriberade texterna har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (Granheim & Lundman 2004). Analysen började med att textmaterialet lästes upprepade gånger och de delar som svarade på studiens syfte markerades och plockades ut i meningsbärande enheter. Meningsbärande enheter kondenserades därefter vilket innebar att meningarna kortades ned men kärnan i varje enhet bibehölls. De kondenserade meningarna erhöles därefter koder som kan beskrivas som etiketter på meningens innehåll (tabell 1). Koderna sammanställdes därefter för att finna skillnader och likheter. De koder som hade likande innehåll bildade

därefter underkategorier, en underkategori utgörs av flera koder med likande innehåll. Dessa underkategorier jämfördes sedan med varandra och de som hade likande innehåll bildade en övergripande kategori (Granheim & Lundman 2004). Enligt Polit och Beck (2008) ökar trovärdigheten genom att fler personer läser texten eftersom egna tolkningar av texten då minskar. Under hela processen har texten diskuterats och granskats i arbetsgrupp för att öka studiens trovärdighet (Granheim & Lundman 2004).

Tabell 1-Exempel på meningsbärande enheter, kondensering, koder, underkategori och kategori

Meningsbärande Enheter	Kondenserad mening	Kod	Underkategori	Kategori
Att om man kanske den personen, man kanske inte behöver känna den personen jättemycket men man vet hur den personen är, man har jobbat tillsammans tidigare i teamet så är det kanske lättare att ha en kommunikation, det tror jag..	Lättare att hålla en kommunikation när man känner en person, inte nödvändigtvis jättemycket men att man arbetat tillsammans i teamet tidigare	Kommunicerar lättare när man känner varandra personligt/arbetat tillsammans i teamet tidigare	Relation till varandra	Perioperativt samarbete
...att en person som jag som narkosköterska, alla är ju inte erfarna, alla törs ju inte, törs inom citationstecken, att de måste vara ett tillåtande klimat så att de blir en kommunikation..	Alla är inte erfarna, alla törs inte, måste vara tillåtande klimat för att få kommunikation	Alla är inte erfarna, alla törs inte, måste vara tillåtande klimat	Tillåtande klimat	Klimatet på operationssalen

2.6 Forskningsetiska överväganden

De fyra etiska principerna: autonomiprincipen, godhetsprincipen, icke skada principen samt rättvisepincipen (Henricsson 2012) beaktades. Utifrån autonomiprincipens fokus togs hänsyn till varje individs självbestämmande. Informerat samtyckte som bygger på att skydda deltagarnas frihet och självbestämmande inhämtades (Henricsson 2012). Deltagarna i studien

informerades att deras deltagande är helt frivilligt och att de när som helst fick avbryta sin medverkan utan närmare förklaring. Utifrån godhetsprincipen, inte skada principen (Henricsson 2012) och *personuppgiftslagen* (SFS 1998:204) gavs deltagarna konfidentialitet. Personuppgifter förvaras så att obehöriga inte kan ta del av materialet och all data har avidentifierats. Samtliga anestesijuksköterskor som deltog i studien fick innan intervjuerna påbörjades information om studien och dess syfte, att deltagandet är frivilligt och att de när som helst utan motivering kan avbryta studien. De fick även skriva på en samtyckesblankett om deltagande i studien.

Tillstånd från forskningsetiska rådet bedömdes ej vara nödvändigt då studien inte innehåller patientinformation och inte heller någon känslig information om informanternas personliga hälsa.

3 Resultat

Resultatet av analysen resulterade i tre kategorier, ”perioperativt samarbete”, ”betydelsen av WHO’s checklista” och ”klimatet på operationssalen”. Samtliga kategorier baseras på åtta underkategorier (tabell 1). Resultatet presenteras under respektive kategori och underkategori. Representativa citat har valts ut för att tydliggöra varje kategori, de nummer som står bakom varje citat avspeglar från vilken informant citatet kommer.

Tabell 1 Kategorier och underkategorier

Kategorier	Underkategorier
Perioperativt samarbete	Sträva åt samma håll Relation till varandra Tydlig dialog Anestesi­läkaren som stöd
Betydelsen av WHO’s checklista	Förbättrar kommunikationen i teamet Bli delaktig
Klimatet på operationssalen	Tillåtande klimat Vissa faktorer försämrar

3.1 Perioperativt samarbete

Denna kategori baseras på att det i intervjuerna framkom att anestesisjuksköterskorna upplever förbättrad kommunikation när de har ett perioperativt samarbete. De belyser vikten av att alla på salen strävar åt samma håll och att en relation till varandra påverkar både positivt och negativt. De framkom också att en tydlig dialog är viktigt samtidigt som de belyser vikten av att anestesi­läkaren har en stöttande roll.

3.1.1 Sträva åt samma håll

Anestesisjuksköterskorna upplevde ofta att det var ett teamarbete på operationssalen och när teamarbetet fungerar har även kommunikationen fungerat bra. De beskrev att de är ett team där alla är beroende av varandra och hjälps åt kring patienten. De värnade om teamarbete och strävade hela tiden efter att vara ett team som arbetar tillsammans för att ta sig framåt. Det upplevdes lättare att arbeta när alla jobbade för samma mål och hade patienten i fokus. Anestesisjuksköterskorna framhöll att de alla arbetar för samma sak och måste se till patientens bästa. De upplevde det säkrare för patienten när alla i teamet var eniga och arbetade mot samma mål.

..”vi är ett team... vi ska arbeta tillsammans kring patienten och vi hjälps åt” (4)

... ”känns säkrare också för patienten att alla är med på samma, ... väg.” (6)

3.1.2 Relation till varandra

En relation till varandra underlättade kommunikationen i teamet. Med relation menades inte att de behövde känna varandra ”in på livet” men att de behövde veta hur andra i teamet fungerar. Genom att arbeta i team lär de sig hur de andra fungerar vilket underlättar kommunikation. De framkom att det var lättare att ta upp problem som uppstod under en operation när de hade en personbunden relation till varandra. De påtalade också att arbetet kunde kännas roligare när de kände personerna omkring sig, de belyste att de lyssnar bättre när det blev tilltalade med namn och att det underlättar när alla vet varandras namn. Även tyst kommunikation var en del av kommunikationen mellan teamet på operation och att arbetet kan flyta på bra när de känner varandra. De behöver inte säga någonting till varandra utan vet vad andra tänker och gör ändå. För att underlätta relationen till varandra påpekade de vikten av att ibland prata om privata saker. De betonade att det inte får vara något som tar överhand eller vara prioriterat men att ibland prata om varandras personliga liv och vardagliga saker gör att de lär känna varandra lite mer. Samtidigt som anestesijuksköterskorna uppgav att en relation till varandra underlättar arbetet så påpekade de också att alla inte fungerar tillsammans. Professionellt sett bör däremot alla kunna arbeta med alla och personliga saker får då läggas åt sidan.

”..man kanske inte behöver känna den jättemycket men man vet hur den personen är man har jobbat tillsammans tidigare i teamet så det är det kanske lättare att hålla en kommunikation, det tror jag.” (6)

”..men vissa går man ju sämre ihop med så enkelt är det man kan inte gå ihop med alla människor på en sån stor arbetsplats heller, så att det får man ju lära sig, det är bara acceptera så får man respektera varandra..” (8)

Det framkom också att det kan vara problem med att känna varandra för mycket personligt. Det kan göra det svårt att våga ifrågasätta när man har en personlig relation till varandra, det kan vara lättare att stå på sig när man är anonym och bara har sitt ansvar som anestesijuksköterska att tänka på.

”det kan ju också bli svårare och ifrågasätta och kritisera någonting när man ska känna varandra personligt” (1)

3.1.3 Tydlig dialog

Anestesisjuksköterskorna beskrev vikten av en tydlig dialog och beskrev att de under operationer både upplevt bra dialog med övriga i teamet samtidigt som de i vissa fall helt saknat en dialog med övriga. Det framkom att kommunikationen med operatören är viktig, att få fråga direkt om speciella moment och ha en konstruktiv dialog tillsammans. De påtalade att de som anestesisjuksköterskor direkt är beroende av information från operatören och operationssjuksköterskan för att uppmärksamma händelser i operationssåret. De kunde gälla allt från oväntade händelser såsom blödningar och komplikationer till att få information om smärtsamma moment samt när det börjar närma sig operationslut och likande så att de kunde hänga med och styra sin anesthesi. De talade om att de vill ligga steget före och vara förberedd för att optimera för patienten eftersom de är patientens advokat. Att tidigt bli uppmärksammat om händelser beskrivs som viktigt för att inte riskera patienten.

”man får vara patientens advokat liksom och att nu mår inte den här patienten bra och jag har problem, nu måste vi tillsammans se vad vi kan göra det här bättre.” (4)

Anestesisjuksköterskorna underströk också att de likväl ska meddela operationssidan om de får anesthesiologiska problem hos patienten, exempelvis luftvägsproblem eller likande. De påtalade vikten av att uppmärksamma varandra för att hjälpas åt vid problem och att hela tiden ha en ömsesidig dialog. För att få en fungerade dialog framkom vikten av att vara tydlig och tala högt, rikta kommunikation och titta på den som tilltalas samt våga meddela om någonting var oklart.

De framhöll även att kommunikationen på operationssalen oftast flyter på bra och beskriver känslor som att ”det är häftigt när det fungerar bra”. Det visade sig att det fungerat bra i akuta situationer och ju mer akut desto bättre blev kommunikationen. I akuta situationer var rollerna tydliga och fördelade, alla var införstådda med vad de skulle göra. Det var en tydlig ledare, oftast anestesiläkaren som styrde och fördelade arbetet. Kommunikationen var rakt, riktad och rörde endast det väsentliga såsom läkemedels- och arbetsordinationer.

”..och det är ju inte att jag ska sitta på min stol och förvänta mig att kirurgen eller ortopedén ska kommunicera med mig utan jag måste ha en koll över vad som händer på andra sidan skynket och fråga hur ser det ut, hur långt tid har vi kvar, man har ju ett gemensamt ansvar i det..” (8)

Samtidigt framkom att det ibland upplevde frustration i akuta situationer, speciellt när inte någon tog kommandot eller styrde arbetet. I andra situationer kunde de också uppleva

bristande dialog. De beskrev situationer där de inte fått någon information om tidsförloppet och då inte kunnat styra sin anestesi. De nämnde även situationer där operatören gjort något i operationssåret som påverkat patienten kraftigt men ingen hade sagt något eller informerat anestesisisidan som då ovetande börjat söka orsaken till förändringen hos patienten. Det framkom också att de ibland fått skäll för saker som kunnat undvikits om de hade haft en dialog. Ibland upplevde de även känslor som om att det var deras fel.

”dom klampa av ett stort kärl men dom sa inget om det, eller det hade i alla fall inte uppfattats och man började behandla massa värden då som patienten blev påverkad i ...och innan det uppdagades att, ja men vi har klampat av här, vi har haft klampat i en kvart...det var ju katastrof dåligt att dom inte hade den kommunikationen då hade de ju kunnat vara förväntat.” (1)

”men alltså hjärtat började ju slå och man blir ju såhär iskall i magen och känner att gud jag gör alltid bara fel och sådär” (5)

3.1.4 Anestesiläkaren som stöd

Anestesiläkaren medverkar inte i teamet under operation på samma sätt då hen oftast bara är med i början och slutet på en operation. Endast vid vissa svåra ingrepp var anestesiläkaren med under hela processen. Det visade sig tydligt i intervjuerna att anesthesisjuksköterskorna upplevde att de har en annan relation till anestesiläkaren gentemot övriga i teamet. De beskrev en tajtare relation då det ofta känner varandra bättre och ”talar samma språk”. Anestesiläkaren fanns som ett stöd för anesthesisjuksköterskorna under operation. Anesthesisjuksköterskorna söker dem vid problem, antingen problem direkt relaterade till patienten eller om det uppstår oenigheter gällande patienten med operatören. Anesthesisjuksköterskorna upplevde att anestesiläkarna nästan alltid lyssnade på dem och att de fick den hjälp de behövde/önskade. De framhävde att de har en mer djupgående kommunikation kring hela patienten och dess bakgrund. Det finns alltid någon anestesiläkare som är insatt i patienten och tillsammans gör de oftast en plan om hur de ska tänka kring anestesi, hur de ska söva, hur mycket patienten får blöda och vad de ska ha för riktvärden.

”så det är en mycket lättare kommunikation och jag känner alltid att man kan ringa och fråga och ja få hjälp när man vill och dom kommer och tittar till ibland eller står utanför dörren och gör tummen upp, funkar det bra? Så det är en annan kommunikation, mer polare”. (7)

”så brukar jag göra om det är några konstiga ordinationer också, då brukar jag säga nu måste jag faktiskt få ta in narkosläkaren här så att det blir, så att jag känner att det blir rätt för jag känner mig osäker” (5)

3.2 Betydelsen av WHO´s checklista

Denna kategori bygger på anestesijuksköterskornas upplevelse av att kommunikationen både förbättrats och underlättats sedan införandet av WHO´s checklista. Samtidigt belyste de att det finns delar som skulle kunna förbättras ytterligare för att underlätta kommunikation på operationssalen.

3.2.1 Förbättrar kommunikationen i teamet

Det framkom tydligt att anestesijuksköterskorna upplevde förbättrad kommunikation sedan införandet av WHO´s checklista; de har blivit ”tvingade” att kommunicera. I och med checklistans intåg har det blivit mer regelmässigt och systematiskt att alla på operationssalen stannar upp och tillsammans går igenom patienten och vilket ingrepp som ska utföras, vilket har förbättrat kommunikationen. Att stanna upp och gå igenom tillsammans upplevdes öka förutsättningarna för att utföra ett bra jobb genom att få veta vad som är ett normalt operationsförlopp och förväntade risker. De framkom också att checklistan underlättade för att göra operatören medveten om patienten, om eventuella händelser som tillstött under sövning eller om akuta patienter försämrats. När avstämning/startkontroll gjorts före operationsstart upplevde anestesijuksköterskorna att det blev lättare att kommunicera vidare under operationen. Genom att ”tvingas” prata i inledningen på operationen så upplevde de känslan av att ”barriären bröts”, vilket gjorde att det gick lättare att ifrågasätta och säga till vid eventuella problem som uppstod under operationen.

”sen tycker jag att kommunikationen ändå har blivit lite bättre sedan vi började med WHO´s checklista, där vi innan op-start stannar upp liksom, innan man sätter kniven i, alla på salen stannar upp ... och så har vi en checklista vi går igenom, vad det är för patient vi har, vad vi ska göra...” (4)

”..där kommunicerar vi tydligt vilka roller vi har, så just den här startkontrollen via checklistan den är väldigt viktigt och det startar ju upp att man fortsätter och kan diskutera sen” (3)

3.2.2 Bli delaktig

De framkom i intervjuerna att alla i teamet blir mer delaktiga när de stannar upp innan operationsstart och alla får presentera sig med namn och roll. Varje person ger information om patienten utifrån sitt perspektiv vilket också gör alla delaktiga. Samtidigt belystes att det finns förbättringsmöjligheter, anestesijuksköterskorna upplevde ibland att inställningen till

checklistan kändes nonchalant från övriga i operationsteamet. De beskrev även att det ibland kunde bero på vilken operatör som opererar hur mycket information som gavs om ingreppet. Alla var heller inte alltid delaktiga i det här moment en del i teamet höll på med något annat eller var vända åt ett annat håll. De beskrev också att det ibland kändes ofokuserat och att alla inte lyssnade.

”alla får chansen att presentera sig, man blir mer delaktig, man blir mer av ett team”
(2)

”I början så håller vi ju en startkontroll och då brukar alla lyssna, inte alltid, op - syrran brukar väl vara vänd åt ett annat håll ibland och kanske den som inte lyssnar mest”. (6)

3.3 Klimatet på operationssalen

Samtliga anestesijuksköterskor påpekade att kommunikationen är beroende av vilken stämning och vilket klimat som är på operationssalen. De menade att det finns både positiva och negativa faktorer som spelar in för att kommunikationen ska vara bra. Ett öppet och tillåtande klimat underlättar och möjliggör god kommunikation medan rädsla att våga fråga, rädsla för hierarkier och rent praktiska saker som att de flesta bär munskydd kan försvåra och försämra kommunikationen på operationssalen.

3.3.1 Tillåtande klimat

Något som tydligt framkom var att anestesijuksköterskorna upplevde att kommunikationen både förbättrades och underlättades av att klimatet på operationssalen var tillåtande för kommunikation. De menade att det måste vara tillåtet och öppet så att alla vågar fråga om oklarheter för att inte riskera att patienten blir drabbad. Klimatet måste ge alla plats och det måste vara tillåtande att vara ny. De menade att det inte får vara prestige i arbetet och man bör ha respekt och förståelse för varandras arbete. De betonade även vikten av att också läsa ”av situationen” och ha lite ”fingertoppskänsla” för att inte störa varandra och orsaka onödig irritation och stress. Arbetet blev roligare och underlättades av att det var en glad och varm stämning inne på salen.

..”det ska vara en öppen och otvungen kommunikation sådär så att man inte känner ogud vågar jag fråga operatören om det här.” (5)

..”alla är ju inte erfarna, alla törs inte ”törs inte”, de måste vara ett tillåtande klimat så att det blir en kommunikation” (3)

3.3.2 Vissa faktorer försämrar

Stämningen på salen kunde ibland upplevas som lite spänd och det försämrade kommunikationen. Spänd stämning kunde göra det svårare att fråga och ökade även risken för misstag. Anestesisjuksköterskorna menade att det kan vara jobbigt att ställa frågor när risken fanns att det blev surt eller irriterat. Även humör spelade in, om någon hade en dålig dag smittade det av sig. Anestesisjuksköterskorna beskrev även att rädslan att våga fråga operatören kan påverka negativt. Det kunde vara hierarki som gjorde att de undvek att fråga, känslan av att man inte blev lyssnad på och att känna sig liten och inte våga ta ton framkom. De framkom att stämningen på operationssalen kunde vara personbunden, ovilja att kommunicera och arrogans speglade stämningen. Stress var även en faktor som påverkade, när det upplevdes stressigt på salen försvårades kommunikationen samtidigt som det framkom att alla hanterar stress olika och att det kan fungera bra även fast det var stressigt. Även språkliga problem kunde vara en faktor som försvårade kommunikationen, att inte förstå eller höra vad operatören sa. Att inte höra kunde bero på störande omgivning såsom att musik spelades eller att alla på operationssalen oftast använder munskydd.

”så tycker jag att man blir, när det är väldigt tyst där inne och ingen vågar prata med någon om någonting då blir alla lite mer nervösa och det är liksom lite mera spänd och då är det lite större chans att någonting blir tokigt bara av att stämningen är spänd” (7)

4 Diskussion

4.1 Huvudresultat

Studien belyser anestesijuksköterskors upplevelser av kommunikationen med operationsteamet under operation och tre kategorier framkom; *perioperativt samarbete*, *betydelsen av WHO´s checklista och klimatet på operationssalen*. Resultatet visade att anestesijuksköterskorna upplevde förbättrad kommunikation när de hade ett fungerade teamarbete och alla strävade åt samma håll och arbetade för patienten. En tydlig och ömsesidig dialog var helt avgörande för att optimera förutsättningarna för anestesijuksköterskan att göra det bästa för patienten. Sedan införandet av WHO´s checklista upplevde anestesijuksköterskorna förbättrad kommunikation och ökad delaktighet. Det visade sig också att klimatet på operationssalen spelade en avgörande roll för kommunikationen. Tillåtande klimat skapade möjligheter för god kommunikation medan andra faktorer försämrade och försvårade kommunikationen med operationsteamet

4.2 Resultatdiskussion

Studien visade att anestesijuksköterskorna upplevde att arbetet på operationssalen är ett teamarbete. När de arbetade i team upplevde de att kommunikationen både underlättades och förbättrades. De upplevde att arbetet underlättades när alla strävade åt samma håll och kändes säkrare när alla arbetade mot samma mål. Detta stämmer överens med vad Alfredsdottir och Björnsdottir (2007) beskriver i sin studie, där samtliga deltagare i studien påpekat vikten av teamarbete för patientsäkerheten samtidigt som de också beskrev positiva känslor av att tillhöra ett team. Det finns ytterligare en studie som förstärker att teamarbetet har positiva effekter på kommunikationen. Flin et al. (2006) hävdar att teamarbete och samråd under operation var det vanligaste svaret på frågan om effektiva strategier som minskar misstag. I en studie uppskattade 99,6 % av deltagarna att god kommunikation och samarbete mellan teamet var lika viktigt som teknisk kunskap för patientsäkerheten (Kaissi, Johnsson & Kirschbaum 2003). Även anestesiläkare beskriver vikten av teamarbete, 90% av anestesiläkarna i en studie beskrev att de tyckte om att arbeta i team (Flin, Fletcher, McGeorige, Sutherland & Patey 2002).

En tydlig dialog ansågs vara en viktig del av kommunikationen. Anestesijuksköterskorna beskrev att de behöver information av operatören både om förväntade händelser och komplikationer som uppstår under operationen. De menade också att de ska meddela

operationssidan om det får anesthesiologiska problem så att de tillsammans kan lösa problemet för att inte riskera patienten. Anestesisjuksköterskorna i föreliggande studie beskrev sig som patientens advokat. Sundqvist och Anderzen-Carlssons (2013) visade i sin studie att anestesisjuksköterskorna kände att som patientens advokat var det deras skyldighet att agera som patientens förespråkare. Detta kan relateras till Travelbees teori då hon hävdar att omvårdnad är en mellanmänsklig process och sjuksköterskan ska förebygga sjukdom och lidande hos patienten. För att lyckas med detta är kommunikationen enligt Travelbee det viktigaste redskapet (Kirkevold 2007). När patienten är under anestesi är det anestesisjuksköterskornas ansvar och utmaning att göra det bästa för varje patient. Anestesisjuksköterskan skyddar och framför patientens önskemål till resten av operationsteamet (Sundqvist & Anderzen-Carlsson 2013). Patienten är ofta försvarslös under en operation och det är många personer runtomkring patienten. Anestesisjuksköterskan är ofta den som sagt till patienten att hon ska vara hos hen hela tiden och känner därför att det är hennes uppgift att skydda patienten (Rudolfsson, von Post & Eriksson 2007).

Anestesisjuksköterskorna i föreliggande studie beskrev att arbetet underlättades och blev roligare när de visste hur andra i teamet fungerade. De nämnde också vikten av att bli tilltalad med namn. En studie som belyst teamkommunikation på operation beskriver att kommunikationen underlättades när personerna visste varandras namn och hade arbetat tillsammans tidigare. Där beskrevs också känslor av frustration när man inte visste namnet på operatören, vilket gjorde att de kände sig dum när det behövde säga något (Gillespie et al., 2013). Situationer där anestesisjuksköterskor varken kände till ingreppet eller operatören hindrade teamarbete och effektiv kommunikation (Gillespie, Chaboyer, Longbottom & Wallis 2009). När sjuksköterskorna på operation inte kände till resten av personalen på operation och visste vilka kunskaper de hade, skapades en osäkerhet och risken för att göra misstag ökade (Lipponen et al. 2004)

I föreliggande studie framkom att anestesisjuksköterskorna och anestesiläkaren har en annan relation till varandra än övriga i operationsteamet. Anestesisjuksköterskorna berättade att de tillsammans har en tajtare relation, känner varandra bättre och talar samma språk. De beskrev att anestesiläkaren fanns som stöd och hjälp under hela operationen även om hen fysiskt inte närvarade på operationssalen och att de tillsammans hade en plan för patienten. Likande resultat ses från en svensk studie där anestesisjuksköterskor beskrivit att anestesiläkaren

regelbundet ser till att allting går bra för anestesijuksköterskan. I studien nämner de också att de gemensamt funderar och planerar kring patienten (Larsson & Holmström 2012).

I kategorin ”betydelsen av WHO’s checklista” beskrev anestesijuksköterskorna att de upplevde att kommunikationen i teamet förbättrats sedan införandet av checklistan. De upplevde att det blivit mer systematiskt att de tillsammans stannar upp, går igenom patienten och ingreppet. De berättade att startkontrollen, första delen i checklistan, öppnade upp för vidare kommunikation och gjorde alla delaktiga. Det finns flera tidigare studier som styrker att kommunikationen både blivit bättre och säkrare sedan införandet av WHO’s checklista (Lingard et. al. 2008; Lingard et. al. 2011; Rönnberg & Nilsson 2015), och att anestesijuksköterskor upplevde checklistan som viktig för den perioperativa vården. Det som beskrevs mest positivt var presentationen av alla i teamet och att alla fick bekräfta sitt kompetensområde (Rönnberg och Nilsson 2015). Förståelse byggs genom öppen kommunikation, checklistan skapade möjligheter för en öppen dialog genom frågande och bekräftande och teamet fick möjlighet att skapa en gemensam plan (Gillespie et al. 2013). Checklistan förbättrade teaminvolveringen (Whehle, Haugen, Softeland & Hjälmhult 2012).

Anestesijuksköterskorna i föreliggande studie belyste att checklistan var viktig för att alla i teamet gavs möjlighet att delge information om patienten. De beskrev även att det var ett tillfälle att få information direkt av operatören samt att de gavs möjlighet att göra operatören medveten om saker som kunde ha hänt under induktionen.

Syftet med checklistan var att göra alla i teamet medvetna om vilken patient de hade, vad för läkemedel som givits och vilken operation som skulle genomföras. Vissa anestesijuksköterskor bekräftade att checklistan förbättrade patientsäkerheten (Sundqvist & Anderzen-Carlsson 2015). En studie av Lingard et. al. (2008) bevisar effekten av checklistan då 92% av deltagarna höll med om att checklistan hjälpte teamet att identifiera och lösa risker. De beskrev en situation där narkosläkaren upptäckt att patienten var ordinerad ett penicillin som den var mycket allergisk mot. Genom checklistans genomgång upptäcktes detta och de kunde byta antibiotika (Lingard et. al. 2008). Kommunikation om patienten, förberedelser och ingreppet är en stor del av kommunikation på operationen (Lingard et. al. 2002). Misstag på operation beror sällan på bristande kunskap utan snarare kommunikationsmisstag (Flin et al. 2006). Enligt Travelbee ska sjuksköterskan förebygga lidande (Kirkevold 2000). Kommunikation är det viktigaste redskapet som sjuksköterskan har för att åtgärda patientens

behov (Kristoffersen et al. 2006). Detta kan relateras till WHO's checklista då den är en hjälp för anestesisjuksköterskan och övriga i teamet att förbättra och optimera patientens vård.

I föreliggande studie beskrevs även önskade förbättringsmöjligheter, anestesisjuksköterskorna beskrev att de ibland upplevde att övriga i operationsteamet hade nonchalant inställning till checklistan. Ofta var det beroende på vilken operatör hur mycket information som delgavs. Rönnberg & Nilsson (2015) beskrev i sin studie att anestesisjuksköterskorna ibland upplevde operatörerna som ointresserade av vad andra i teamet informerade och att det ofta hittade på sin egen version av checklistan. Weahel et al. (2012) visade likande resultat, där hade sjuksköterskors upplevt frustration över att det fanns oklarheter hur checklistan skulle användas och i vilka sammanhang den skulle användas. De beskrev också att det kunde bero på operatören hur utfallet av checklistan blev. Checklistans betydelse både för kommunikationen i teamet och för patientsäkerheten tas upp i flera studier samt föreliggande. Utifrån detta anser författaren att kommunikation är ett viktigt ämne och modeller som underlättar kommunikationen och ökar säkerheten för patienten bör användas och utvärderas mer frekvent.

I kategorin "klimatet på operationssalen" påtalade anestesisjuksköterskorna både positiva och negativa faktorer som hade betydelse för kommunikationen. I föreliggande studie framkom klimatet på operationssalen måste vara tillåtande, det måste vara öppet och tillåtet, alla måste känna att de vågar fråga om oklarheter. Att känna att man inte vågar eller får säga till när det är nödvändigt leder till en osäker miljö och minskar teamkänslan. Att skapa en atmosfär där personalen törs och vågar säga till oavsett yrkesroll är en viktig aspekt måste som förbättras (Weldon, Korkiakangas, Bezemer & Kneebone 2013). Att skapa en trygg miljö där alla törs berätta om de har säkerhetsproblem tas även i Leonard et al. studie (2004) upp som viktiga aspekter. Även detta går att sätta i relation till Travelbee som menar att ett av sjuksköterskans mål med omvårdnad är att förhindra lidande hos patienten (Kirkevold 2000). För att lyckas med omvårdnadsmålet måste klimatet på operationssalen vara öppet och tillåtande så att anestesisjuksköterskan och andra på operationssalen vågar säga till om något uppstår för att på så vis förhindra och förebygga lidande hos patienten (Kirkevold 2000).

Anestesisjuksköterskorna nämnde också vikten av att ha respekt för varandras arbete och läsa av situationen och ha lite fingertoppskänsla för att inte störa varandra i onödan under koncentrerade delar av operationen. Liknande åsikter framkom i en studie av Gardezi et al.

(2009) där de påtalar att tystnad och stillhet kan vara viktiga aspekter på en operationssal och ibland helt nödvändigt för att säkert kunna utföra en del uppgifter. Detta kan relateras till det som framkom i Gillespie et al. (2013) där kirurger påpekade vikten av det höll sig fokuserade på uppgiften särskilt under komplicerade ingrepp såsom hjärtkirurgi, ögon- och neuroingrepp. De påpekade i studien att de inte hade råd att inte vara fokuserade och att det fick bli på bekostnad av annat.

Anestesisjuksköterskorna beskrev att kommunikationen ibland försvåras av att inte höra vad andra på operationssalen sa. Störande omgivning kunde vara en faktor till försämrad kommunikation, till exempel användandet av munskydd eller musik som spelades på radion. En studie visade att när musik spelades på radion fick frågor under operationen upprepas mycket mer frekvent än när musik inte spelades. Att behöva upprepa frågor ledde till frustration och ineffektiv kommunikation, vilket skulle kunna vara en risk för patientsäkerheten (Weldon, Korikiakangas, Bezemer & Kneebone 2015). Även författaren till föreliggande studie ser en patientsäkerhetsrisk av att inte höra vad som sägs och ser också att det kan leda till onödig frustration och irritation mellan teammedlemmarna på operationssalen.

4.3 Metoddiskussion

Då studiens syfte var att beskriva anestesisjuksköterskors upplevelser av kommunikationen med operationsteamet under en operation valdes kvalitativ metod. Kvalitativ metod syftar till att beskriva och förklara ett fenomen (Polit & Beck 2008). Avsikten med kvalitativ metod är att förstå, beskriva eller tolka deltagarnas erfarenheter och upplevelser av ett fenomen (Henricsson 2012).

För att säkra resultatet och öka värdet i kvalitativa studier är begreppet trovärdighet viktigt och kan ses som ett övergripande begrepp (Henricsson 2012). För att beskriva olika aspekter av studiens trovärdighet används inom kvalitativ forskning giltighet, objektivitet, tillförlitlighet och överförbarhet (Polit & Beck 2008).

Giltighet, *credibility* är ett viktigt begrepp för studiens trovärdighet och skapas genom att skapa förtroende för sanningen i resultatet och forskarens tolkning av data (Polit & Beck 2008). Ändamålsenligt urval tillämpades i föreliggande studie för att finna informanter med olika bakgrund och erfarenhet som kunde besvara studiens syfte (Henricsson 2012). Enligt Granheim och Lundman (2004) är det en del i giltigheten att välja deltagare med olika kön, erfarenheter och ålder för att få olika aspekter på de fenomen man avser att studera.

Informanterna i föreliggande studie var både män och kvinnor i varierande åldrar och hade varierande bakgrund och erfarenhet vilket relaterat till ovan kan ses som en styrka och stärka studiens giltighet. En svaghet är att endast två informanter var män vilket enligt författaren kan ha påverkat utfallet av studiens resultat.

Att endast åtta informanter deltog i studien kan ses som en svaghet, det var svårt att få tag i deltagare till studien och ett bortfall på tre personer har redovisat. Ett större antal inkluderade informanter i studien hade kunnat ge större möjligheter till variationer i det studerade fenomenet vilket i sin tur hade kunnat öka giltigheten (Granskär & Höglund-Nielsen 2012) Då fokus i studien låg på anestesijuksköterskans upplevelse av kommunikationen med operationsteamet ansåg författaren att datainsamlingen bäst genomfördes med semistrukturerade intervjuer (Polit & Beck 2008). En viktig förutsättning för giltigheten i studier är att välja den metod som är bäst lämpad för datainsamling (Granheim & Lundman 2004). Hur mycket data som behövs för att resultatet ska svara på ett trovärdigt sätt varierar beroende datakvaliteten och vad som studeras (Granheim & Lundman 2004). En styrka i studien kan vara att den data som kom fram var enhällig och informationsrik och besvarade studiens syfte. De insamlade datamaterialet har analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (Granheim & Lundman 2004). I studien presenteras analysprocessen olika steg vilket ökar giltigheten i studien (Granskär & Höglund-Nielsen 2012) Under analysprocessens olika steg har handledare och studiegrupp hjälpt till att granska innehållet så att koder och kategorier överensstämmer med innehållet i texten. Att låta personer som är insatta i ämnet hjälpa till med analysen ökar giltigheten och därmed studiens trovärdighet. För att ytterligare öka giltigheten presenteras analysens olika delar i tabell och resultatet presenteras med citat direkt tagna från intervjuerna. (Granheim & Lundman 2004). Objektivitet, *confirmability* är ett begrepp som står för objektivitet. Resultatet måste spegla den information som deltagarna delgivit och inte forskarens (Polit & Beck 2008). I föreliggande studie har analysprocessen beskrivits och resultatet av analysen presenteras i tabell vilket kan stärka objektiviteten.

Tillförlitlighet, *dependability* står för tillförlitligheten till data (Polit & Beck 2008). För att öka tillförlitligheten har författaren till föreliggande studie genomfört intervjuerna med hjälp av en intervjuguide. Fördelen med semistrukturerade intervjuer är att frågorna är av öppen karaktär och frågorna formuleras i en intervjuguide som kan användas som stöd. En intervjuguide möjliggör att frågeföljden kan anpassas efter vad som tas upp i intervjuerna (Henricsson 2012). Författaren i studien saknade intervjuerfarenhet vilket kan ha bidragit till att intervjuguiden följdes i ordningsföljd och upplysningar från informanterna kan ha missats

genom att rätt följdfrågor inte ställts. För att stärka tillförligheten ytterligare genomfördes en pilotintervju (Polit & Beck 2008). Genom pilotintervjun testades intervjuguiden och författaren såg att frågorna som ställdes var adekvata och gav svar på studiens syfte. Författaren till studien är den som genomfört och transkriberat intervjuerna, genom att beskriva vem som utfört datainsamlingen och ge en beskrivning av författarens tidigare erfarenhet kan studiens tillförlitlighet förbättras (Henricsson 2012). En svaghet i studien är att författaren inte haft någon erfarenhet av intervjuer sedan tidigare och saknar erfarenhet om det studerade ämnet.

Överförbarhet, *transferability* står för hur resultatet kan överföras (Polit & Beck 2008). Studiens trovärdighet påverkas av begreppet överförbarhet. I kvalitativa studier är det upp till läsaren att besluta om resultatet går att överföra i en annan miljö. För att möjliggöra överförbarhet måste det finnas en tydlig beskrivning av urval, deltagare, datainsamling och analys. (Granheim & Lundman 2004). I föreliggande studie beskrev författaren hur analysprocessen gått till och metodavsnittet är väl beskrivet vilket stärker studiens överförbarhet. Resultatet presenteras med citat vilket också ökar möjligheten till överförbarhet (Granheim & Lundman 2004).

4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad

Resultatet som framkom i denna studie kan vara till nytta då det visar hur anestesijuksköterskor upplevt kommunikationen med operationsteamet. Studien visar på betydelsen av teamarbete och en tydlig dialog för fungerande kommunikation. Kommunikationen har förbättrats sedan införandet av WHO's checklista samtidigt som det förekom önskemål om förbättringar. Att klimatet var öppet och tillåtande för kommunikation var avgörande för kommunikationen samtidigt som det fanns faktorer i klimatet som försämrade kommunikationen. De erfarenheter/upplevelser som framkom kan användas och lyftas i verksamheten med syfte att förbättra kommunikation. Genom förbättrad kommunikation mellan olika yrkeskategorier kan patienterna ges möjlighet till bättre omvårdnad och ökad patientsäkerhet.

4.5 Förslag till vidare forskning

Kommunikation och teamarbete är viktiga faktor för patientsäkerheten och det finns flera aspekter som påverkar både positivt och negativt. Denna studie har belyst anestesijuksköterskans uppfattning om kommunikationen med operationsteamet. För att få

en djupare förståelse för hela operationsteamets uppfattning om kommunikationen kan en intervjustudie där operatörer, anestesiläkare eller operationssjuksköterskor intervjuas tillföra kunskap. En observationsstudie med syfte att se hur kommunikationen ser ut i operationsteamet och vilka aspekter som påverkar hade också varit intressant för att få ett bredare perspektiv och se det utifrån andra vinklar.

4.6 Slutsats

Det framkom i studien att kommunikationen förbättrades av teamarbete och att alla strävade åt samma håll och arbetade för patienten. En tydlig dialog mellan alla i operationsteamet var avgörande för att optimera anesthesisjuksköterskornas förutsättningar att göra det bästa för patienten. Införandet av WHO's checklista hade förbättrat kommunikation och klimatet på operationssalen spelade en avgörande roll för kommunikationen. Det framkom också att bristande kommunikation skapade frustration och försämrade anesthesisjuksköterskornas förutsättningar att göra det så bra som möjligt för patienten. Att belysa vikten av god kommunikation mellan yrkeskategorierna på operation kan förbättra omvårdnaden och patientsäkerheten.

5 Referenser

Alfredsdottir, H. & Bjornsdottir, K. (2007). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), ss. 29-37. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x

Carney, B. T., West, P., Neily, J., Mills, P. D. & Bagian, P. J. (2010) Differences in nurse and surgeon perceptions of Teamwork: Implications for Use of a Briefing Checklist in the OR. *AORN journal*, 91(6), ss. 722-729. DOI: 10.1016/j.aorn.2009.11.006

Chan, Z., Kan, C., Lee, P., Chan, I. & Lam, J. (2011). A systematic review of qualitative studies: patients' experience of preoperative communication. *Journal of clinical nursing*, 21, ss. 812-824. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03942.x

Edberg, A.-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlen, J. (red.) (2015). *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Eide, Hilde & Eide, Tom (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. 2., [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur

Elfström, J., Nilsson, L. & Sturnegk, C. (2009). Sjukvårdens händelse analyser bör skärpas och involvera läkare. *Läkartidningen*, 48(106), ss. 3262-3267.

Flin, R., Fletcher, G., McGeorge, P., Sutherland, A. & Patey, P. (2002). Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia* 2003(58), ss. 233-242.

Flin, R., Yule, S., McKenzie, L., Paterson-Brown, S. & Maran, N. (2006). Attitudes to teamwork and safety in the operating room. *Surgeon*, 4(3), ss.145-151

Gardezi, F., Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Orser, B. & Baker, R. (2009). Silence, power and communication in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), ss. 1390-1399. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.04994.x

Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Longbottom, P. & Wallis, M. (2009). The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery. A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 47, ss. 732-741.

Gillespie, M. B., Gwinner, K., Chaboyer, W. & Fairweather, N. (2013). Team communications in surgery – creating a culture of safety. *J Interprof care*, 27(5), ss. 387-393. DOI:10.3109/13561820.2013.784243

Granheim, U-H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedurs and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2004(24), ss. 105-112. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Granskär, Monica & Höglund-Nielsen, Birgitta (red.) (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 2.*, [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur

Henricson, Maria (red.) (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. 1.* uppl. Lund: Studentlitteratur

Hovind, Inger Liv (red.) (2011). *Anestesiologisk omvårdnad. 2.*, [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur

Jasmine, TJX. (2009). The use of effective therapeutic communication skills in nursing practice (elektronisk version) *Singapore nursing journal*, 31(1), ss. 35-40.

Kaissi, A., Johnsson, T. & Kirschbaum, M.S. (2003). Measuring teamwork and patient safety. Attitudes of high risk areas. *Nursing economics*, 21(5), ss. 211-218.

Kirkevold, Marit (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering. 2.*, [omarb. och utvidgade] uppl. Lund: Studentlitteratur

Kristoffersen, Nina Jahren, Nortvedt, Finn & Skaug, Eli-Anne (red.) (2006). *Grundläggande omvårdnad. 4.* 1. uppl. Stockholm: Liber

Larsson, J. & Holmström, I.K. (2012). How excellent anaesthetists perform in the operating theatre: a qualitative study on non-technical skills. *British Journal of Anaesthesia*, 110(1), 115-121. DOI:10.1093/bja/aes359

Leonard, M., Graham, D. & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*, 13(1),185-190. DOI: 10.1136/qshc.2004.010033

Lindwall, L., von Post, I. & Bergbom, I. (2003). Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), ss. 246-253.

Lingard, L., Regehr, G., Cartmill, C., Orser, B., Espin, S., Bohnen, J., Reznick, R., Baker, R., Rotstein, L. & Doran, D. (2011). Evaluation of a preoperative team briefing: a new communication routine results in improved clinical practice. *BMJ Qual Saf*, 20, ss. 475-482. DOI: 10.1136/bmjqs.2009.032326

Lingard, L., Regehr, G., Orser, B.,Reznick, R., Baker, R., Doran, D., Espin, S., Bohnen, J. & Whyte, S. (2008). Evaluation of a Preoperative Checklist and Team Briefing Among Surgeons, Nurses, and Anesthesiologists to Reduce Failures in Communication. *Arch Surg*, 143(1), ss.12-17.

Lingard, L., Reznick, R., Espin, S., Regehr, G. & DeVito, I. (2002). Team communication in the Operating Room: Talk Patterns, Sites of Tension, and Implications for Novices. *Academic medicine*, 77(3), ss. 232-237.

Lipponen-Silen, M., Tossavainen, K., Turunen, H. & Smith, A. (2004). Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 2005(11), ss. 21-32.

Makary, M. A., Sexton, B J., Freischlag, J. A., Holzmuller, C. G., Millman, E. A., Rowen, L. & Pronovost, J. P. (2006) Operating Room Teamwork among Physicans and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder. *American college of surgeons*, 2006(202), ss. 746-752. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2006.01.017

Mills, P., Neily, J. & Dunn, E. (2008). Teamwork and Communication in Surgical Teams: Implications for Patient Safety. *The American College of Surgeons*, 206, ss. 107-112.
DOI:10.1016/j.jamcollsurg.2007.06.281

Nestel, D. & Kidd, J. (2006) Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. *BMC Nursing*, 5(1), ss. 1-9. DOI: 10.1186/1472-6955-5-1

Personuppgiftslag (SFS 1998:204). Hämtad från riksdagens webbplats:
http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204

Polit, Denise F. & Beck, Cheryl Tatano (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins

Pytel, C., Fielden, N. M., Meyer, K. H. & Albert, N. (2010) Nurse-Patient/Visitor Communication in the Emergency Department. *Journal of emergency nursing*, 35(5), ss. 406-411.

Riksföreningen för anesthesi- och intensivvård. (2012). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anesthesisjukvård.
Hämtad från:
<http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/komp-beskrivning-anestesi.pdf>

Rudolfsson, G., von Post, I. & Eriksson, K. (2007). The expression of caring within the perioperative dialogue: A hermeneutic study, *International journal of nursing studies*, 44, ss. 905-915. doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.02.007

Rönnerberg, L. & Nilsson, U. (2015). Swedish Nurse Anesthetists' Experiences of the WHO Surgical Safety Checklist. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 30(6), ss. 468-475.
DOI:10.1016/j.jopan.2014.01.011

Sexton, B.J., Makary, A.M., Tersingni, A.K., Pryor, D., Hendric, A., Thomas, E.J., Holzmuller, C.G., Knight, A.P. & Pronovost, P.J. (2006). Teamwork in the operating room. *Anesthesiology*, 105(5), ss. 877-884.

Sundqvist, A-S. & Anderzen-Carlsson, A. (2013). Holding the patient´s life in my hands: Swedish registered nurse anaesthetists´ perspective of advocacy. *Nordic College of Caring Science* 2014(28), ss. 281-288. doi:10.1111/scs.12057

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). ICNs etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad från: <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>

Waehle, V.H., Haugen, S.A., Softeland, E. & Hjälmhult, E. (2012). Adjusting team involvement: a grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as experinced by nurses in the operating room. *BMC nursing*, 11(16) ss. 1-10.

Weldon, S.M., Korkiankangas, T., Bezemer, J. & Kneebone, R. (2013). Communication in the operating theatre. *British Journal of Surgery*, 100, ss. 1677-1688. DOI: 10.1002/bjs.9332

Weldon, S.M., Korkiakangas, T., Bezemer, J. & Kneebone, R. (2015). Music and communication in the operating theatre. *Journal of Advanced Nursing*, 71(12), ss. 2763-2774. DOI: 10.1111/jan.12744

