

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ  
I VÅRDVETENSKAP  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2011:24

”Alla i samma film och inga överraskningar”  
En observationsstudie om samarbetet på operationssalen

Åse Simonsen  
Carina Wressmark



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	”Alla i samma film och inga överraskningar” En observationsstudie om samarbetet på operationssalen
Författare:	Åse Simonsen, Carina Wressmark
Ämne:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Anestesisjuksköterskeprogrammet
Handledare:	Eva Persson
Examinator:	Claes Ekenstam

## Sammanfattning

Bristande kommunikation inom operationsteamet uppstår i genomsnitt vid 1/3 av alla operationer och är den vanligaste orsaken till att patienter kommer till skada. Eftersom det är många olika yrkeskategorier inom operationskontexten, med olika placering i hierarkin, är det av yttersta vikt att skapa en tillåtande kommunikationsmiljö för att göra det möjligt för alla teammedlemmar att kommunicera. Sättet att kommunicera på skiljer sig mellan yrkesgrupperna beroende på genus, hierarki, utbildning samt traditioner. För att relationen till patienten skall bli så bra som möjligt är det viktigt att teamets kommunikation är god. Har teamet en god kommunikation blir relationen till patienten automatiskt bättre. Genom att teamet får träna kommunikationen och samarbetet med hjälp av olika strukturerade kommunikationsprotokoll såsom CRM och SBAR ökar patientsäkerheten.

Syftet med observationsstudien är att undersöka hur kommunikationen och samarbetet fungerar mellan de olika yrkeskategorierna på operationssalen.

Kvalitativ metod har använts med semistrukturerade observationer. Nio operationer på två olika sjukhus har observerats. Till dataanalysen har kvalitativ innehållsanalys använts. Resultatet som framkom ur observationerna visar att medlemmarna i teamet i det stora hela var nöjda med kommunikationen, men att det finns brister främst från kirurgernas sida. Sjuksköterskor och kirurger har olika syn på kommunikationen där sjuksköterskorna i högre grad är missnöjda med kirurgernas kommunikation medan kirurgerna är fullt nöjda med kommunikationen.

Nyckelord: Kommunikation, operationssal, samarbete, teamwork, patientsäkerhet, operation, observationsstudie.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
<b>Anestesisjuksköterskan</b> .....	<b>1</b>
<b>Kommunikation</b> .....	<b>2</b>
Icke-verbal kommunikation .....	2
<b>Genusperspektiv</b> .....	<b>3</b>
<b>Hierarki</b> .....	<b>3</b>
<b>Arbetsmiljö</b> .....	<b>4</b>
<b>Vårdrelationen – den perioperativa dialogen</b> .....	<b>5</b>
<b>God kommunikation</b> .....	<b>5</b>
<b>Bristande kommunikation</b> .....	<b>5</b>
<b>Patientsäkerhet</b> .....	<b>6</b>
Crew Resource Management - CRM .....	6
Situation- Bakgrund- Aktuellt tillstånd- Rekommendation - SBAR.....	7
WHO´s checklista .....	7
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>7</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>7</b>
<b>METOD</b> .....	<b>8</b>
<b>Kvalitativ observationsstudie</b> .....	<b>8</b>
<b>Urval</b> .....	<b>8</b>
<b>Datainsamling</b> .....	<b>8</b>
<b>Dataanalys</b> .....	<b>9</b>
<b>Forskningsetik</b> .....	<b>9</b>
<b>RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
<b>Kommunikation</b> .....	<b>10</b>
Patientsäkerhet .....	10
Handledning .....	11
Arbetsmiljö .....	11
Vårdrelationen .....	12
<b>Bristande kommunikation</b> .....	<b>13</b>
Bristande arbetsmiljö .....	13
Brister i patientsäkerheten .....	13
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>14</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>14</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>15</b>
<b>Konklusion</b> .....	<b>18</b>

Praktiska implikationer .....	19
<b><i>SLUTORD</i></b> .....	<b><i>19</i></b>
<b><i>BILAGOR</i></b> .....	<b><i>1</i></b>
Bilaga 1: SBAR .....	1
Bilaga 2: WHO's checklista .....	2
Bilaga 3: Observationsguide .....	3

## **INLEDNING**

Samtliga yrkeskategorier på en operationsavdelning har ett stort ansvar för operationspatienten, som är mer utsatt och utlämnad än på de flesta andra ställen i vården. Operationsmiljön är både tekniskt och medicinskt avancerad, vilket ställer stora krav på personalen. Dessutom har samtliga yrkeskategorier ett gemensamt ansvar för att kommunikationen är god och att samarbetet är väl fungerande, vilket leder till bättre arbetsmiljö och välmående teammedlemmar, men även främjar patientsäkerheten.

Anestesisjuksköterskan kommunicerar inte enbart med anestesiolagen utan en rad olika yrkeskategorier måste förstå varandra för att det komplexa teamarbetet skall fungera. Det är i första hand patienten som drabbas om det uppstår brister i kommunikationen mellan personalen och kan i det värsta scenariot leda till patientens död.

## **BAKGRUND**

Den perioperativa vården kännetecknas av att den är högteknologisk och består av många korta möten med patienter som skall genomgå en operation. Operationsmiljön kan kännas främmande och uppfattas som kal och opersonlig. Patienten som har sina sociala roller hemma tappar en del av sin identitet i rollen som patient, eftersom den rollen är främmande. Detta gör det lätt att bli passiv då det är svårt att veta vad som förväntas av en. För att patienten skall få en god vård är det viktigt att personalen känner sig trygg i sina roller. Personalen har mer erfarenhet och kunskap än patienten och trots att patienten på sätt och vis överlämnar sig är det viktigt bjuda in och göra patienten delaktig i sin vård (Hovind, 2005).

### **Anestesisjuksköterskan**

Hela tiden finns det personal intill patienten på operationsavdelningen. Dels anestesisjuksköterskan, som under hela operationen finns vid patientens huvudända, men även annan personal såsom läkare, operationssjuksköterskor och undersköterskor. Samtliga av dessa utför sina arbetsuppgifter i patientens omedelbara närhet. Utöver detta finns ofta assisterande läkare och studenter i olika utbildningar (Hovind, 2005).

Anestesisjuksköterskans arbetsuppgifter består av att utöva anestesi, medan anesthesiologens, förutom anestesi, även inkluderar intensivvård och smärtbehandling. Anestesiologi är en mångsidig specialitet och förutsätter att de som utövar denna har ingående kunskaper och erfarenheter dels inom sin egen profession, men även inom flera andra kliniska områden. Det är viktigt att även de opererande läkarna har anestesiologiska baskunskaper. Det anestesiologiska operationsarbetet är ett lagarbete, där anesthesiologen är huvudansvarig och där anestesisjuksköterskan har ett eget medicinskt ansvar. Alla yrkeskategorier utom undersköterskan har en specialistutbildning inom sin specialitet. Förutom att ge anestesi, skall anestesisjuksköterskan tillgodose patientens omvårdnadsbehov i samband med operation och behandlingar, olika procedurer och undersökningar. Arbetet är komplext och växlar snabbt, vilket innebär att anestesisjuksköterskan måste ha goda kunskaper och god förmåga att kunna handla rationellt. Det är även viktigt att kunna ha ett gott samarbete och god kommunikation med övrig personal (Halldin, 2008).

## **Kommunikation**

Ordet kommunikation kommer från latinets ”communicare”, som betyder gemensam. Kommunikation är en mänsklig handling som vi människor ägnar oss åt och det är ett viktigt beteende eftersom vi därigenom kan utväxla information med vår omgivning (Hård af Segerstad, 2002).

Att kunna kommunicera är grunden för att göra sig förstådd och för att förstå andra människor. Med kommunikationen informerar, påverkar och bekräftar vi andra personer men visar också hur vi påverkas av och upplever andra personer. Det är viktigt att budskapet som ges har samma innebörd för den som ger det som för den som tar emot det. För att man skall kunna ha ett bra samarbete där arbetet präglas av respekt och tillit krävs en bra kommunikation som kan ske, inte enbart via språket, utan även med hjälp av det icke-verbala språket som till exempel kroppsspråk och ögonkontakt (Nilsson & Waldemarsson, 2007).

På en operationsavdelning skall många personer av olika yrkeskategorier kunna samarbeta och kommunicera på ett tillfredsställande sätt, oavsett vilken profession de har. Syftet med teamarbete är att nå ett mål, vilket mål det är avgör verksamheten och det går bäst när miljön runt omkring oss är trevlig och stimulerande (Eide & Eide, 2009).

Personalgruppens sammansättning är inte något vi själva kan bestämma utan man blir tilldelad sina kollegor. Någon i gruppen tar ledningen, någon tar rollen som den stöttande och uppmuntrande och någon kanske stretar emot de andra. Vilken roll vi än får är det viktigt att vara lyhörd för andra människor (Eide & Eide, 2009). Leonard, Graham och Bonacum (2004) belyser att bristande kommunikation är en vanlig orsak till att patienter kommer till skada. Det är viktigt att ha en effektiv och tydlig kommunikation för att kunna leverera en högkvalitativ vård med patienten i centrum. Vidare skriver de att hierarki och makt ofta hindrar människor att tala. Sjuksköterskor och läkare är fostrade att kommunicera på olika sätt. Sjuksköterskor relaterar ofta till de inte kan ställa diagnos och är således mer generella och berättande i sin kommunikation medan läkare är koncisa och talar rakt på sak. Denna skillnad i kommunikationen leder i många fall till onödigt irritation yrkeskategorierna emellan.

### **Icke-verbala kommunikation**

Den icke-verbala kommunikationen rör främst en människas identitet och speglar ofta det inre, vad man tänker, känner, upplever och vill. Det verbala och icke-verbala språket följer varandra och är inte något man kan lyfta ut isolerat (Nilsson 1993).

Genom kroppshållningen markeras en människas hierarki. Att sträcka på sig, hålla huvudet högt och axlarna raka uttrycker självsäkerhet medan kutande axlar och nerböjt huvud ger en bild av modstulenhets och osäkerhet. Det medvetna, icke-verbala språket utmärker sig genom olika sätt att gå på, titta, olika kroppsställningar och gester (Backlund, 2006).

## **Genusperspektiv**

För att kommunikationen skall flyta, är det viktigt enligt Davies (2003) att veta vilket kön personen som tilltalas har. Detta leder till att vi alltid, medvetet eller omedvetet förhåller oss till den vi möter som man eller kvinna. Det är inte en läkare eller sjuksköterska vi möter, utan en manlig/kvinnlig läkare eller en manlig/kvinnlig sjuksköterska. I denna stereotypa värld gynnas oftast männen (Davies 2003). Män och kvinnor kan förhålla sig olika i olika yrkesgrupper. Det är viktigt att tänka på att skillnaderna mellan männens och kvinnornas samtalskultur också kan bero på olika traditioner och maktrelationer inom olika yrken (Nilsson Motevasel, 2001).

Sjuksköterskorna i Davies (2003) studie förnekade att det skulle vara skillnad att arbeta med en kvinnlig eller manlig läkare och menade att det var personbundet. De kvinnliga läkarna hade störst problem att vinna förtroende för sjuksköterskorna som nykomlingar men när de visat sin duglighet och kompetens, var ofta sjuksköterskorna mer entusiastiska att arbeta tillsammans med dem. Däremot uttryckte de kvinnliga läkarna svårigheter att be sjuksköterskorna om hjälp, något som de manliga läkarna inte ens hade funderat över. De manliga läkarna uppfattades i samhället som generell skickligare och mer auktoritära och det gav dem en högre status än deras kvinnliga kollegor. Genom historien har medicin förknippats med maskulinitet och omvårdnad med femininitet och detta kan vara en av orsakerna till att kvinnliga läkare kan uppfatta sin position som mer problematisk än sina manliga kollegor. De måste finna sin plats på ett område som är definierat av manliga ideal och beteenden (Davies, 2003).

Emotionellt arbete, är ett begrepp som innebär hur känslorna används i arbetet. Som vårdare är det viktigt att ha en trevlig ton gentemot patienten, men även gentemot arbetskamraterna (Timmons & Tanner 2005). Deras studie, där manliga medicintekniker och kvinnliga sjuksköterskor ingick, visade att sjuksköterskorna lade stor vikt vid att hålla operatören på gott humör och hade lite av en värdinneroll på operationssalen. Männen däremot, trots att de hade i princip samma arbetsuppgifter, upplevde inte något krav att upprätthålla värdinnerollen. De kommenterade i stället att de aldrig hade accepterat att anta denna roll. Slutsatsen var att även om både män och kvinnor kan utföra emotionellt arbete, så är det mer naturligt för kvinnorna.

## **Hierarki**

Den indirekta hierarkin som finns inom operationsteamet saknar strukturerade kommunikationsprotokoll som det finns inom exempelvis flyget. Det påstås att det är en enväldig, toppstyrd och militärisk ton på operation och olika tv-serier, till exempel Chicago Hope och Cityakuten, återspeglar denna påstådda myt (Lingard, Reznick, Espin, Regehr & De Vito, 2002). En observationsstudie gjord av Lingard et al (2002) utförd på operationssalen, visade att när läkare och sjuksköterskor diskuterade aktiviteter, till exempel bytestider, resurser och säkerhet, använde man sig av frågor, historier, skämt och påståenden liksom icke-verbal kommunikation i form av gester och grimaser. Lingard et al (2002) menar att man med detta resultat kan ta död på den påstådda myten om den enväldiga och toppstyrda tonen på operationssalen. Även Leonard, Graham & Bonacum (2004) menar att man uppnår ett bra arbetsklimat genom att undvika befallningar och istället använda påståenden och frågor. Hierarkin spelar roll liksom de olika personligheterna, men även etiska aspekter på vården är faktorer som

kan utlösa konflikter på operationssalen. Oftast kan teamet dock samarbeta och lösa problemen genom att kompromissa i de fall det går och undviker på så sätt att det skall bli en konflikt (Booij, 2007).

Enligt Leonard, Graham & Bonacum (2004) är det viktigt att skapa en kommunikationsmiljö som tillåter varje teammedlem att tala. Genom effektivt samarbete och kommunikation kan en gemensam modell skapas som gör att samtliga teammedlemmar verkar åt samma håll. Uttrycket ” *alla i samma film, och inga överraskningar*” kan vara en fingervisning och något att tänka på för kliniker som inte gärna vill att det skall hända något oväntat. Detta betyder att samtliga mycket noga vet vad som förväntas av dem och på så vis har de en handlingsberedskap om det skulle behövas.

I vården är det traditionellt så att individer hålls ansvariga för misstag som sker med patienten, men i den tillåtande kommunikationsmiljön skall varje person känna sig bekväm med att avslöja och erkänna sina fel. I dessa fall rör det sig om fel som den enskilda individen inte kunnat råda över, exempelvis organisatoriska problem som leder till fel då det inte är meningen att en individ skall ställas till svars. Genom detta tänkande skapas en öppen atmosfär där varje medlem möts med värdighet och respekt (Hamlin, 2009).

I en studie gjord av Flin, Fletcher, McGeorge, Sutherland och Patey (2003), sade majoriteten av respondenterna att de skulle kommunicera med teamet om de stötte på problem. Några respondenter var dock mindre bekväma med att kommunicera om en teammedlem från en annan profession var inblandad. Carney, West, Neily, Mills och Baglan (2010) menar att risken finns att sjuksköterskorna underlåter att tala, trots att det kan riskera patientsäkerheten, om det finns brister i samarbetet med kirurgen. Tror sjuksköterskan att det hon verbalt kan tillföra inte kommer att mottas på ett bra sätt, är det stor risk att kommunikationen påverkas, vilket kan leda till att patientsäkerheten äventyras.

Enligt Nestel och Kidd (2006) påvisade nyutbildad personal annorlunda kommunikation än de erfarna. Beroende på vem som var på operationssalen kunde dessa endast kommunicera effektivt med antingen kirurgen eller sjukskötersketeamet, men inte med båda samtidigt (Nestel & Kidd, 2006). Det är viktigt att inte överföra eventuella dåliga kommunikationsmönster på nya teammedlemmar då det är lätt att ta efter jargongen (Lingard et al 2002).

## **Arbetsmiljö**

Med nutidens tekniska och mer specialiserade vård är sjukvården mer av ett teamarbete. En ensam profession kan inte bota en patient, men tillsammans i de olika specialiteterna till exempel anestesi, patologi, röntgen och kirurgi har man större möjlighet till detta. I teamet måste medlemmarna tillsammans arbeta effektivt, vilket kan vara svårt då ett team består av olika personligheter som skall arbeta på en begränsad yta. Detta skapar en speciell atmosfär på operationssalen. Varje medlem har sin specifika kunskap och åsikt om hur problemen som kan uppkomma skall lösas. Atmosfären i operationssalen kan lätt bli störd, inte bara tillfälligt utan även mer permanent och kan då äventyra



patientsäkerheten. Det är vanligare att detta uppkommer på operationsavdelningarna och intensivvårdsavdelningarna än på andra ställen (Booij, 2007).

En studie som undersökte teamets perioperativa beteenden visade att 86% av deltagarna hade observerat störande beteende på sjukhuset vilket inte var unikt för läkare utan även involverade sjuksköterskor. De mest utmärkande beteendena var rop och skrik, oförskämt språk, uppläxningar och psykisk misshandel. Dessa störande beteenden ledde i många fall till medicinska fel och äventyrade patientsäkerheten. Om konflikter inte reds upp kan de leda till att teamets prestation störs (Booij, 2007).

### **Vårdrelationen – den perioperativa dialogen**

I vårdvetenskapen är vårdrelationen, vilken innebär att vårdaren och patienten skapar en gemensam relation, ett av de bärande begreppen. Den perioperativa dialogen skulle kunna, om den användes på ett systematiskt sätt, skapa ett större samarbete mellan operations- och anestesisjuksköterskorna (von Post, Frid, Kolvered & Madsen, 2005). I Rudolfsson, Ringsberg och von Posts (2003) intervjustudie kände sjuksköterskorna att de kunde lära sig mer om patienten och planera vårdandet på ett bättre sätt genom den perioperativa dialogen. Anestesi- och operationssjuksköterskorna uttryckte att den perioperativa dialogen var en källa till styrka för dem, i vilken de förbättrade vårdandet av patienten och blev mer engagerade i sitt arbete. I studien har forskarna sett att det är svårt att få till den perioperativa dialogen och det måste till en organisatorisk förändring för att det skall fungera. Enligt von Post et al (2005) öppnas genom denna dialog ett för personalen hittills okänt kunskapsområde, där de lär känna patienten. Det bidrar också till en ökad kontinuitet och en ökad trygghet för patienten, men även för sjuksköterskan, som lättare kan hjälpa patienten att bli delaktig i sin vård.

### **God kommunikation**

Nestel & Kidd (2006) har i sin studie, baserad på intervjuer, fått fram viktiga aspekter för en lyckad kommunikation: Det är viktigt att lyssna aktivt för att få till en god kommunikation, liksom det är av yttersta vikt att ha ett hövligt och klart språk och att förvissa sig om att personen som tilltalas hör och förstår vad som sägs. I en artikel av Davies (2005) belyses att även artighet och tillit är viktigt för kommunikationen. Med tillit menas att alla teammedlemmar vet att varje enskild individ har kunskapen och skickligheten som är nödvändig för att genomföra exempelvis en operation.

### **Bristande kommunikation**

Att ha en effektiv och god kommunikation är väsentligt för att kunna leverera en högkvalitativ och patientsäker vård. Trots det är det just kommunikationsbrister som leder till att flest antal patienter kommer till skada (Leonard, Graham & Bonacum, 2004). I en observationsstudie gjord av Lingard, Espin, Whyte, Regehr, Baker, Reznick, Bohnen, Orser, Doran & Grober (2004) visade det sig att vid drygt 1/3 av operationerna fanns kommunikationsbrister. Den vanligaste situationen var att informationen kom fram alltför sent för att kunna användas på ett adekvat sätt. Det ledde till att en situation som kunnat lösas sig på ett tidigt stadium istället blev akut. Den näst vanligaste situationen var att relevant information missades och istället utbyttes inadekvat

information. Mer är 35 % av kommunikationsbristerna ledde till synliga effekter såsom ineffektivitet, försening, resursslöseri och obehag för patienten.

Gardezi, Lingard, Espin, Whyte, Orser och Baker (2009) observerade i sin studie att sjuksköterskor ofta tenderade att tala alltför tyst och hellre ställde om frågan än höjde rösten, till skillnad från kirurgen som oftast talade högt. Det är viktigt att våga säga till om man inte förstår vad det frågas om, man då inte bara bibehåller en god kommunikation utan även främjar patientsäkerheten. Frånvaro av svar kan tolkas som rädsla för att visa sig okunnig, men det kan även bero på att man inte hör frågan. I många fall diskuterade sjuksköterskan lösningen med en annan sjuksköterskekollega inne på operationssalen i stället för att fråga kirurgen direkt, då lösningen på problemet kommit tidigare och frustration över att inte få något svar undvikits.

Det har visat sig att konflikter beroende på meningsskiljaktigheter eller oenighet angående patienten uppstår i genomsnitt fyra gånger per operation. Dessa löses oftast direkt på ett smidigt sätt genom kommunikation. Genom att tidigt kommunicera är det lättare att få förståelse för den övriga personalens arbetsuppgifter, eftersom upprinnelsen till konflikten kanske hade en naturlig orsak. De flesta konflikter är emellan sjuksköterskor och kirurger och mer sällan mellan anestesiologer och kirurger. Konflikterna är oftast av slaget upplämningskonflikter och involverar i många fall patienten: *"Vem är ansvarig för den specifika behandlingen?" "Vem bestämmer vilken anestesiform som skall ges och vem ansvarar för den postoperativa behandlingen?" "Vem har sista ordet om operationen skall genomföras eller ej?"* Vid konflikter av detta slag är det inte enbart teamet som blir drabbat, utan hela operationsavdelningen och i värsta fall hela sjukhuset (Booij, 2007).

### **Patientsäkerhet**

I januari 2011 började en ny patientsäkerhetslag att gälla, som bland annat säger att personal som arbetar inom hälso- och sjukvården skall bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls i vården (SFS 2010:659). För att främja patientsäkerheten finns ett antal strukturerade hjälpmedel. En beskrivning av tre av dessa ges kortfattat här.

### **Crew Resource Management - CRM**

Inom flygväsendet har man under de senaste 25 åren använt sig av Crew Resource Management, CRM, vilket syftar till att standardisera kommunikation och samarbete för att undvika att fel uppkommer. Denna metod kan med fördel även användas inom vården (Leonard, Graham & Bonacum, 2004). Crew Resource Management består av briefings, mental medvetenhet, situationsmedvetenhet och ett tillåtande klimat där varje teammedlem kan ge uttryck för något allvarligt som kan hända (McKoin, Arbittier, Wesner, Moorman, Catronuovo 2010).

Genom att använda sig av briefing perioperativt, känner teammedlemmarna sig mer delaktiga i teamet och det hjälper till att skapa en god atmosfär. Känslan av att alla tillsammans vara ansvariga för patienten stärks (Wong, Forrest, Healey, Shirafkan, Hanna, Vincent och Sevdalis 2010). Flin, Fletcher, McGeorge & Sutherland(2003) skriver i sin studie att det är viktigt att teamet får chans att träna CRM tillsammans för att bli skickliga i sin kommunikation.

## **Situation- Bakgrund- Aktuellt tillstånd- Rekommendation - SBAR**

God sammanhållning och god kvalitet hos medlemmarna i teamet har visat sig vara viktiga faktorer för patientsäkerheten. Kommunikationen måste vara strukturerad och ledningen synlig. För att få en strukturerad kommunikation kan SBAR användas, vilket ger en beskrivning av situationen, bakgrunden till problemet, aktuella tillståndet och rekommendationer för vidare behandling (Booij, 2007). Genom ett par minuters briefing i början av ett skift ges samtliga involverade samma förutsättningar för att utföra arbetet, överraskningar undviks och teamet påverkas positivt (Leonard, Graham & Bonacum, 2004). Endast den informationen som är relevant för stunden förmedlas och på så sätt minskar risken för att mottagaren skall missförstå det som sägs ([www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/kommunicera](http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/kommunicera)).

## **WHO's checklista**

Idag används WHO's checklista som briefing på operationssalen innan operationen startar, vilket ger utrymme att känna att man arbetar som ett team med patienten i centrum (WHO guidelines for safe surgery, 2009). WHO publicerade 2008 riktlinjer för säkrare operationsvård som senare sammanställdes till WHO Surgery Safety Checklist, vilken utvecklar en bättre kommunikation och teamarbete mellan de olika disciplinerna (Schlack & Boermeester, 2010). Den mänskliga faktorn är en större fara för patienten än de tekniska hjälpmedel som används. Man har sett en tredjedels minskning av komplikationerna sedan man implementerade checklistan på åtta studiesjukhus i USA.

Fördelen med denna briefing innan knivstart är att samtlig personal på operationssalen får en chans att presentera sig. Man går även igenom eventuella svårigheter som varit vid sövningen eller som är att vänta under operationen. Har man en gemensam briefing ökar teamkänslan och detta mynnar ut i en ökad patientsäkerhet (WHO guidelines for safe surgery, 2009). Huruvida briefing skall ske med vaken patient eller ej råder det delade meningar om. Några menar att det är bäst att göra det efter induktionen då det kan vara enda tillfället då alla är samlade, medan andra menar att det är bättre att göra det innan patienten är sövd för att denne skall för en sista gång känna trygghet i att alla är med på tåget (Leonard, Graham & Bonacum, 2004).

## **PROBLEMFORMULERING**

Forskning visar att det finns bristande kommunikation på operationsavdelningen som påverkar patienten på ett negativt sätt. För att kunna bedriva en patientsäker vård är det viktigt att det finns en tillåtande kommunikationsmiljö så att samtlig personal vågar tala oavsett om de blir tillfrågade eller inte. Det finns också forskning som visar att män och kvinnor kommunicerar på olika sätt, vilket gör att genusaspekten också bör uppmärksammas. Bristande kommunikation kan leda till arbetsmiljöproblem och hota patientsäkerheten.

## **SYFTE**

Syftet med studien är att undersöka hur kommunikationen och samarbetet fungerar mellan olika yrkeskategorier på operationssalen.

## **METOD**

### **Kvalitativ observationsstudie**

Författarna har använt sig av en öppen, passiv, semistrukturerad observation. Öppen observation innebär att deltagarna är medvetna om att observatören är närvarande och denna typ av observation ger observatören en större frihet än den dolda. Passiv observation kan hämma gruppens aktivitet, men den kan också ha direkt motsatt effekt då gruppen försöker kompensera observatörens passivitet. För att på bästa sätt smälta in i gruppen är det viktigt att inte skilja sig alltför mycket beträffande klädsel eller beteende (Holme & Krohn Solvang, 1991). Semistrukturerad observation kännetecknas av att observatörerna använder sig av ett observationsschema, men frågorna är öppna för att det som observeras inte skall kunna förutsägas (Gillham, 2008).

### **Urval**

Observationerna genomfördes på operationsavdelningen på två västsvenska sjukhus. Observationsplatserna utgjordes av en dagkirurgisk och en allmänkirurgisk operationsavdelning. För att få tillgång till observationsplatserna och tillåtelse att genomföra studien togs kontakt med avdelningschefen på respektive avdelning. Den första kontakten togs via telefon, där forskarna presenterade sig själva, studien och syftet. Ett informationsbrev formulerades och skickades via mail till avdelningsscheferna och ett skriftligt godkännande samlades in. Avdelningscheferna fungerade sedan som kontaktpersoner på respektive avdelning och informerade personalen, dels genom ett arbetsplatsmöte och dels genom att sätta upp anslag på avdelningen om att observationer skulle komma att äga rum. Det fanns inga specifika önskemål om operationer eller medverkade personal, utan detta överläts till kontaktpersonerna att välja ut. Nio operationer observerades och varje operation varade mellan 30-90 minuter .

### **Datainsamling**

Observationerna började när patienten kom in på operationssalen och avslutades när patienten kördes ut från salen. Patienten observerades inte, utan fokus låg på personalen. Båda observatörerna var närvarande vid samtliga observationer och satt på olika platser i operationssalen utan att vara i vägen för någon. Ingen av observatörerna har någon erfarenhet inom operationskontexten. Båda är sjuksköterskor med erfarenhet från ortopedavdelningar och har i det dagliga arbetet haft kontakt med operationsavdelningar och patienter som skall genomgå operation. Enligt Mullhall (2003) går det aldrig att helt bortse från sin förförståelse, vilket kan försvåra observationerna, då det finns risk för att observatören tittar på irrelevanta saker.

Som hjälp att strukturera observationerna användes ett observationsschema som observatörerna själva konstruerat utifrån Mullhall (2003). Vid ett par observationer gjordes korta intervjuer, då något avvikande observerats som behövde klargöras. Det var två kirurger och fyra anestesisyksköterskor som intervjuades. Dessa korta intervjuer gjordes i direkt anslutning till operationens slut. Intervjuerna bandades och transkriberades.

## Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys har använts, vilken enligt Hsieh & Shannon (2005) innebär en fokusering på textinnehållet med en subjektiv tolkning.

Det första steget i analysprocessen var att respektive observatör transkriberade sina observationsscheman. Intervjuerna transkriberades ordagrant. I nästa steg sammanställdes observationerna till en sammanhängande text. Texten lästes igenom upprepade gånger för att få en känsla av helheten och en djupare förståelse för materialet, vilket beskrivs enligt Graneheim och Lundman (2004.) Utifrån denna helhet togs sedan meningsbärande enheter ut. De olika meningsbärande enheterna markerades med olika färger och grupperades. Utifrån grupperna kondenserades texten, vilket innebär att texten förkortas men kärnan behålls. Utifrån den kondenserade meningsenheten kodades texten. Genom att koda en kondenserad text kan datan angripas på ett annat sätt och det är viktigt att koden förstås i relation till kontexten. Koderna delades upp i subkategorier och kategorier. Under arbetets gång har en kontinuerlig återkoppling skett till det ursprungliga materialet för att inte någon del av innehållet skall gå förlorad under analysprocessen.

Exempel på innehållsanalysen utifrån Graneheim & Lundman (2004)

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>
Har han någon som matar honom hemma?" och "kan han göra något själv.	Missnöje och uppgivenhet med kirurg som vill bli upppassad	Missnöje, uppgivenhet	Arbetsmiljö	Bristande kommunikation
Vid den andra observationsplatsen fungerade TimeOuten bra, alla medverkade och det var tyst.	Alla medverkade vid TimeOut.	Intresse av Time Outen	Patientsäkerhet	God kommunikation

## Forskningsetik

Samhället och människorna som ingår i det har krav på utveckling och därför är det nödvändigt och viktigt med forskning. Samtidigt är forskningskravet högt, det vill säga, att forskningen bedrivs på så sätt att de befintliga kunskaperna fördjupas och utvecklas. Forskningen får dock inte ske så att individerna som ingår i forskningen på något sätt skadas eller kränks, det så kallade individskyddskravet (Vetenskapsrådet, 2002).

Observatörerna tog hänsyn till följande etiska aspekter i enlighet med forskningsetiska rådets rekommendationer (Vetenskapsrådet, 2002).

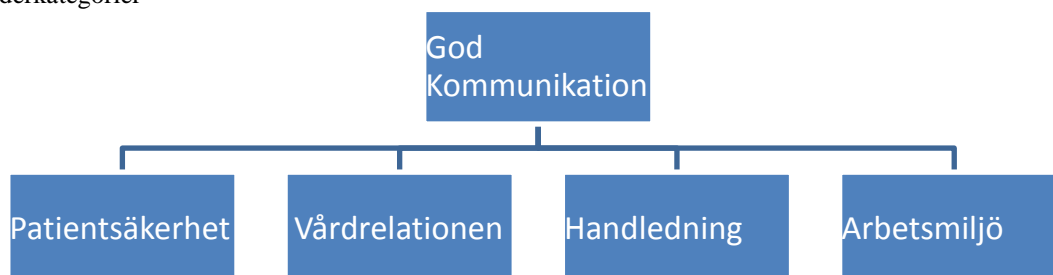
Observationsdeltagarna informerades om att observationer skulle ske samt att det var frivilligt att delta och det var möjligt att när som helst avbryta vidare medverkan. I informationsbrevet som skickades ut till operationsavdelningarna meddelades att observationsresultatet innan transkriberingen skulle behandlas konfidentiellt och att det inte var någon annan än observatörerna och handledaren som skulle ha tillgång den insamlade datan.

Några vidare etiska överväganden har inte gjorts.

## RESULTAT

Resultatet från observationerna beskrivs i löpande text och förstärks med citat från observationerna eller intervjuerna. De huvudkategorier som framkom var: god kommunikation och bristande kommunikation och till dessa har underkategorierna, patientsäkerhet, handledning, arbetsmiljö, vårdrelationen, bristande arbetsmiljö och bristande patientsäkerhet utkristalliserats. Läkarna i observationerna kallas generellt för kirurger oavsett om de arbetar inom ortopedi, kirurgi eller gynekologi. Anestesisjuksköterskorna och operationssjuksköterskorna benämns ibland som sjuksköterskor. Personalgruppen på operationssalen kallas genomgående för team, då det inte finns något bra ord på svenska.

Bild 1  
Huvudkategorier med  
underkategorier



### Kommunikation

#### Patientsäkerhet

En av de viktigaste uppgifterna personalen på operationsavdelningen hade förutom de rent medicinska, var att se till att patienten inte kom till skada och de var noga med att kontrollera och förvissa sig om att allt var som det skulle.

Trots att anestesisjuksköterskorna hade goda kunskaper och i de flesta fall var erfarna, var de noga med att förvissa sig om att det var rätt läkemedel som var uppdraget och att det var just dessa läkemedel som skulle användas vid respektive operation. Både anestesisjuksköterskorna och operationssjuksköterskorna kontrollerade även att rätt material var framlockat. Personalen förlitade sig på återkommande rutiner och kontrollerade PM i datorn om de var det minsta osäkra. Då en av anestesisjuksköterskorna administrerat ett läkemedel efter ordination av patientansvarig anestesisjuksköterska, upprepade hon att dosen var given.

Vid ett observationstillfälle var det återkommande att den ansvarige kirurgen kom in och gav en kort information om ingreppets art samt om återbesök, till patienten som låg på operationsbordet. Vid samtliga observationer presenterade personalen sig för varandra och var noga med att fråga om patientens personnummer. Personalen ursäktade sig för patienten vid ett par tillfällen då de återigen frågade patienten om personnumret. En patient upplevde kontrollen av personnummer som en extra trygghet och uttryckte: *”Det känns tryggt att ni frågar så att jag säkert vet att jag ligger på rätt operationsbord”*. Efter samtliga operationer förhörde anestesijuksköterskan sig om patienten skulle ha några läkemedel postoperativt, oavsett om det redan fanns en ordination.

Vid alla observerade operationer användes WHO's checklista för att stämna av att allt var korrekt innan operationsstart och efter operationens slut. Attityden till checklistan skiljde sig mellan de två observationsplatserna. Vid den ena observationsplatsen var det direkt motvilja från kirurgernas sida att delta. De uttryckte irritation och en av kirurgerna tyckte att checklistan var otymplig och tog operationstid utan att tillföra något. Dessa kirurger började vid samtliga operationer att operera innan checklistan var genomgången och gick vid operationens slut ut från salen innan checklistan var ifylld. Vid denna observationsplats var det också ostrukturerad genomgång av checklistan och i många fall pratades det i munnen på varandra. Vid den andra observationsplatsen visade personalen intresse för checklistan och genomgången var strukturerad och respektfull.

Samtlig personal arbetade koncentrerat och målmedvetet. Vid en av operationerna märktes en ökad anspänning och koncentrationen skärptes ytterligare mellan anestesijuksköterskan och anesthesiologen då patientens blodtryck sjönk. De gav läkemedel men kommunicerade inte med övrig personal inne på salen att något hänt. Vid en av operationerna märktes en ökad koncentration hos kirurgen då denne skulle utföra ett kritiskt moment. Kroppsspråket förändrades från det avslappnade och lediga till att bli mer spänt.

### **Handledning**

En av anestesijuksköterskorna var nyutexaminerad och arbetade tillsammans med en erfaren anestesijuksköterska. Hon utförde sina arbetsuppgifter självständigt men behövde mycket bekräftelse på att det hon tänkte göra var det rätta. Anestesijuksköterskorna hade en kontinuerlig dialog med varandra under den perioperativa processen. Under en av operationerna fanns en gästkirurg med som fungerade som rådgivare och även om huvudoperatören var erfaren diskuterade han med kollegan vilken som var den bästa operationsmetoden. Gästkirurgen uppmanade operatören till extra varsamhet vid ett moment. Operatören svarade då: *”här har vi yttrandefrihet”* och skrattade.

### **Arbetsmiljö**

Interpersonellt användes ett vänligt och respektfullt språk. Samtalstonen var vänlig och i några fall även bestämd, men aldrig otrevlig. Främst mellan operationssjuksköterskorna

fanns en skämtsam ton. Kroppsspråket var avslappnat och öppet. Mot slutet av operationerna ökade aktiviteten på personalen, då de började plocka undan och städa. Det var tydligt att man ville ha ett snabbt byte för att hinna med de för dagen inplanerade operationerna.

När patienten somnat pratade personalen om allmänna saker såsom väder, privata saker och tv-program. Personal som inte arbetade på operationssalen för stunden kom vid ett tillfälle in på salen för att fråga om tidpunkt för ett personalmöte. Hon blev ombedd av personalen på operationssalen att återkomma vid ett senare tillfälle eftersom det var dags att söva patienten. Planering av fika- och lunchraster var något som var återkommande och det var inte bara personalen på salen som var involverade i denna planering, utan det kom vid några tillfällen även in personal som var tillgängliga för att kunna lösa av den personal som skulle gå på rast. Genomgående var det kirurgen som satte stämningen på salen. Var han pratglad pratade resten. Kirurgen bestämde i hög grad ämne.

Vid uppläggningsen av patienten hjälptes anesthesi- och operationssjuksköterskorna åt. De såg till att patienten låg skönt på operationsbordet och att all övervakning var påkopplad. En operationssjuksköterska sade att om narkossidan behövde hjälp var det inga problem för henne att osterila sig. Efter operationens slut hjälptes de åt att städa. Perioperativt hjälptes anesthesisjuksköterskorna åt och operationssköterskorna hjälptes åt. Operationssjuksköterskan och kirurgen hade ett nära samarbete i operationsåret. Kirurgen tilltalade inte anesthesisjuksköterskan över huvudtaget.

### **Vårdrelationen**

Vid en operation, då patienten var upplagd på operationsbordet, men ännu inte var sövd, småpratade en operationssköterska med henne och höll en lugnande på patientens arm tills hon hade somnat. Vid alla operationer var personalen mån om att patienterna låg bekvämt på operationsbordet och att de inte blottades i onödan. En ortopedpatient sade ”*jag behandlas som om jag vore på SPA*”. Patienterna fick fortlöpande information om vad som skedde eller vad som skulle komma att ske. Vid den sista operationen på salen låg patienten, som var en man, ensam en lång stund innan sövning. Personalen gick runt och småpratade med varandra, men visade inget intresse för patienten. Miljön på operationssalen var hela tiden lugn och vid samtliga induktioner blev det knäpptyst.

Efter ett antal gynekologiska operationer där benen lades upp i benstöd innan patienten sövdes skulle även en manlig patient opereras i benstöd. Patienten låg under förberedelserna med benen liggande rakt fram. Först när patienten var sövd lyftes benen upp i benstöden. Vid operationerna som gjordes på kvinnor lades benen upp i benstöden innan sövning. En observation som gjordes var att operationsbordet vid samtliga operationer var placerat så att det var möjligt att se patienten genom rutan i dörren.

Patienterna behandlades respektfullt så länge de var vakna men kränkande uttalanden gjordes ibland efter sövning. Efter en sövning kommenterade personalen patientens bristande hygien och dåliga andedräkt. En operatör kommenterade en annan patients

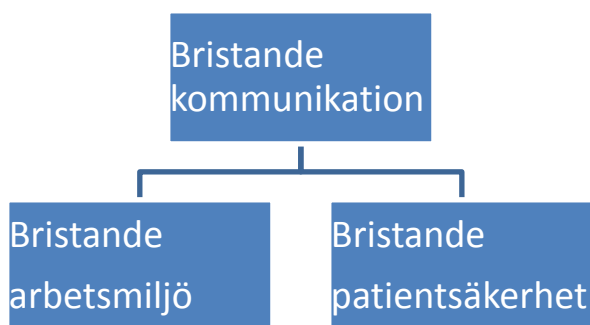


vikt och benämnde henne skräckpatient. Han kommenterade även att hon borde ha tränat mer så hade operationen inte behövt göras.

## Bristande kommunikation

Bild 2

Huvudkategori och underkategorier



### Bristande arbetsmiljö

En av kirurgerna sade ingenting spontant. Vid en kort intervju beträffande kommunikationen under den observerade operationen sade han att han tyckte att kommunikationen fungerade bra och att personalen kände varandra så väl att de inte behövde prata. Sjuksköterskorna gav uttryck för frustration genom höjda ögonbryn och uppgivna suckar. Efter operationens slut sade en anestesijuksköterska med ironi i rösten: *"undrar om han har någon som matar honom hemma"* och *"undrar om han kan göra något själv"*. Samma kirurg sade ingenting när han opererat klart, utan sköt tillbaka stolen, sade *"så"* och gick ut från salen. Ett uttalat ointresse för WHO's checklista visades av de äldre kirurgerna på den ena observationsplatsen. Den nyutexaminerade anestesijuksköterskan uppfattade kommunikationen med kirurgerna som dålig och tyckte att det var svårt att kommunicera med någon annan än den sjuksköterskan hon gick bredvid. Den erfarna anestesijuksköterskan tyckte att kommunikationen fungerade bra, men var missnöjd med den ena kirurgens ickekommunikation. En anestesijuksköterska menade att det var personbundet hur kommunikationen fungerade. Hon hade inga problem att stå upp för patienten om det skulle behövas: *"jag är ju här för patientens skull"*.

### Bristar i patientsäkerheten

Under de operationer som observerades, uppfattade observatörerna inte så mycket brister i patientsäkerheten. Det var endast några mindre allvarliga händelser som inte hade någon större påverkan på patienten.

Vid ett tillfälle när patienten körts in på salen upptäcktes att premedicineringen patienten skulle fått på operationsmottagningen inte hade givits. Patienten fick tablettorna på operationssalen istället. Vid ett annat tillfälle hade patienten fått information om att hon skulle opereras i lokalbedövning vilket kirurgen glömt. Han ville inte vänta den tid det skulle ta för en spinal att verka, vilket ledde till att hon fick sövas. Eftersom patienten var fastande och inte hade något emot att sövas, mötte det

inga hinder. En patient vars benrem suttit felaktigt, fick en rodnad över låren, eftersom läget på remmen inte förmedlats till övriga teamet och operationsbordet sedan flyttats.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

I början av processen funderade vi på att använda intervjuer alternativt enkäter, men istället valdes observationer eftersom det var beteenden som skulle studeras. Fördelen med observationer är att man får fram de verkliga beteendena och inte det människor säger att de gör, vilket kunde blivit resultatet av en intervju eller enkät. Enligt Gillham (2008) är det svårt att minnas exakt vad som gjordes eller vad som hände vid tillfället som utgör kärnan för intervjun. Man kan aldrig veta om de observerade ändrar sitt beteende när de observeras. Vår uppfattning var dock att vi snabbt glömdes bort då personalens fokus överflyttades till patienten och operationsförberedelserna.

Enligt Mullhall (2003) är det vanligast med ostrukturerad observation inom omvårdnad, men för att inte flyta ut för mycket i observationerna använde vi oss av semistrukturerade observationer, där vi i förväg gjort upp ramar för observationerna. Observationsschemat gav oss en struktur som kändes bra och en stor fördel med detta var att vi tittade på samma saker under varje observation och inte fokuserade på olika saker från observation till observation.

Man kan aldrig göra sig helt fri från sin förförståelse utan endast försöka att distansera. I en observationsstudie kan detta bli ett större problem än vid till exempel en intervju, då observatören alltid är den som väljer vad som skall observeras (Mulhall 2003). Ingen av författarna hade någon erfarenhet inom operationskontexten, men båda är sjuksköterskor med relativt lång erfarenhet inom omvårdnadsarbete på vårdavdelning. Genom arbetet med bakgrunden och efter att ha fullgjort anestesijuksköterskeutbildningen har en djupare förståelse för operationskontexten erhållits. Efter att ha läst ett antal artiklar för att få en bakgrund till ämnet fick vi en negativ bild av kommunikationen på operationssalen, eftersom många artiklar behandlade just den dåliga kommunikationen. I det begränsade urval som denna observationsstudie bygger på, kunde vi dock inte se att kommunikationen var så dålig som litteraturen säger.

Alla observationsdeltagarna var informerade om att det skulle genomföras en observationsstudie, men av praktiska skäl visste inte kirurgerna att vi var där förrän de var inne på salen. Det bestämdes samma dag vilka operationer som skulle studeras och därför kunde det inte ges information till kirurgerna vem som skulle närvara. Övrig personal hade informerats tidigare på personalmöten, men exakt vilka som skulle bli observerade visste varken vi eller de förrän samma dag observationerna skulle äga rum. Samtliga informerades dock att det var frivilligt att medverka och om de önskade att observationen skulle avbrytas skulle det genast ske. Enligt Mulhall (2003) finns det dock alltid en tveksamhet över hur frivilligt deltagandet i en studie är eftersom avdelningscheferna tidigare har godkänt deltagandet och då kan det vara svårt att säga att man inte vill vara med. Observatörerna presenterade sig när WHO's checklista gicks

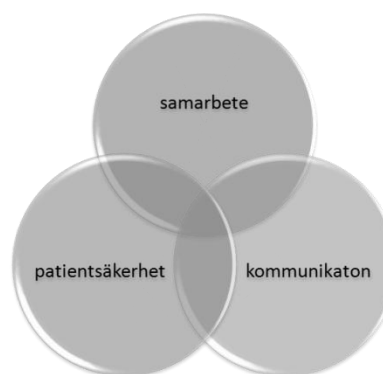
igenom då samtliga på salen presenterade sig. För att inte skilja oss från övriga personalen bars grön arbetsdräkt och mössa.

Båda författarna gjorde observationerna tillsammans, vilket har varit en stor fördel av flera skäl. Fyra ögon ser mer än två. När observationerna jämförts har det visat sig att olika saker observerats och uppfattats. Detta kan bero på olika förförståelse, som till exempel att en av observatörerna kände till en av kirurgerna sedan tidigare, men också på att vi har befunnit oss på olika platser i operationssalen. Under den första observationen fanns det ingen möjlighet att sitta där vi önskade på grund av praktiska skäl, men vid de övriga försökte vi styra placeringen för att se så mycket som möjligt. Placeringen i salen valdes noggrant och gick ut på att personalen inte skulle störas av vår närvaro.

Enligt Gillham (2008) tar observationsstudier mycket tid och därför har det inte funnits möjlighet att observera mer än nio operationer. Detta var även ett av skälen till att inte göra en helt ostrukturerad observation då detta hade tagit alltför lång tid och lett till ett alltför stort material.

Inga speciella förutsättningar på de operationer som studerats har efterfrågats utan avdelningscheferna har valt ut lämpliga operationer efter vad som har passat verksamheten bäst. Detta ledde till att det endast blev manliga kirurger och kvinnlig övrig operationspersonal i vår studie. I efterhand kan detta ses som en brist men det fanns ingen möjlighet att påverka detta.

## Resultatdiskussion



Samarbete, kommunikation  
och patientsäkerhet hänger samman.

I resultatet framkom att kontrollen är viktig. Genom att kontrollera läkemedel och material minskar risken att patienten kommer till skada. Erbe (2011) skriver i sin studie att det är vanligt med felmedicinering i vården som stort, men att det är ännu farligare på operationsavdelningen eftersom läkemedlen som hanteras där är mycket potenta. Det är därför viktigt att ha märkta sprutor och verkligen vara säker på innehållet. Även noggrann kontroll av patientens personnummer gjordes och detta kan lugna patienten men även göra patienten osäker. Det kan uppfattas att personalen inte vet vad de gör då

det frågar om samma saker flera gånger. En känsla observatörerna fick var att det nog oftare är personalen själv som känner att man upprepar sig i fråga om att återkommande be om patientens personnummer, än att patienten reagerar negativt på kontrollen.

De äldre erfarna kirurgerna tyckte att det var för mycket kontroller med WHO's checklista. De tyckte att det gått bra i alla de år de jobbat och att det var onödigt med ytterligare kontroll. WHO's checklista ansågs otymplig och eftersom de ansåg att den inte tillförde något av värde var den onödig. Hamlin (2009) skriver i sin artikel att i de fall då en kirurg uppträder på ett sätt som strider mot rutinerna, exempelvis underlåter att använda checklistan, måste han eller hon ställas till svars för det oansvariga beteendet. I dessa fall riskerar patienten att skadas på grund av kirurgens vårdslöshet.

Eftersom det i många fall var kirurgen som satte stämningen på salen, var det svårt att få struktur på kommunikationen om han visade ointresse eller var öppet motvillig. När kirurgen var positivt inställd till checklistan, blev det mer struktur på genomgången av denna. Checklistan blev i dessa fall även något självklart och viktigt. Enligt Parush, Kramer, Foster-Hunt, Momtahan, Hunter & Sohmer (2010) är det extra viktigt att teamet har en fungerande kommunikation eftersom arbetet är så kritiskt och komplext på operationsavdelningen. För att detta skall fungera krävs en fortlöpande kommunikation och informationsdelning inom teamet.

Genom att använda briefings, som kan beskrivas som en dialog eller diskussion, används kort och koncis information i real tid och får hela teamet att tillsammans kunna strukturera planeringen under operationen (Awad, Fagan, Bellows, Albo, Green-Rashad, De La Garza & Berger, 2005).

Även om teammedlemmarna hade en personlig uppfattning om huruvida kommunikation behövs eller inte, måste de bortse från detta och rätta sig i ledet. De kirurger som är ovilliga att kommunicera verkar inte se sig som en del av teamet utan kommer in som en konsult för att utföra operationen. En deltagare i Nestel och Kidds (2006) studie menade att sjuksköterskorna gjorde sitt bästa för att arbeta som ett team, men läkarna arbetade utifrån sin egen agenda och såg sig inte som en del av teamet, vilket de i själva verket var. För att kunna förbättra kommunikationen och teamarbetet behövs gemensam utbildning i detta genom regelbundna träningstillfällen, för att all personal på operationssalen skall förstå innebörden av god kommunikation.

Vid ett kritiskt moment under en operation märktes en ökad koncentration och anspänning hos anestesijuksköterskan och anesthesiologen. De kommunicerade inte med övriga teamet utan gav läkemedel och väntade på effekten av dessa. Under en annan operation kom kirurgen till en kritisk punkt och det märktes tydligt på honom att han blev fokuserad. Inte heller han kommunicerade med någon annan. Det kan hända att teammedlemmar ur samma yrkeskategori ser vad som händer och inte behöver verbal kommunikation, men för de som inte tillhör samma yrkeskategori är det inte lika lätt att se. Anestesisjuksköterskan kan med jämna mellanrum titta över narkosbågen för att se hur långt operationen fortskridit, men eftersom hon inte har den kirurgiska kunskapen är det svårt att exakt veta. Lika svårt är det för operationssjuksköterskorna och operatören att veta vad som händer med patientens vitala parametrar då de inte ser anesthesiapparaten. Genom att ha en kommunikationsmiljö som tillåter anestesisjuksköterskan att fråga hur långt operationen fortskridit samt operatören att

fråga hur patienten mår, borde kommunikationen förbättras yrkeskategorierna emellan. Även patientsäkerheten borde förbättras, eftersom ökad kommunikation kan leda till att patienten inte behöver vara sövd längre än nödvändigt.

Eftersom operationsmiljön är komplex och teknisk avancerad, är det av yttersta vikt att miljön tillåter varje individ att tala (Leonard, Graham och Boncum, 2004). Det får aldrig någonsin bli så att man underlåter att fråga om man är osäker, vilket kan få ödesdigra konsekvenser. Oavsett om man har lång erfarenhet av yrket eller är helt ny måste det vara tillåtet att fråga och diskutera oklarheter med sina kollegor. Det finns alltid ny kunskap att hämta och nya erfarenheter att dela med sig av. Lingard et al (2002) skriver i sin studie att det finns relativt liten kunskap om hur erfarenheten att ingå i ett team formar novisens lärande. Det finns en kombination av olika medicinska kulturer och tvetydiga teamrelationer som gör att effektiv kommunikation blir till en utmaning.

På samtliga observationsplatser användes ett vänligt och respektfullt språk och det var god stämning mellan sjuksköterskorna. Kirurgerna ansåg att kommunikationen var god, men den uppfattningen delades inte av sjuksköterskorna. Någon kirurg tyckte att kommunikationen var fullt tillräcklig vilket sjuksköterskorna inte höll med om. I de fall där kirurgen inte sa något blev sjuksköterskorna frustrerade. Detta visade sig genom ickeverbal kommunikation med andra sjuksköterskor på salen genom bland annat höjda ögonbryn. Det kan vara så att sjuksköterskor har en förväntan på att läkaren skall kommunicera. Leonard, Graham och Bonacum (2004) skriver i sin artikel att bristande kommunikation är den vanligaste orsaken till att patienter kommer till skada på operationsavdelningen. Kanske är det så att sjuksköterskorna vill ha all information för att känna sig säkra på att kunna utföra ett bra och säkert arbete. Läkarna å sin sida kanske anser sig ha all information och behöver således inte kommunicera. Taylor (2009) visar i sin studie där man jämfört anesthesiologers och anestesijuksköterskors inställning till samarbete att de finns stor skillnad mellan hur läkare och sjuksköterskor värderar samarbetet mellan yrkesgrupperna. Sjuksköterskorna ville generellt ha mer och bättre samarbete, medan läkarna tyckte att det var fullt tillräckligt som det var. Läkare och sjuksköterskor har granskats i fyra länder där skillnader i attityder till samarbetet kunde ses, oberoende av kön. Flin et al (2003) har visat i sin kvantitativa studie att endast 65 % av all operationspersonal ansåg att de arbetade som ett team. Endast 40 % av anesthesiologerna tyckte att det var viktigt med briefing och debriefing.

Vi är alla varandras arbetsmiljö, men en del kirurger verkar inte vilja vara en del av övrig personals arbetsmiljö. Samtlig personal som observerats pratade om saker som inte hade med operationen eller patienten att göra efter att patienten somnat. Detta behöver inte vara något negativt, utan kan fungera som en sammanhållande faktor som bygger gruppen. Det är däremot viktigt att kunna fokusera då det behövs.

En del frågor väcktes däremot vid de tillfällen då personalen fällde kommentarer om patientens utseende och annat efter att den sövts. Vad är det som gör att vi som sjuksköterskor accepterar att detta sker? Anestesisjuksköterskan skall fungera som patientens advokat och tillvarata patientens intressen. I den perioperativa dialogen ska sjuksköterskan lova att skydda patienten, värna och göra gott (Rudolfsson, 2008). Detta är säkert inte en medveten handling gjord för att kränka patienten, utan det är väldigt lätt att falla in i den här jargongen, som på något sätt blir tillåten. Genom att i högre grad få möjlighet att använda den perioperativa dialogen skulle patienten bli mer än bara en

anonym kund och i stället få en personlig relation till sjuksköterskan. Detta skulle kunna leda till att de kränkande kommentarerna försvinner.

Då vi bara har observerat manliga kirurger och kvinnlig övrig personal, är det svårt att veta om det vi har sett i kommunikationen är genusberoende eller om det beror på relationerna mellan vissa bestämda kirurger och sjuksköterskor. Som Gardezi et al (2009) har visat med sin studie, talar sjuksköterskor ofta tystare än kirurger. Ljudnivån på operationssalen är emellanåt ganska hög och man använder munskydd vilket kan göra att man hörs sämre. Gardezi et al (2009) ställer frågan ”Hur högt får en sjuksköterska tala?” ”Uppfattas hon som arg eller hysterisk om hon höjer rösten?” Anta att kvinnor generellt har högre ton i sin röst än män och män oftast har starkare röst än kvinnor. Detta behöver inte bara vara negativt. Operationerna vi observerat var komplikationsfria och relativt korta. Kanske är det så att kommunikationen blir vassare vid stressade situationer och vid långa operationer?

Inom sjuksköterskeutbildningen läggs mycket tid ner på att lära sig att kommunicera med och undervisa patienter, men inte så mycket tid läggs ner på hur man kommunicerar med andra vårdprofessioner (Nestel & Kidd, 2006). I en artikel publicerad i Läkartidningen belyses att olika traditioner inom yrket samt olika sätt att se på kommunikation i utbildningen kan leda till kommunikationsproblem mellan yrkesgrupperna (Wallin & Thor, 2006).

## **Konklusion**

Efter att ha läst ett antal artiklar om kommunikation och samarbete på operationssalen fanns en förutfattad mening om att kommunikationen verkligen var dålig. Studierna som lästs är gjorda i USA eller Storbritannien, utom en som är gjord i Sverige. Strukturen på teamet verkar vara annorlunda i Sverige än i de länder där studierna är gjorda.

I denna observationsstudie kom det fram att kommunikationen i stort är god, men att en del läkare inte verkar se sig som en del av teamet. De senare tyckte själva att kommunikationen var fullt tillräcklig eftersom personalen som ingick i teamet var för varandra välkända. Sjuksköterskorna däremot hade mer att önska. Kirurgen satte i hög grad stämningen på salen och var i det en informell ledare i teamet. Eftersom endast manliga kirurger observerats är det svårt att dra slutsatser om kommunikationen är en genusfråga eller en hierarkisk fråga. Genus och hierarki är dock relaterat till varandra. Är det generellt för manliga kirurger att inte se sig som en del av teamet eller är det genusbundet?

Personalen var måna om varandra och använde ett respektfullt språk sinsemellan. Inga antydningar till otrevligt bemötande har observerats mellan personalen, om man inte ser ovilja att prata som ett otrevligt bemötande. Den vakna patienten behandlades också respektfullt. Att även behandla sovande patienter respektfullt och undvika onödiga kommentarer kan vara något för teamet att gemensamt arbeta med. Behandla patienten som du själv vill bli behandlad!

## **Praktiska implikationer**

För att uppnå ett optimalt samarbete och en god kommunikation är det viktigt att hela teamet, inklusive kirurgen, får möjlighet att träna på teamarbete och kommunikation vid återkommande övningar. På de operationsavdelningarna som observerats, erbjuds träning i samarbete och kommunikation gemensamt med akutens personal. Vid dessa träningar används inga specifika kommunikationshjälpmedel. På akuten på det ena sjukhuset används SBAR och det är även på gång att börja användas på akuten på det andra. Organisatoriskt sett kan det vara svårt att få samtliga medarbetare att genomgå denna träning. Specifik kommunikationsträning skulle behöva vara ett återkommande inslag i personalens fortbildning.

Det är viktigt att WHO's checklista implementeras på samtliga operationsavdelningar eftersom den utgör ett bra kommunikationsunderlag och ger samtliga chans att göra sin röst hörd. Det finns många studier som styrker detta. Schlack & Boormeester (2010) skriver i sin artikel att efter att WHO's checklista börjat användas minskade antalet fel och komplikationer, men att det fortfarande inte är helt optimalt. Endast 52 % av kirurgerna använde sig av checklistan, vilket inom andra riskområden som exempelvis flyget, inte hade accepterats.

## **SLUTORD**

Som nyutexaminerad anestesijuksköterska är det viktigt att våga använda sig av de kommunikationshjälpmedel som finns tillgängliga. På många operationsavdelningar används WHO's checklista, för att ingen viktig information skall missas. Man har rätt att vara ny och det är viktigt att tänka på att inga frågor är för dumma för att ställas. Sker det något oväntat under operationens gång är det viktigt att våga kommunicera direkt och inte vänta, då det kan vara för sent att åtgärda. Kommunicerar vi på rätt sätt säkrar vi patientsäkerheten, vinner respekt och ökar tilltron till våra kollegor.

## REFERENSER

- Awad, S S., Fagan, Shawn P., Bellows, C., Albo, D., Green-Rashad, B., De La Graza, M. & Berger. D H. (2005), Bridging the communication gap in the operating room with medical team training. *The American Journal of Surgery*, 190, 770-774.
- Backlund, B. (2006) *Inte bara ord. En bok om talad kommunikation*. Lund: Studentlitteratur. 2006.
- Booij, L. (2007), Conflicts in the operating theatre. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 20, 152-156.
- Carney, B.T., West, P., Neily, J., Mills, P.D. & Baglan, J.P (2010) Differences in nurse and surgeon perceptions of teamwork: Implications for use of a briefing checklist in the OR. *AORN*, 91 (6)722-729
- Davies, J.M. (2005). Team communication in the operating room. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 49, 898-901.
- Davies, K. (2003). The body and doing gender: the relations between doctors and nurses in hospital work. *Sociology of Health and Illness*, Vol 25, 720-742
- Eide, H. & Eide, T. (2009). Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Erbe, B. (2011) Safe medication administration in the operating room. *Tar Heel Nurse* januari, 73(1), 10-3.
- Flin, R., Fletcher, G., McGeorge, P., Sutherland, A. & Patey, R. (2003). Anaesthetist's attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia*, 58, 233-242.
- Gardezi, F., Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Orser, B. & Ross Baker, G., (2009). Silence, power and communication in the operating room. *Journal of advanced nursing*, 65, 1390-1399.
- Gillham, B. (2008). *Observation techniques, Structured to unstructured*. London: Continuum International Publishing Group.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 105-112.
- Halldin, M. A. B. (red.) (2008). *Anestesi*. Stockholm: Liber.
- Hamlin, L (2009). The OR and a "Just Culture". *AORN Journal*, October 2009, Vol 90, No 4, 495-498.



- Holme, M. I., Krohn Solvang, B. (1991). *Forskningsmetodik om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Studentlitteratur: Lund
- Hovind, I. L.(red.) (2005). *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Hsieh, H-F.& Shannon, S E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288.
- Hård af Segerstad, P. (2002). *Kommunikation och information, en bok om människans förmåga att tänka, tala och förstå*. Uppsala: Uppsala Publishing House AB
- Leonard, M., Graham, S. & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13, 85-90.
- Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G R., Reznick, R., Bohnen, J., Orser, B., Doran, D. & Grober, E. (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety in Health Care*, 13, 330-334.
- Lingard, L., Reznick, R., Espin, S., Regehr, G. & DeVito, I. (2002). Team communications in the operating room: Talk patterns, sites of tension, and implications for novices. *Academic Medicin*, .77( 3), 232-237.
- McKoin, S., Arbittier, D., Wesner, V. S., Moorman, D. & Castronuovo, J J. (2010) Building a culture of operating room safety using crew resource management. *Pensylvania Patient Safety authority*, 7(2), 1-3.
- Mullhall, A. (2003) In the field: notes on observation in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*. 41(3), 306-313.
- Nestel, D.& Kidd, J. (2006) Nurses´preceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. *BMC Nursing*, 5:1.
- Nilsson, B. (1993) *I ord och handling. Aspekter på samtal*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson Motevasel, I. (2001) *Genusperspektiv på yrkesmässiga relationer. Omsorg i mans-och kvinnodominerade yrken*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, B.,& Waldemarson, A. (2007). *Kommunikation: samspel mellan människor*. (3. [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Parush, A., Kramer, C., Foster-Hunt, T., Momtahan, K., Hunter, A., & Sohmer, B. (2010) Communication and team situation awareness in the OR: Implications for augmentative information display. *Journal of Biomedical Informatics*
- von Post, I., Frid, I., Kolvered, M. & Madsen, C. (2005). Den perioperativa dialogen – möjligheter och hinder för nya vanor i praxis. *Vård i Norden*, 25(4), 37-42.

- Rudolfsson G. (2008) Den perioperativa gemensamma världen – en teorimodell. *Ventilen no 4,19-21.*
- Rudolfsson, G., Ringsberg, K. C. & Von Post, I. (2003) A source of strength – nurses' perspectives of the perioperative dialogue. *Journal of Nursing Management, 11, 250-257.*
- Schlack, W. S. & Boermeester, M. A. (2010) Patient safety during anaesthesia: incorporation of the WHO safe surgery guidelines into clinical practice. *Current Opinion in Anesthesiology, 223 ,754-758.*
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Hämtad från WWW 2011-06-08  
<http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/patientsakerhetslag>
- Socialstyrelsen. *Checklista för säkrare operationer*. Hämtad 11-05-01 från  
<http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/opererasakert>
- Socialstyrelsen. *Informationsöverföring och kommunikation*. Hämtad 11-05-01 från  
<http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation>
- Taylor, C. L. (2009). Attitudes toward physician-Nurse collaboration in anesthesia *AANA Journal, 77 343-348.*
- Timmons, S. & Tanner, J. (2005) Operating theatre nurses: Emotional labour and the hostess role. *International Journal of Nursing Practice, 11, 85-9.1*
- Vetenskapsrådet. ( 2002), *Forskningsetiska principer i humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 11-05-08 från  
[http://www.vr.se/download/18.7f7bb63a11eb5b697f3800012802/forskningsetiska\\_principer\\_tf\\_2002.pdf](http://www.vr.se/download/18.7f7bb63a11eb5b697f3800012802/forskningsetiska_principer_tf_2002.pdf)
- Wallin, C-J. & Thor, J. (2008) SBAR-modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. *Läkartidningen, 105, 1922-1925.*
- WHO guidelines for safe surgery (2009), *Safe surgery saves lives*. Hämtad 11-05-01 från <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>
- Wong, H.W.L., Forrest, D., Healey, A., Shirafkan, H., Hanna, G B., Vincent, C A. & Sevdalis, N. (2010) Information needs in operating room teams: what is right, what is wrong, and what is needed? *Surgical Endoscopy* DOI: 10.1007/s00464-010-1486-zdec07

# BILAGOR

## Bilaga 1: SBAR

### SBAR – akut situation

<b>S</b>	<b>Situation</b> Vad är problemet/ anledningen till kontakt?	<b>Ange</b> Eget namn, titel, enhet patientens namn, ålder, eventuellt personnummer.  <b>Jag kontaktar dig för att ...</b>
<b>B</b>	<b>Bakgrund</b> Kortfattad och relevant sjukhistoria för att skapa en gemensam helhetsbild av patientens tillstånd fram tills nu.	<b>Informera om</b> Tidigare och nuvarande sjukdomar av betydelse. Kort rapport av aktuella problem och behandlingar tills nu.  Eventuell allergi. Eventuell smittorisk.
<b>A</b>	<b>Aktuellt tillstånd</b> Status	<b>Rapportera</b> <b>A:</b> luftväg <b>B:</b> andning <b>C:</b> puls, blodtryck, saturation <b>D:</b> medvetandegrad, smärta, orienterad till tid/ rum/person <b>E:</b> temperatur, hud, färg, buk, urinproduktion, yttre skador.  <b>Jag tror att problemet/ anledningen till patientens tillstånd är ...</b>
	Bedömning	
<b>R</b>	<b>Rekommendation</b> Åtgärd	<b>... därför föreslår jag;</b> omedelbar handläggning övervakning/överflyttning utredning behandling.  <b>Hur ofta ska jag ... ?</b> <b>Hur länge ... ?</b> <b>När ska jag ta kontakt igen?</b>
	Tidsram	Finns fler frågor? Är vi överens?
	Bekräftelse på kommunikationen	

Nätverket för patientsäkerhet

### SBAR – icke akut situation

<b>S</b>	<b>Situation</b> Vad är problemet/ anledningen till kontakt?	<b>Ange</b> Eget namn, titel, enhet patientens namn, ålder, eventuellt personnummer.  <b>Jag kontaktar dig för att ...</b>
<b>B</b>	<b>Bakgrund</b> Kortfattad och relevant sjukhistoria för att skapa en gemensam helhetsbild av patientens tillstånd fram tills nu.	<b>Informera om</b> Tidigare och nuvarande sjukdomar av betydelse. Kort rapport av aktuella problem och behandlingar tills nu.  Eventuell allergi. Eventuell smittorisk.
<b>A</b>	<b>Aktuellt tillstånd</b> Status	<b>Rapportera</b> Vitala funktioner. Aktuellt status kopplat till situationen.  <b>Jag bedömer att ...</b>
	Bedömning	
<b>R</b>	<b>Rekommendation</b> Åtgärd	<b>... därför föreslår jag;</b> övervakning utredning/behandling vårdplanering/hjälbehov överflyttning uppföljning.  <b>Hur ofta ... ?</b> <b>Hur länge ... ?</b> <b>När?</b>
	Tidsram	Finns fler frågor? Är vi överens?
	Bekräftelse på kommunikationen	

Nätverket för patientsäkerhet

## Bilaga 2: WHO's checklista



Landstingens  
Ömsesidiga  
Försäkringsbolag

### Checklista för säkerhet vid operationer

Checklistan är inte avsedd att vara heltäckande. Tillägg och modifieringar för att anpassa den till lokala rutiner uppmuntras.

Före inledning av anestesi >>>>>

#### Förberedelse

- Patienten har bekräftat följande:
  - identitet
  - plats för incision
  - informerad om och samtycker till operation
- Operationsområde markerat/ej tillämpligt
- Säkerhetskontroll för anestesi genomförd
- Fungerande pulsoximeter kopplad
- Har patienten något av följande:
  - Känd allergi?
    - nej
    - ja
  - Risk för aspiration/svår intubation?
    - nej
    - ja och utrustning/assistans är tillgänglig
  - Risk för >500 ml blodförlust (7 ml/kg för barn)?
    - nej
    - ja, och tillfredsställande intravenösa infarter och blod/vätskor är planerade
  - Risk för hypotermi?
    - nej
    - ja, och åtgärder är planerade/vidtagna

Före incision >>>>>

#### Timeout

- Bekräfta att alla medlemmar i laget presenterat sig med namn och roll
- Anestesiolog/anestesisjuksköterska och operations-sjuksköterska, operatör bekräftar muntligt
  - patient ID
  - plats för incision
  - planerad operation
- Väntade kritiska moment under operationen
  - Anestesipersonalens** bedömning: finns några patientspecifika eller anesthesiologiska problem?
  - Operationssjuksköterskans** bedömning: har sterilitet bekräftats?  
Finns några problem med utrustning eller annat?  
Är patienten korrekt upplagd?
  - Operatörens** bedömning: vilka kritiska eller oväntade moment finns, operationens längd, förväntad blodförlust?
- Har antibiotikaproylax givits inom de senaste 60 minuterna?
  - ja
  - ej tillämpligt
- Har trombosprofylax givits enligt ordination?
  - ja
  - ej tillämpligt
- Visas nödvändig bildinformation?
  - ja
  - ej tillämpligt

Innan patienten lämnar operationssalen

#### Avslutning

- Checklisteansvarig får muntlig bekräftelse av laget:
  - Vilket ingrepp har utförts
  - Att antal instrument, torkar och nålar stämmer (eller ej tillämpligt)
  - Hur preparat är märkta (inklusive patientens namn och personnummer)
  - Finns problem med utrustningen som behöver uppmärksammas?
- Operatör, anestesiläkare/sjuksköterska och operationssjuksköterska går igenom huvudpunkterna för det initiala postoperativa omhändertagandet
- Vad kan vi lära? Vad kan vi göra bättre nästa gång?

Published by the World Health Organization in 2008 under the title *WHO surgical safety checklist 1<sup>st</sup> edition 2008* (TR/08/216). Producerad av Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag mars 2009.

## Bilaga3: Observationsguide

### Observationsguide

#### Utseende

Yrkeskategori                    op-ssk            ane-ssk            ane-läk            usk            kir

Kvinna eller man            k    m            k    m            k    m            k    m            k    m

Erfaren/novis                    \_\_\_\_\_

**Kommunikationssätt** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vad talar man om?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **Tonfall**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Beteende** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Interaktion** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Visas respekt för kollegor?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **Kroppspråk**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Används WHO's checklista** \_\_\_\_\_

**Identifikation på beteenden som sticker ut** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **Patientperspektivet**

Patienten sövd \_\_\_\_\_ vaken \_\_\_\_\_

**Hur behandlas patienten?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Händer något som gör att patientsäkerheten hotas, som har med personalens kommunikation att göra?** \_\_\_\_\_