EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD

2019:9

Anestesisjuksköterskors upplevelser av kommunikationen och teamarbetet perioperativt

Lovisa Barkman och Jenny Elgeskog

HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Anestesisjuksköterskors upplevelser av kommunikationen och teamarbetet perioperativt
Författare:	Lovisa Barkman & Jenny Elgeskog
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot anestesisjukvård
Handledare:	Thomas Eriksson
Examinator:	Annika Billhult Karlsson

Sammanfattning

Anestesisjuksköterskan har komplexa arbetsuppgifter och kan beskrivas som spindeln i nätet på operationssalen. God kommunikation med övriga professioner är en förutsättning för ett välfungerande teamarbete. Många professioner med olika kompetenser ingår i ett operationsteam och om kommunikationen brister kan det resultera i konsekvenser för både patienter och personal. Tidigare forskning visar att simuleringsövningar och hjälpmedel som till exempel WHO-s ”Surgical safety checklist” förbättrar kommunikationen och teamarbetet men att de inte utförs eller används i den utsträckning som rekommenderas. Syftet med studien var att undersöka anestesisjuksköterskors upplevelser av hur kommunikationen och teamarbetet perioperativt fungerar mellan de olika ingående professionerna. Åtta semistrukturerade kvalitativa forskningsintervjuer med anestesisjuksköterskor genomfördes. Analysmetoden kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats användes. Analysen utmynnade i tre huvudkategorier och åtta underkategorier. Huvudkategorierna var *Kommunikationsvägar och hjälpmedel, Trygghet i teamet* samt *Tillvarata varandras kompetenser.* Resultatet visade att god kommunikation var en förutsättning för gott teamarbete och att en gemensam genomgång inför varje arbetspass, samt att kontinuerligt jobba i samma team, gav bättre kommunikation och därmed ett mer välfungerande teamarbete. Anestesisjuksköterskor behövde ibland vara modiga för att kommunikationen skulle fungera och detta upplevdes lättare ju längre arbetslivserfarenheten var och om anestesisjuksköterskan kände sig trygg i teamet. Resultatet stämmer överens med tidigare forskning inom ämnet men då tidigare forskning inte belyser anestesisjuksköterskors upplevelser framkom andra perspektiv i denna studie.

Nyckelord: *Teamarbete, kommunikation, anestesisjuksköterska, perioperativ, upplevelser.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING ... *1*

BAKGRUND ... *1*

Perioperativ vård och anestesisjuksköterskans kompetensområde ... **1**

Kommunikation ... **2**

Team ... **3**

Teamträning ... **3**

PROBLEM ... *4*

SYFTE ... *4*

METOD ... *5*

Ansats ... **5**

Urval ... **5**

Datainsamling ... **5**

Dataanalys ... **6**

ETISKA ÖVERVÄGANDEN ... *6*

RESULTAT ... *7*

Kommunikationsvägar och hjälpmedel ... **7**

Verbal kommunikation ... 7

Simuleringsövningar ... 8

WHO-s checklista ... 8

Icke verbal kommunikation ... 9

Trygghet i teamet ... **9**

Gemensam genomgång kring målet ... 9

Kontinuitet ... 10

Tillvarata varandras kompetenser ... **10**

Mod ... 10

Situationsanpassat ledarskap ... 11

DISKUSSION ... *11*

Metoddiskussion ... **11**

Resultatdiskussion ... **13**

Kommunikationsvägar och hjälpmedel ... 13

Trygghet i teamet ... 14

Tillvarata varandras kompetenser ... 14

Hållbar utveckling ... 15

SLUTSATS ... *15*

Kliniska implikationer ... **15**

REFERENSER ... *16*

INLEDNING

Anestesisjuksköterskan har komplexa arbetsuppgifter och kan beskrivas som spindeln i nätet under det perioperativa arbetet på en operationssal. God kommunikation med övriga professioner bör vara en förutsättning för ett välfungerande teamarbete. Många professioner med olika kompetenser ingår i ett operationsteam och om kommunikationen brister kan det få konsekvenser både för patient och personal.
Under höstens fältstudier uppmärksammades skillnader i hur kommunikationen och teamarbetet tycktes fungera, både beroende på vilken personal och vilken enhet som observerades. Trots att fältstudierna endast pågick ett par veckor uppmärksammades brister i kommunikationen vilket väckte intresset för ämnet. På grund av dessa observationer, samt anestesisjuksköterskans betydande roll på operationssalen, ansågs det angeläget att undersöka anestesisjuksköterskors upplevelser av kommunikationen och teamarbetet perioperativt mellan de olika ingående professionerna.

BAKGRUND

Perioperativ vård och anestesisjuksköterskans kompetensområde

Med den perioperativa vården menas tiden anestesi- och operationssjuksköterskor ger patienter vård pre- intra- och postoperativt. Det innefattar tiden närmast före operationen, tiden på operationssalen och tiden närmast efter operationen (Lindvall & Post, 2008, ss. 13). Anestesisjuksköterskors kompetensområde innefattar bland annat att tillsammans med ansvarig anestesiolog planera och genomföra generell anestesi samt att bedöma, etablera och upprätthålla fri luftväg och övervaka, assistera och ventilera patienten (Swenurse 2012). Generell anestesi innebär att genom att tillföra patienten läkemedel påverka det centrala nervsystemet och uppnå medvetandeförlust, sömn, smärtlindring och muskelavslappning (Valeberg Taraldsen, 2013, ss. 339-345). Patienten försätts då i djup koma och får i och med det ett stort behov av övervakning och omvårdnad, samt ett behov av att etablera fria luftvägar. När patienten sövs är oftast två personer närvarande, vilka kan vara två anestesisjuksköterskor eller en anestesisjuksköterska och en anestesiolog. När patienten sedan sover är det den ansvariga anestesisjuksköterskan som ansvarar för den medicinska övervakningen, underhåll av anestesin och omvårdnaden. Alla dessa faktorer gör att det oftast är anestesisjuksköterskan som först uppmärksammar eventuella förändringar i patientens allmäntillstånd och mående samt kommunicerar detta med övrig personal på operationssalen. Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård (Swenurse 2012) ska anestesisjuksköterskan inge lugn och trygghet samt skapa förtroende och tillit gentemot patienten. Detta i syftet att minska lidande.

Lidande är en subjektiv känsla och alla människor erfar detta på olika sätt i livet. Lidande kan till exempel upplevas som inre oro, akut eller kronisk smärta eller allvarlig, livshotande sjukdom. Att minska lidande innebär att skydda patienternas integritet och skydda dem från smärta och skada. Det innebär också att hela människan bör ses och hur just hen upplever situationen ska beaktas (Arman, 2012, ss. 185-197). Inom den perioperativa vården kan motivet att lindra lidande bli extra tydligt, för att vårdandet utförs på ett konkret sätt då kirurgiska ingrepp utförs av olika anledningar med målet att bota eller lindra. Lidande som uppstår till följd av vård, eller utebliven vård, kallas vårdlidande. Vårdlidande är ett onödigt

lidande som inte bör kunna uppstå. Om man som vårdare har sin grund i kärlek och ansvarskännande för medmänniskor och patienter kan vårdlidande undvikas (Eriksson, 1994, ss. 92-98). Att vara patient i den perioperativa vården innebär att överlämna sig själv och sin kropp i anestesisjuksköterskans händer. Patienten slutar då att vara självständig och förlorar kontrollen över sin kropp. Det blir då anestesisjuksköterskans ansvar att vårda och skydda patientens kropp mot skador och den egna existensen, det innebär alltså att skydda patienten mot vårdlidande (Wiklund, 2003, ss. 104-108).

Anestesisjuksköterskan har många och viktiga uppgifter i den perioperativa vården men på operationssalen finns fler professioner såsom ansvarig operatör, assisterande operatör, anestesiolog, operationssjuksköterska och undersköterska vilka tillsammans utgör ett operationsteam.

Kommunikation

Ett icke fungerande teamarbete leder till sämre kommunikation (Sandberg, 2006, ss. 167-167) och inom den perioperativa vården är kommunikation en förutsättning för ökad patientsäkerhet (Vårdhandboken 2018). Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) är hälso- och sjukvårdspersonal skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Hälso- och sjukvårdspersonal är ofta duktiga på att kommunicera med patienter men är mindre tränade på att kommunicera med varandra i sina yrkesroller. Ofta handlar det om missförstånd, till exempel att någon har försökt att kommunicera men mottagaren var då koncentrerad på något annat och var inte mottaglig för informationen just då (Sharp, 2012, ss. 13-15). Kommunikation är något som behöver tränas, och en början till detta kan vara att få en ökad förståelse för varandras roller i det perioperativa arbetet. Professionerna i teamet behöver skapa förtroende för varandra och värna om allas enskilda kunskap och kompetens (Vårdhandboken 2018).

Anestesisjuksköterskans och de andra professionernas arbetsuppgifter kan snabbt skifta fokus beroende på operationens gång och patientens tillstånd. Då blir det extra viktigt med en tydlighet om vem som gör vad, att man arbetar tillsammans och är tydlig i kommunikationen för att förbättra samarbetet (Sandberg, 2006, ss. 20-25). Det finns riktlinjer som är till för att säkerställa och främja en bra kommunikation på operationssalar. World Health Organization, WHO, har tagit fram en vedertagen checklista; Surgical safety checklist. Denna checklista syftar till att minska fel och därmed vårdskador och förbättra teamarbetet och kommunikationen under operationer. Konkret handlar den kortfattat om att operationsteamet vid tre tillfällen under tiden på operationssalen stannar upp och rapporterar och bekräftar till exempel vem patienten på operationsbordet är, vad som ska utföras och vad som är utfört (WHO 2018). Fudickar, Hörle och Bein (2012) har i en forskningsöversikt analyserat och sammanfattat resultat från 20 artiklar om användningen av WHO-s checklista och om den hade någon effekt på den perioperativa sjukligheten, dödligheten och säkerheten på operationssalen. Resultatet stödde WHO-s rekommendationer om att den bör användas under alla kirurgiska ingrepp och att den bör användas i sin helhet för att den då förbättrar kommunikationen, teamarbetet och säkerheten. Fudickar, Hörle och Bein (2012) kom fram till att komplikationer och dödlighet minskade efter att checklistan infördes, att 93% av vårdpersonalen trodde att checklistan ökade patientsäkerheten och att den ledde till att operatör och anestesipersonal kommunicerade mer om kritiska händelser. Studien visade också att användandet av checklistan minskade över tid och att den ofta inte användes i sin helhet (Fudickar, Hörle & Bein 2012). En svensk enkätstudie (Rönnberg & Nilsson 2014) har

gjorts i syftet att undersöka just anestesisjuksköterskors erfarenheter av användandet av WHO-s checklista. Även denna studie kom fram till att checklistan ofta inte används i sin helhet och den belyste även att anestesisjuksköterskor upplevde det som ett problem att det rådde oklarheter om vems ansvar checklistan var, men att majoriteten tyckte att det var operatörens ansvar. Anestesisjuksköterskorna upplevde att användandet av checklistan bekräftade deras expertis och känslan av att vara en i teamet förstärktes (Rönnberg & Nilsson 2014).

Team

Ett team kan beskrivas som en grupp människor vilka arbetar på en arbetsplats och har en gemensam arbetsuppgift (Sharp, 2012, ss. 18). Vilka som ingår i teamet kan vara alla inom vårdorganisationen som har med patientens vård att göra. Inom operationssjukvården kan det vara lättare att identifiera vilka som ingår i teamet eftersom i den perioperativa vården, och framförallt på operationssalen, strävar arbetet mot ett tydligt gemensamt mål. När Katzenbach och Smith (1998) definierar ett team betonar de bland annat att teamet ska ha ett tydligt mål, teamets medlemmar ska ha olika roller och yrkesmässig kompetens, medlemmarna är ömsesidigt beroende av varandras kompetenser samt skall ha en ömsesidig förståelse för varandra och genom detta samordnar man arbetet mot målet (Katzenbach & Smith, 1998, ss 11-26). Wakeman och Langham (2018) beskriver att den perioperativa omvårdnaden har ett slutgiltigt mål och det är fokus på patientens välbefinnande och säkerhet, och att uppnå goda resultat utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Vidare beskrivs för att undvika misstag och felaktiga beslut krävs att den perioperativa personalen arbetar som ett team. Detta innebär att varje individ måste vara trygg i sin roll och att de ska kunna underordna sig en hierarki. Miljön i operationssalen måste vara öppen för att kunna underlätta en god kommunikation. Ledaren, vilken i de flesta fall är kirurgen, måste lyssna på sitt team om de ser eller uppmärksammar problem (Wakeman & Langham 2018).

Teamträning

Det finns vedertagna metoder för att träna samarbetsförmågan i ett team. Bland annat förekommer en metod som kallas Crew Resource Management, vilken förkortas CRM (Sharp, 2012, ss. 39). Historiskt är det en metod som grundades inom flyget i USA på 1970-talet efter att flygolyckor analyserats. Då konstaterades att 70% av olyckorna berodde på den mänskliga faktorn som bristande kommunikation och beslutsfattande. Precis som flygbranschen, är sjukvården ett område där man ansvarar för och hanterar andra människors liv och säkerhet. Det är ofta en stressig arbetsmiljö där många snabba beslut behöver tas och många människor är inblandade. Dessa likheter ledde till att CRM för första gången implementerades i vården år 1994, på just en operationssal. Rent konkret handlar CRM om att träna team som arbetar i högriskmiljöer, till exempel operationssjukvård, att tillsammans träna på samarbete och kommunikation för att uppnå högre säkerhet i arbetet. Det finns inget standardiserat program för CRM men viktiga grundkomponenter är situationsmedvetenhet, kommunikation, beslutsfattande, ledarskap, stressfaktorer, kritisk granskning och konflikthantering (Sharp, 2012, ss. 39-49).

Teamarbete innebär att förlita sig på varandra och att alla teammedlemmar bidrar med sin specifika kunskap och kompetens. För att uppnå ett optimalt teamarbete krävs god

kommunikation och god lyhördhet gentemot varandra. För att få detta att fungera på en operationssal krävs regelbunden träning/simulering (Gore et al. 2010). Författarna kommer i sin studie om implementeringen av CRM fram till att det krävs regelbunden träning och debriefing för att uppnå god patientsäkerhet, förbättra operationsresultatet samt för att uppnå en god gemenskap och arbetsmiljö. I studien framkom att, till skillnad från den perioperativa sjuksköterskan på operationssalen, så upplevde inte kirurgen att teamträningen gjorde någon signifikant skillnad för kommunikationen och teamarbetet (Gore et al. 2010).
I en forskningsöversikt (Robertson, Dias, Yule & Smink 2017) beskrivs att icke tekniska färdigheter, det vill säga teamarbete och kommunikation, spelar en viktig roll för att uppnå god patientsäkerhet på operationssalen. Författarna sammanställde tio artiklar som var och en beskrev simuleringsträning av icke tekniska färdigheter, bland annat CRM. Operatörer, anestesipersonal och omvårdnadspersonal ingick i studien i syftet att undersöka hur detta fungerar i verkligheten. Resultatet visade att det inte används så mycket validerade bedömningsmetoder och att alla professioner i större utsträckning behöver närvara vid simuleringen, vilket inte var fallet i flera av de inkluderade studierna. Även Wakeman och Langham (2018) kom fram till vikten av teamträning. De beskrev att sjukhusen bör se till att det inte bara är tekniska hjälpmedel som effektiviserar vården, utan de måste få upp ögonen för att träna sin personal i syfte att de skall bli samspelta professionerna emellan, för att därigenom minska riskerna av den mänskliga faktorn och öka effektiviteten.

PROBLEM

En god kommunikation och ett välfungerande teamarbete på en operationssal är förutsättningar för att öka patientsäkerheten och att minska patientens lidande genom att minimera misstag som beror av den mänskliga faktorn. Teamträning i form av simuleringar, till exempel CRM, förbättrar säkerheten och kommunikationen perioperativt. Mallar och riktlinjer för att förbättra kommunikation finns och forskning visar att de ger goda resultat. Resultaten pekar även på att de inte används i så stor utsträckning eller i sin helhet som rekommenderas vilket kan ha en negativ inverkan på patientsäkerheten och patientens lidande. Tidigare forskning visar att det råder oklarheter bland personal om vem som bär ansvaret för att rekommenderade riktlinjer för kommunikation följs och att när teamträning utövas är ofta inte alla professioner deltagande. Anestesisjuksköterskan är ofta den som kommunicerar mest med patienten, hen har komplexa arbetsuppgifter och kan beskrivas som spindeln i nätet på operationssalen och är därför i stort behov av god kommunikation. Tidigare forskning belyser inte anestesisjuksköterskors perspektiv och det är därför av vikt att belysa deras upplevelser av hur kommunikationen och teamarbetet perioperativt fungerar mellan de olika ingående professionerna.

SYFTE

Syftet var att undersöka anestesisjuksköterskors upplevelser av hur kommunikationen och teamarbetet perioperativt fungerar mellan de olika ingående professionerna.

METOD

Ansats

En kvalitativ ansats användes och valdes därför att det passar studiens syfte som var att undersöka anestesisjuksköterskors upplevelser av kommunikation och teamarbete mellan de olika ingående professionerna perioperativt. Kvalitativ metod är ett lämpligt val då syftet är att få veta mer om mänskliga upplevelser (Malterud, 2014, ss. 31-34). Kvalitativa forskningsintervjuer valdes som datainsamlingsmetod då förståelse söktes för informanternas upplevelser av ämnet. Kvalitativa forskningsintervjuer passar då syftet är att få en ökad förståelse för informanternas upplevelser av sin livsvärld och vardag samt utveckla mening av deras erfarenheter (Kvale & Brinkmann, 2014, ss. 17-19). Semistrukturerade intervjuer utfördes därför att det passar då det finns specifika frågor att söka svar på och ämnet är bestämt i förväg (Dalén, 2015, ss. 30).

Urval

Skriftlig information (se Bilaga 1) om studiens syfte och genomförande skickades för godkännande till verksamhetschef på två operationsavdelningar på sjukhus i västra Sverige. Den ena avdelningen var en större enhet med verksamhet dygnet runt och den andra avdelningen var en mindre dagkirurgisk enhet. Samma verksamhetschef hade ansvar för båda avdelningarna. Målet var att minst fyra anestesisjuksköterskor från varje avdelning skulle delta i intervjuer. Enhetscheferna, vilka fick samma information som verksamhetschefen, för båda avdelningarna hjälpte sedan till att välja ut informanterna. Ett strategiskt urval gjordes och spridning i ålder, kön och arbetslivserfarenhet hos deltagarna var önskvärt för att få en bred överblick av ämnet, för att få ett rikt och varierat material och därmed höja datakvaliteten (Malterud, 2014, ss. 66-68). Enhetscheferna kunde tillgodose vårt önskemål. Valet av att utföra studien på två avdelningar gjordes också i syftet att få ett bredare urval.

Sammanlagt gjordes åtta intervjuer på två operationsavdelningar. Deltagarna var två män och sex kvinnor och var specialistutbildade anestesisjuksköterskor med arbetslivserfarenhet av yrket från sex månader till 34 år (tabell 1).

Tabell 1. Beskrivning av informanterna.

Informant	1	2	3	4	5	6	7	8
Antal verksamma år som anestesissjuksköterska	13	2	20	0,5	10	34	3,5	32

Datainsamling

Semistrukturerade kvalitativa forskningsintervjuer utfördes. En intervjuguide utformades inför datainsamlingen därför att forskning visar att användandet av en sådan bidrar till

objektivitet och hög trovärdighet av studiens resultat (Johnson, Kallio, Kangasniemi & Pietilä 2016). Intervjuguiden innehöll huvudteman för att täcka in ämnet som undersöktes och bestod av öppna frågor och följdfrågor för att intervjupersonerna skulle få möjlighet att uttrycka sina egna upplevelser. En pilotintervju gjordes för att testa intervjuguiden och få bekräftelse på att den täckte in ämnet (Kallio, Pietilä, Johnson & Kangasniemi 2016). Denna pilotintervju ansågs hålla god kvalitet och inkluderades därför i resultatet och datainsamlingen fortsatte med samma intervjuguide (se Bilaga 2). Deltagarna fick både muntlig och skriftlig information (se Bilaga 3.) om studien innan och gav sitt muntliga godkännande innan intervjun började. Pilotintervjun utfördes med båda författarna deltagande medan resterande intervjuer utfördes med en intervjuare, medan den andra var passiv lyssnare. Detta för att det efter pilotintervjun upptäcktes att intervjuarna hade svårt att dela upp frågorna sinsemellan och att dialogen med intervjupersonen inte blev tydlig. Intervjuerna utfördes i ett särskilt rum på respektive avdelning och spelades in med hjälp av mobiltelefonens inspelningsfunktion. Intervjuerna transkriberades sedan och när transkriberingen var gjord raderades inspelningarna.

Dataanalys

Analysmetoden som användes var kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Elo och Kyngäs (2008). En induktiv analysprocess användes för att via intervjuer förutsättningslöst undersöka erfarenheter hos informanterna samt tolka förståelseinnebörden i deras berättelser (Wihlborg, 2017, ss. 117). Analysmetoden bestod av tre faser vilka var 1: förberedelse, 2: organisering och 3: rapportering. Under förberedelsefasen lästes allt material igenom noggrant flera gånger av båda författarna för att få en förståelse för innehållet i sin helhet. Det bestämdes i denna fas att analysera all insamlad data som tycktes handla om syftet, då det ansågs att materialet inte kändes allt för stort för att analyseras i sin helhet. Därmed valdes att analysera även det latenta innehållet (Elo & Kyngäs 2008). Organisationsfasen började med öppen kodning då allt material bröts ned mening för mening och anteckningar gjordes i marginalen medan materialet lästes igenom. Det nedbrutna materialet lästes sedan igenom för att identifiera mönster. De mönster som identifierades färgkodades och fördes över till ett stort pappersark för att lättare kunna få en överblick över det kodade materialet och att kunna sammanställa dessa till kategorier. Åtta underkategorier arbetades fram och utifrån dessa underkategorier framkom tre huvudkategorier (tabell 2), vilka rapporterades till ett resultat. Analysen gjordes genomgående tillsammans med båda författarna närvarande. Diskussioner skedde löpande om materialet som framkom.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) får forskning endast utföras på människor om personen i fråga har fått information om studien innan och gett ett informerat samtycke. Informerat samtycke innebär ”att deltagarna har fått adekvat information om studien, att de förstår den informationen och har möjlighet att samtycka eller neka till deltagandet” (Polit & Beck 2016, s. 143). Deltagarna informerades om syftet och metoden med studien och att de när de ville kunde avbryta sin medverkan.
Vid kvalitativa forskningsintervjuer har forskaren etiska skyldigheter som att säkra och verifiera den redovisade kunskapen och att kritiskt överväga hur djupt intervjuerna skall analyseras. Övervägningar bör göras om hur djupgående frågor som kan ställas till deltagaren

samt vilka konsekvenser detta kan ge för intervjupersonen både när resultatet publiceras och tankar som kan uppkomma då frågorna ställs (Kvale & Brinkmann, 2014, ss. 99-100).
Då intervjustudien utfördes av studenter inom högskoleutbildning behövdes ingen etikprövning, enligt lagen om etikprövning (SFS 2003:460).

RESULTAT

Resultatet mynnade ut i tre huvudkategorier med åtta underkategorier, vilka sammanfattas nedan i tabell 2. Resultatet redovisas i löpande text under de tre huvudkategorierna med respektive underkategorier, och bekräftas av citat.

Tabell 2. Översikt över huvudkategorier och underkategorier.

Huvud-kategori	*Kommunikationsvägar och hjälpmedel*	*Trygghet i teamet*	*Tillvarata varandras kompetenser*
Under-kategori	• Verbal kommunikation • Simuleringsövningar • WHO-s checklista • Icke verbal kommunikation	• Gemensam genomgång kring målet • Kontinuitet	• Mod • Situationsanpassat ledarskap

Kommunikationsvägar och hjälpmedel

Verbal kommunikation

Alla informanter belyste vikten av att en rak och tydlig kommunikation var nödvändig för ett bra teamarbete. Flera informanter beskrev svårigheter när kommunikationen inte fungerade, till exempel att operatören ofta inte var tydlig i sin kommunikation och många informanter upplevde att information ofta fick sökas av dem själva. Ett exempel flera informanter uppgav var att operatören inte alltid sa till när det var 30 minuter kvar av operationen, vilket då kunde resultera i svårigheter att planera den postoperativa smärtlindringen och även förlänga anestesin.

Flera informanter talade om ”closed loops”, som är ett sätt att kommunicera framförallt i akuta situationer, men som också kunde implementeras i det vardagliga arbetet för att förenkla kommunikationen. Det handlar om att högt och tydligt ge till exempel en läkemedelsordination eller uppgift och att sedan lika tydligt få en bekräftelse tillbaka när det är gjort. En informant beskrev:

> *”…egentligen är det ju så vi måste tänka. Att vi måste säkra och alla vet och closed loops… Man måste vara bestämd, för då vet alla, ingen behöver fundera”.* (IP3)

Simuleringsövningar

Closed loops är en del av CRM som några av informanterna uppgav att de fått träna på genom simuleringsövningar. En informant beskrev en övning:

> *” Syftet är inte att kontrollera kunskaperna bland personalen utan syftet är kommunikationen”.* (IP2)

Dessa simuleringsövningar upplevdes mycket positiva och att de förbättrade kommunikationen, men att det framförallt var bra att få öva på situationer som sällan händer. Gemensamt för alla informanter var att de tyckte att simuleringsövningar genomfördes för sällan och en del saknade dessa övningar helt. När simuleringsövningarna väl genomfördes deltog alla berörda professioner. Informanterna trodde att övningar gjordes så sällan eller inte alls för att resurserna inte fanns.

En informant upplevde att kommunikationsövningar de fått göra utanför arbetsplatsen, på så kallade uppstartsdagar, förbättrade samarbetet. Uppgifterna hade då inte med medicinska uppgifter att göra utan syftet var att uppnå ett gemensamt mål. Informanten beskrev:

> *”Då är vi utanför avdelningen, någon annanstans. Och gör lite övningar, och det var en kommunikationsövning sist att man tillsammans ska uppnå ett mål… Och ha ett gemensamt mål är, just det är så viktigt att öva på… Man blir mer tighta”.* (IP7)

WHO-s checklista

Något många upplevde förbättrade kommunikationen på operationssalen var användandet av WHO-s checklista; Surgical safety checklist. Den användes enligt alla informanter men inte alltid i sin helhet. Fördelar med användandet ansågs vara att ingenting glömdes om den användes, eventuella svårigheter med ingreppet kunde uppdagas samt att den förbättrade sammanhållningen i teamet och kunde ge ett lugn på salen. När den inte utnyttjades i sin helhet uppgav flera informanter att kommunikationsmissar skett, till exempel att ordinerad antibiotika inte givits samt andra postoperativa ordinationer som missats. Flertalet informanter ansåg att skälen till att checklistan inte alltid användes var personbundet, alltså att det berodde på vilka som jobbade i teamet just då. Det rådde oklarheter bland informanterna om checklistan var någon i teamets speciella ansvar, och uppfattningen var att alla hade ett gemensamt ansvar för att den genomfördes. En informant beskrev:

> *”Alltså det är allas ansvar. Sen kan jag väl känna att det blir anestesisjuksköterskans att hon får lite mer ansvar för att det är vi som tar tonen. Det är vi som startar den för det mesta. Sen hjälps alla åt”.* (IP1)

Icke verbal kommunikation

Flera informanter belyste vikten av icke verbal kommunikation, som tycktes fungera bättre ju längre teamet arbetat tillsammans och ju mer arbetslivserfarenhet anestesisjuksköterskan hade. En anestesisjuksköterska berättade:

> *”Då går man in på salen och gör det man ska göra och det räcker med att ha ögonkontakten nästan och då vet man här gör vi det här”.* (IP5)

En annan anestesisjuksköterska beskrev:

> *”…Och man lär sig det med tiden… Så teamarbetet och kommunikationen förbättras ju mer man har jobbat så att man vet ju vad alla går för. Tyst kommunikation liksom… Det är en stor del det med”.* (IP8)

Trygghet i teamet

Gemensam genomgång kring målet

Gemensamt för informanterna var att alla tyckte att undersköterskan, operationssjuksköterskan och anestesisjuksköterskan utgjorde vad många kallade ”grundteamet” på en operationssal. Detta team skulle vara samma hela arbetspasset. De flesta informanterna nämnde också operatör och anestesiläkare som medlemmar i teamet, dock inte i grundteamet. Anestesiläkaren kontaktades innan patienten sövdes men var inte alltid med på salen, operatören kom oftast in först när patienten var sövd och informanterna menade att det mesta jobbet gjordes innan detta. Det var ofta flera olika operatörer under ett arbetspass på en sal, men ”grundteamet” var detsamma under hela passet. Oftast samlades teamet på salen för en gemensam genomgång vid arbetspassets start och det ansågs vara det optimala förfarandet. Den så kallade genomgången innehöll bland annat vilka ingrepp som skulle genomföras och vilka patienter det gällde. Informationen som då kom fram gjorde att alla i teamet skulle veta om vad som kunde förväntas ske, och om något speciellt behövde tänkas på för att kunna arbeta mot samma mål. Det upplevdes viktigt att alla professioner i grundteamet närvarade vid genomgången och att alla lyssnade. Vid de tillfällen när genomgången inte genomfördes upplevdes det lättare att uppgifter som skulle utföras lättare glömdes bort och att arbetspasset oftare upplevdes rörigt. Det optimala teamarbetet beskrevs som när alla visste vad som skulle göras och alla visste vad som kunde hända. En informant berättade:

> *”Det är jätteviktigt att man kommunicerar… Framförallt att alla är med på vad man gör, det är inget som skapar en sån frustration som när någon hittar på något eget”.* (IP5)

En annan beskrev:

> *”…att man har tänkt och gjort en grej, sen tycker nån annan att så ska vi inte göra, kanske kommer in och vill ändra om och då blir det rörigt… Du blir ifrågasatt inför patienten och patienten blir alltid orolig då”.* (IP4)

Kontinuitet

Flera av informanterna påpekade att teamarbetet och kommunikationen upplevdes fungera bättre på mindre enheter där personalgrupperna då också var mindre. Att oftare få jobba i samma teamkonstellation ansågs positivt. På den mindre enheten kunde de jobba i samma team flera gånger i veckan, till skillnad från den på större enheten där det ibland dröjde sex månader innan samma team arbetade tillsammans igen. Att kontinuerligt jobba i samma team upplevdes ge mer mod och trygghet. Informanterna upplevde även att de då arbetade snabbare och mer effektivt. En informant beskrev:

> *"…och på en sån här liten enhet så är vi ju väldigt tighta, väldigt beroende av varandra. Så samarbetet måste fungera... Jag upplever att vi känner varandra, vi vågar fråga och prata om vad vi har för dagen".* (IP5)

En annan informant beskrev:

> *"Ja vi är ju så sammansvetsade liksom så att… Ja det märker man ju lite skillnad här i xxx och sen när man kommer till xxx. Då känner man inte alla och är inte lika trygg liksom i teamet… Det är nästan huvudgrejen i kommunikation att man känner sig trygg. För är vi trygga så känner sig patienten trygg".* (IP7)

Tillvarata varandras kompetenser

Flera informanter belyste betydelsen av att ha respekt för och tillvarata varandras kompetenser. Att lyssna på varandra oavsett profession och erfarenhet beskrevs viktigt. För att kunna lyckas med detta krävdes både mod och ledarskap.

Mod

Att våga släppa på prestigen och hierarkin ansågs av flera informanter nödvändigt. En informant beskrev att hierarki kan bli farligt om vissa professioner inte vågade stå upp för sig själva och visa sin kunskap samt förmedla värdefull information. En händelse beskrevs om när ett ortopediskt ingrepp inte fungerade och ingen av flera inblandade operatörer förstod varför:

> "*... och då stod liksom den här undersköterskan och tänkte att vad fan det är ju fel spik liksom, den är ju vänd, det är en vänsterspik i ett högerben... Och liksom då sitter hon inne med informationen och då till slut vågade hon öppna sig…"* (IP1)

Upplevelser av att anestesisjuksköterskan måste ha mod att avbryta framkom tydligt. Kollegor med kortare erfarenhet av yrket upplevde det svårare att ta på sig denna uppgift än de med längre erfarenhet, vilka såg det mer som en självklarhet. En informant med kortare erfarenhet beskrev:

> *… Men skulle det vara så att det händer någonting med patienten då måste jag ju säga att stopp, vänta, jag måste kolla! Och då måste jag styra. Även om man*

ibland känner såhär att… Men då måste det vara så, då måste man säga ifrån och då gör man det för man har en patient att säkra". (IP4)

En annan informant med längre erfarenhet sade:

"Man har ju patientens vitala funktioner det är ju mitt jobb, om jag har problem med nånting så är det ju jag som är chef över operationssidan också, nu får ni sluta operera därför att…" (IP6)

Situationsanpassat ledarskap

Beskrivningar som att alla professioner var ledare över sin specialitet och att ingen klarade sig utan den andra framkom. Ledarskapet tycktes anpassas efter operationens gång; anestesisjuksköterskan tenderade att beskrivas som ledaren initialt vid sövningen, operationssjuksköterskan som ledaren över det sterila och när sedan operatören anlände ansågs hen ofta bli ledaren på salen. Dock beskrevs det även mycket personbundet vem som antog ledarskapet på operationssalen och om övriga professioner inte upplevdes ta någon ledarroll så verkade den ofta naturligt falla på anestesisjuksköterskan. En informant beskrev:

"…Ja den vandrar ju lite kan jag ju tycka… Att kanske när man söver ner så är det kanske en annan som kanske är ledare och sen under operationen så operatören är ju ledare på andra sidan och liksom som har kunskapen där…" (IP1)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Förförståelse är något som alla bär på till följd av tidigare kunskaper, perspektiv och erfarenheter. Det kan vara en motivation till att en studie påbörjas på grund av författarnas intresse för ämnet, men kan i värsta fall göra att den kunskap som hade kunnat träda fram överskuggas. Därför beskrivs det viktigt att reflektera över sin förförståelse innan en studie initieras (Malterud, 2014, ss. 48-50). Vi skrev aldrig ner vår förförståelse innan arbetet påbörjades, vilket kan ha påverkat resultatet.

En kvalitativ ansats med kvalitativa forskningsintervjuer som datainsamlingsmetod användes för att det bedömdes passa studiens syfte. Kvale och Brinkman (2014) beskriver att kvalitativa forskningsintervjuer passar för att få en ökad förståelse för informanternas upplevelser av sin livsvärld och vardag samt utveckla mening av deras erfarenheter (Kvale & Brinkman, 2014, ss. 17-19).

Vi hade en önskan om att i urvalet få en spridning i kön och arbetslivserfarenhet för att höja kvaliteten på det insamlade materialet (Malterud, 2014, ss. 66-68). Valet av att utföra studien

på två olika enheter gjordes också för att få ett bredare urval. Dock är inte ett brett urval en garanti för god kvalitet på resultatet, då olika intervjupersoner har olika lätt för att förmedla sina upplevelser och passar därför olika för olika sorters intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2014, ss. 207). De beskriver att olika intervjupersoner är lämpliga för olika typer av intervjuer och att den ideala intervjupersonen inte existerar. Det beskrivs vidare att de intervjupersoner som tycks goda för att de till exempel ger långa, sammanhängande redogörelser inte alls behöver vara de som ger det mest värdefulla materialet för studien och dess syfte (Kvale & Brinkmann, 2014, ss. 207). Vi upplevde att detta stämde väl med verkligheten då informanter med lång erfarenhet ofta gav långa och rika berättelser men gärna om optimala situationer. De informanter med kortare erfarenhet av yrket tenderade mer till att problematisera och verkade till exempel ha lättare att ge exempel på situationer som inte fungerade, vilket styrker att vår urvalsstrategi var ändamålsenlig.

Litteratur lästes igenom och intervjuguiden utvecklades med stöd av de fem faserna vilka beskrivs av Kallio, Pietilä, Johnson och Kangasniemi (2016). De fem faserna var 1: att identifiera förutsättningarna för att använda semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod, 2: att inhämta och använda tidigare forskning och kunskap, 3: att formulera den preliminära intervjuguiden, 4: att testa guiden genom en pilotintervju och 5: att utforma den kompletta intervjuguiden.

En nackdel med semistrukturerade kvalitativa forskningsintervjuer som datainsamlingsmetod är att intervjufrågorna bestäms i förväg och inte får ändras under studiens gång. Detta kan bli ett problem om det visar sig att frågorna inte är korrekt utformade för att besvara syftet (Kallio, Pietilä, Johnson & Kangasniemi 2016). I deras studie rekommenderades en pilotstudie för att få bekräftelse på om de utvalda frågorna täckte in ämnet, vilket vi gjorde. Genomförandet av pilotstudien ansågs positivt både för att prova intervjuguiden och på grund av bristande erfarenheter av intervjuer som datainsamlingsmetod. Under pilotstudien där båda intervjuarna närvarade upplevdes svårigheter att dela upp frågorna sinsemellan då det var svårt för den ena intervjuaren att vara tyst och svårt för informanten att veta vem som egentligen ledde intervjun. Trots detta ansågs pilotintervjun hålla god kvalitet och inkluderades i studien. Vi valde sedan att båda närvara vid resterande intervjuer men det var endast en som intervjuade och den andra var passiv lyssnare, vilket klargjordes för informanterna. Tillvägagångssättet valdes på grund av vår bristande erfarenhet och vi ansåg att kvaliteten på datainsamlingen blev bättre om vi hade stöttning av varandra. Informanterna tycktes inte se något problem i att båda närvarade utan upplevdes tala fritt och avslappnat.

En intervju kan avslutas med att fråga informanten om denna har något mer att ta upp innan intervjun avslutas (Kvale & Brinkmann, 2014, ss. 171). Detta gjordes i varje intervju och det visade sig att det var då mycket av den värdefulla informationen kom fram och då hade inte ljudinspelningen stängts av, vilket gjorde att detta material kunde användas i resultatet.

Under analysen ansågs det positivt att båda hade närvarat vid intervjuerna, då allt material hörts av båda och inte bara lästs igenom.
Under en kvalitativ analysprocess finns inga egentliga regler förutom att syftet är att bryta ner materialet, vilket är de många orden, till mindre kategorier och teman (Elö & Kangas 2008). Att inte ha någon systematisk struktur att följa ansågs som en utmaning, eftersom vi inte hade någon tidigare erfarenhet av kvalitativa analysprocesser.

Organisationsfasen och den öppna kodningen skedde initialt i marginalerna på det utskrivna materialet för att sedan flyttas över till stora pappersark. Därefter började materialet utformas

till mönster och materialet fördes sedan med hjälp av färgkodning över till nästa pappersark. Detta ansågs positivt eftersom det gav en god överblick över det mycket omfattande materialet. I denna fas började gemensamma nämnare i materialet framkomma och underkategorier utformades. Underkategorierna visade sig sedan i sin tur ha ytterligare gemensamma nämnare och de tre huvudkategorierna framkom.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att en förutsättning för god kommunikation och teamarbete var att teamet samlades inför varje arbetspass för en gemensam genomgång och planering av arbetspasset. Att medlemmarna i teamet kontinuerligt jobbade tillsammans och kände varandra väl gav en trygghet och därmed bättre kommunikation. Mod att våga säga ifrån och att lyssna på varandra oavsett profession ansågs viktigt.

Kommunikationsvägar och hjälpmedel

Liknande resultat som i tidigare forskning framkom angående WHO-s checklista. Informanterna var eniga om att den hade en viktig funktion för en god kommunikation men att den sällan används i sin helhet och åsikter om vem ansvaret av initierandet av checklistan låg på var delade, vilket också framkommer i tidigare litteraturöversikter från både Tyskland (Fudickar, Hörle & Bein 2012) och Sverige (Rönnberg & Nilsson 2014).

Angående teamträning och simuleringsövningar visade resultatet att informanterna var eniga om att de inte genomfördes tillräckligt regelbundet eller ofta. Gore et al. (2010) pekar på vikten av att simuleringsövningar utförs regelbundet för att ha önskad effekt. Vad som är regelbundet framgår dock inte. Robertson, Dias, Yule & Smink (2017) beskriver att ett problem med simuleringsövningar var att alla professioner inte var deltagande när de genomfördes. I vårt resultat ansågs dock inte detta som ett problem. Där framkom att när simuleringsövningar gjordes så deltog alla professioner.

Ett intressant fynd som framkom i vårt resultat var att en informant nämnde kommunikationsövningar utanför arbetsplatsen, på så kallade uppstartsdagar, som en viktig del till att teamarbetet fungerade så bra på denna enhet. Syftet med dessa övningar var att uppnå ett gemensamt mål och övningarna behövde inte ha med vård att göra. Då ett gott teamarbete definieras bland annat av att arbeta mot ett gemensamt mål (Katzenbach & Smith, 1998, ss. 11-26) bör övningar som dessa också kunna bidra till gott teamarbete och kommunikation och kan vara lättare för verksamheter att genomföra än resurskrävande simuleringsövningar.

Resultatet visade att vissa brister i kommunikation förekom. Att operatören inte sa till när det var 30 minuter kvar av operationen eller att ordinationer som till exempel antibiotika missades framkom. Detta bör kunna ge ett lidande för patienten i form av icke optimal smärtlindring, förlängd anestesi eller infektioner. Kommunikationsbrister som när någon personal ändrade i tänkt planering eller ifrågasatte personal inför patienten beskrevs och enligt resultatet gjorde detta patienterna oroliga och därmed finns risk för lidande. Enligt Arman (2012) är lidande en subjektiv känsla, vilken bland annat kan upplevas som oro eller smärta (Arman, 2012, ss. 185-197).

Trygghet i teamet

Gemensamt för alla informanter var att de tenderade att anse att anestesisjuksköterskan, operationssjuksköterskan och undersköterskan var de som tillhörde ”grundteamet” och de nämnde operatören och anestesiläkare som teammedlemmar som tillkom senare. Tidigare litteratur och forskning beskriver operatörens och anestesiologens roll som mer central (Wakeman & Langham 2018). En anledning till detta tror vi kan vara att anestesisjuksköterska som egen profession inte finns i alla länder. I dessa fall gör anestesiologen många av de uppgifter vilka anestesisjuksköterskan gör i Sverige.

Som beskrivs i tidigare litteratur är det viktigt att ett team ska ha ett tydligt mål (Katzenbach & Smith, 1998, ss. 11-26) och att de har en gemensam arbetsuppgift (Sharp, 2012, ss. 18). Vårt resultat styrker detta och visar även en gemensam genomgång i början av ett arbetspass ansågs upprätthålla ett optimalt teamarbete. Detta för att alla professioner då visste vad som skulle utföras, vad som kunde hända och risken att arbetspasset blev rörigt minimerades. Informanterna menade att denna genomgång bidrog till den gemensamma målbilden och att arbetsuppgifterna blev tydliga.

Något som starkt framkom i resultatet var att kontinuitet i teamarbetet främjade god kommunikation. Informanter upplevde att de då kände sig tryggare, modigare och att det så småningom räckte med tyst kommunikation som gester och blickar för att förstå vad de andra i teamet ville eller menade. Att få kontinuitet i teamarbetet upplevdes lättare på mindre enheter där endast dagkirurgisk verksamhet utövades. På större enheter med verksamhet dygnet runt upplevdes det svårare, bland annat för att det var så mycket mer personal som arbetade där och det kunde dröja så lång tid som sex månader innan samma team arbetade ihop igen. Tidigare forskning visar att sjukvårdpersonal vilka kontinuerligt arbetar samma skift upplever bättre teamarbete, att relationer på arbetet förbättras och att vården blir säkrare (Kalish, Begeny & Anderson 2008), vilket styrker vårt resultat.

Tillvarata varandras kompetenser

I tidigare litteratur beskrivs att medlemmar i ett team ska ha olika roller och yrkesmässig kompetens, att de är ömsesidigt beroende av varandra samt att de ska ha en förståelse för varandra (Katzenbach & Smith, 1998, ss. 11-26). Denna beskrivning av ett gott teamarbete var något som starkt belystes i resultatet och informanterna beskrev vikten av att ha respekt för och tillvarata varandras kompetenser.

Att kunna underordna sig en hierarki beskrivs nödvändigt (Wakeman & Langham 2018). Vårt resultat visade dock att några informanter menade att hierarki kunde bli farligt om det var så uttalat att det ledde till att inte alla professioner vågade stå upp för sig själva och bland annat förmedla värdefull information. Det är väl känt i tidigare forskning att hierarki inom hälso- och sjukvård har negativa effekter, till exempel högre risk för misstag orsakat av den mänskliga faktorn och sämre kommunikation (Green, Oeppen, Smith & Brennan 2017). Hierarki behöver dock inte enbart handla om vilka professioner som är inblandade utan kan även handla om erfarenhet av yrket och personligheter. Vårt resultat visade att informanter med kortare erfarenhet av yrket upplevde det svårare att ha mod att säga ifrån och ta på sig ledarskapet när det krävdes. En enkätstudie av Hansson och Söderhamn (2004) visade liknande resultat, då de kom fram till att ju mer kunskap och erfarenhet respektive profession

hade desto lättare var det att förmedla sin kunskap och göra sig hörd bland övriga teammedlemmar.

Hållbar utveckling

I takt med ökade hälsoproblem som har ett samband med globala klimatförändringar behöver hälso- och sjukvården bidra för att arbeta mot en hållbar utveckling (Anåker & Elf 2014).
Vår studie uppmärksammade att kontinuitet i teamkonstellationen hade betydelse för ett gott teamarbete och kommunikation. Det framkom att team som ofta arbetade tillsammans tycktes bli mer effektiva. Ett effektivt team bör också arbeta snabbare utan att det har någon negativ effekt på kvaliteten av vården. Team som arbetar snabbt bör vara tidssparande och därmed även kostnadseffektiva, vilka är viktiga parametrar ur ett perspektiv för hållbar utveckling.
Anåker och Elf (2014) beskriver vidare bland annat att hållbarhet kan vara synonymt med starka partnerskap som kan stå emot påtryckningar och fungera under en längre tid. Ur detta perspektiv bör även team som kontinuerligt jobbar tillsammans i sig bidra till hållbar utveckling inom hälso- och sjukvården.

SLUTSATS

Studiens resultat belyser:

- Vikten av god kommunikation och ett välfungerande teamarbete och att brister i detta kan ge lidande för patienten.
- Att kontinuerligt jobba i samma team upplevdes ge ett mer välfungerande och effektivt teamarbete, vilket kan ha betydelse för en hållbar samhällsutveckling.
- Att anestesisjuksköterskan behöver ha mod att ta på sig ledarrollen och att avbryta de andra professionerna vid behov, vilket upplevdes lättare ju längre arbetslivserfarenhet anestesisjuksköterskan hade.
- Vikten av att tillvarata varandras kompetenser i teamet.
- Vikten av regelbundna simuleringsövningar, eller andra övningar med syftet att uppnå ett gemensamt mål.

Kliniska implikationer

I vårt resultat framkom tydligt att en kontinuitet i teamet hade positiva effekter på kommunikation och teamarbete. Kontinuiteten tycktes ge trygghet och mod, vilket kan vara särskilt viktigt för anestesisjuksköterskor med kortare arbetslivserfarenhet eller är nya i yrket. Därför hoppas vi ödmjukt att denna studie kan vara en inspiration för ett eventuellt förbättringsarbete.
Vidare visade resultatet att simuleringsövningar ansågs positivt, men att även mindre resurskrävande kommunikationsövningar utanför arbetsplatsen ansågs bidra till ett bättre teamarbete, vilket kan vara en inspiration för verksamheter.

REFERENSER

Anåker A, Elf M, (2014). Sustainability in nursing: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 28(2). ss 381-389. doi: 10.1111/scs.12121

Arman, M. (2012). Lidande. I Wiklund Gustin, L & Bergbom, I. (red). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik.* Lund: Studentlitteratur, ss. 185-197.

Dalen, M. (2015). *Intervju som metod.* Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1). ss 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan.* Första upplagan. Stockholm: Liber.

Fudickar, A., Hörle, K. & Bein, B. (2012). The effect of the WHO surgical safety checklist on complication rate and communication. *Deutsches Ärzteblatt International,* 109(42). ss. 695-701. doi: 10.3238/arztebl.2012.0695

Gore, D.C., Powell, M.J., Baer, G., Sexton, K.H., Richardsson, C.J., Marshall, D.R., Chinkes, D.L. & Townsend, M.C.Jr. (2010). Crew resource management improved perception of patient safety in the operating room. *American Journal of Medical Quality,* 25(1), ss. 60-63. doi: 10.1177/1062860609351236

Green,B., Oeppen, R.S., Smith, D.W. & Brennan, P.A. (2017). Challenging hierarchy in healthcare teams – ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 55(5), ss 449-453. doi: 10.1016/j.bjoms.2017.02.010

Hansson, E. & Söderhamn, O. (2004). The attitudes of a group of operating room nurses and nurse anaesthetists towards perioperative conversation. *Learning in Health and Social Care,* 3(1), ss. 37-45. doi 10.1111/j.1473-6861.2004.00058.x

Kalish, B.J., Begeny, S. & Anderson, C. (2008). The effect of consistent nursing shifts on teamwork and continuity of care. *The Journal of Nuring Administraion,* 38(3), ss. 123-137. doi: 10-1097/01.NNA.0000310721.28042.0b

Kallio, H., Pietilä, A.M., Johnson, M. & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing,* 72(12), ss 2954-2965. doi:10.1111/jan.13031

Katzenbach, J.R. & Smith, D.K. (1998). *The wisdom of teams: creating the high-performance organization.* London: The McGraw-Hill Companies.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun.* 3. uppl., Lund: Studentlitteratur.

Lindwall, L & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård – att förena teori och praxis.* Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning.* 3. uppl., Lund: Studentlitteratur.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* Tenth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, ss. 143.

Robertson, M. J., Dias, D. R., Yule, S. & Smink, S. D. (2017). Operating room team training with simulation: a systematic review. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced SUrgical Techniques*, 27(5). doi: 10.1089/lap.2017.0043

Rönnberg, L & Nilsson, U. (2014). Swedish nurse anesthesists' experiences of the WHO surgical safety checklist. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 30(9), ss. 468-475. doi: 10.1016/j.jopan.2014.01.011

Sandberg, H. (2006). *Det goda teamet.* Lund: Studentlitteratur.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor.* Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag.* Stockholm: Socialdepartementet.

Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård.* Lund: Studentlitteratur.

Swenurse (2012). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesisjukvård.* https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/anestesi.komp.webb.pdf

Valeberg Taraldsen, B. (2013). Patienter i generell anestesi. I Liv Hovind, I. (red). *Anestesiologisk omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur. ss 339-345.

Vårdhandboken (2018). *Team och teamarbete.* http://www.vardhandboken.se/Texter/Teamarbete-och-kommunikation/Team-och-teamarbete/ [2018-04-10]

Wakeman, D & Langham. Jr. R., M (2018). Creating a safer operating room: Groups, team dynamics and crew resource management principles, *Seminars in pediatric surgery*, 27(2018). ss.107-113. doi: 10.1053/j.sempedsurg.2018.02.008

WHO (2009). *Surgical safety checklist.*

Wihlborg, M. (2017). Fenomenografi. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård.* Studentlitteratur AB, Lund. ss. 107-123.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis.* Stockholm: Natur och kultur.

HÖGSKOLAN I BORÅS

Bilaga 1

Information angående ett examensarbete om anestesisjuksköterskors upplevelser av det perioperativa teamarbetet och kommunikationen

Till berörd verksamhetschef
Ansökan om tillstånd för datainsamling för en empirisk studie inom anestesisjukvård.

Bakgrund
Vi är två sjuksköterskor som läser specialistutbildning inom anestesisjukvård vid högskolan i Borås. Nu under vårterminen 2019 ska vi genomföra vårt examensarbete inom vårdvetenskap. Vi har valt att undersöka anestesisjuksköterskors upplevelser av det perioperativa teamarbetet, då tidigare forskning visar att god kommunikation och samarbete på en operationssal är viktigt för patientsäkerheten men att det inte alltid verkar fungera optimalt. Anestesisjuksköterskan har en viktig roll på operationssalen med komplexa arbetsuppgifter och därför vill vi undersöka just deras upplevelser av detta.

Syfte
Att undersöka anestesisjuksköterskors upplevelser av hur kommunikationen och teamarbetet mellan de olika professionerna perioperativt fungerar i praktiken och hur det påverkar patientsäkerheten och patientens lidande.

Studiens genomförande
Vi kommer att intervjua 8-10 anestesisjuksköterskor som jobbar på operationsavdelningen Skas Skövde och Skas Falköping. Vi räknar med att intervjuerna kommer ta max 30 minuter och om möjligt kommer dessa att ske på anestesisjuksköterskans arbetsplats och arbetstid eller i anslutning till den. Vi kommer inte att samla in några personuppgifter och vi kommer inte nämna vilket sjukhus studien genomförts på. Vi vore tacksamma för ditt godkännande för studien så att den kan genomföras.

Tack på förhand för hjälpen!

Med vänliga hälsningar,
Lovisa Barkman och Jenny Elgeskog
Skövde 190124

Kontakta oss gärna vid frågor:
Lovisa Barkman, s182156@student.hb.se 0738-376612
Jenny Elgeskog, s182616@student.hb.se 0702-792747

Det går även bra att kontakta vår handledare:
Thomas Eriksson
Universitetslektor på Akademin för vård, arbetsliv och välfärd på Högskolan i Borås
Thomas.eriksson@hb.se

033-4354782
HÖGSKOLAN I BORÅS

Bilaga 1

Tillstånd att genomföra intervjuer

Jag godkänner att intervjuer av anestesisjuksköterskor inom mitt ansvarsområde får genomföras.

Namn:…….

Datum:……

Tacksam om godkännandet kan skrivas på och scannas in senast 190131 och mailas till Lovisa Barkman s182156@student.hb.se eller barkmanlovisa@hotmail.com

Bilaga 2

Intervjuguide

1. Kan du berätta om vilka som ingår i ett operationsteam en helt vanlig dag?
2. Hur upplever du samarbetet mellan dessa professioner?
3. Berätta hur ett bra samarbete ser ut för dig.
4. Kan du berätta om något tillfälle där du upplevde att samarbetet/kommunikationen fungerade bra?
5. Kan du berätta om något tillfälle där du upplevde att samarbetet/kommunikationen fungerade mindre bra eller dåligt?
6. Om det fungerat dåligt, kan du komma ihåg om det någon gång fått konsekvenser för en patient?
7. Hur upplever du din roll inom teamet på salen?
8. Hur ser du på teamledarrollen på salen?
9. Använder ni WHOs checklista?
10. Brukar ni ha simuleringsövningar? Upplever du att dessa förbättrar samarbetet?

HÖGSKOLAN I BORÅS

Bilaga 3

Information angående ett examensarbete om anestesisjuksköterskors upplevelser av det perioperativa teamarbetet och kommunikationen

Vi vill fråga dig om du vill delta i vårt examensarbete (2019:9). Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammetprogrammet med inriktning mot anestesi vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Syftet med vårt examensarbete är att undersöka anestesisjuksköterskors upplevelser av det perioperativa teamarbetet och kommunikationen med bakgrund av att god kommunikation och samarbete på operationssalen är förutsättningar för hög patientsäkerhet. Vi vill att just Du är med för att du jobbar som anestesisjuksköterska på en av de operationsavdelningar vi valt att kontakta.
Huvudman för examensarbetet är Högskolan i Borås, som är en statlig myndighet. Med huvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går examensarbetet till?

Vi kommer att genomföra en kvalitativ intervjustudie. Du kommer att få svara på ett antal frågor och vi räknar med att intervjun tar ungefär 30 minuter. Intervjun kommer att spelas in och sedan transkriberas. När transkriberingen är gjord kommer inspelningen att raderas. När examensarbetet är godkänt kommer allt transkriberat material att förstöras.

Hur får jag information om resultatet av studien?

När examensarbetet är examinerat kommer det att publiceras enligt sedvanliga rutiner för examensarbete vid Högskolan i Borås och finnas tillgängligt i databasen DIVA. Om du önskar, kan Högskolan tillhandahålla en kopia till dig.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka ditt arbete. För att delta behöver du lämna ditt muntliga samtycke.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta ansvariga för examensarbetet eller handledaren (kontaktuppgifter se nedan).

HÖGSKOLAN I BORÅS

Bilaga 3

Ansvariga för examensarbetet

Ansvarig för studien är vår handledare Thomas Eriksson från högskolan i Borås, thomas.eriksson@hb.se
Ni får även gärna kontakta oss författare vid eventuella frågor:
Lovisa Barkman s182156@student.hb.se
Jenny Elgeskog s182616@student.hb.se

Vi hoppas att just Du vill vara med!
Med vänliga hälsningar, Lovisa Barkman och Jenny Elgeskog