

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP

VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD

M2019:89

Interprofessionellt möte vid hjärt- och lungräddning
Hur skattas kommunikationen mellan anestesijuksköterskor och
sjuksköterskor på vårdavdelning

Simon Hultin

Rauf Nilsson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Interprofessionellt möte vid hjärt- och lungräddning
Hur skattas kommunikationen mellan anestesijuksköterskor och
sjuksköterskor på vårdavdelning

Författare: Simon Hultin och Rauf Nilsson

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesi

Handledare: Thomas Eriksson

Examinator: Isabell Fridh

Sammanfattning

Bakgrund: Kommunikation spelar en nyckelroll i samarbetet mellan vårdpersonalen i patientomhändertagandet inom vården. En av situationer där kommunikationen är livsviktig för patienten är under livsuppehållande åtgärder som hjärt- och lungräddning. Inom Västra götalandregionen är anestesijuksköterskor en del av larmteamet som går på hjärtstoppslarm inom sjukhusets område. Där möts de av personal på vårdavdelning och samarbetet påbörjas för ett gemensamt mål, hålla patienten vid liv utan att orsaka onödig skada eller lidande. Om kommunikationen är inadekvat kan fel åtgärder eller insatser verkställas och detta kan leda till en vårdrelaterad skada eller död. **Syfte:** Syftet var att undersöka om det fanns skillnader i skattning av kommunikation mellan anestesijuksköterskor och sjuksköterskor på en vårdavdelning under pågående klinisk situation med hjärtstopp på en vårdavdelning. **Metod:** En kvantitativ ansats med enkätundersökning valdes för att besvara syftet. Regionsjukhus inom Västra Götalandregionen ingick i studien. Anestesijuksköterskor på operationsavdelningar och sjuksköterskor på akutvårdsavdelningar som närvarat på hjärtstopp på vårdavdelning ingick i studien. **Resultat:** Signifikant skillnad i kommunikation mellan studerade vårdpersonalgrupper hittades inte och kommunikation skattades som "God" av båda grupperna. Ändå kan man se skillnader i skattning av kommunikation mellan grupperna och de erfarna och mindre erfarna deltagare. **Diskussion:** Svårigheten i kommunikationen kunde föreligga bland annat i form av stress, tunnelseende, hierarki och otydliga roller enligt deltagarna.

Nyckelord: *kommunikation, HLR, anestesijuksköterska, sjuksköterska, patientsäkerhet.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Lagarbete och kommunikation inom vården	1
Kommunikation & stress	2
Hjärt- & lungräddning	2
Larmgruppen	3
Patientsäkerhet	4
Vårdvetenskaplig anknytning	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	6
Design	6
Population	6
Urval & stickprov	6
Inklusion- & exklusionskriterier	7
Datainsamling	7
Dataanalys	7
Etiska överväganden	9
RESULTAT	9
Övergripande kommunikation	11
Upplevelse av att ge tydliga direktiv	13
Upplevelse av att lyssna färdigt	14
Barriärer för kommunikation	16
DISKUSSION	17
Resultatdiskussion	17
Specialistutbildning inom anestesi eller erfarenhet	17
Stressens påverkan på kommunikationen	18
Okunskap och behov av gemensam träning	18
Otydliga roller	19
Hierarki	20
Metoddiskussion	20
Studiens begränsningar	22
Vidare forskning	23
Hållbar utveckling	23
SLUTSATSER	23
Kliniska implikationer	24
REFERENSER	25
BILAGOR	29
Bilaga 1: Enkät	29
Bilaga 2: Följebrev till deltagarna	34

INLEDNING

Vi har med tidigare erfarenhet av hjärtstopp på vårdavdelning själva upplevt brister i kommunikationen vilket lagt grund för viljan att undersöka ämnet. Enligt tidigare forskning visar det att bristande kommunikation mellan vårdpersonal leder till ett osäkert patientomhändertagande. Det finns lite forskning om mötet och kommunikation mellan anestesijuksköterskan och sjuksköterskan på vårdavdelning under hjärtstopp. Med detta arbete vill vi ta reda på om det finns skillnader i kommunikation och om dessa eventuellt kan belysa problemen för att öka patientsäkerheten.

BAKGRUND

Lagarbete och kommunikation inom vården

Kommunikation är en process där information överförs mellan två individer för att kunna dels skapa en förbindelse, dels utföra den i form av aktivitet. Den kan vara i form av direkt verbal eller indirekt i form av kroppsligt språk. Det verbala uttrycket kan ses som mer klart och tydligt än den indirekta kommunikationen (Fossum 2019, s. 27).

Många ogynnsamma situationer i vården är orsakade av bristande lagarbete eller kommunikation (Gordon 2006). För att förbättra lagarbete krävs inte bara att allas resurser utnyttjas så bra som möjligt utan även en öppen attityd i personalgruppen där alla känner att det går att komma med synpunkter och observationer (Haddleton 2018). Samarbetet och kommunikation är beroende av varandra för att patienten ska få god vård. Vårdpersonal måste kunna kommunicera med varandra för att kunna överföra information om patienten. Det har påvisats att inadekvat kommunikation ledde till sämre samarbete mellan vårdpersonal vilket ledde till sämre omhändertagandet av patienten (Rönnehag, Severinsson, Haruna & Berggren 2018). Många initiativ inom vården för att stärka lagarbete har ett stort fokus kring just kommunikation. Där bland WHO's checklista Safe Surgery Saves Lives (World Health Organization 2009) och Crew Resource Management (Haddleton 2018) där fokus ligger i att stärka kommunikationen för ett bättre lagarbete.

Kommunikation inom vården kan beskrivas som nödvändig eller till och med livsviktig. Den är en stor del av samarbetet mellan vårdpersonalen, som kan avgöra patientens välmående inom vårdandet av denne (Fossum 2019, s. 28). Svårigheter som vårdpersonalen kan möta är barriärer i kommunikationen. En inadekvat kommunikation mellan olika yrkeskategorier hos vårdpersonalen kan leda till missförstånd som kan i sin tur leda till skador och missöden hos patienten. Det har visat sig att skillnader i utbildningsnivån kan leda till att patientsäkerheten inte kan garanteras då vårdpersonalen hamnar i konflikter mellan varandra på grund av brister i kommunikationen (Dunsford 2009; Lancaster, Kolakowsky-Hayner, Kovacich & Greer-Williams 2015). Arbetar man exempelvis som anestesijuksköterska på en operationsavdelning alternativt som sjuksköterska på en vårdavdelning så skiljer sig

arbetsuppgifter och således även termer på utrustning och metoder som används åt. Anestesisjuksköterskan får genom sin specialistutbildning mer kunskap och kompetens inom medicin och patofysiologi.

Detta medför att anestesisjuksköterskan kan komma kommunicera med mer avancerad terminologi. Tidigare forskning har visat på att det finns skillnader i kommunikationen mellan olika yrkeskategorier inom vården. I en studie av Rahman, Davidson, Hanyok & Tanner (2019) visade sig att en erfaren sjuksköterska som närvarade under ronderna på vårdavdelningen kunde minska gapet i kommunikationen mellan vårdpersonalen genom att agera som en förmedlare. Detta visar på att med ökad erfarenhet kommer även ett utvecklat språk som kan skapa en barriär mellan den med mer erfarenhet och den med mindre.

Kommunikation & stress

Vårdpersonalen kan inom sitt arbete hamna i stressfulla situationer där det kan finnas kort om tid för behandling av patienten och då förväntas kommunikationen mellan vårdpersonalen vara effektiv. Enligt Socialstyrelsen (2017a) leder stress till att vårdpersonalen tappar förmågan att lösa problem och hålla parallella arbetsuppgifter i arbetsminnet. Det innebär att under hjärt- och lungräddning klarar personalen inte av att kommunicera samtidigt som livsuppehållande åtgärder utförs. Vid stress kan kommunikationen mellan teammedlemmarna inte fungera som den ska och detta kan leda till att riskfyllda situationer kan skapas. Detta kan bero på att teammedlemmarna får för många arbetsuppgifter på en och samma gång samtidigt som spridd information ska hanteras av samtliga (Socialstyrelsen 2017a). Alla individer kan reagera olika på stress och i sådana fall kan patientsäkerheten inte upprätthållas. Detta såg man i studien av André, Frigstad, Høst & Sjøvold (2016) där sjuksköterskor vid stressade situationer med vård av patienten hade bland annat sämre orienteringsförmåga, beslutstagande och empatikänsla. Anestesisjuksköterskan kan kastas in i sådan stressig situation vid hjärtstopp på av vårdavdelning. Brist på tid till kommunikation kan leda till att patienten inte erhåller ändamålsenlig medicinsk behandling som kan i sin tur leda till vårdskador (Nortvedt 2013, s. 51). Hjärnan är det organ som tar snabbast skada av syrebristen som uppstår vid ett hjärtstopp. Med tiden kan permanenta neurologiska skador kan uppstå hos patienten som har drabbats av ett hjärtstillestånd (Strand 2009). När belastningen ökar på vården, ökar även risken att misstagen kan uppstå (Dunsford 2009).

Hjärt- & lungräddning

Under 2018 inträffade 2534 hjärtstopp på sjukhus i Sverige. 45,6% av dessa utspelade sig på vårdavdelning. I 34,5% av fallen återfinns en överlevnad efter 30 dagar (Rawshani & Herlitz 2019). Det vill säga att enbart lite mer än 1/3 av patienterna som drabbats av hjärtstopp på sjukhus i Sverige har en överlevnad efter 30 dagar. Målet som samtliga HLR-utbildningar för sjukhuspersonal har, är att uppnå ett snabbare flöde att tillkalla hjälp och påbörja hjärt- och lungräddning (*HLR*) inom 1 minut. Vid behov skall defibrillering genomföras inom 3 minuter. Samt få fram kompetens så A-HLR kan påbörjas så tidigt som möjligt. Detta kräver inte bara utbildning utan även bra samarbete

mellan flertal professioner och kontinuerlig övning (Svenska rådet för hjärt-lungräddning 2017).

Den nationella standarden finns i olika utbildningsnivåer som riktar sig till olika grupper i samhället. Där bland HLR för sjukhuspersonal (*S-HLR*) och avancerad HLR (*A-HLR*). S-HLR innefattar HLR med halvautomatisk defibrillator som talar om för användaren vad nästa steg i HLR-algoritmen. Det innefattar hantering av ofri luftväg med enklare medel. Hantering av sug- och syrgasutrustning, eftervård och teamträning (Svenska rådet för hjärt-lungräddning 2017). Detta innefattar alla väsentliga delar för att kunna genomföra HLR på en vårdavdelning.

A-HLR är en mer avancerad utbildningsnivå av HLR. Där ingår allt ovanstående men adderar även manuell defibrillering, manuell tolkning av hjärtrytm och läkemedel i samband med HLR. Samtlig personal på sjukhus har basal HLR utbildning, all sjukvårdspersonal skall erhålla S-HLR och sjuksköterskor på anestesi, IVA, akutmottagning, kardiologen och ambulansen skall erhålla A-HLR (Svenska rådet för hjärt-lungräddning 2017).

Larmgruppen

Vid händelse av hjärtstopp på avdelning skall enligt HLR-rådets standard en larmgrupp tillkallas så tidigt som möjligt i förloppet (Svenska rådet för hjärt-lungräddning 2016). På samtliga av Västra Götalands region-, läns- och länsdelssjukhus består den larmgruppen av minst en anestesiläkare och anesthesisjuksköterska samt kardiolog eller medicin jourläkare.

Enligt rutinen för hjärtlarm och arbetsbeskrivning för anesthesisjuksköterskan från Sahlgrenska framgår det att anesthesisjuksköterskor som bär larmsökaren skall vid hjärtlarm vara anestesiläkaren behjälplig med att skapa fri luftväg/intubera, skapa fri venväg genom perifer venkateter (*PVK*) eller intraosseös nål, samt eventuell transport vidare, ofta till IVA eller PCI (Sahlgrenska universitetssjukhuset 2017).

Varför är det just anestesipersonal som ingår i ovanstående larmgrupp? Anesthesisjuksköterskans vardagliga arbete är vanligtvis på en operationsavdelning där dagliga uppgiften är att tillsammans med anestesiläkaren söva och monitorera den sövda patienten under operation (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening 2019). När patienten sövs så förlorar denne förmågan att andas själv vilket leder till att patienten blir ett fall för intubation och luftvägshantering (Valeberg 2013, s. 340). Därför blir anestesipersonal experter på att hantera ofri luftväg vilket ger dem en tydlig roll under hjärtstopp. Anesthesisjuksköterskan har även en ledande roll i sin arbetsbeskrivning där denne förväntas leda, prioritera och samordna vårdarbete samt föra tydlig kommunikation med övriga medlemmar i det tvärprofessionella teamet (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening 2019). Anesthesisjuksköterskan hanterar utrustning, potenta läkemedel och maskiner som en sjuksköterska på vårdavdelning vanligtvis inte använder. Akuta situationer är också något som anesthesisjuksköterskan utsätts för kontinuerligt i sitt arbete och bygger med erfarenhet ofta upp ett lugn kring dessa (Gran Bruun 2013, ss. 17-20).

Patientsäkerhet

Patientsäkerhet är en av dem viktigaste målsättningar som sjukvården ställs för. Över 100 000 vårdskador sker årligen i Sverige. Många av dessa vårdskador kan undvikas genom bättre kommunikation. Bristande kommunikation mellan vårdpersonal kan leda till att patienten tar skada och detta medför ett patientsäkert arbete (Svensk Sjuksköterskeförening 2013).

Anestesisjuksköterskan måste hela tiden jobba för att eftersträva en god patientsäkerhet. Som sjuksköterska har man skyldighet att följa lagar för att patienten ska få så god vård som möjligt. En av dessa lagar är Patientsäkerhetslagen. Enligt denna lag så måste vårdpersonal förhålla sig till olika bestämmelser för att patienten inte utsätts för vårdskada eller allvarlig vårdskada som kan medföra bestående skador eller död (Socialstyrelsen 2017b).

Vårdvetenskaplig anknytning

Den caritativa vårdvetenskapliga teorin fokuserar på vårdandet genom att lindra lidande hos människan och främja liv och hälsa (Arman 2015a, s. 22). Begreppet lidande kan ha flera betydelser såsom: plåga, smärta, elände eller provning. Lidande liksom hälsa är grundbegrepp för vårdande verksamhet (Arman 2015b, ss. 39-41).

Vid ett hjärtstopp hamnar patient i ett tillstånd utan kontroll. Patienten hamnar då i ett utsatt läge. Utsattheten gör att människan blir blottad och maktlös och blir tvingad till tillit hos vårdpersonalen (Arman 2015c, ss 85-86). Som anestesisjuksköterska innebär detta att med sin kompetens se patienten och dennes behov och utföra arbetet på ett sätt där patienten inte får ett vårdlidande som följd.

Patienter som befinner sig i livsavgörande situationer har en förväntan på att vårdaren ser och förstår patientens upplevelse, särskilt i situationer där den andre är i nöd. Den caritativa vårdteorin benämner också ordet barmhärtighet. Med detta begrepp innebär det att människan genom handling visar att man vill den andre väl (Arman 2015d, ss. 185-187). Som anestesisjuksköterska innebär det att under hjärt- och lungräddning utgå från den teorin och hela tiden utföra arbetet på ett sätt som är bäst för patienten. Personalen i arbetsgruppen har fått ett förtroende av patienten som bör förvaltas, då patienten inte kan svara för sig själv och inte upplever det som pågår mitt under arbetet så hamnar fokus på tiden efter hjärtstilleståndet. Att minska det lidande som patienten utsätts för på grund av sitt tillstånd men även av den vård som patienten erhåller.

En av anestesisjuksköterskans uppgifter är att kommunicera tydligt med teamets medlemmar för att utöva ett patientsäkert arbete (Riksföreningen för anestesi och intensivvård 2019). Genom att tydligt samordna vårdarbetet med hjälp av god kommunikation under hjärt- och lungräddningen kan effektiviteten öka överlevnadschansen hos patienten och minska dess lidande.

Arman (2015e, s. 189) skriver också om att patienter efter traumatiska händelser mår dåligt och kan känna skam efteråt över sitt tillstånd, börjar att skämmas för sitt lidande. Även här har anestesijuksköterskan ett stort ansvar i att se till det fortsatta livet efter hjärtstilleståndet, där dom val som tas i det akuta skedet kan påverka det lidande patienten ställs inför senare. Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2014) ska sjuksköterskor följa den etiska koden som innebär att ha ansvar för att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidandet. Enligt tidigare forskning nämnt i bakgrunden kan vi se vikten av kommunikationen för att minska risken för vårdskador, komplikationer och att patienten erhåller en ändamålsenlig behandling. Detta för att minska det lidande som patienten utsätts för och ta det förtroende som erhållits från patienten i med rollen som sjuksköterska på allvar.

PROBLEMFORMULERING

Kommunikation mellan vårdpersonal som är bra och strukturerad under stressfulla situationer kan vara livsavgörande för patienten. Vårdpersonal i olika kategorier kan mötas och jobba tillsammans i situationer där hjärt- och lungräddning pågår hos patienten. Som tidigare beskrivits är hjärt- och lungräddning en stressfull situation för vårdpersonalen vilket kan leda till en försämrad kommunikation med risk för misstag som följd. Sådana misstag kan leda till att patientens vårdtid på sjukhus förlängas vilket är negativt ur patientperspektiv med ökat lidande och ur ekonomiskt hållbarhetsperspektiv. I värsta fall kan dåligt samarbete leda till en svår vårdskada eller död hos patienten. Emellertid finns det hinder för god kommunikation mellan olika grupper bland vårdpersonal när dessa arbetar tillsammans. Tidigare forskning har visat att det kan uppstå missförstånd mellan vårdpersonalen i olika yrkeskategorier relaterat till kommunikationen, vilket kan leda till osäkert patientarbete. Studier som fokuserar på interaktionen mellan sjuksköterskan på avdelning och anestesijuksköterskan vid akuta situationer är begränsade. Därför kommer denna studie inrikta sig mot kommunikation mellan dessa grupper för att ta ett första steg och identifiera om det föreligger ett problem. Finns det skillnad i huruvida anestesijuksköterskan och sjuksköterskor på vårdavdelning upplever kommunikationen mellan sig på vårdavdelningen under ett hjärtstopp och kan eventuella brister undvikas för att öka chansen för överlevnad hos patienten? Vår hypotes i studien är att kommunikationen skattas olika av anestesijuksköterskor och sjuksköterskor på vårdavdelning under pågående hjärt- och lungräddning arbete.

SYFTE

Syftet var att undersöka om det finns någon skillnad mellan anestesijuksköterskor och sjuksköterskor på en vårdavdelning i deras skattning av kommunikationen mellan varandra i klinisk situation med hjärtstopp på vårdavdelning.

METOD

Design

Författarna har valt att utföra studien med icke-experimentell tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats. Denna typ av datainsamling är lämplig när man vill få fram resultat vid specifik tidpunkt då man inte är intresserad av att mäta på nytt för att jämföra skillnader (Billhult 2017, s. 102). Enkäten skickades ut via email där deltagarna kunde svara via en elektronisk enkät. Detta är ett lätt sätt att nå ut till större grupp av deltagare samt insamling av data kan ske anonymt (Henricsson & Billhult 2017, s. 126).

Enkäten, se bilaga 1, skapades via enkätjätten webbenkäter.com med inspiration av ett validerat frågeformulär ur studien Torabizadeh, Bahmani, Molazem & Moayedi (2018). Frågorna modifierades och reducerades för att passa situationen som studien undersöker. Från 41 frågor i original formuläret reducerades detta till totalt 19 obligatoriska frågor. Dessa översattes från engelska till svenska och testades mot fem utomstående för att säkerhetsställa att frågorna förstås korrekt. Frågorna kring kommunikation har graderats med hjälp av en femgradig Likterskala vilket ger deltagaren fem svarsalternativ som Aldrig, Sällan, Ibland, Ofta och Mycket ofta. Samt Dåligt, Ganska Dåligt, Varken bra eller dåligt, Bra och Mycket bra. Den fem gradiga skalan behandlas som en ordinalskala där 1 associeras med svarsalternativ Aldrig/Dåligt och där 5 associeras med Mycket ofta/Mycket bra. På grund av rådande tidsramar har en pilotstudie på enkäten ej kunnat genomföras enligt rekommendation från Henricsson & Billhult (2017, s. 127). Istället är enkäten testad på fem utomstående personer, där tolkningsfel i frågor påvisats och reviderats. Därefter testades enkäten på nytt på ytterligare fem personer där inga nya ändringar var nödvändiga.

Population

En avgränsning gjordes av populationen till regionsjukhus inom Västra Götalandsregionen (*VGR*), eftersom det med rådande tidsramar som begränsning inte har varit möjligt att undersöka ett större område. Populationen innefattar region-, läns- och länsdelssjukhus inom VGR då närsjukhus inte alltid har samma rutiner kring hjärtstoppslarm. Närsjukhus har inte alltid anestesipersonal eller tillgång till intensivvårdsavdelningar vilket gör att de måste exkluderas. Samtliga region-, läns- och länsdelssjukhus inom VGR har kontaktats via telefonsamtal eller mailkontakt med HLR samordnare för att kontrollera att det finns rutiner som innefattar en larmgrupp vid hjärtstopp på vårdavdelning och att denna larmgrupp innehåller en anestesijuksköterska.

Urval & stickprov

Urvalsmetoden som valdes var ändamålsenlig urval. Denna urvalsmetod innebär att man handplockar sitt stickprov baserat på relevans för forskningsprojektet (Polit & Beck 2012, s. 279). Genom tidigare erfarenhet vet vi att det sker fler hjärtstopp på akutavdelningar och därför anser författarna att man kommer att få ut mest information via det ändamålsenliga urvalet. Detta urval används ofta när man vill få ut information

från deltagare som har en viss expertis (Polit & Beck 2012, s. 279). Stickprovet inkluderade ett regionsjukhus inom VGR på grund av att det var lättare att nå ut till deltagare relaterat till tid och plats där studien utfördes. Vårdavdelningar som kontaktades är så kallade akutavdelningar och dessa har högre frekvens av hjärtstopp. Operationsavdelningar som kontaktades var stora operationskliniker och därigenom var det enkelt att nå en stor mängd anestesijuksköterskor som går på hjärtstoppslarm på sjukhusen. På så sätt kan deltagargruppen ge information för att besvara studiens syfte.

Inklusion- & exklusionskriterier

Legitimerade sjuksköterskor, anestesijuksköterskor eller sjuksköterskor med annan specialistutbildning som arbetar på en vårdavdelning eller en operationsavdelning inkluderades i studien. Deltagare som inte medverkat vid HLR på vårdavdelning där anestesijuksköterska och sjuksköterskor på vårdavdelning samverkat exkluderades ur studien.

Datainsamling

Data har insamlats via en enkät som skickats ut till tre operationsavdelningar samt fem vårdavdelningar från urvalet. Enkäten har erhållits i elektronisk form med hjälp av webbenkater.com. Samtliga deltagare har erhållit enkäten via medarbetarmail. Information i form av följebrev och information i mailet har gått ut till vårdenhetschefer på samtliga avdelningar för att förmedlas till personalen. Enkäten låg tillgänglig för personalen att svara på under två veckors tid och efter en vecka fick samtliga avdelningar en påminnelse.

325 enkäter skickades ut via medarbetare mail. 141 (43%) av dessa var till anestesijuksköterskor och resten var till sjuksköterskor på vårdavdelningarna. För att öka mängden besvarade enkäter skickades det påminnelser till samtliga vårdenhetschefer efter cirka en vecka och detta resulterade till ökat deltagande. Studien innefattade 101 deltagare som har svarat på enkäten via länken. Fem enkäter föll bort från resultatet på grund av dessa var fel ifyllda. Därav kvarstod 96 deltagare som inkluderades i studien. I bortfallet inräknas sjuka och lediga vårdpersonal som nåddes av deltagarförfrågan men ej kunnat svara, samt deltagare som ej fyllt i enkäten korrekt eller svarat på hela enkäten.

Dataanalys

Data hanterades med hjälp av statistikprogrammet IBM SPSS statistic (SPSS 25). Detta program används flitigt vid enkätundersökningar (Polit & Beck 2012, s. 395). För att finna signifikansen i skillnader i kommunikation, bestämdes att p-värde ska vara under 0,05 ($p < 0,05$). Enligt Polit & Beck (2012, s. 441) anses p-värde under 0,05 som signifikant.

Påståenden för att skatta kommunikationen och övriga frågor var indelade i nominal- och ordinalskalor. Analysen av data gjordes med hjälp av icke parametrisk data med oberoende grupper och testades med hjälp av Mann-Whitneys test. För att mäta korrelationen så användes Spearmans korrelationstest.

Fritexten som förekommer i enkäten har analyserats med hjälp av innehållsanalys med induktiv ansats. Detta för att hitta mönster i materialet och få ett mer övergripligt resultat att presentera. Induktiv ansats ger möjligheten till att förutsättningslöst hitta mönster i ett större material (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 221). Materialet lästes igenom flera gånger för att kunna få en helhetsbild. Därefter markerades meningsenheter i materialet. Eftersom svaren i fritext var små så innebar detta överlag mest att dela upp vissa svar i två meningsenheter som gav två separata svar. Därefter kodades meningsenheterna för att sedan delas in i kategorier av koder som menar samma sak. Många av svaren i fritext har varit korta och tydliga vilket har gjort att analysen inte inneburit så mycket egen tolkning.

Kategorierna som framkom i analysen från sjuksköterskor på vårdavdelning:

- Hierarki
- För mycket folk på salen
- Otydliga roller
- Upplever sig överkörd av larmteamet

Kategorier som framkom i analysen från anestesijuksköterskor:

- Olika kunskap kring HLR
- Otydliga roller
- Avdelning personalen backar
- Ovana vid hjärtstopp

Tabell 1: Exempel på innehållsanalysens förfarande.

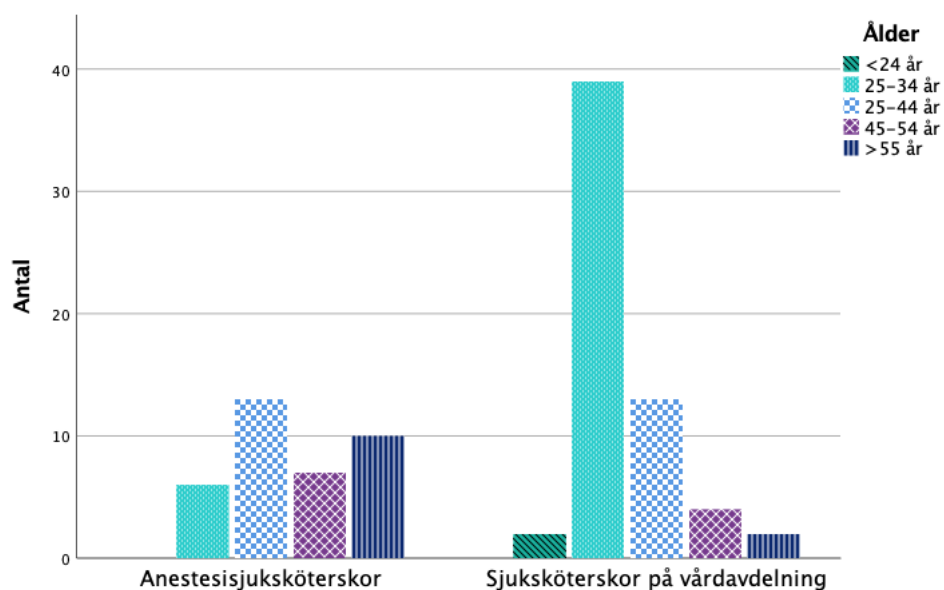
Citat	Meningsenhet	Kod	Kategori
“Hierarkiska strukturer där anesthesi ssk anser sig stå högre i rang än grundutbildad ssk.”	Hierarkiska struktur, anesthesi ssk anser sig högre i rang än grundutbildad ssk.	Hierarkiska strukturer	Hierarki

Etiska överväganden

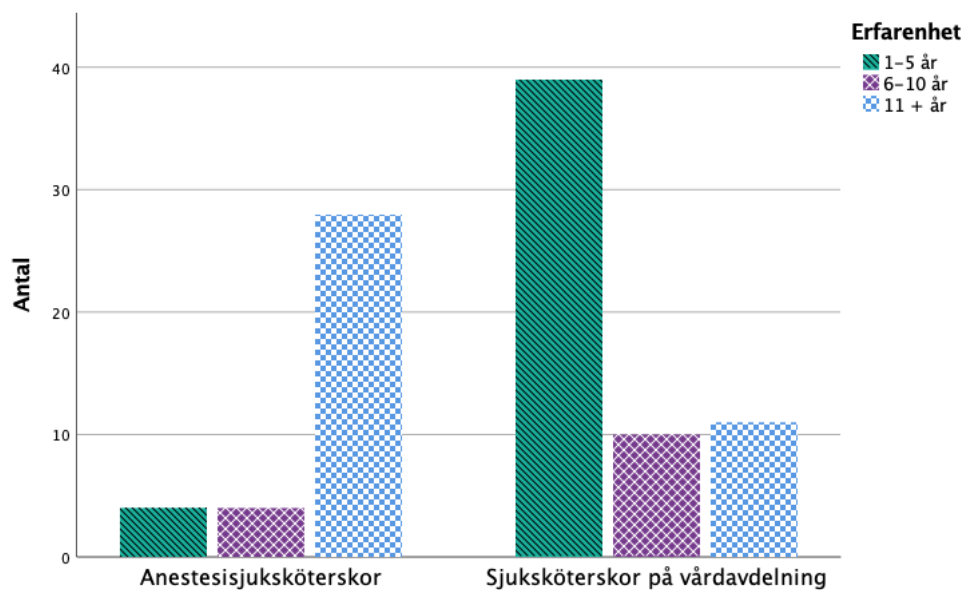
Fem vårdavdelningar och tre operationsavdelningar inkluderades. Tillståndet att bedriva studien på dessa avdelningar godkändes av respektive vårdenhetschef. Enkäten var formad så att anonymiteten på deltagaren kunde skyddas och inte härleda till person. Alla deltagare har fått skriftlig information om studiens syfte och tillvägagångssätt. Fyra forskningsprinciperna enligt Helsingforsdeklarationen tillämpades i arbetet. Autonomiprincipen där deltagandet var frivilligt och samtycke gavs genom att svara på enkäten. Deltagandet kunde när som helst avbrytas genom att man inte lämnade in enkäten. Författarna har inte valt ut deltagarna med någon skillnad på bakgrund, etnicitet eller kön och därför kunde rättvisepincipen beaktas. Alla deltagare behandlades likvärdigt och med respekt. Godhetsprincipen där målet med studien var potentiell förbättring för den kliniska verksamheten och patientsäkerheten (Polit & Beck 2012, ss. 152-163). Principen att skada deltagarna fysiskt och psykiskt i den här studien ansågs minimalt och därför har inte forskningsetiska rådet kontaktats. All insamlad material förstördes vid studiens avslut. Alla deltagare kan ta del av det sammanställda resultatet vid studiens avslut.

RESULTAT

I studien inkluderades 96 fullständigt ifyllda enkäter av 101 deltagare. 36 av 96 (37%) deltagare var anesthesisjuksköterskor som var anställda på tre operationsavdelningar inom VGR. 60 deltagare var sjuksköterskor som jobbade på fem vårdavdelningar varav två var sjuksköterskor med specialistutbildning inom medicin. Genomsnittsålder hos Sjuksköterskor på vårdavdelning (*medelvärde=34*) var i snitt lägre än hos gruppen med anesthesisjuksköterskor (*medelvärde=44*), se figur 1. Arbetslivserfarenhet i antal år som sjuksköterska var klart lägre hos sjuksköterskor på vårdavdelning (*medelvärde=7*) jämfört med anesthesisjuksköterskor (*medelvärde=20*), se figur 2.

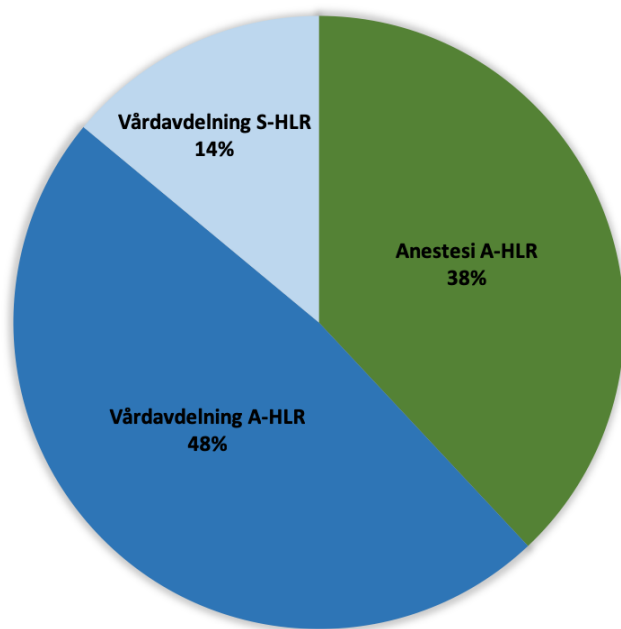


Figur 1: Fördelning av ålder i deltagargrupperna.



Figur 2: Fördelning av arbetslivserfarenhet som legitimerad sjuksköterska i deltagargrupperna.

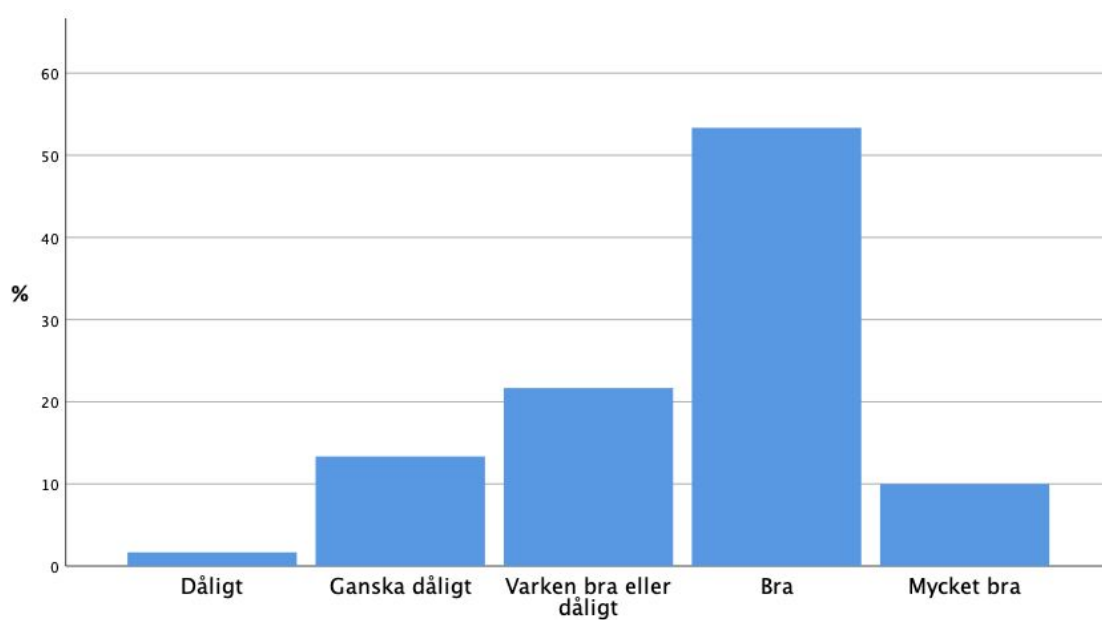
86% av deltagarna var utbildade i A-HLR där samtliga av anestesisjuksköterskan tillhörde den gruppen. Endast 14% av deltagarna var enbart utbildade i S-HLR, se figur 3.



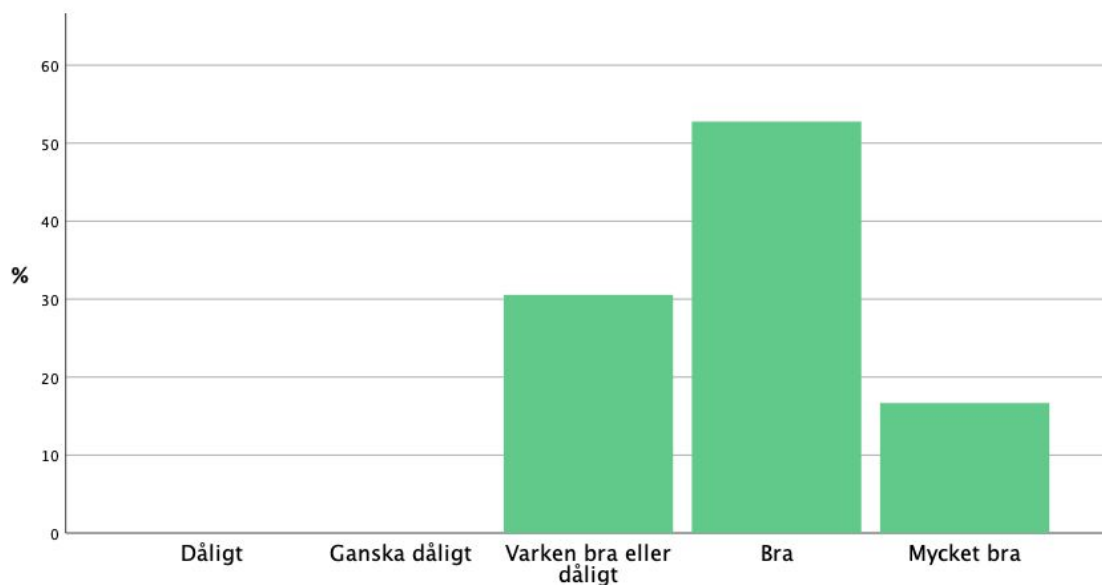
Figur 3: Fördelning av HLR-utbildning bland deltagarna.

Övergripande kommunikation

Det finns ingen signifikant skillnad ($p=0,2$) i skattning av den övergripande kommunikationen mellan de studerade vårdpersonalsgrupperna. Resultatet visade att bägge grupperna uppskattade den övergripande kommunikationen som bra under pågående klinisk situation med hjärtstopp på en vårdavdelning. Både anestesijuksköterskor och sjuksköterskor på vårdavdelningen hade median ($m=4$). Inom gruppen med anestesijuksköterskor skattades den övergripande kommunikationen mellan varken bra eller dåligt och mycket bra. Ingen i denna grupp svarade att kommunikationen var sämre än dessa alternativ. Sjuksköterskor på vårdavdelning har istället svarat över hela frågespektrat. Allt från dåligt till mycket bra, se Figur 4 & 5.



Figur 4: Sjuksköterska på vårdavdelningen och skattning av den övergripande kommunikationen under hjärt- och lungräddning.

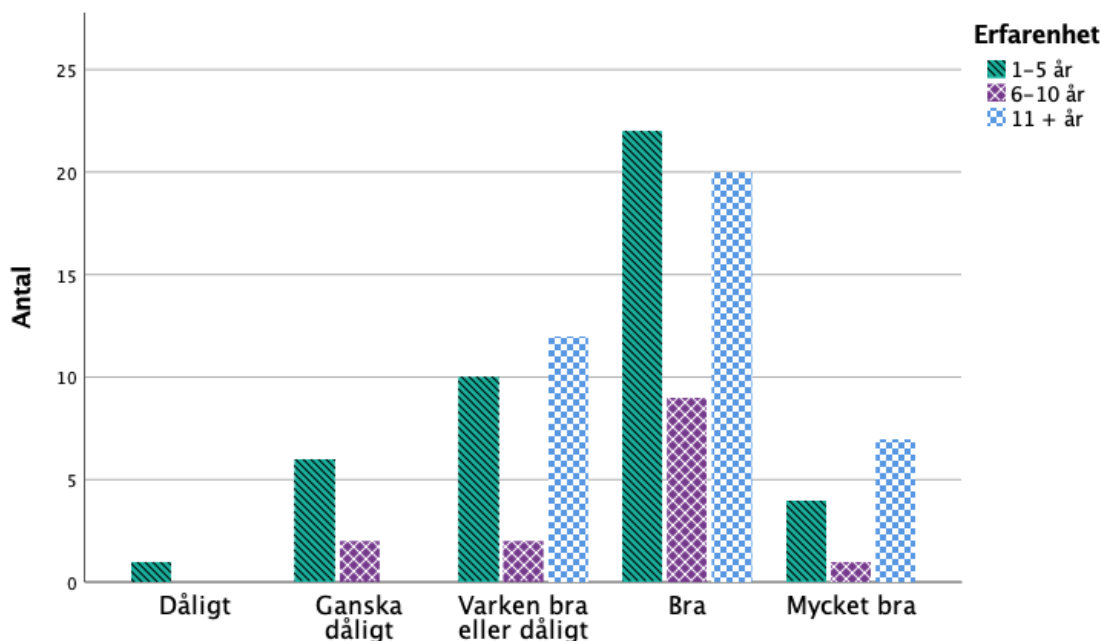


Figur 5: Anestesisjuksköterska och skattning av den övergripande kommunikationen under hjärt- och lungräddning.

Det fanns inga signifikanta skillnader mellan den övergripande kommunikationen och ålder, kön eller HLR-utbildningsnivå.

I resultatet ses en skillnad mellan erfarna och mindre erfarna deltagare hur de skattade sin övergripande kommunikation mellan grupperna som studerades. Både erfarna anestesisjuksköterskor och sjuksköterskor på vårdavdelning skattade kommunikationen

bättre än mindre erfarna. Det fanns ingen signifikant skillnad ($p=0,272$), men det visar sig att dem deltagare med mest erfarenhet aldrig skattat kommunikationen som dålig eller ganska dålig. Tyngdpunkten i skattningen ligger generellt högre upp på skalan bland den erfarna personalen i båda grupper, se figur 6. Det fanns dock ingen korrelation mellan erfarenhet hos deltagarna och skattning av övergripande kommunikation ($r=0,159$).

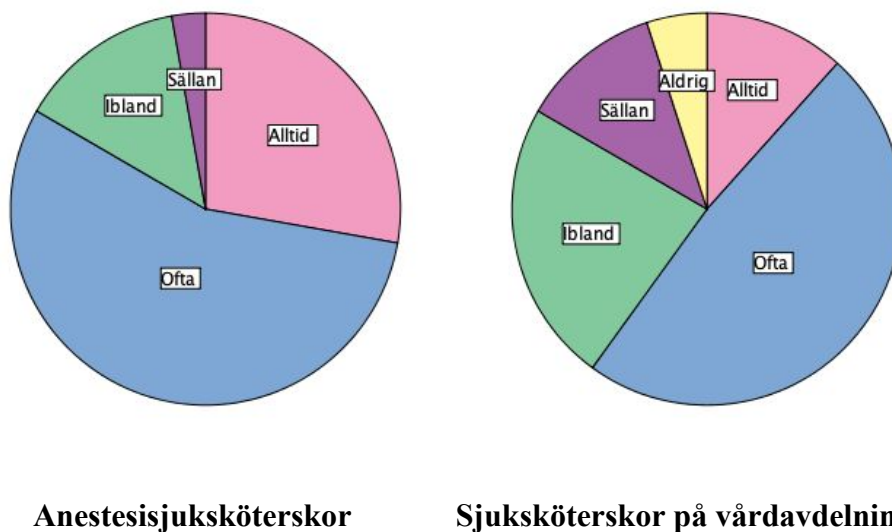


Figur 6: Samtliga deltagarnas skattning av den övergripande kommunikationen under hjärt- och lungräddning, kategoriserat utifrån erfarenhet som legitimerad sjuksköterska.

Upplevelse av att ge tydliga direktiv

Studien visar på att det finns en signifikant skillnad i hur anestesijuksköterskor och sjuksköterskor på vårdavdelning upplever sig ge tydliga direktiv/budskap under pågående HLR-situation ($p=0,041$). Medianen ur båda grupper upplever att dom Ofta ger tydliga direktiv men ser man till spridningen i data så ligger anestesijuksköterskors tyngdpunkt mellan Ofta och Alltid ($m=4$, $q3=5$). Samtidigt som sjuksköterskor på vårdavdelnings tyngdpunkt ligger på Ofta ($m=4$, $q3=4$). Däremot vad gäller upplevelsen kring att få tydliga direktiv/budskap till sig så anser sjuksköterskor på vårdavdelning att detta Ofta är fallet samtidigt som anestesijuksköterskor anser att det enbart Ibland faller sig så. Det föreligger en signifikant skillnad i denna upplevelse mellan grupperna ($p=0,035$).

Det visar att anestesijuksköterskor upplever att de mer ofta ger tydliga direktiv än sjuksköterskor på vårdavdelning se figur 7. Samtidigt upplever anestesijuksköterskor att de mer sällan erhåller tydliga direktiv,



Figur 7: Samtliga deltagarnas skattning av att ge tydliga direktiv/budskap, uppdelat mellan grupperna.

Upplevelse av att lyssna färdigt

Det finns även viss skillnad i de olika grupperna av arbetslivserfarenhet. Gruppen som arbetat i 1-5 år upplever inte lika ofta att den andra parten lyssnar färdigt till dennes budskap eller att denne får tydlig återkoppling på givna direktiv, detta jämfört med den grupp som jobbat mer än 11 år, se tabell 2. Gruppen med arbetslivserfarenhet 6-10 år upplever oftare att den andra parten lyssnar färdigt på deras budskap, jämfört med gruppen 1-5 år. Resultatet visar även en signifikant skillnad mellan åldersgrupperna 25-34 år och 35-44 år, där den yngre gruppen upplever att den andra parten enbart ibland lyssnar färdigt på deras direktiv ($m=3$) och den något äldre gruppen upplever att detta ofta är så ($p=0,000$).

Tabell 2: Svartsresultat på jämförelser på specifika frågor som visar på signifikans vid ett Mann-Whitney U test.

(1=Aldrig 2=Sällan 3=Ibland 4=Ofta 5=Alltid)

Fråga	Grupper	n	Median	Min-Max	Quartiler	P-värde
...att jag ger tydliga direktiv/budskap till den andra parten?	Anestesisjuksköterskor Sjuksköterskor på vårdavdelning	4 4	4 4	2-5 1-5	q1=4 q3=5 q1=3 q3=4	0,005
... att jag får tydliga direktiv/budskap från den andra parten?	Anestesisjuksköterskor Sjuksköterskor på vårdavdelning	3 4	3 4	2-4 1-5	q1=2 q3=4 q1=3 q2=4	0,035
...att jag får tydlig återkoppling på mina direktiv/budskap till den andra parten?	Årserfarenhet som leg. sjuksköterska 1-5 år + 11 år	43 39	3 4	1-5 2-4	q1=2 q3=4 q1=3 q3=4	0,005
....att den andra parten lyssnar färdigt på mina direktiv/budskap?	Årserfarenhet som leg. sjuksköterska 1-5 år + 11 år	43 39	3 4	1-5 2-5	q1=3 q3=4 q1=3 q3=4	0,02
....att den andra parten lyssnar färdigt på mina direktiv/budskap?	Årserfarenhet som leg. sjuksköterska 1-5 år 6-10 år	43 14	3 4	1-5 2-5	q1=3 q3=4 q1=4 q3=5	0,024
....att jag ger tydlig återkoppling till den andra parten på givna direktiv/budskap?	HLR utbildning nivå S-HLR A-HLR	14 82	4 4	1-5 2-5	q1=1 q3=4 q1=4 q3=4	0,028
....att jag uppfattar direktiv/budskap korrekt som riktas mot mig?	HLR utbildningsnivå S-HLR A-HLR	14 82	4 4	1-5 2-5	q1=1 q3=4 q1=4 q3=4	0,05
....att jag ger tydlig återkoppling till den andra parten på givna direktiv/budskap?	Medverkan på antal hjärtstopp på vårdavdelning 2-4 st >5 st	19 76	4 4	1-5 2-5	q1=3 q3=5 q1=4 q3=4	0,025
....att jag ger tydliga direktiv/budskap till den andra parten?	Medverkan på antal hjärtstopp på vårdavdelning 2-4 st >5 st	19 76	3 4	2-5 1-5	q1=2 q3=4 q1=4 q3=4	0,008
....att jag ger tydliga direktiv/budskap till den andra parten?	Ålder 25-34 år 35-44 år	45 26	4 4	1-5 2-5	q1=3 q3=4 q1=4 q3=4	0,041
....att jag ger tydlig återkoppling till den andra parten på givna direktiv/budskap?	Ålder 25-34 år 35-44 år	45 26	4 4	1-5 1-5	q1=3 q3=4 q1=4 q3=4	0,001
....att den andra parten lyssnar färdigt på mina direktiv/budskap?	Ålder 25-34 år 35-44 år	45 26	3 4	1-5 2-5	q1=3 q3=4 q1=4 q3=4	0,000

...att jag blir hörd/lyssnad på av den andra parten?	Ålder						
	25-34 år	45	4	1-5	q1=3	q3=4	0,045
	35-44 år	26	4	3-5	q1=4	q3=4	
...att jag ger tydliga direktiv/budskap till den andra parten?	Ålder						
	25-34 år	45	4	1-5	q1=3	q3=4	0,048
	45-54 år	11	4	2-5	q1=4	q3=5	
...att jag blir hörd/lyssnad på av den andra parten?	Ålder						
	25-34 år	45	4	1-5	q1=3	q3=4	0,042
	45-54 år	11	4	3-5	q1=3	q3=4	

Barriärer för kommunikationen

Kring frågan vad deltagarna trodde kunde leda till svårigheter för kommunikation svarade 47% av anestesijuksköterskor samt 55% av sjuksköterskor på vårdavdelning stress/tunnelseende som en faktor, se tabell 3. Av svar i fritext framkom fyra kategorier per grupp. Sjuksköterskor på vårdavdelningar upplevde av frågan summerades till följande teman. Hierarki, för mycket folk på salen, otydliga roller samt upplever sig överkörd av larmteamet. Sjuksköterskor på vårdavdelning upplever att det finns en hierarkisk skillnad där mellan grupperna där anestesijuksköterskan anses stå högre i rang än sjuksköterskor på vårdavdelning. Detta uttrycks på olika sätt, där ibland rakt ut att hierarki spelar en stor roll som barriär, men även att sjuksköterskor på vårdavdelning inte känner sig lyssnade till av anestesijuksköterskan.

"Anestesisjuksköterskorna lyssnar oftast bara på det som läkarna säger och missar därför vår information. Många gånger känner ssk på avd patienten bäst och inte läkaren för många inblandade i situationer som gör att de inte blir tydligt vem som ska göra vad."

(Deltagare nr 39)

Anestesisjuksköterskans upplevelse kring samma ämne summerades till följande kategorier. Olika kunskap kring HLR, otydliga roller, avdelning personalen backar och ovana vid hjärtstopp. Anestesisjuksköterskor uttrycker på flera sätt kunskap skillnader kring HLR, där framför allt bristande kunskap hos sjuksköterskor på vårdavdelning lyfts fram.

Båda grupperna lyfter fram otydliga roller där deltagarna upplever att det är svårt att veta vem som skall göra vad eller vem som gjorde vad innan larmteamet anlände. Deltagarna uttrycker att det kan vara svårt att veta vem som gör vad och vem man skall vända sig till för information samt att få saker genomfört. Deltagarna upplever även en svårighet att skilja yrkesrollerna åt, där det är svårt att veta vem som är ansvarig sjuksköterska, anestesiläkare, anesthesijuksköterska osv.

"Svårt att svara på frågorna, vet ofta inte vem som är anesthesi-ssk, det kommer 2-3st grönklädda" som man inte vet vem som är vem. Dr? Ssk? Bredvidgång?"

(Deltagare nr 53)

Det framkommer att sjuksköterskor på vårdavdelning känner sig överkörda när larmteamet anländer samtidigt som anestesijuksköterskor upplever att vårdavdelning personalen backar undan i samma situation. Detta uttrycks i form av att sjuksköterskor på vårdavdelning upplever kompetens skillnader som skapar en känsla av hierarkiska skillnader, vilket gör att dem känner sig överkörda av larmteamet. Från ett annat perspektiv upplever anestesijuksköterskor att personalen på vårdavdelningen backar och känner lättnad när larmteamet anländer.

Deltagarna lyfter även en brist i kunskapen kring adekvata kommunikationsmetoder och gemensam övning med personal på vårdavdelning och larmteamet. Detta för att förtydliga rollerna och förbättra kommunikationen mellan arbetsgrupperna.

“Tror även stress/tunnelseende påverkar. Jag tror dock det hade varit nyttigt att träna scenarior med larmteam. Jag upplever att vi inte alltid vet vad som förväntas av oss på vårdavdelning.”

(Deltagare nr 80)

Tabell 3: Svansfrekvens gällande upplevelse av vad som kan leda till svårigheter för kommunikationen.

Påstående	Anestesisjuksköterskor		Sjuksköterskor på vårdavdelning	
	n	%	n	%
Stress/tunnelseende	17	47	33	55
Bullrig miljö	0	0	6	10
Svårt att förstå uttryck/medicinska termer	5	13,8	1	1,6

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Specialistutbildning inom anestesi eller erfarenhet

Studiens resultat visar ingen signifikans i skillnaden hur anestesijuksköterskor och sjuksköterskor på vårdavdelning skattar sin kommunikation under pågående hjärt- och lungräddning. Detta gör att hypotesen måste förkastas att det föreligger en skillnad i upplevelsen kring kommunikation mellan grupperna. Trots att det inte föreligger någon skillnad i skattningen av upplevelse kring den övergripande kommunikationen visar studiens resultat på andra fynd. Likt beskrivet i resultatet så går det att se att anestesi personalen generellt skattar den övergripande kommunikationen som bättre än sjuksköterskor på vårdavdelning, se figur 4 & 5. Anestesisjuksköterskor tenderar

således att vara mer positivt inställda till kommunikationen än sjuksköterskor på vårdavdelning. Medianen och den stora tyngdpunkten i resultatet är densamma mellan grupperna där båda grupperna i snitt upplever kommunikationen som bra ($m=4$). Ser man till spridningen så anser inga deltagande anestesijuksköterskor att kommunikationen är dålig eller ganska dålig. Frågan är om detta beror på vilken arbetsplats eller specialistutbildning grupperna har eller om det är erfarenheten som skapar detta resultat. Figur 6 visar på frekvensen av hur samtliga deltagare skattat den övergripande kommunikationen sorterat efter erfarenhet. Grafen visar att dom erfarna deltagarna tenderar att utebli från dom lägre svarsalternativen i skalan. Majoriteten av deltagarna som svarat att kommunikationen är dålig eller ganska dålig har arbetat i 1-5 år som legitimerad sjuksköterska. Samtidigt som deltagare som arbetat +11 år tenderar att svara lite högre i skalan. Denna skillnad är inte signifikant och inte heller föreligger det någon korrelation mellan stigande erfarenhet och högre skattning av den övergripande kommunikationen. Viktigt att se till är dock att trenden i hur anestesijuksköterskor och sjuksköterskor på vårdavdelning svarat liknar övergripande svarsfrekvensen grupperat efter erfarenhet. Frågan kvarstår därav om dom skillnader som finns i hur grupperna svarat beror på specialistutbildning inom anestesi och arbetsplats eller om det är en fråga om erfarenhet?

Stressens påverkan på kommunikationen

Det framkommer att 47% av den deltagande anestesijuksköterskor och 55% av sjuksköterskor på vårdavdelning uppgav att dom trodde svårigheter i kommunikationen kunde bero på stress och tunnelseende. Vilket visar på en jämn fördelning av upplevelsen i grupperna. Frågan är då om detta beror på arbetsplats, specialistutbildning eller om även detta är knutet till erfarenhet.

I resultatet ses ingen signifikant skillnad på hur erfarna och mindre erfarna deltagare skattade den övergripande kommunikationen. Ändå såg man att tyngdpunkten i erfarna deltagares svarsresultat var högre med mer positiv skattning av den totala kommunikationen. I studien av Lawton, Robinson, Harrison, Mason, Conner, & Wilson (2019) visades att erfarna läkare har tendenser till att förbli mer lugna vid osäkra situationer. Detta leder till att mindre erfarna läkare kan vid osäkerhet vara mer patientosäkra i sitt handlings sätt. I resultatet kunde man se att skattning av kommunikationen under hjärt- och lungräddning var högre hos deltagare med 11+ års erfarenhet jämfört med dem som hade upp till fem års erfarenhet oavsett specialistutbildning eller arbetsplats (se figur 6). Stress kan eventuellt vara en faktor till att samarbetet blir sämre under hjärt- och lungräddning och då kan mindre erfarna sjuksköterskor uppleva situationen som mer negativ. Det framkommer inte tydligt vem som upplever stressen, om det är deltagarna själva eller om deltagarna i fråga som upplever omgivningen som stressad.

Okunskap och behov av gemensam träning

Det framkommer i resultatet att anestesijuksköterskor i studien ansåg att svårigheter kring kommunikationen kunde bero på att personalen på vårdavdelningen var ovana vid hjärtstopp, ovana vid HLR arbete eller saknade kunskap kring avancerad HLR. Inget av detta återfinns vi hos sjuksköterskor på vårdavdelning och deras svar kring samma

fråga. I detta är således inte grupperna överens. Vi ser alltså att anestesijuksköterskor som i genomsnitt har mer erfarenhet än sjuksköterskor på vårdavdelning upplever en kunskapsbrist i den andra gruppen vilket försvårar kommunikationen. HLR rådet rekommenderar all sjukvårdspersonal till teamträning mellan yrkeskategorier för att stärka samarbetet (Svenska rådet för hjärt-lungräddning 2017). På så vis även fylla kunskapsluckor där mer erfaren personal kan hjälpa mindre erfaren personal där kunskaps- eller erfarenhetsbrister. Deltagarna uttryckte även en avsaknad av gemensam scenarioträning mellan grupperna. Det är viktigt att träna tillsammans i grupper med vårdpersonal av olika kategorier och använda sig utav strukturerade kommunikationsverktyg för att kunna förbättra kommunikation i stressade situationer med god patientsäkerhet som mål (Turkelson, Aebersold & Redman 2017; Foronda, MacWilliams & McArthur 2016). Med tanke på att resultatet visat på upplevelsen kring ovana och bristande kunskap kring HLR samt att båda grupperna belyser otydliga roller som en svårighet för kommunikationen så kan gemensam träning vara en viktig del för att kunna stärka kommunikationen under hjärt- och lungräddning.

Otydliga roller

Ett flertal av anestesijuksköterskorna upplevde på något sätt att sjuksköterskor på vårdavdelningarna var mer ostrukturerade och det fanns ofta för mycket personal på sal och då ökade otydligheten i rollerna. Det framkom ett flertal gånger i studien att något som kan ligga som hinder för kommunikationen skulle kunna vara otydliga roller, svårt att veta vem som gör vad och för mycket folk på salen. Detta lyfts ur båda personalgrupperna. Flera anestesijuksköterskor upplever att det är svårt att veta vem som är patientansvarig sjuksköterska på vårdavdelningen samt besitter kunskapen om patienten. Samtidigt tycker flera sjuksköterskor på vårdavdelning att rollerna är otydliga och har svårt att veta vem som skall göra vad. Calder, Mastoras, Rahimpour, Sohmer, Wietzman, Adam Cwinn, Hobin & Parush (2017) visade att kommunikationen under hjärtstopp var bättre ifall alla i teamet var tränade och erfarna, samt att alla hade tydliga roller. Detta dyker upp vid flertal tillfällen i båda grupperna där det beskrivs att det ofta kan vara svårt att veta vem som är vem när larmgruppen kommer. Rollerna nämns även i samband med sin egen roll, där sjuksköterskor på vårdavdelningar nämner att dem inte vet vad som förväntas av dem. Vilket i sig styrks upp av anestesipersonalens upplevelse av att vårdpersonalen backar när larmgruppen kommer. I studien Calder et. al. (2017) visar resultatet på vikten av att teamet känner varandra och vet sina roller för att tillsammans kunna arbeta effektivt mot samma mål. Samma studie nämner även att problem i kommunikationen kan uppstå när rollerna är otydliga, där individer som anländer till en akut situation inte presenterar sig eller visar vem dom är för personalen på platsen. Här hittar vi således en tydlig del av den grundläggande kommunikationen som inte upprätthålls. Det blir svårt att jobba fram en bra kommunikation när rollerna är otydliga och som personal inte vet vilken funktion/roll personen själv har eller vad övrig personal på platsen skall göra.

Hierarki

Bland sjuksköterskor på vårdavdelning nämns vid många tillfällen ordet hierarki som en barriär till kommunikationen. Det framkommer även i resultatet att vissa ur sjuksköterskor på vårdavdelningar känner sig överkörda av larmgruppen. Enligt Green, Oeppen, Smith & Brennan (2017) leder avsaknad av hierarki till bättre kommunikation och patientvård. Samtidigt som hierarki mellan professionerna har en negativ effekt på kommunikation och samarbete i teamet (Foronda, MacWilliams & MacArthur 2016). Detta tyder på att hierarki har en stor roll kring samarbete inom hälso- och sjukvård. Flera ur vårdpersonalen upplever hierarkiska skillnader samt att flera upplever att vårdpersonalen backar undan när larmgruppen anländer. Detta i sig vidgar klyftorna mellan grupperna. Många ur anestesijusköterskor anser att det saknas kunskap kring HLR på sjukhusens samtliga vårdavdelningar vilket även detta kan ge bättre grogrund för hierarkin. Som Green et. al. (2017) nämner så leder inte bara hierarki till negativa effekter på kommunikationen utan även på patientvården. Eller som Fossum (2019, s.28) beskriver det så är kommunikationen avgörande för patientens välmående. Därför blir detta en fråga om patientsäkerhet och lidande hos patienten.

Som anestesijusköterska bör man tänka på att inte orsaka onödigt lidande hos patienten med otydlig kommunikation under sådana situationer. Sjuksköterskan skall eftersträva ett minskat lidande hos patienten. Varje lidande är unikt och upplevelsen av lidande skiljs åt mellan individer (Arman 2015b, s. 48). Att se och känna igen tecken på lidande hos individen är en nyckel för ett vårdande som lindrar (Arman 2015d, s. 185). Anestesijusköterskan ska därför alltid eftersträva vad som är bäst för patienten i ett utsatt läge. Det kan vara svårt att se tecken på lidande hos just patienten då denne inte är vid medvetande eller kan uttrycka sin vilja själv. Däremot är det då av yttersta vikt för anestesijusköterskan att vara observant kring faktorer i omgivningen som kan skapa lidande för patienten i längden. Enligt ovanstående blir hierarki inte bara ett hinder i kommunikationen utan även i arbetet mot att undvika lidande och vårdskador, vilket gör den till en faktor för anestesijusköterskan att vara observant kring. Motverka hierarki kan således ge möjlighet för bättre kommunikation och mindre lidande.

Metoddiskussion

En tvärsnittsstudie ansågs det mest passande till mån av tid och syfte. Fördelar med sådan typ av studie är att genomförandet är relativt billigt och kräver inte lång tid samt att en faktabank kan byggas upp som sedan analyseras statistiskt. Nackdelen blir att forskaren som använder sig utav sådan metod är att mätningen sker vid viss tidpunkt och eventuella förändringar kommer ej att märkas (Billhult 2017, s. 102). Studien hade begränsade tidsramar vilket gav upphov till vald metod för att snabbt få data som var relaterad till syftet.

Frågeformuläret var inspirerad av tidigare forskning inom kommunikation mellan vårdpersonal. Med hjälp av studien av Torabizadeh et. al. (2018) konstruerades 10 egna frågor och påståenden som var kopplade till vårt syfte. Fördelen med att skapa en egen enkät är att forskaren kan fråga mer specifikt kring det man är ute efter. Det som kan

fallera är att deltagarna uppfattar frågorna olika vilket kan leda till en bristande reliabilitet (Billhult 2017, s. 123). Svagheten i studien är att frågorna och påståenden skapades av författarna själva och dessa har inte testats tidigare i större skala. Svartalternativen var uppbyggda efter 5 poängs Likertskala. Svartalternativen till frågorna och påståenden var uppdelade mellan "Aldrig" och "Alltid" eller "Dåligt" och "Mycket bra". Författarna var medvetna om att personer som deltar i studien kan svara mer neutralt istället för att ta ställning. För att få bredare perspektiv och skillnader mellan påståenden och svar borde Likertskalan ökas med fler alternativ. Målet med studien var att se om det fanns skillnader i kommunikationen mellan anestesijukssköterskor och sjuksköterskor på vårdavdelning under gemensamt arbete med hjärtstopp. Således anser vi att Likertskalan var ett lämpligt instrument för mätning i den här studien. Samt att inspirationen från enkäten i Torabizadeh et. al. (2018) använde sig av en femgradig likertskala, därav valdes att i största möjliga mån frånga utplägget på original artikeln så lite som möjligt.

I studien användes ordinal- och nominalskala för att beräkna ett resultat. Dessa skalor kan användas vid upplevelse men ger ingen säker rangordning mellan avstånden på skattningen (Billhult 2017, s. 124). På grund av begränsad tid valdes att reducera populationen med ett stickprov där enbart regionsjukhus inom Västra Götalands upptagningsområde involverades. Västra Götalandsregionen har likadana rutiner på alla region-, läns- och länsdelssjukhus och därav kunde vår stickprov spegla hela regionen.

Innan distribution av enkäten till avdelningarna, testades enkäten av oberoende personer inom vården vilket ledde till att risken minskar för att missförståelse av frågorna och tydligheten ökades. Små justeringar gjordes och därefter testades enkäten på ytterligare oberoende personer innan den skickades till avdelningarna. En så kallad pilotstudie bör göras för att öka möjligheterna att rätta till eventuella oklarheter innan den används i större skala (Billhult 2017, s. 123).

I studien användes ändamålsenlig urval då kännedom om avdelningarna fanns från tidigare upplevda erfarenheter. Avdelningar som valdes passade bäst för studiens syfte och tidsramar. Enkäten som användes har tidigare inte använts i större skala. Ändamålsenlig urval har en fördel att användas när ny mätinstrument skall utprovas (Polit & Beck 2012, s. 279). I urvalet ingår avdelningar med akut inriktning och där hjärtstopp förekommer mer frekvent än på andra vårdavdelningar. Vilket kan ge möjlighet för fler deltagare då det på dessa avdelningar kan finnas fler som har erfarenhet av hjärtstopp och kan således delta i studien.

Enligt Polit & Beck (2012, s. 263) finns det en svaghet med enkäter som skickas via mail då dessa får sämre svarsfrekvens. Med begränsad tid behövde studien nå en stor mängd individer på kort tid. Därför inkluderades ett flertal större avdelningar där elektronisk enkät via mail användes för att snabbt kunna nå de stora grupperna som inkluderats i stickprovet.

Tester som utfördes för att analysera data var Mann-Whitney test och Spearmens korrelation. Då data var i form av ordinal- och nominalskala passade Mann-Whitney test för jämförelse mellan grupper. Vid icke-parametrisk nivå används just Mann-Whitney test för jämförelse och signifikans (Polit & Beck 2012, s. 416). För korrelation mätning utfördes Spearmens korrelationstest. Denna typ av test används vid icke-parametrisk nivå (Polit & Beck 2012, s. 422).

Studiens begränsningar

Studien borde inkludera fler avdelningar. Urvalet är begränsat till akutvårdsavdelningar som har en högre frekvens av hjärtstopp och där största delen av deltagarna var utbildad i A-HLR. Resultatet skulle eventuellt ha sett annorlunda ut om även vårdavdelningar med färre hjärtstopp inkluderades i studien. Dessa avdelningar som då eventuellt inte har lika stor erfarenhet av hjärtstopp och där kunskapsklyftan mellan larmgruppen och personalen på vårdavdelningen skulle kunna vara större, skulle i sin tur kunna påverka skillnaden i upplevelse kring kommunikationen mellan grupperna.

En begränsning i studien är att enbart vända sig till sjuksköterskor. Larmteamet består som oftast av både sjuksköterska och läkare från anestesi, samt att personalen larmteamet möter på platsen kan vara både sjuksköterskan på vårdavdelningen, läkare på avdelning, kardiologer, undersköterskor osv. Det kan vara en begränsning att enbart fokusera på sjuksköterskor då upplevelsen av situationerna kan baseras på intryck från alla professioner och kan således vara svårt att särskilja. Det går därför inte att säga att upplevelsen deltagarna svarat kring inte är påverkad av andra professioner som samverkat under HLR arbetet, ett exempel på detta är att sjuksköterskan på vårdavdelning skulle kunna uppleva kommunikationen som bra, men har under hela arbetet enbart kommunicerat med läkaren utan att tänka på detta.

Den lilla deltagargruppen är en begränsning för studien. Studiens resultat visar på att exempelvis anestesi-personalen är klart överrepresenterad i den erfarna gruppen samtidigt som sjuksköterskor på vårdavdelning är överrepresenterad i gruppen med 1-5 års erfarenhet. Detta gör att det är svårt att svara på om det är till exempel erfarenhet eller specialistutbildning som ger upphov till skillnaderna i svaren. En större deltagargrupp med fler inkluderade avdelningar skulle kunna jämma ut erfarenheten mellan grupperna och då kanske tydliggöra vad som ger upphov till skillnaderna.

Vidare forskning

Området skulle behöva en större studie med fler inkluderade deltagare för att kunna undersöka ifall det föreligger ett problem eller inte. En kvalitativ intervjustudie på ämnet skulle kunna ge en djupare inblick men även kunna visa på om det faktiskt finns skillnader i upplevelsen av kommunikation mellan grupperna om intervjuerna djupdyker i ämnet och låter deltagaren tänka till. Vidare forskning kring hierarki mellan sjuksköterskor skulle kunna bredda kunskapen kring om det skulle kunna vara en barriär till kommunikationen.

Hållbar utveckling

För den som överlevt ett hjärtstillestånd blir behandling och observation inom intensivvården ett nästa steg. En stor andel av dem som återfår cirkulation efter hjärtstillestånd ligger fortsatt i koma efteråt. Tiden inom intensivvården eller sjukvården kan variera beroende på komplikationer efter hjärtstillestånd (Strand 2019).

Denna studie har tidigare visat på vikten av god kommunikation och lagarbete inom den akuta vården. Enligt Hunziker, Johansson, Tschan, Semmer, Rock, Howell & Marsch (2011) kan dålig lagarbete samt kommunikation även leda till sämre HLR samt en ökad risk för vårdskador. Hjärnan är det organ i kroppen som skadas först av syrebristen som uppstår vid ett hjärtstillestånd (Strand 2019). En fördröjd eller långt pågående HLR leder till en större neurologisk påverkan för den patient som överlever efter hjärtstopp (Welbourn & Efstathiou 2018). Det är även vanligt med kognitiva svårigheter i samband med neurologisk påverkan efter att ha överlevt ett hjärtstopp (Strand 2019). Detta är komplikationer som kan förlänga vårdtiden för patienten inte bara på intensivvårdsavdelningen utan på vårdavdelning eller via uppföljning. Enligt ovanstående kan alltså en dålig kommunikation i det långa loppet leda till en förlängd vårdtid för patienten. Vilket ur ett ekonomiskt hållbarhetsperspektiv innebär en högre vårdkostnad. Statistik kring kostnaden för patienter som överlevt hjärtstopp har inte gått att finna men för att få perspektiv i frågan så kan vi jämföra det med patienter inneliggande på en neurologisk specialiserad avdelning för hjärninfarkt. Den sammanlagda vårdtiden för en patient på en neurologisk specialiserad avdelning på ett regionsjukhus i Sverige kostar genomsnittligt 46 824 kr (Sveriges Kommuner och Landsting 2016). I detta är bara vistelsen på regionsjukhuset inräknat och inte uppföljning och återbesök. Ser vi till ovan presenterad fakta så kan vi alltså med en god kommunikation öka chanserna för en bättre genomförd HLR, mindre komplikationer, mindre risk för vårdskador, kortare vårdtid och därmed en lägre sjukhus kostnad. Därav kan god kommunikation leda till en ekonomiskt mer hållbar vård. Enligt Socialstyrelsen (2018) bygger en del av den framtida hållbara vården på att nyttja de gemensamma resurserna effektivt.

SLUTSATSER

Det föreligger ingen signifikant skillnad i skattningen av kommunikationen mellan anestesijuksköterskor och sjuksköterskor på vårdavdelning under pågående hjärt- och lungräddning arbete på vårdavdelning. Statistiken visar däremot på trender där anestesijuksköterskor tenderar till att oftare skatta kommunikationen som mer positiv än sjuksköterska på vårdavdelning. Upplevelser kring kommunikationen kan skilja sig åt mellan dessa grupper men då få skillnader visar på statistisk signifikans så går det inte att dra generella slutsatser. Hinder i kommunikationen summeras till otydliga roller, hierarkiska skillnader samt upplevda kunskapskillnader kring hjärt- och lungräddning. Anestesijuksköterskor anser att den bristande kunskapen kring HLR, otydligheten i vem som gör vad samt har patientansvaret och att personal på vårdavdelningarna backar undan när larmteamet anländer skapar hinder i kommunikationen mellan grupperna. Sjuksköterskor på vårdavdelningarna upplever en hierarkisk skillnad mellan grupperna,

där anestesijuksköterskan upplevs stå högre i rang, där det är svårt att veta vem som är vem av anestesipersonalen och att de upplever sig överkörda när larmteamet anländer.

Kliniska implikationer

För att kunna förbättra kommunikationen under pågående hjärt- och lungräddning rekommenderas gemensam träning mellan larmgruppen och sjuksköterskor på vårdavdelning. Detta för att kunna få en inblick i andra professioners synsätt, dela med sig av sin kunskap för att gemensamt minska kunskapsklyftorna, lära känna medlemmarna i gruppen bättre och tydliggör individerna i gruppens olika roller.

REFERENSER

- André, B., Frigstad, S.-A., Høst, T.-H. & Sjøvold E. (2016). Exploring nursing staffs communication in stressful and non-stressful situations. *Journal Of Nursing Management*, 24, ss. 175-182.
- Arman, M. (2015a). Att vårda med caritas som grund. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 22-23.
- Arman, M. (2015b). Lidande och lindra lidande. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 38-59
- Arman, M. (2015c). Patientens värld med problem, behov och begär. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 82-89
- Arman, M. (2015d). Vårdande med grundvärden - värdighet, helhet och caritas. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 180-188
- Arman, M. (2015e). Den vårdande relationen. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber, ss. 189-194
- Billhult, A. (2017). Kvantitativ metod och stickprov. I Henricsson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vården*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 99-110.
- Calder, L-A., Mastoras, G., Rahimpour, M., Sohmer, B., Wietzman, B., Adam Cwinn, C., Hobin, T. & Parush, A. (2017). Team communication patterns in emergency resuscitation: a mixed methods qualitative analysis. *International Journal of Emergency Medicine*, 10(24), ss. 1-9. doi:10.1186/s12245-017-0149-4
- Dunsford, J. (2009). Structured Communication: Improving Patient Safety with SBAR. *Nursing for women's health*, 13(5). ss.384-390. doi:10.1111/j.1751-486X.2009.01456.x
- Foronda, C., MacWilliams, B. & McArthur, E. (2016). Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 19. ss. 36-40. doi:10.1016/j.nepr.2016.04.005
- Fossum, B. (2019). Kommunikation och bemötande. I Fossum, B. (red.) *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 27-76.
- Gordon, S. (2006). Crew resource management. *Nursing Inquiry*, 13(3), 161-162. doi:10.1111/j.1440-1800.2006.00327.x

- Gran Bruun, A.-M. (2013). Anestesisjuksköterskans kompetens. I Hovind, I. (red.) *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 17-32.
- 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. ss. 449-453.
doi:10.1016/j.bjoms.2017.02.010
- Haddleton, E. (2018). *Crew Resource Management – CRM*.
<https://www.varldhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/teamarbete-och-kommunikation/crew-resource-management---crm/> [2019-11-30]
- Henricsson, M. & Billhult, A. (2017). Enkäter. I Henricsson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom vården*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 121-132.
- Hunziker, S., Johansson, A.-C., Tschan, F., Semmer, N.-K., Rock, L., Howell, M.-D. & Marsch, S. (2011). Teamwork and Leadership in Cardiopulmonary Resuscitation. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(24), ss. 2381-2388.
doi:10.1016/j.jacc.2011.03.017
- Lancaster, G., Kolakowsky-Hayner, S., Kovacich, J. & Greer-Williams, N. (2015). Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses and unlicensed assistive personnel. *Journal Of Nursing Scholarship*, 47:3, ss. 275-284.
doi:10.1111/jnu.12130
- Lawton, R., Robinson, O., Harrison, R., Mason, S., Conner, M. & Wilson, B. (2019). Are more experienced clinicians better able to tolerate uncertainty and manage risks? A vignette study of doctors in three NHS emergency departments in England. *BMJ Quality and Safety*, 28, ss. 382-388. doi:10.1136/bmjqs-2018-008390
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund Nielsen, B. & Granskär, M. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 219-234.
- Nortvedt, P. (2013). Etiska utmaningar. I Hovind, I. (red.) *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 47-54.
- Polit, D. & Beck, T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rahman, A., Davidson, P.-M., Hanyok, L.-A. & Tanner, E. (2019). The nurse attending role: an innovative nursing role for improving communication, collaboration and satisfaction on medical units. *Medsurg Nursing*, 28:3, ss. 153-156.
- Rawshani, A & Herlitz, J. (2019). *Årsrapport 2019. Svenska hjärt-lungräddningsregistret*. <https://hlrr.se/index.html> [2019-11-30]

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening (2019). *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> [2019-11-22]

Rönnehag, M., Severinsson, E., Haruna, M. & Berggren, I. (2018). A qualitative evaluation of healthcare professionals' perceptions of adverse events focusing on communication and teamwork in maternity care. *Journal Of Advanced Nursing*, 75, ss. 585-593. doi:10.1111/jan.13864

Sahlgrenska universitetssjukhuset (2017). *RutinHjärtlarm - arbetsbeskrivning för anestesisjuksköterska* [internt material]. Göteborg: Västra Götalandsregionen Sahlgrenska Universitetssjukhus.

Socialstyrelsen (2017a). *Arbetsmiljö.*

<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker/riskomraden/arbetsmiljo> [2020-01-20]

Socialstyrelsen (2017b). *Patientsäkerhetslagen.*

<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/centrala-lagar-och-foreskrifter/patientsakerhetslagen> [2019-11-20]

Socialstyrelsen (2018). *Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård. Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2018.*

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-4.pdf> [2020-01-20]

Strand, K. (2019). *Plötsligt hjärtstopp. En skrift om vad som händer när hjärtat stannar.*

https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Plotsligt_hjartstopp.pdf [2020-01-20]

Svensk Sjuksköterskeförening (2013). *Kommunikation mellan vårdpersonal.*

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.kommunikation_webb.pdf [2019-11-20]

Svensk Sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.*

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf [2020-01-20]

Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2016). *S-HLR vuxen hjärt- och lungräddning för sjukvårdspersonal.*

<https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2018/03/Handlingsplan-S-HLR-vuxen-2016.pdf> [2019-11-22]

Svenska rådet för hjärt-lungräddning (2017). *Behandling och utbildning Riktlinjer från Svenska rådet för hjärt-lungräddning.*

<https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2018/03/Hj%C3%A4rtstopp-inom-sjukv%C3%A5rden-2017.pdf> [2019-11-22]

Sveriges Kommuner och Landsting (2016). *Nationell jämförelse av vårdprocesser med KPP och kvalitet*.

<https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-349-9.pdf?issuusl=ignore> [2020-01-20]

Torabizadeh, C., Bahmani, T., Molazem, Z. & Moayedi, S-A. (2018). Development and psychometric evaluation of a professional communication

Questionnaire For The Operating Room. *Health Communication*, 1-7.

doi:10.1080/10410236.2018.1484268

Turkelson, C., Aebersold, M. & Redman, R. (2017). Improving Nursing Communication Skills in an Intensive Care Unit Using Simulation and Nursing Crew Resource Management Strategies. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(4), ss. 331-339.

doi:10.1097/NCQ.0000000000000241

Valeberg, B.-T. (2013). Patienter i generell anestesi. I Hovind, I. (red.) *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 339-346.

Welbourn, C. & Efstathiou, N. (2018). How does the length of cardiopulmonary resuscitation affect brain damage in patients surviving cardiac arrest? A systematic review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*,

26(27), ss. 1-13. doi:10.1186/s13049-018-0476-3

World Health Organization (2009). *Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009: Safe Surgery Saves Lives*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_eng.pdf?sequence=1 [2019-11-20]



HÖGSKOLAN I BORÅS

Kommunikation mellan anesthesi- och sjuksköterskor på vårdavdelning under pågående hjärt- och lungräddning på vårdavdelning.

Studiens syfte är att undersöka om det finns någon skillnad mellan anesthesisjuksköterskor och sjuksköterskor på vårdavdelning i deras skattning av kommunikationen mellan varandra i klinisk situation med hjärtstopp på vårdavdelning.

Är du sjuksköterska och har medverkat vid hjärt- och lungräddning på en vårdavdelning där anesthesisjuksköterska och sjuksköterskor på vårdavdelning samverkat?

Om NEJ, så berör studien inte dig, tack för visat intresse.

Om JA, fortsätt vänligen att svara på nedanstående frågor.

1A. Utbildningsnivå? *

Om annan specialisering var god välj legitimerad sjuksköterska och svara sedan på fråga 1B.
Om Anesthesisjuksköterksa, hoppa över 1B och fortsätt på fråga 2.

Anesthesisjuksköterska

Legitimerad sjuksköterska

1B. Annan specialisering?

2. Arbetsplats? *

Operationsavdelning

Vårdavdelning

3. Kön? *

Man

Annat alternativ

Kvinna

4. Ålder? *

5. Arbetslivserfarenhet i månader eller år som legitimerad sjuksköterska? *

6. Godkänd HLR utbildning? *

Välj ett alternativ, mest avancerad nivå.

Ingen

S-HLR

A-HLR

7. Hur många hjärtstopp inom vården har du medverkat vid? *

1

2-4

mer än 5

Som anestesisjuksköterska svara enbart på 8A och fortsätt därefter till fråga 9.

Som sjuksköterska på vårdavdelning svara enbart på fråga 8B fortsätt därefter till fråga 9.

8A. Under pågående hjärt- och lungräddnings arbete på en vårdavdelning där anestesisjuksköterskor och sjuksköterskor på vårdavdelning samverkar upplever jag....

Här svarar jag om jag är Anestesisjuksköterska och går sedan direkt till fråga 9.

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
....att jag ger tydliga direktiv/budskap till sjuksköterskor på vårdavdelningen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....att jag får tydlig återkoppling på mina direktiv/budskap av sjuksköterskor på vårdavdelningen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....att sjuksköterskor på vårdavdelningen lyssnar färdigt på mina direktiv/budskap?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....att mina direktiv/budskap blir korrekt uppfattade av	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

mina direktiv/budskap av sjuksköterskor på vårdavdelningen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....att sjuksköterskor på vårdavdelningen lyssnar färdigt på mina direktiv/budskap?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....att mina direktiv/budskap blir korrekt uppfattade av sjuksköterskor på vårdavdelningen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....att jag får tydliga direktiv/budskap av sjuksköterskor på vårdavdelningen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....att jag ger tydlig återkoppling till sjuksköterskor på vårdavdelningen på givna direktiv/budskap ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....att jag lyssnar färdigt på direktiv/budskap från sjuksköterskor på vårdavdelningen som riktas mot mig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....att jag uppfattar direktiv/budskap korrekt som riktas mot mig från sjuksköterskor på avdelning?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....att jag blir hörd/lyssnad på av sjuksköterskor på vårdavdelningen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....att jag kan ställa en fråga till sjuksköterskor på vårdavdelningen om jag känner mig osäker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8B. Under pågående hjärt- och lungräddnings arbete på en vårdavdelning där anestesijuksköterskor och sjuksköterskor på vårdavdelning samverkar upplever jag....

Här svarar jag om jag är sjuksköterska på vårdavdelning och går sedan direkt till fråga 9.

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
....att jag ger tydliga direktiv/budskap till anestesijuksköterskor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....att jag får tydlig återkoppling på mina direktiv/budskap till anestesijuksköterskor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....att anestesijuksköterskor lyssnar färdigt på mina direktiv/budskap?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....att mina direktiv/budskap blir korrekt uppfattade av anestesijuksköterskor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....att jag får tydliga direktiv/budskap från anestesijuksköterskor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....att jag ger tydlig återkoppling till anestesijuksköterskor på givna direktiv/budskap?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....att jag lyssnar färdigt på direktiv/budskap från anestesijuksköterskor som riktas mot mig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....att jag uppfattar direktiv/budskap korrekt som riktas mot mig från anestesijuksköterskor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....att jag blir hörd/lyssnad på av anestesijuksköterskor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....att jag kan ställa en fråga till anestesijuksköterskor om jag känner mig osäker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Hur upplever jag övergripande att kommunikationen mellan anestesijuksköterskor och sjuksköterskor på vårdavdelning fungerar under pågående hjärt- och lungräddnings arbete på vårdavdelningar? *

Dåligt
 Ganska dåligt
 Varken bra eller dåligt
 Bra
 Mycket bra

10. Vad tror jag kan leda till svårigheter för kommunikation mellan anestesijuksköterskor och sjuksköterskor på vårdavdelning under pågående hjärt- och lungräddnings arbete? *

Endast ett alternativ eller fritext.

- Svårt att förstå uttryck/medicinska termer
- Stress/tunnelseende
- Bullrig miljö
- Annan svårighet

Tack för din medverkan. För mer information var god läs följebrevet.

Hälsningar Simon & Rauf.

Tom sida

» [Redirection to final page of WebbEnkäter](#)



Information angående ett examensarbete om kommunikation mellan anesthesisjuksköterskan och sjuksköterskan på en vårdavdelning under ett pågående hjärtstopp.

Vi vill fråga dig om du vill delta i vårt examensarbete. Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anesthesisjukvård, 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?

Syfte med examensarbetet är att undersöka om det finns någon skillnad mellan anesthesisjuksköterskor och sjuksköterskor på en vårdavdelning i deras skattning av kommunikationen mellan varandra i klinisk situation med hjärtstopp på vårdavdelning.

Problemet vi identifierat av egen erfarenhet är att en situation med hjärtstopp på en vårdavdelning kan vara rörig. Det är viktigt att kommunikationen är bra och tydlig för att patientsäkerheten inte skall äventyras och att vården skall ges på bästa möjliga sätt. Därför vill vi efterforska om det finns någon skillnad för att se om detta är ett problemområde som måste arbetas och forskas vidare kring.

Vi vill att du som är anesthesisjuksköterska eller sjuksköterska på en vårdavdelning som har medverkat vid en hjärtstopps situation på en vårdavdelning, skattar din upplevelse av kommunikationen med hjälp av denna enkät.

Din vårdenhetschef har gett oss tillåtelse att kontakta dig för förfrågan om ditt deltagande i studien.

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?

Metoden i examensarbetet är med kvantitativ ansats, det vill säga genom en enkätundersökning.

Datainsamlingen sker genom att både anesthesisjuksköterskor på en operationsavdelning samt sjuksköterskor på en vårdavdelning/akutavdelning får skatta sin kommunikation med hjälp av enkäter som delas ut av oss till verksamhetschefen på avdelningen, alternativt skickas via mail. Enkäten kommer att bestå av frågor och påståenden.

Högskolan i Borås, 501 90 BORÅS

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 samtycke.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta handledaren.

Vad händer med mina uppgifter?

I examensarbetet kommer vi att samla in information från dig. Inga namn, uppgifter eller resultat som kan härledas till dig som person kommer att redovisas i examensarbetet. Allt material kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det, i enlighet med gällande lagstiftning.

Det datamaterial som samlats in med hjälp av enkäter, kommer att förstöras när examensarbetet är examinerat och godkänt varvid personuppgiftsbehandlingen upphör.

Behandlingen av uppgifter om dig sker med stöd av artikel 6.1 (a) i dataskyddsförordningen (samtycke). Högskolan i Borås är personuppgiftsansvarig. Som deltagare har du ett antal rättigheter enligt dataskyddsförordningens artikel 15-18, 20 och 22, som bland annat innebär att du har rätt att ta del av de uppgifter om dig som behandlas i studien samt få dessa rättade eller raderade. Du har också rätt att få behandlingen av uppgifter om dig begränsad. Kontakta ansvarig handledare [kontaktuppgifter nedan] i dessa fall.

Om du har frågor kring behandlingen av dina personuppgifter är du välkommen att i första hand kontakta ansvariga för examensarbetet eller handledaren. Du är också välkommen att kontakta högskolans dataskyddsombud via e-post, dataskydd@hb.se, med synpunkter. Du har därtill rätt att klaga på högskolans behandling av personuppgifter till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.



HÖGSKOLAN I BORÅS

Ansvariga för examensarbetet

Rauf Nilsson & Simon Hultin

E-post: rauf.nilsson@hotmail.com E-post: simon.hultin@gmail.com

Tfn: 0738 28 82 70 Tfn: 0704 96 59 70

Handledare

Thomas Eriksson, Universitetslektor,

Akademien för vård, arbetsliv och välfärd, Sektion för vårdvetenskap

Högskolan i Borås

E-post: thomas.eriksson@hb.se Tfn: 033 435 4782

Samtycke om deltagande

Fylls i av handledaren

Härmed intygas att ansvariga studenter har uppvisat skriftligt samtycke av informanten till deltagande i examensarbetet och behandling av informantens personuppgifter enligt ovan.

Datum och handledarens namnteckning



Fylls i av deltagaren

Jag har fått muntlig och skriftlig information om examensarbetet och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla en kopia av den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att delta i examensarbetet (*Kommunikation mellan Anestesi- och grundutbildade sjuksköterskor under pågående hjärt och lungräddning. M2019:89*) och att uppgifter om mig samlas in och behandlas på det sätt som beskrivs i informationen ovan.

Namnteckning

Ort och datum

Högskolan i Borås, 501 90 BORÅS