



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

OPERATIONSSJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV KOMMUNIKATION OCH SAMARBETE MED KIRURG

- EN FÖRUTSÄTTNING FÖR SÄKER VÅRD

Ainura Bladh
Darja Singborn

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård/ Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT2019
Handledare:	My Engström
Examinator:	Nabi Fatahi

Titel svensk:	Operationssjuksköterskors erfarenheter av kommunikation och samarbete med kirurgen
Titel engelsk:	Operating room nurses' experience of communication and collaboration with surgeon
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2019
Handledare:	My Engström
Examinator:	Nabi Fatahi
Nyckelord:	Communication, operating rooms, operating room nurse, surgeon

Sammanfattning

Bakgrund: Operationssjuksköterskor och kirurgen har ett nära samarbete i den perioperativa vården. Forskning visar att kommunikation dem emellan ibland kan vara bristfällig, vilket i sin tur kan hota patientsäkerheten. Relationen mellan kirurgen och operationssjuksköterskan kan påverka tonen på operationssalen, och det framkommer även i tidigare forskning att operationssjuksköterskorna känner av kirurgens emotionella stämning och kan anpassa sig för att få kirurgen på gott humör. Ett av operationssjuksköterskans ansvarsområden är teamarbete som bygger på fungerande kommunikation och det är där av intresse att undersöka hur evidensen inom ämnet ser ut.

Syfte: Syftet med studien är att beskriva operationssjuksköterskors erfarenhet av kommunikation och samarbete med kirurgen.

Metod: En systematisk litteraturstudie utfördes och 10 artiklar identifierades där data analyserades utifrån Bettany-Saltikov's modell.

Resultat: Analysen resulterade i två huvudteman: *Hierarkisk ordning* och *Effektiv kommunikation*. Effektiv kommunikation bygger på tre subteman: *icke-verbal kommunikation*, *verbal kommunikation* och *interprofessionellt samarbete*. Kommunikation mellan operationssjuksköterskor och kirurg beskrevs vara både verbal och icke-verbal. Interprofessionellt samarbete beskrev hur betydelsefullt det var för operationssjuksköterskor att känna till kirurgens individuella preferenser, eftersom det underlättade arbetet och samtalet med kirurgen. Det framkom även att hierarkisk ordning var något som hämmade kommunikationen och som även upplevdes kunna påverka patientsäkerheten. Den hierarkiska ordningen kunde förhindrade att operationssjuksköterskor upplevde att de kunde uttrycka sig fritt, de tvingades att anpassa sig efter kirurgen.

Slutsats: Fynden i denna studie tyder på att effektiv kommunikation mellan operationssjuksköterskor och kirurgen finns då dem båda har verbal kommunikation och ett samarbete mellan dem. Kvalité på samarbetet mellan de påverkar patientvården och patientsäkerheten. En del av kommunikationen är icke-verbal. Det är av betydelse att få arbeta tillsammans och lära känna varandra bättre och det måste finnas i åtanke att hierarkisk ordning förekommer på arbetsplatsen, den kan påverka kommunikationen mellan yrkena. Ytterligare forskning skulle vara av värde för att se vilka konfliktmekanismer som kan uppstå i en operationssal och hur operationssjuksköterska samverkar i team.

Nyckelord: erfarenhet, kirurg, kommunikation, operationssjuksköterska, operationssal.

Abstract

Background: The operating room nurses and the surgeon work closely together in the perioperative care. Research shows that communication between them can sometimes be deficient, which in turn can threaten patient safety. The relationship between the surgeon and the operating room nurse can affect the tone of the operating room, and it also appears in previous research that the operating room nurses feel the surgeon's emotional mood and they can adapt to get the surgeon in a good mood. One of the operating room nurse's areas of responsibility is teamwork, a working collaboration is included and it is of interest to examine how evidence can describe this subject.

Aim: Aim of this study is to describe the operating room nurses' experience of communication and collaboration with the surgeon.

Method: A systematic literature study was conducted and 10 articles were identified where data were analyzed based on Bettany-Saltikov's model.

Result: The analysis resulted in two main themes: *Hierarchical order* and *Effective communication*. Effective communication is based on three sub-themes; *non-verbal communication*, *verbal communication* and *interprofessional collaboration*. Communication between operating room nurses and surgeon can be verbal and non-verbal. Interprofessional collaboration described how important it was for operating room nurses to know the surgeon's individual preferences, as it facilitated the work and conversation with the surgeon. Hierarchical order was something that inhibited communication and was also perceived to affect patient safety. Hierarchical order prevented the operating room nurses from being able to express themselves freely, they had to adapt to the surgeon.

Conclusion: The findings in this study indicate that effective communication between operating room nurses and the surgeon exists when they express verbal communication. Collaboration between them affects patient care and patient safety. There is a part of communication that is non-verbal. It is important to work together and get to know each other better and it must be kept in mind that hierarchical order occurs in the workplace and it can affect the communication between the professions. Further research would be of value to see which conflict mechanisms might arise in an operating theater and how the operating room nurses interacts within a team.

Keywords: communication experience, operating room, operating room nurse, surgeon

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Historisk överblick	1
Operationssjuksköterskans och kirurgens roll	2
Samarbete	2
Arbetsmiljö	3
Patientsäkerhet	4
Kommunikationsteorier och modeller	5
Icke-verbal kommunikation	6
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	7
Design	7
Urval	7
Kvalitetsgranskning	8
Dataanalys	8
Forskningsetiska överväganden	9
Resultat	10
Effektiv kommunikation	10
Icke-verbal kommunikation	10
Verbal kommunikation	11
Interprofessionellt samarbete	12
Hierarkisk ordning	13
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16
Effektiv kommunikation	17
Icke-verbal kommunikation	17
Verbal kommunikation	17
Interprofessionellt samarbete	19
Hierarkisk ordning	20
Slutsats	21
Referenslista	23

Bilaga 1 - Inklusions- och exklusionskriterierna fastställdes utifrån PEOT-modellen.

Bilaga 2 - Sökningar gjorda i Cinahl.

Bilaga 3 - Sökningar gjorda i Pubmed.

Bilaga 4 - Tabell över exkluderade artiklar från Cinahl och Pubmed.

Bilaga 5 - Tabell över de inkluderade artiklarnas innehåll och kvalité.

Bilaga 6 - PRISMA Flödesdiagram.

Inledning

Inom hälso- och sjukvården är det oerhört viktigt att kommunicera på ett tydligt och säkert sätt för att förebygga vårdskador. Lika viktigt är det att personalen på en operationssal har en välutvecklad och fungerande kommunikationsförmåga och är samarbetsvilliga med varandra för att minska risken för misstag eftersom operationssalen är en väldigt komplex arbetsmiljö. Det är ett av operationssjuksköterskans ansvarsområden att bedriva forskningsarbete och implementera nya resultat. Arbetet i den perioperativa vården måste ske i team och för att operationssjuksköterskan kan använda sig av professionernas olika kompetenser ska man kunna samverka med varandra och bristande kommunikation kan öka risken för vårdskador. Forskning om kommunikation mellan operationssjuksköterskor och kirurgen kan bidra till att samverka mellan de bevarar kvalitét i det perioperativa arbetet som sker runt patienten vid genomförandet av kirurgiska ingrepp.

Bakgrund

Historisk överblick

Kommunikation kan definieras som utbyte av meningsfulla tecken mellan två eller flera parter. Ordet "kommunikation" kommer ursprungligen från latinets *comunicare*, *communicatio*" och betyder att göra något gemensamt, ömsesidigt utbyte, göra någon annan delaktig i, ha förbindelse med (Eide, 2009).

De personer som vårdade andra människor under 1800-talet kom från samhällets bottenkikt och den tidens "sjuksköterskor" var ofta alkoholiserade och socialt utstötta. I Uppsala under 1830-talet fick stadens prostituerade arbeta som omvårdnadspersonal och vårda de människor som blivit sjuka under koleraepidemin (Holmdahl, 1997). Men industrialismens framväxt påverkade kvinnor och idealen av den "vårdande" människan förändrades och synen på "yrket" som sjuksköterska som vårdar växte fram (Dufwa, 2004). En kvinna som starkt påverkade yrkets utveckling till en egen profession var Florence Nightingale, som också beskrivs som omvårdnadens grundare. Hennes arbete påbörjades 1800-talet då hon bland annat grundade en skola i London 1860, där möjligheten fanns att studera omvårdnad. Under den här tiden fanns det många läkare som var välutbildade och kunniga inom den medicinska kontexten, men endast ett fåtal sjuksköterskor hade kunskap i omvårdnad (Keith, 2004). Operationssjuksköterska som yrke har existerat sedan 1800-talet och är den äldsta specialiteten inom sjuksköterskeyrket (Lee, 1976). Florence Nightingale bedrev både omvårdnad och operationssjukvård, under Krimkriget deltog hon bland annat vid amputationer på skadade soldater. Även på den tiden var samarbetet med läkarna ibland komplicerat och hennes omvårdnadsarbete under kriget mottogs sällan bra. En av Florence stora bedrifter var att hon lyckades förändra synen på hygienisk omvårdnad, vilket ledde fram till en minskad mortalitet hos de skadade (Keith, 2004).

Operationssjuksköterskans och kirurgens roll

"En sjuksköterska med specialistutbildning med inriktning mot operationssjukvård ansvarar för aseptik, instrumentering, infektions- och komplikationsförebyggande åtgärder i samband med behandling, undersökningar och operationer" (Utbildningsdepartementet, 1998).

Operationssjuksköterska ska erbjuda välbefinnande och trygghet under ingreppet, samarbeta med dem andra yrkesgrupperna i operationsteamet (Bäckström, 2012). Operationssjuksköterska ansvarar för en god perioperativ vård där patienten vårdas i en komplicerad och högteknologisk miljö, patientens positionering och omhändertagandet av prover som är tagna (Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2011). Arbetsmiljölagen (Arbetsmarknadsdepartementet, 1977) fastslår att i operationssjuksköterskor är skyldig att administrera och leda arbetet på operationsavdelningen. Det krävs samarbete och kommunikation för att alla medarbetare i teamet utför trygg vård för patienterna (Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2011b). Relevant dokumentation genomförs av operationssjuksköterskor om patienten, detta är ett sätt att kommunicera och det skapar kontinuitet och säkerhet i omvårdnaden av patienter (Gustafsson, 2003). Det har stor betydelse för hur operationssjuksköterskor kommunicerar, både verbal och icke-verbal kommunikation beskrivs påverka upplevelsen av respekt och tillit (Bäckström, 2012). I operationssalen bör operationsteamet kommunicera om patienten med försiktighet, då samtalet bör ske med patienten. Alla samtal som inte är relevanta för den perioperativa omvårdnaden kring patienten bör diskuteras i ett annat rum (Hankela & Kiikkala, 1996). Mötet med patienten kan upplevas tidspressat, god kommunikation kan bestå av en lugn röst, ett leende och detta kan tillgodose patientens behov av trygghet i operationssalen (Abraham, Jeyakumar, & Babu, 2016). Kirurg är en läkare med specialistutbildning och kompetens inom kirurgiska behandlingsmetoder enligt Socialstyrelsen föreskrifter (Socialstyrelsen, 2008). En läkare inom kirurgisk vård ska behärska kirurgisk patofysiologi, basal kirurgisk operationsteknik vid både akuta och planerade situationer hos barn och vuxna samt basal smärtlindring och effekter av anestesi. En av kirurgens arbetsuppgifter är *"ha en förmåga till ledarskap som utmärks av samverkan, öppenhet och dialog med medarbetarna"* (Socialstyrelsen, 2008).

Samarbete

Samarbete betyder att arbeta tillsammans med andra för att nå ett gemensamt mål (Nationalencyklopedin, 2019b). Operationssjuksköterskor och kirurg samarbetar väldigt nära varandra under operationen, vilket ofta innebär en fysisk närhet där både arbetar med samma patient, under samma arbetstider och har en gemensam huvuduppgift (Berlin, Carlström, & Sandberg, 2009). Enligt Leksell och Lepp finns det två förutsättningar för välfungerande samarbete; det första handlar om att kunna erbjuda hjälp åt andra och det andra är att kunna ta emot hjälp från andra. En utgångspunkt för samarbete är därför att operationssjuksköterskan och kirurgen både kan ge och ta emot hjälp från varandra och är villiga att samarbeta.

Långsiktigt krävs också tillit och förtroende samt respekt för professioners potential, kompetens, kunskap (Leksell & Lepp, 2013). Samarbete påverkas inte enbart av interaktioner mellan personerna som arbetar tillsammans utan beror också på komplexa organisatoriska och systemiska faktorer såsom traditionell hierarki inom sjukhusmiljö (San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, 2005). Organisationens och sjukhusledningens ansvar att skapa arbetsmiljö som är gynnsam för effektiv interprofessionell samarbete genom att exempelvis införa flexibla arbetstider, använda på rätt sätt tillgängliga resurser samt utbilda personal för att förbättra samarbetsförmåga (Silén-Lipponen, Tossavainen, Turunen, & Smith, 2005). Ett välfungerande samarbete mellan operationssjuksköterskor och kirurgen kan förhindra vårdskador så som operationer som sker på fel sida av kroppen. Studien visade att under den preoperativa fasen kunde operationssjuksköterskorna upptäcka fel innan patienten blev drabbad. Kirurger beskrevs vara effektiva för att förebygga fel preoperativt, men dem beskrevs vara mindre effektiva på att förebygga felaktigheter när dem befann sig i operationssalen. För att främja patientsäkerheten bör kirurgerna vara mer konsekventa på att diskutera nya fynd och prata om ändringar i planeringen med andra i operationsteamet (Clarke, Johnston, & Finley, 2007). Operationssjuksköterskan påverkar och startar stämningen på salen genom att planera, fokusera på detaljer och förbereda. Övriga medlemmar i teamet och kirurgen anses fortsätta utveckla tonen på salen och påverka arbetsmiljön genom sin interaktion med varandra (Leach, Myrtle, & Weaver, 2011).

Arbetsmiljö

Operationssalen beskrivs vara ett komplext system, omgivningen kan ha hög volym, kommunikationen på operationssalen och brådskande beslut som ska tas kan inverka på patientens vård och säkerhet. Ökad arbetsbelastning och operationsplanering kan påverka kirurgisk vård som utförs på operationssalen (Vincent, Moorthy, Sarker, Chang, & Darzi, 2004). Det finns centrala element som kan påverka patientsäkerheten i den perioperativa miljön och kommunikation beskrivs ha betydelse (Wiklund Gustin & Bergbom, 2017). Operationssjuksköterskan och kirurgen kan påverkas både medvetet och omedvetet av det som sker på operationssalen. Det finns stark koppling mellan patientsäkerhet och arbetsmiljö där en god arbetsmiljö gynnar patientsäkerheten (Lindh, 2012). Forskning visar att den mänskliga faktorn hos operationsteamet på operationssalen kan påverka patientsäkerheten och kommunikation beskrivs som en viktig faktor i en komplex, krävande och tidspressad arbetsmiljö (Cook & Woods, 1994). I operationssjuksköterskors ansvarsområde ingår det förebyggande arbetet att förhindra misstag som kan leda till vårdskador, Enligt Alfredsdottir och Bjornsdottir (2008) ska operationssjuksköterskor arbeta för en miljö som upplevs trygg och säker för patienterna. Vilket innebär en lugn och avslappnad atmosfär där operationssjuksköterskor är fokuserade på patienten och kommunikationen däremellan, medan kommunikationen mellan kollegorna bör vara minimal medan patienten var vaken. Tre faktorer beskrevs i studien vara betydelsefulla för patientsäkerheten; förebyggande åtgärder, erfarna kollegor som arbetar bra i team och ömsesidigt förtroende för varandra då operationssjuksköterskorna har samarbetat med varandra i många år (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008).

Patientsäkerhet

Enligt Socialstyrelsen drabbas varje år mer än 100 000 patienter av vårdskador. De vanligaste vårdskador i vården för vuxna är skador som inträffar vid kirurgiska ingrepp, vårdrelaterade infektioner, trycksår, överfylld urinblåsa, fallskador och ogynnsam läkemedelsbehandling. Under 2017 drabbades en vuxen patient av en vårdskada vid 6,6 procent av vårdtillfällena inom den somatiska vården, vilken bland annat orsakar förlängd vårdtid, extra besök till sjukvården, i värsta fall ledde till dödsfall eller var livshotande (Socialstyrelsen, 2018). En rapport av den amerikanska organisationen Joint Commission som kvalitetsgranskar hälso- och sjukvård i USA beskrevs det att bristande kommunikation kan vara orsaken till 56 % av intra- och postoperativa komplikationer, i 63 % av komplikationerna beskrevs orsaken vara kvarlämnat material. 68 % av fallen så bidrog den bristande kommunikationen till att operationsingreppet skedde på fel sida av patienten (Kirschbaum & McAuliffe, 2018). Som beskrivet förekommer det att fel begås under en operation, vilket påverkar den drabbade patienten och leder till vårdskada (Makar, Kodera, & Bhayani, 2015).

Lagar och föreskrifter styr vården och med målet att nå en hög patientsäkerhet, ett patientsäkerhetstänk som är starkt sammankopplat med en god vård. Det är av högsta vikt att hälso- och sjukvårdens personal ser och bemöter patientens unika behov, bedriver en säker vård och därmed minska risken för vårdskador (Lindh, 2012). Vidare är anställda inom hälso- och sjukvård skyldiga att följa lagar och föreskrifter så som Hälso- och sjukvårdslagen (Socialstyrelsen, 2017) och Patientsäkerhetslagen (Socialstyrelsen, 2010). Patientsäkerhetslagen är lagen som framförallt beskriver hur vården ska bedrivas för att skydda av patienter från vårdskador, genom att tydligt betona att det är vårdgivarens ansvar att arbeta för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdskador beskrivs som "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården" (Socialstyrelsen, 2010).

Enligt Braaf, Manias och Riley (2011) är överföring av information och kommunikation om kirurgiska patienter är nödvändig. Kirurgernas anteckningar, operationssjuksköterskornas dokumentation beskrevs vara bristfällig i noggrannhet, kvalité och funktion, denna informationsöverföring om kirurgiska patienter bidrog till kommunikationsfel under den perioperativa fasen. Konsekvenserna av dessa felaktigheter kunde kopplas till ineffektivitet, förseningar, allvarliga vårdskador och även felaktigt utförda operationer (Braaf, Manias, & Riley, 2011). Bristfällig kommunikation har även visat sig kunna leda till dålig arbetsmiljö vilket påverkade personalen på ett negativt sätt, arbetsmiljöproblem beskrevs som stress, trötthet och psykologiska problem (Karam, 2016).

Kommunikationsteorier och modeller

Människor kommunicerar hela tiden i det dagliga livet, möter varandra, byter information om saker och ting och det finns många olika teorier och modeller för att analysera och förstå kommunikation (Magnusson, 2014). Teorier är abstrakta och generella och utgör förenklingar av världen för att göra denna begriplig. Kommunikationen betraktas som en överföring av information mellan två eller flera personer, mellan sändare och mottagare. Det finns olika inriktningar inom kommunikationsteorier, en av dem är semiotik, där betydelsen står i fokus. Inom semiotik är språket, både talad och skriven är budskapsbärare. När sändare kodifierar sina idéer, känslor, tankar och uttrycker de med hjälp av språk då det är viktigt att mottagaren läser av den koden i rätt sammanhang. Det kan exempelvis innebära en viss jargon, en dialekt, teckenspråk eller ironi (Nilsson, 2016). Den mest genomgripande syn på kommunikation beskriver en process som innehåller en avsändare som skickar meddelande till mottagaren. Processen omfattar skapandet och överföring av verbalt meddelande till mottagare och därmed skapas en gemensam förståelse. Denna förståelse baseras på tidigare erfarenhet, kultur, lärande och sammanhang. Kommunikation är komplex, den består av verbala- och icke-verbala budskap (Ruben & Gigliotti, 2016). Men kommunikationen handlar inte bara om verbal eller språklig budskap (Magnusson, 2014). Den andra forskningsinriktningen betraktar kommunikationen utifrån socialpsykologiskt perspektiv, som är en processinriktning eller processperspektiv inom kommunikationsteori. Fokus ligger på personlighet, social interaktion, kulturens och kontextens betydelse samt icke verbal överföring av budskap (Nilsson, 2016). Magnusson (2014) tar också upp systemteori inom kommunikationen som betraktar allt mänskligt handlande som något som sker och uppstår i ett samspel och sammanhang och som inte kan förklaras enbart av den enskilde individens vilja eller egenskaper. Enligt teorin måste hänsyn tas till olika faktorer som påverkar budskapet som sänds ut och hur detta tolkas. I ett organisatoriskt system är alla individer relaterade till varandra och integrerar med varandra (Magnusson, 2014).

Kultur, språkvanor, personlighet och attityder påverkar informationen mellan sändare och mottagare och på så sätt kan det som sägs och görs misstolkas. All kommunikation är huvudsakligen ett fenomen som påverkas av personliga erfarenheter, språkmönster, kulturell härkomst, religion och arbetslivserfarenhet. Det beskrivs som ett filter genom vilken alla meddelanden måste filtreras (Ruben, 2005). Kommunikationsprocessen kan beskrivas och behandlas med hjälp av olika modeller som är enklare och mindre generella i jämförelse med teori. En av dem är barriärmodell som bygger på att det finns hinder eller barriärer vid överföring av budskap mellan människor. Personer som kommunicerar med varandra bör vara inriktade på och vara villiga att förstå varandras förståelse i samspelet (Nilsson, 2016). En annan modell som beskrivs av Nilsson (2016) är filter- och brusmodellen, där både sändaren och mottagaren kan missuppfatta och missuppfattas. Där filtren består av erfarenheter, förväntningar, förutfattade meningar och kulturella skillnader. Brus eller störningar är alla faktorer som förvanskar budskapet. Det kan vara fysiska störningar som till exempel hög musik inne i operationssalen eller munskydd, semantiskt brus är misstolkning av budskapet på

grund av mångtydighet eller skilda språkvanor och det finns psykologiskt brus som är en konsekvens av fördomar, misstänksamhet. Alla dessa faktorer går att reducera på olika sätt – till exempel genom att utbilda personal och ge kunskap om kommunikationsprocesser samt regelbunden träning och övning av praktiska färdigheter att kommunicera med varandra (Nilsson, 2016).

Icke-verbal kommunikation

En stor del av kommunikationen består av icke-verbal kommunikation (Burgoon, Guerrero, & Floyd, 2010). Enligt Nationalencyklopedin är icke verbal kommunikation ”sådana kommunikativa signaler som till skillnad från de språkliga (verbala) inte förmedlas genom tal, skrift och andra sekundärt språkbärande” (Nationalencyklopedin, 2019a). Människor antas kunna kommunicera både verbalt och icke-verbalt (Chambers, 2003). Den icke-verbala kommunikationen utgör en stor del av all kommunikation och människor förmedlar det med olika medel såsom ansiktsuttryck, kroppsliga rörelser, kroppshållning och beröring (Argyle, 1990). Även olika känslor kan förmedlas med icke-verbal kommunikation, såsom glädje, ilska, ängslan och oro (Larsson, 2016). Icke-verbal kommunikation kan oftast vara omedveten men kan även vara medveten kommunikation, exempelvis en handrörelse (Argyle, 1990). Med hjälp av icke-verbal kommunikation kan sändaren kritisera något, exempelvis himla med ögonen, istället för att uttrycka det verbalt. För att undvika att sända dubbla budskap ska den verbala kommunikationen överensstämma med den icke-verbala (Larsson, 2016). Forskning visar på att om den verbala och icke-verbala kommunikationen inte överensstämmer med varandra, tror oftast människor på den icke-verbala kommunikationen mer (Burgoon et al., 2010).

Problemformulering

Den perioperativa omvårdnaden omfattar operationssjuksköterskors omvårdnad av patienten. Operationssjuksköterskor ansvarar bland annat för att skapa trygghet för patienten, genom att vara närvarande, lugn och trevlig i samtal med patienten samt med teamet. Kunskapsnivån, samarbets- och kommunikationsförmåga hos operationssjuksköterskan är av stor betydelse för att kunna bedriva en patientsäker vård. Särskilt viktigt är att kommunikationen mellan operationssjuksköterska och kirurg fungerar eftersom en bristande kommunikation kan ha en avgörande roll för operationsutfallet. Forskningen visar på ett visst samband mellan en välfungerande kommunikation och ett bra operationsutfall samt hög patientsäkerhet. Det ingår i operationssjuksköterskans roll att arbeta evidensbaserat därför är det viktigt att kontinuerligt sammanställa evidensen om hur kommunikation och samarbete mellan operationssjuksköterskan och kirurgen kan bidra till en säkrare vård för patienten och en bättre arbetsmiljö.

Syfte

Syfte med studien är att undersöka operationssjuksköterskors erfarenheter av kommunikation och samarbete med kirurgen.

Metod

Design

En systematisk litteraturoversikt valdes som studiedesign. Vid systematisk litteraturoversikt identifierar forskarna, kvalitetsgranskar och sammanfattar högkvalitativ evidensbaserad forskning som är relevant för forskningsfrågan. Resultat av de systematiska sammanställningarna stödjer och underlättar beslutfattande i den kliniska verksamheten samt implementering av evidensbaserat forskningsresultat i omvårdnadsprocessen (Bettany-Saltikov, 2016). Målet är att all relevant och empiriska data identifieras och att forskaren har ett induktivt förhållningssätt när datamaterialet analyseras och sammanställs. Där de vetenskapliga artiklar som ligger till grund för datamaterial ska kunna skapa en ”ny” helhet tillsammans. En högre grad av tillförlitlighet skapas genom att den systematiska litteraturoversikten har tydliga urvalskriterier och sökstrategier (Friberg, 2006).

Urval

För att få fram relevanta vetenskapliga artiklar används PEOT-modellen som står för population, exposure, outcome och type of study (Bettany-Saltikov, 2016). Utifrån arbetets syfte att undersöka operationssjuksköterskors erfarenhet av kommunikation med kirurgen framkom följande PEO:

- Population – Operationssjuksköterskor
- Exposure - Kommunikation med kirurgen
- Outcome – Operationssjuksköterskors erfarenhet av kommunikationen
- Type of study – Kvalitativ studiedesign

Inklusions- och exklusionskriterierna fastställdes utifrån PEOT-modellen (se Bilaga 1). Via Svensk Mesh söktes nyckelord och dess synonymer fram, orden som framkom var ”*operating room nurse*”, ”*operating room*”, ”*communication*”, ”*experience*”. Författarna har fått hjälp, goda råd och tips av bibliotekarie från Göteborgs Universitetets bibliotek under april 2019.

Sökningen genomfördes i två av de största databaserna inom ämnesområdet ”omvårdnad” CINAHL och Pubmed. Initialt genomfördes en bred fritextsökning med ett nyckelord och synonymer till nyckelorden. Avancerad sökningen gjordes därefter med hjälp av ämnesordlista eller tesaurus i databaserna CINAHL via funktion ”Cinahl Headings” och i Pubmed via Mesh-funktionen. Fritextord användes i kombination med MeSH-termer och Cinahl Headings. För att få omfattande resultat kombinerades varje block med fritextsökningen och sökning med ämnesord via boolesk operator ”OR” (Willman, 2016). I slutsökningen kombinerades varje blocksökningsresultat med boolesk operator ”AND” för att få mer specifikt resultat (se Bilaga 2 och 3). Utöver inklusionskriterierna i Bilaga 1 skulle artiklarna vara granskade, peer reviewed, publicerade mellan 2009-2019, ha ett etiskt

gokännande samt vara skrivna på engelska. Urvalsprocessen presenteras enligt PRISMA's flödesschema, se Bilaga 6 och utfördes enligt Bettany-Saltikovs (2016) urvalsstrategi genom följande steg:

- I steg 1 genomfördes screening av titel och abstrakt av 84 artiklar av båda författarna, för att kunna bedöma enligt PEOT-modellen utifrån inklusions- och exklusionskriterier. Dessförinnan hade sju artiklar exkluderat från sökningarna i CINAHL eftersom de var dubletter till redan identifierade artiklar från Pubmed. I CINAHLs träfflista hittades en artikel två gånger, därför har även en av dessa exkluderats.
- I steg 2 lästes de återstående 22 artiklarna i full text för att få fram de artiklarna som uppfyllde inklusions- och exklusionskriterierna och därmed kunde inkluderas i aktuell studie. Tabell över exkluderade artiklar samt orsak till exkludering presenteras i Bilaga 4. För att finna ytterligare relevanta artiklar utifrån syftet har författarna granskat referenslistor av inkluderade artiklar och därefter genomfördes manuell sökning (Bettany-Saltikov, 2016). Vilket resulterade i ytterligare tre artiklar som besvarade arbetets syfte samt uppfyllde inklusionskriterierna. Sammanlagt har tio vetenskapliga artiklar inkluderats i arbetet.

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning av utvalda artiklar ingår i urvalsprocessens steg 2 (beskrivits ovan), enligt Bettany-Saltikov (2016). Det finns många olika mallar och tabeller för strukturerad kvalitetsbedömning av studier och vilken av dem ska användas beror på studiens metod och design. Artiklar som analyserades i detta arbete har kvalitativ design och vid granskning gäller det att bedöma studiens trovärdighet, pålitlighet, om det finns en filosofisk bakgrund, teoretiskt koncept, utförlig beskrivning av datainsamling, dataanalys, resultatpresentation samt överförbarhet (Bettany-Saltikov, 2016).

Under steg 2 genomfördes kvalitetsgranskning av inkluderade artiklar med hjälp av SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier (SBU, 2014). Artikelöversikt samt granskningsresultat presenteras i tabell (se Bilaga 5).

Dataanalys

Dataextraktion och analys utfördes i nio steg (Bettany-Saltikov, 2016).

Steg 1. Båda författarna läste de tio inkluderade artiklarna noggrant, först enskilt för att sedan diskutera tillsammans och få en djupare förståelse av studiernas resultat samt att inget av resultatet skulle förbigås.

Steg 2. Utifrån arbetets syfte och PEOT-modellen färgmarkerades allt text i resultatet som kunde beskriva operationssjuksköterskors erfarenhet av kommunikation med kirurgen.

Steg 3. Färgmarkerad text kopierades elektronisk i en tabell under Outcome enligt PEOT-modellen. Texten bestod av meningsbärande enheter från respektive artikel. På detta vis kunde irrelevant text tas bort.

Steg 4. De meningsbärande enheterna lästes noggrant igenom, så att texten kunde ”kondenseras” ytterligare och därefter, genom en öppen kodning, kunde datamaterialet rubriceras i kategorier.

Steg 5. Flertal subtema som hade något gemensamt slogs ihop i bredare subtema.

Steg 6. Alla subteman lästes genom igen och kategoriserades ytterligare. Likadana subteman grupperades i en och på så sätt minskade antal subteman.

Steg 7. Artiklarnas resultat lästes noggrant igenom av båda författarna för att säkerställa att framtagna subteman och huvudteman ”täcker” alla relevanta delar i resultatet.

Steg 8 Granskning av kategorisering samt vissa justeringar utfördes.

Steg 9 När dessa steg av avklarade påbörjades arbetet med nästa artikel.

Under ett personligt möte med ansvarig handledare diskuterades resultat av genomgångna artiklar.

Forskningsetiska överväganden

Det är av betydelse att vid systematiska litteraturstudier redovisa utvalda artiklar tydligt och att artiklarna har granskats av etisk kommitté och att det finns etiska övervägande (Polit, 2016). Forskning som avser människor styrs av Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (Utbildningsdepartementet, 2003). Syftet med lagen är att skydda den enskilda människan och bevara respekten för människovärdet vid forskning. Etikprövningsmyndighet ställer två etiska krav som forskare skall följa, individskyddskravet och forskningskravet. Individskyddskravets syfte är skydda människor som deltar i forskning från kränkning och skada. Forskningskravet betyder att samhället ställer högt krav på forskningens kvalitet där kunskapen och resultat tas tillvara och utvecklas vidare. Dessutom finns fyra grundläggande etiska krav som ingår i individskyddskravet: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Det är viktigt att forskaren som analyserar och granskar vetenskaplig studie är medveten om sin förförståelse för att dennes egna värderingar inte påverkar tolkning av studiens kvalitet (Forsberg, 2016). Författarna har strävat efter att ha så neutralt som möjligt förhållningssätt

under hela arbetsprocessen och har haft ständig dialog med varandra om egna förförståelsen som skulle kunna påverka resultat.

Resultat

I analysen ingick tio kvalitativa artiklar, varav nio var av medelhög kvalitet och en av hög kvalitet. Analysen av artiklarna resulterade i två huvudteman: ”Hierarkisk ordning” och ”Effektiv kommunikation” som bygger på tre subteman; ”Icke-verbal kommunikation”; ”Verbal kommunikation” och ”Interprofessionellt samarbete” Resultatet presenteras i löpande text och i Tabell 1.

Tabell 1. Resultat av subtema och tema

Huvudtema	Hierarkisk ordning	Effektiv kommunikation		
Subtema		Icke-verbal kommunikation	Verbal kommunikation	Interprofessionellt samarbete
Bezemer et al	X	X	X	
Wähle et al	X			
Sørensen et al	X	X	X	
Rogers et al	X			
Gillespie et al			X	X
Rydenfält et al			X	
Sandelin, Gustafsson	X	X	X	X
Clayton et al			X	
Riley, Manias				X
Higgins	X			

Effektiv kommunikation

Icke-verbal kommunikation

Operationssjuksköterskor beskrev att kommunikation med kirurgen skedde på ett sätt där kirurgerna inte samtalande med dem verbalt, utan använde gester, nick eller sträckte ut handen för att få ett instrument (Bezemer et al., 2016; Sandelin & Gustafsson, 2015; Sørensen et al., 2014). I Bezemers et al. (2016) artikel beskrev operationssjuksköterskor hur de också använde kroppsspråk för att förmedla information till kirurgen. Exempelvis genom att nicka med huvudet utan att prata för att visa att hen instämde med kirurgen. Artikeln av Sandelin and Gustafsson (2015) skildrar hur kirurgen påtalar flertal gånger till operationssjuksköterskan att

hon ska ge honom ett instrument, utan resultat. Därefter används en gest för att peka på instrumentet som han behöver och då förstår operationssjuksköterskan vad kirurgen menar. Vilket visar hur kirurgen initialt använder verbal kommunikation för att sedan förstärka sin kommunikation med en gest i form av en pekning. Operationssjuksköterskor beskrev att kirurgernas fokus var i operationssåret vilket var orsaken till att icke-verbal kommunikation användes. När detta skedde, beskrev operationssjuksköterskan hur dennes kunskap och erfarenhet var av betydelse, då hon måste förstå det kirurgiska ingreppet (Sørensen et al., 2014). Operationen beskrevs vara smidig och fortgå utan problem när operationssjuksköterskan kände till ingreppet, när hon kunde vara "ett steg före" kirurgen och förstå kirurgens kommunikation utan att denne behövde prata och förklara. Detta ledde till att operationssjuksköterskor fick en gemensam syn och förförståelse, icke-verbal kommunikation förmedlades bara via kirurgens små gester och rörelser med händerna och fingrar (Sandelin & Gustafsson, 2015).

Verbal kommunikation

Vikten av fungerande verbal kommunikation beskrevs av operationssjuksköterskor i ett flertal studier (Bezemer et al., 2016; Clayton et al., 2016; Gillespie et al., 2010; Rydenfält et al., 2012; Sandelin & Gustafsson, 2015; Sørensen et al., 2014). I en studie av Bezemer et al. (2016) beskrev operationssjuksköterskor att hon inte förstod vad som behövdes till kirurgen och han berättade för henne verbalt vad som behövdes. Verbal kommunikation fungerade då kirurgen och operationssjuksköterskan samtalade med varandra och löste uppgiften. Verbal kommunikation användes vid tillfällen då kirurgen ville lära operationssjuksköterskan någonting.

Verbal kommunikation kunde störas av omkringliggande orsaker i operationsmiljön, exempelvis som musik och att andra människor som var på operationssalen pratade, antalet människor på sal kunde påverka verbal kommunikation och uppfattas som störande. Kirurgen och operationssjuksköterskor beskrevs uppleva liknande erfarenhet av störningsmoment. Det förefaller vara en enighet över yrkesgränserna att onödiga störningar i form av prat var ett säkerhetshot som inte borde ske i operationssalen. Trots denna gemensamma upplevelse av verbal kommunikation behövdes det orsaka tillräckligt med problem innan man såg att det var värt att säga ifrån. Operationssjuksköterskor upplevde en gemenskap med kirurgen, de identifierade sig med honom när det gällde upplevelse av störningsmoment (Rydenfält et al., 2012).

Operationssjuksköterskor som hade en annan kulturell bakgrund beskrev att de hade det lättare att kommunicera i multikulturell operationsmiljö. Kirurgen och operationssjuksköterskor kommunicerade med varandra annorlunda när de hade en annan kulturell bakgrund och enligt operationssjuksköterskorna påverkades deras arbete av deras tidigare arbetslivserfarenheter och olika utbildningar dem hade fått under sin karriär (Clayton et al., 2016). Operationssjuksköterskan som hade ett annat modersmål beskrev hur de fick avbryta verbal kommunikation med kirurgen för att inte riskera skapa mer spänningar emellan

dem vid en konflikt. Operationssjuksköterskan kunde inte förstå verbal kommunikation som förmedlades och för att inte framstå som inkompetent vågade inte hon prata (Bezemer et al., 2016).

I resultatet framgår det betydelsen av att ha ett gott samarbete och att det finns en känsla av respekt för varandras roller. Att arbeta tillsammans beskrivs leda till ett ömsesidigt samarbete och det kan öka patientsäkerheten, medan bristande samarbete och respekt för varandras roller ansågs vara en risk för patientsäkerheten. Detta illustreras av (Gillespie et al., 2010) som beskriver att flertal byten av teamets medlemmar skapar en viss osäkerhet hos teamet på operationssalen, medlemmar får inte möjlighet att lära känna varandra. Kommunikationen blev lidande och kunskap om varandras erfarenheter minskade. Kompetens i yrket ökade enligt studien då medlemmar arbetade ihop regelbundet. Samarbetet och verbal kommunikation hade betydelse för patientsäkerheten. För att tydligt och klart framföra åsikter till kirurgerna behövde operationssjuksköterskor använda sig av en fungerande verbal kommunikation exempelvis i samband med konfliktsituationer. När kommunikationen fungerade optimalt kunde operationssjuksköterskor förklara för kirurgen att dennes beteende inte var acceptabelt, exempelvis i samband med att kirurgerna var otrevliga. De använde verbal kommunikation för att lugna kirurgen och skapa bättre stämning på operationssalen. Det framkom även att operationssjuksköterskor anpassade sin verbala kommunikation med kirurgen för att bevara patientsäkerheten. Vid kirurgens aggressiva utbrott så kunde operationssjuksköterskorna börja svara endast vid tilltal och inte prata utöver detta med kirurgen, för att inte störa kirurgen och påverka patientens vård, genom att irritera kirurgen ytterligare. En annan strategi var att operationssjuksköterskorna blev tystare och mer formella i sin framtoning (Sandelin & Gustafsson, 2015).

Interprofessionellt samarbete

Interprofessionellt samarbete beskrevs i flertal studier som något som påverkade kommunikationen mellan operationssjuksköterskor och kirurgen (Gillespie et al., 2010; Riley & Manias, 2009; Sandelin & Gustafsson, 2015). Men samarbetet och kommunikation mellan operationssjuksköterskor och kirurg kunde fungera även om de inte kände varandra eller hade arbetat ihop som en etablerad grupp, så även om interprofessionellt samarbete inte fanns beskrev operationssjuksköterskor att de kunde koordinera sitt mål och arbeta tillsammans (Gillespie et al., 2010).

Operationssjuksköterskor berättade i en studie att det var svårt att lära känna individuella kirurger då de roterade runt olika specialiteter och att det inte fanns några fasta arbetslag som arbetade tillsammans kontinuerligt. Operationssjuksköterskor beskrev att när dem inte kände kirurgen eller det kirurgiska ingreppet kunde det skapa en spänning och eventuellt en konflikt mellan professionerna, vilket skulle leda till hämning av effektiv kommunikation och samarbete (Gillespie et al., 2010). Ett bra samarbete med kirurgerna uppnåddes då operationssjuksköterskorna tilltalades med respekt för deras yrkeskunskaper, och när

operationssjuksköterskorna upplevde att de bedömdes vara av lika värde, fick delta aktivt och vara engagerade i arbetet (Sandelin & Gustafsson, 2015). Att inte känna kirurgerna och deras individuella preferenser och önskemål kunde leda till att kommunikationsflödet blev avbrutet på grund av att kirurgerna ständigt upprepade vad de ville ha (Sandelin & Gustafsson, 2015). I studien av Riley och Manias från 2009 beskrev operationssjuksköterskor hur deras interprofessionella samarbete och erfarenhet kunde vara av betydelse för att förstå hur kirurgen arbetade, exempelvis så pratade inte operationssjuksköterska med kirurgerna vid tillfällen då det var en viktig del i ingreppet, de beskrev även hur de hindrade andra att störa kirurgen. Operationssjuksköterskorna upplevde en förståelse för varandras arbete, en gemenskap, och det upplevdes vara berättigat att begränsa sin och andras kommunikation med kirurgen (Riley & Manias, 2009).

Hierarkisk ordning

Flertal studier beskriver att operationssjuksköterskors erfarenhet av kommunikation är präglad av den hierarkiska ordningen (Bezemer et al., 2016; Higgins & Macintosh, 2010; Sandelin & Gustafsson, 2015; Sørensen et al., 2014; Wæhle, Haugen, Søfteland, & Hjälmhult, 2012; Rogers, Lingard, Boehler, Espin, Klingensmith, Mellinger, & Schindler, 2011). Vid bristande förståelse mellan kirurgen och operationssjuksköterskor kunde kirurgen bli irriterad och upprepa flertal gånger något som han ville ha. Kirurgen höjde rösten och positionerade operationssjuksköterskan som "döv" i samtalet. Kirurgens humör påverkade operationssjuksköterskan som i sin tur anpassade sig för att undvika konfliktsituation. Hierarkisk ordning gjorde att operationssjuksköterskan inte sökte ytterligare information även om hon upplevde att behovet fanns, kirurgen behandlade henne med agitation och som om hon hade hörselproblem. Detta gjorde att operationssjuksköterskan inte vågade kommunicera ytterligare, då hon ville undvika att skapa mer spänning i kommunikationen (Bezemer et al., 2016). I en annan studie beskrev operationssjuksköterskor att de undvek att dra till sig negativ uppmärksamhet från kirurgen genom att försöka bli "osynliga" på operationssalen. Operationssjuksköterskor positionerade sig avsides i operationssalen och var tysta för att undvika att vara störande för kirurgerna. Den hierarkiska ordningen kunde påverka genomförandet av patientsäkerhetsrutiner och det var kirurgen som bestämde om hur detta genomfördes och talades om. Kirurgiska ingrepp kunde börja utan att operationssjuksköterskan hade möjlighet att initiera en kontroll av checklista. Kirurgen positionerade sig som den nyckfulla/den som bestämmer och operationssjuksköterskan beskrev hur de tvingades att anpassa sig och bli hotad i sin roll som företrädare av regler och rutiner (Wæhle et al., 2012). Den hierarkiska ordningen gjorde ibland att operationssjuksköterskor inte kommunicerade med en novis kirurg, fast ett uppenbart problem som kunde bli en vårdskada uppmärksammades av en annan kollega (Wæhle et al., 2012).

I studien av Rogers et al., (2011) framkom det att negativa arbetsrelaterade konsekvenser inträffade när en kirurg förlorade sitt tålamod och en konflikt uppkom, där källan till konflikten var uppgiftsrelaterad. Operationssjuksköterskor berättade i studien att kirurgens utbrott kunde leda till negativa konsekvenser. De negativa konsekvenserna beskrevs inte

specifikt av operationssjuksköterskan. Operationssjuksköterskor beskrev även att konflikter med vissa kirurger ledde till att de kände ilska en lång tid efteråt och de hade önskemål att inte arbeta med just den specifika kirurgen igen. Verbala utbrott från kirurgerna framkallade en känsla av inkompetens och frustration hos operationssjuksköterskor. Beskyllningar, förolämpningar och hot upplevdes som en negativ erfarenhet av kommunikation med kirurgen, detta kunde leda till att operationssjuksköterskorna funderade på att sluta och vidta åtgärder för att undvika att träffa denna specifika kirurgen igen. Vid några tillfällen hade kirurgerna offentligt eller privat bett om ursäkt för sitt beteende. Detta kunde tolkas som att dem upplevde att deras beteende var oacceptabelt gentemot operationssjuksköterskorna eller att dem förstod att den enskilde individen var värdefull i operationsteamet (Rogers et al., 2011).

Den hierarkiska ordningen befästes eftersom operationssjuksköterskorna var tvungna att fortsätta sitt arbete, trots att kirurgen hade fått ett utbrott. Vilket ledde fram till att de anpassade sig till situationen och gjorde vad som krävde för att inte påverka patientsäkerheten (Sandelin & Gustafsson, 2015). Enligt operationssjuksköterskorna så förväntade sig kirurgerna ha erfarna och kompetenta operationssjuksköterskor, det upplevdes ställas krav på operationssjuksköterskans kunskap och arbetet, och det kunde skapa spänningar på operationssalen (Higgins & Macintosh, 2010). Det framkom i studien av Higgins och Macintosh (2010) att när operationssjuksköterskor och kirurgerna arbetade långa timmar, kunde de hamna i akuta situationer vilket gjorde att operationssjuksköterskorna inte vågade berätta eller klaga om något inte kändes rätt med patienternas vård. När kirurger bara kommunicerade med andra kirurger kunde operationssjuksköterskor känna sig exkluderade, den hierarkiska ordning och kulturen på operationssalen gjorde att de inte kände sig som en del av teamet. Det framkom att operationssjuksköterskor som klagade på något och uppmärksammade ett problem kunde uppleva att de exkluderades från gruppen, eftersom de fick ett rykte om att vara problemskapare. Det beskrevs strategier för att minska risken för konflikter med en kirurg, operationssjuksköterskor beskrev att de försökte vara ”ett steg före”, att allting skulle vara ”perfekt” och de försökte behaga kirurgerna. Det beskrevs hur vissa kirurger inte var intresserade av att alltid lära operationssjuksköterskor, det hade även förekommit att kirurgen upplevdes vilja att operationssjuksköterskorna misslyckades. Kirurgernas beteende gjorde operationssjuksköterskor nervösa och när operationssjuksköterskorna påtalade om regler och regelverk kunde kirurgerna svara på ett aggressivt sätt, trots att dem var medvetna om dessa regler själva (Higgins & Macintosh, 2010).

Metoddiskussion

I en systematisk litteraturstudie är det viktigt att alla steg i metoden redovisats tydligt för att öka studiens trovärdighet, både gällande datainsamlingen och analysen, eftersom det är grunden för att arbetet ska anses vara evidensbaserat (Bettany-Saltikov, 2016). Författarna har strävat efter att en tydlighet gällande metodens alla delar i aktuell studie, vilket är en styrka.

För att kunna bättre förstå operationssjuksköterskors erfarenhet av kommunikation med kirurgen valdes artiklar med en kvalitativ ansats, där majoriteten av analyserad data är insamlade genom intervjuer. Genom att använda intervjuer som datainsamlingsmetod får forskaren en djupare förståelse av ett fenomen, en företeelse, eller förståelse för relation mellan olika processer utifrån en persons erfarenhet (SBU, 2014). Kvalitativa studier kunde besvara studiens syfte, och det ansågs lämpligt att söka inom kvalitativ forskning då syftet var att beskriva operationssjuksköterskors erfarenheter. Att exkludera kvantitativ forskning påverkar studiens resultat och även om artiklar med en kvantitativ ansats inkluderats hade resultatet varit annorlunda.

Databaserna som användes var Pubmed och Cinahl, författarna till studien valde att inte använda fler databaser inom hälso- och sjukvårdsforskning för att det fanns för lite tid för ytterligare sökningar och även kunskapsbrist i användning av andra databaser. Endast två databaser begränsade möjligheten att hitta fler artiklar inom ämnet och det finns en risk att en del av artiklar som kunde ha varit betydelsefulla inte har tagits med på grund av detta (Bettany-Saltikov, 2016). Ett begränsat sökresultat kan ha också varit på grund av att sökorden varit för få, även om synonymer och fritextsökningar användes flitigt, vilket även det få anses vara en av studiens svagheter. Genomförda sökningarna gav liknande artiklar i båda databaserna och det kan tyda på att en viss mättnad ändå uppnåddes, detta kan ses som en styrka i en systematisk litteraturstudie (Forsberg, 2016). Även om en noggrann och strukturerad genomsökning av befintlig litteratur genomfördes med syftet att öka studiens pålitlighet är författarna införstådda att alla relevanta artiklar som hade kunnat svara mot syftet förmodligen inte framkom, vilket kan vara en svaghet.

För att säkerställa att utvalda artiklar var av hög kvalitet inkluderades artiklar som var peer-reviewed. Detta betyder att studiens kvalitet var granskad före publicering (Polit, 2016). Detta kan ses som en styrka i arbetet eftersom trovärdigheten ökar. Den andra begränsningen var att inkluderade artiklar skulle vara publicerade mellan 2009 och 2019. Detta anses vara en styrka eftersom resultat från inkluderade studier är aktuell på grund av att det pågår mycket forskning inom olika aspekter av kommunikationen i högteknologisk operationsmiljö. Den tredje begränsningen var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, detta har lett till att artiklar på andra språk som kunde ha svarat på arbetets syfte och generera ny kunskap i resultatet missades. Detta anses vara en svaghet. På grund av tidsbrist och av ekonomiska skäl skulle artiklar som inte har varit tillgängliga i full text exkluderades trots att vid titel och abstrakt läsning kunde dessa vara intressant utifrån arbetets syfte. Det är studiens svaghet eftersom viss relevant resultat exkluderades.

Inkluderade artiklar har kommit från olika länder såsom; Storbritannien, Australien, Kanada, Danmark, Norge samt två artiklar från Sverige. Detta kan ses som styrka eftersom resultat från studier i nordiska länder (Danmark, Norge, Sverige) kan tillämpas inom svensk operationsmiljö och kan användas som utgångspunkt för förbättring av kommunikationen mellan operationssjuksköterska och kirurg. Samtidigt kan detta anses som svaghet på grund

av att operationssjukvården fungerar på olika sätt i olika länder och detta minskar resultatets tillämpning och överförbarhet till de svenska förhållandena.

Bettany-Saltikov (2016) rekommenderar att komplettera datainsamling med manuell sökning av relevanta artiklarna genom att screena inkluderade artiklarnas referenslistor. Författarna följde rekommendationen och fick fram tre artiklar till som uppfyllde inklusionskriterierna. Detta kan ses som en styrka.

Av samtliga tio artiklar bedömdes nio vara av medelhög kvalitet och en som hög, vilket får ses som en styrka i studien. Varje artikel bedömdes först enskilt av författarna sedan under gemensam diskussion bestämdes artikelns kvalitet, vilket kan ses som styrka i arbetet eftersom det ökar studiens pålitlighet. Dessutom hade författarna kontrollerat att varje utvald artikel hade ett etiskt godkännande och detta anses vara en styrka. Ett etiskt godkännande kan ses som en att etik har diskuterats i forskargruppen och att deltagarna i studien är informerade om sina rättigheter.

Bettany-Saltikov (2016) uppmärksammar att studiens pålitlighet påverkas negativt om forskaren inte är subjektiv. Författarna till arbetet har försökt under hela dataanalysprocessen vara så neutrala som möjligt för att inte misstolka resultatet.

Alla inkluderade artiklar lästes på engelska och ingen av de översattes till svenska, detta kan ses som styrka eftersom artiklarnas resultat lästes på originalspråket. Samtidigt kan detta ses som studiens svaghet på grund av att författarna inte behärskar engelska språket på en tillräckligt hög nivå och har ingen erfarenhet att översätta vetenskapliga arbeten på ett professionellt sätt. På så sätt har förståelse av textens innehåll kunnat påverkas och detta i sin tur påverkar studiens pålitlighet. Författarna har inte sökt hjälp av språkkunniga personer utan har använt svensk-engelskt lexikon samt online översättningstjänster.

Bettany-Saltikov (2016) uppmanar att be om hjälp av sina kollegor för en oberoende granskning av framtagna tema. Detta ökar studiens trovärdighet samt minskar systematisk bias. Författarna till arbetet hade inte möjlighet att involvera kollegor, men under arbetets gång har författarna fått hjälp och handledning av huvudhandledare.

Resultatdiskussion

I föreliggande systematiska litteraturstudie har författarna strävat efter att beskriva operationssjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med kirurgen, eftersom kommunikation är en viktig del i ett fungerande teamarbete, som i sin tur är viktigt för både arbetsmiljön och patientsäkerheten. Resultatet kan delas in i två större delar; *effektiv kommunikation* och *hierarkisk ordning*.

Effektiv kommunikation

Icke-verbal kommunikation

Lika viktigt som en fungerande verbal kommunikation är den icke-verbala kommunikationen på operationssalen (Bezemer et al., 2016; Sandelin & Gustafsson, 2015; Sørensen et al., 2014). I en studie av Moore, Butt, Ellis-Clarke och Cartmill (2010) framgår det att alla i teamet är medvetna om den icke-verbal kommunikation och kunde besvara denna kommunikation på ett lämpligt sätt. Operationsmiljö är en miljö där medlemmar i teamet samarbetar mycket nära varandra och vissa operationer kräver att man placerar sig sida vid sida och andra kräver att man står framför varandra. Kommunikation mellan medlemmar kan vara en enkel subtil rörelse, exempelvis en beröring och en liten kroppsrörelse. Det visar på exempel hur medlemmar i teamet, som operationssjuksköterskor och kirurgen ingår i, kan samarbeta. Icke-verbal kommunikation spelar en särskild viktig roll vid kritiska situationer enligt Moore et al. (2010), då förfarandet måste vara brådskande och kommunikation måste vara mer än det verbala språket kan förmedla. Enligt en studie i resultatet av Sandelin and Gustafsson (2015) kunde interprofessionellt samarbete leda till att kommunikation övergick i icke-verbal kommunikation mellan kirurgen och operationssjuksköterskor i deras arbete, arbetet beskrevs inte vara akut brådskande för att detta skulle uppstå. Förståelse för icke-verbal kommunikation i teamet kan förbättra samarbetet och därigenom öka patientsäkerheten (Moore et al., 2010).

Verbal kommunikation

Effektiv kommunikation beskrevs innefatta verbal kommunikation som innebar att operationssjuksköterskor både kunde ge och ta information samt att tyda läkarens önskemål och instruktioner (Bezemer et al., 2016). Det här konkreta beteendet beskrivs som att kirurgen verbalt uttryckte vad han vill ha och operationssjuksköterskorna genomförde det som behövdes av dem. Den här kommunikationsmodellen beskrivs även av Nilsson (2016), som en kommunikation mellan sändare och mottagare. När operationssjuksköterskor är mottagare kan de tyda sändarens, kirurgens, känslor och uttryck i operationsmiljön och läsa av koden i rätt sammanhang. Kirurgen kodifierar sina ord och önskningar med sitt kroppsspråk och det är av betydelse att operationssjuksköterskor läser av "koden" rätt. Detta framkommer i kommunikationsteori av Nilsson (2016) och resultatet i denna studie. Orden och språket är bara en liten del av överföring av information emellan människor (Hargie, 1994). Hogg och Vaughan beskriver hur individer i en grupp kan uppta olika roller, och samordna handlingar genom att kommunicera med varandra (Hogg, 2011). Operationssjuksköterskan beskrivs i studien som en person som är viktig för att ta emot, integrera och vidarebefordra information till och från kirurgen och samtidigt ska operationssjuksköterskan koncentrera sig på sitt arbete (Bezemer et al., 2016). Den verbala kommunikation kan påverkas om dem har ett annat modersmål enligt Hogg (2011), vilket framkom även i vårt resultat i studien av Clayton et al. (2016), där operationssjuksköterskan upplever att kommunikationen förändras om medlemmarna är från olika kulturer. Olika kulturella bakgrunder hos operationspersonalen påverkade kommunikationen, det hade betydelse även för hur man tog hand om patienter (Clayton et al., 2016).

Vikten av en fungerande verbal kommunikation beskrivs även i studien av Nestel and Kidd (2006), där operationssjuksköterskor beskriver att effektiv kommunikation måste omfatta verbal kommunikation mellan medlemmarna av operationsteamet. Vidare belyser samma studie att effektiv kommunikation innehåller en rad verbala och icke-verbala färdigheter, där aktivt lyssnande, tydlighet i tal och vikten av att vara artig beskrivs som viktiga faktorer som påverkade kommunikationen med kirurgerna. Verbal kommunikation mellan kirurgen och operationssjuksköterskor kan underlätta för att operationen kan fortsätta utan störningar, vilket styrks av fynden från aktuell studie av Bezemer et al. (2016). En fungerande kommunikation kan bidra till att kirurgen i högre utsträckning lär ut kunskap till operationssjuksköterskor genom att beskriva något specifikt instrument och användningsområde. Att en fungerande kommunikation även är grunden till en klinisk vidareutveckling/kompetensutveckling framkommer även i en studie av Zheng, Taylor och Swanström (2009) där delad kunskap om uppgifter, team och instrument kan leda till att samarbetet fungerar bättre och operationssjuksköterskor kan utföra sitt arbete snabbare. När kirurgerna hade tid på att dela sin avancerade kunskap och erfarenhet kunde operationssjuksköterskor tänka ett steg längre och agera fler gånger utan att behöva följa muntliga instruktioner från kirurgen (Zheng et al., 2009). En intressant upptäckt i resultatet var att kirurgen och operationssjuksköterskor inte uttryckte behov av att avbryta sådana störande faktorer, så som musik eller att det fanns många personer på salen (Rydenfält et al., 2012). Just musik som ett störande moment för en fungerande kommunikation har även beskrivits av Hawksworth, Asbury och Millar (1997) samt Weldon, Korkiakangas, Bezemer och Kneebone (2015), där resultaten visar att musiken påverkade kommunikationen i teamet och även inverkar på patientsäkerhet. Medan studien från Keller et al (2016) beskriver att bullertoppar inte försämrar all kommunikation, utan stör mest vid samtal om det är en komplex och brådskande situation under pågående operation. Det kräver mer resurser då uppmärksamheten måste delas, delvis bekämpa störningen av buller, utföra en operation och samtidigt prata om det aktuella i ingreppet och samordna teamet. Irrelevant kommunikation inom teamet är mer kompatibel med ljud enligt samma studie, då det kräver mindre uppmärksamhet av teammedlemmarna (Keller et al., 2016). En studie gjord av Tschan et al. (2015) beskriver att en fungerande intraoperativ kommunikation i teamet är viktig eftersom det kan påverka postoperativa infektioner, exempelvis vid stängningsfasen under operationen kunde irrelevant kommunikation öka risken för postoperativa infektioner. Med irrelevant kommunikation menas det som inte berör patienten eller det kirurgiska ingreppet. För att bevara säker vård och patientsäkerhet måste kirurgerna kommunicera tydligt vid situationer då ändringar kan ske snabbt och nya fynd kan uppkomma. Omgivningen påverkar kommunikationen och för att det inte ska inverka på patientens vård och säkerhet bör kirurgerna sträva efter att prata tydligt med andra i operationsteamet och minska mängden irrelevant kommunikation på operationssalen. I resultatet av föreliggande studie framkommer att fungerande verbal kommunikation påverkar patientsäkerheten och patientvården, operationssjuksköterskorna vågar prata med kirurgen om deras beteende som kan leda till vårdskador och operationssjuksköterskor kan anpassa sin kommunikation för att skapa

patientsäkert miljö vid konflikter (Sandelin & Gustafsson, 2015). Detta fynd styrks av tidigare forskning som beskriver att bristande kommunikation kan leda till en vårdskada och patientlidande (Makary et al., 2015).

Interprofessionellt samarbete

I resultatet framgår hur viktigt det är att ha interprofessionellt samarbete av varandra i teamet, mellan kirurgen och operationssjuksköterskor (Gillespie et al., 2010; Riley & Manias, 2009; Sandelin & Gustafsson, 2015). I studien av Gillespie, Gwinner, Chaboyer, and Fairweather (2013) upplevde operationspersonalen att kommunikationen försämrades när de inte kände varandra och kommunikationen beskrevs vara hämmad, då det var svårare för personal att ställa frågor, vilket i sin tur ledde till att risk för missuppfattningar ökade. Samma studie beskrev att teammedlemmar som har arbetat tillsammans under en tid utvecklade en förståelse av varandra och kunde samordna handlingar med ett fåtal ord eller gester. Ett team som arbetade över en tid utövade bra rutiner (Gillespie et al., 2013). Samma fynd kan ses i resultatet där kommunikationen upplevdes vara bristande då team inte kunde arbeta tillsammans över längre tid, utan operationssjuksköterskor fick byta specialitet (Gillespie et al., 2010).

Operationssjuksköterskor verkade vara frustrerade över förväntningar som andra medlemmar i teamet hade över deras roller. Mycket kunde härledas till att operationssjuksköterskorna upplevde att de arbetade utanför deras roller och ansvarsområden, de beskrev att de genomförde arbete som kompenserade andras brister. Kännedom om varandras roller kan indirekt inverka på kommunikationen enligt Nestel och Kidd (2006), vilket även framkommer i vårt resultat, där studien av Gillespie et al. (2010) beskriver att det behövs en professionell förståelse av skillnader i förväntningar på varandras roller. Ett sätt att bemöta och upprätthålla detta föreslogs vara utbildning inom organisationen, där man kunde hantera frågor och konflikter i den kliniska miljön. Vidare belyser flera av studierna i resultatet att arbetet och kommunikationen gick smidigare när operationssjuksköterskor kände kirurgerna och ingreppet (Gillespie et al., 2010; Riley & Manias, 2009; Sandelin & Gustafsson, 2015). En studie beskriver att kirurgerna hade förväntningar på att operationssjuksköterskorna kände till deras individuella önskemål, om detta inte uppfylldes så berättade kirurgen för operationssjuksköterskorna att dem inte gjorde saker korrekt (Riley & Manias, 2006). I samma studie beskrevs det att det var vanligt att operationssjuksköterskorna kände sig som fredsbevarare, de beskrevs vara ansvariga för att upprätthålla en trevlig arbetsmiljö. Spänningar och irritationer som kunde distrahera kirurgerna skulle undvikas, då detta ansågs påverka kirurgens arbete (Riley & Manias, 2006). Denna företeelse beskrivs även i studien av Riley and Manias (2009) nämligen att kirurgen inte skulle störas av irritation och spänningar på operationssalen i kommunikation med operationssjuksköterskorna. Kirurgiska team som uppvisar mindre samarbete i teamet har högre risk för patientens dödsfall eller komplikationer. Alla i teamet behöver prata om patienten eller om det kirurgiska ingreppet, det beskrivs som en nyckelfaktor för att samarbete fungerar i teamet och det i sin tur påverkar kirurgisk prestation (Mazzocco et al., 2009). En strategi som framkom i resultatet var att

operationssjuksköterskor anpassade sig efter kirurgens utbrott, de tog ett steg tillbaka och detta kan tolkas som att dem prioriterar patientsäkerheten och låter inte konflikten påverka pågående arbete med patienten (Sandelin & Gustafsson, 2015). Rapport av Joint Commission beskriver att bristande kommunikation kan vara en orsak till intra- och postoperativa komplikation i 56 % av fallen (Kirschbaum & McAuliffe, 2018). Det stödjer fynden om att operationssjuksköterskor prioriterar säkerheten trots att de är tvungna att arbeta i ogynnsam arbetsmiljö.

Det är av intresse att flertal artiklar beskriver betydelsen att lära känna varandra och mötas med respekt, många gånger med utgångspunkten av detta har betydelse för patientsäkerheten. Samtidigt är det tråkiga resultat som framkommer att det råder stora brister gällande förståelse och respekt för varandra i operationsteamet. Ett icke fungerande team har påverkan på patientens vård (Mazzocco et al., 2009). Kirurgens ansvarsområde har likheter med operationssjuksköterskors, båda yrkesrollerna kräver en förmåga att samverka och ha en dialog med medarbetarna. Flertal studier visar att operationssjuksköterskor inte upplever att kirurgerna uppfyller dessa kriterier (Bezemer et al., 2016; Higgins & Macintosh, 2010; Sandelin & Gustafsson, 2015; Sørensen et al., 2014; Wæhle et al., 2012). Fynd i resultatet stödjer detta då Bezemer et al. (2016) kommit fram till att ökad personalomsättning äventyrar patientsäkerhet och har en negativ påverkan på kontinuitet i patientens vård, då teamet inte lär känna varandra och förstå varandras yrkesroller.

Hierarkisk ordning

I vårt resultat framkommer det tydligt en traditionell hierarkisk ordning är fortfarande aktuell i dagens operationsmiljö, vilket även beskrivits i studien av Affleck (2017). Problemet med denna förlegade hierarkiska ordning är att den förhindrar en effektiv kommunikation och samarbete mellan operationssjuksköterskor och kirurg som är i sin tur en av förutsättningarna för patientsäker vård (Sharp, 2012). Enligt Kirschbaum och McAuliffe (2018) är en av orsakerna till hierarkisk kultur i operationssalen delvis beroende på att läkarna under sin utbildning lär sig att arbeta oberoende och autokratiskt. Detta märks särskild bland äldre generation av operationssjuksköterskor och kirurger som kan ha mer patriarkal eller hierarkisk syn på sjukvården (Chadwick, 2010). Carney, West, Neily, Mills och Bagian (2011) har påvisat i sin studie att hierarkisk kultur i operationsteamet minskar operationssjuksköterskans engagemang att fullfölja patientsäkerhetsrutiner. Om operationssjuksköterska inte känner sig respekterad och involverad i teamarbete så anstränger hon/han sig mindre och söker inte aktivt feedback, utan tvärtom drar sig tillbaka för att undvika mer konflikt. Hierarkisk ordning i operationsteamet leder även till otrevliga och i vissa fall aggressivt beteende av kirurger (Clark & Kenski, 2017). Kirurgens olämpliga beteende, har beskrivits som vassa verbala kommentarer, kroppsspråk såsom himla med ögonen, skaka på huvudet, vilket leder till psykologisk stress hos operationssjuksköterskor som känner sig exkluderade från teamet. Higgins och Macintosh (2010) studie påvisar att kirurgens maktmissbruk och hierarkisk ordning i operationsteamet hämmar operationssjuksköterskornas aktiva deltagande i patientsäkerhetsrutiner och har negativ

psykologisk påverkan på operationssjuksköterskor. En av kirurgens ansvarsområde är att vara en ledare som kan stärka samarbete, öppenhet och dialog med sina kollegor (Socialstyrelsen, 2008). Fynden i resultatet tyder på att det förekommer en annan bild av kirurgen på operationssalen och det påverkar patientsäkerheten. I en annan äldre studie av Lingard, Reznick, Espin, Regehr och Devito (2002) ledde kirurgens hierarkiska misslyckade sätt att samarbeta till att operationssjuksköterska kände sig "dum i huvudet" och inte vågade säga ifrån trots att hon försökte påminna kirurgen om att följa patientsäkerhetsrutiner eftersom hon blev ignorerad av kirurgen. Clark och Kenski (2017) kom fram till i sin studie att användning av checklistor eller de andra säkerhetsverktygen ofta är meningslös om teammedlemmarna är rädda, inte känner sig trygga med varandra eller inte vill prata öppet om patientsäkerhetsrutiner. Hierarkisk kultur i operationssalen, kirurgens otrevliga beteende påverkar negativt operationssjuksköterskans välbefinnande, fysisk och psykisk hälsa, det minskar arbetstillfredsställelse.

Saltzberg (2011) har i sin studie påvisat att 20 % av operationssjuksköterskor som har blivit utsatta för verbal eller icke-verbal aggression från kirurgens sida vill lämna arbetsplatsen eller lämna sitt yrke helt. Det är en utmaning för arbetsgivare inom hälsosjukvården att skapa och utveckla kommunikationskultur inom operationsteamet som bygger på respekt för varandras professioner och kompetens, och att samarbete i operationssalen fungerar på ett patientsäkert sätt (Wade, 2014). Detta kan betyda för att flertal medarbetare väljer att lämna arbetsplatsen de arbetar på, det råder en stor brist på specialistsjuksköterskor, vilket i sin tur kan leda till att kontinuiteten i patientsäker vård påverkas, då teammedlemmarna byts ut.

Slutsats

I denna magisteruppsats önskar författarna belysa operationssjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med kirurgen. Resultatet visar att samarbetet i gruppen påverkas av kommunikationen, både verbal och icke-verbal, samt förståelsen och att respekt för varandras yrkesroller måste utvecklas. Det kan vara av intresse för vidare forskning att undersöka operationssjuksköterskors erfarenheter via intervjuer eller observationer för att se om flertal tema återkommer och hur kommunikation upplevs av svenska operationssjuksköterskor. Detta kan vara av betydelse då flertal arbetsplatser upplever en brist på specialistsjuksköterskor inom operation. Det försvårar skapandet av kontinuitet i teamet och att personalen stannar kvar på samma arbetsplats och utvecklar sin teamidentitet.

Det krävs träning och erfarenhet för att förstå kulturen inom operationsmiljön. Nyanserna av icke-verbal kommunikation och kroppsspråk måste läras ut tydligare för nya medarbetare och det kan vara svårt med tanke på bristen på specialistsjuksköterskor inom operation. Medvetenhet om att hierarki förekommer i operationssalen kan hjälpa nya operationssjuksköterskor att utveckla en strategi i sitt förhållningssätt vid situationer som kan kännas obehagliga. Kirurgerna måste samtidigt utbildas vidare gällande vikten av professionell kommunikation och samarbete, och sjukvårdsorganisationen måste fortsätta arbeta emot den hierarkiska ordningen som försvårar gott samarbete och kommunikation

mellan yrken. Det finns även evidens för betydelsen av att träna team på samarbete och medvetandegöra denna hierarkiska uppbyggnad av ledarskap och ordning i operationsmiljön. Med stöd i föreliggande studien anser författarna att om kirurgen och operationssjuksköterskor är fokuserade i samtalet med varandra och engagerade att förstå varandra, kan det främja gott samarbete. En gott samarbete kan leda till mindre patientvårdskador, en förutsättning för att patienterna erhåller säker vård.

Referenslista

- Abraham, S. P., Jeyakumar, A. K., & Babu, V. (2016). Communication: An Essence to Operating Room Nursing. *International Journal of Nursing Education*, 8(2), 59-61. doi: 10.5958/0974-9357.2016.00048.9
- Affleck, D. (2017). A Canadian educator perspective on quality perioperative nursing practice/Le point de vue d'une enseignante canadienne sur la pratique de soins périopératoires de qualité.(Report). *ORNAC Journal*, 35(3), 13.
- Alfredsdóttir, H., & Björnsdóttir, K. (2008). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 29-37. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x
- Arbetsmarknadsdepartementet. (1977). *Arbetsmiljölöag (SFS 1977:1160)*. Hämtad 2019-04-10, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/arbetsmiljolag-19771160_sfs-1977-1160
- Argyle, M. (1990). *Bodily communication* (2., uppl.). London New York: London New York : Routledge
- Berlin, J., Carlström, E., & Sandberg, H. (2009). *Team i vård, behandling och omsorg. Erfarenheter och reflektioner*: Lund: Studentlitteratur.
- Bettany-Saltikov, J. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing : a step-by-step guide* (2. ed. uppl.): London: McGraw-Hill Education/Open University Press.
- Bezemer, J., Korikiakangas, T., Weldon, S-M., Kress, G., & Kneebone, R. (2016). Unsettled teamwork: communication and learning in the operating theatres of an urban hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), 361-372. doi: 10.1111/jan.1283
- Braaf, S., Manias, E., & Riley, R. (2011). The role of documents and documentation in communication failure across the perioperative pathway. A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(8), 1024-1038. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.05.009
- Burgoon, J. K., Guerrero, L. K., & Floyd, K. (2010). Nonverbal communication theories of interaction adaptation. I C. R. Berger, M. E. Roloff & D. R. Ewoldsen (Red.), *The Handbook of Communication Science* (s. 93-108). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Bäckström, G. (2012). Operationssjuksköterskans profession. I G. Dävøy, P. Eide, I. Hansen, M. Midenstrand & L. Törnqvist (Red.), *Operationssjukvård: Operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad* (s. 29-42). Lund: Studentlitteratur.
- Carney, B. T., West, P, Neily, J. B., Mills, P. D., & Bagian, J. P. (2011). Improving Perceptions of Teamwork Climate With the Veterans Health Administration Medical

- Team Training Program. *American Journal of Medical Quality*, 26(6), 480-484. doi: 10.1177/1062860611401653
- Chadwick, M. M. (2010). Creating Order out of Chaos: A Leadership Approach. *AORN Journal*, 91(1), 154-170. doi: 10.1016/j.aorn.2009.06.029
- Chambers, S. (2003). Use of non-verbal communication skills to improve nursing care. *British Journal of Nursing*, 12(14), 874-878. doi: 10.12968/bjon.2003.12.14.11412
- Clark, C. M., & Kenski, D. (2017). Promoting Civility in the OR: An Ethical Imperative. *AORN Journal*, 105(1), 60-66. doi: 10.1016/j.aorn.2016.10.019
- Clarke, R. J., Johnston, D. J., & Finley, D. E. (2007). Getting Surgery Right. *Annals of Surgery*, 246(3), 395-405. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181469987
- Clayton, J, Isaacs, A. N., & Ellender, I. (2016). Perioperative nurses' experiences of communication in a multicultural operating theatre: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 7-15. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.02.014
- Cook, R. I., & Woods, D. D. (1994). Operating at the sharp end: the complexity of human error. I M. Bogner (Red.), *Human error in medicine* (s 255-310). Hillsdale, N. J. : L. Erlbaum Associates.
- Dufwa, S. G. (2004). *Kön, lön och karriär : sjuksköterskeyrkets omvandling under 1900-talet*. (Dissertation, Växjö Universitet, Växjö). Hämtad från <http://nu.diva-portal.org/smash/get/diva2:206688/FULLTEXT01.pdf>
- Forsberg, C. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4., [rev.] uppl.). Stockholm: Natur & kultur.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Eide, H. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning* (2., uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Longbottom, P., & Wallis, M. (2010). The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 732-741. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.001
- Gillespie, B. M., Gwinner, K., Chaboyer, W., & Fairweather, N. (2013). Team communications in surgery – creating a culture of safety. *Journal of Interprofessional Care*, 27(5), 387-393. doi: 10.3109/13561820.2013.784243
- Gustafsson, B. Å. (2003). *PeriOP-VIPS : att dokumentera perioperativ omvårdnad enligt VIPS-modellen*. Lund: Studentlitteratur.

- Hankela, S., & Kiikkala, I. (1996). Intraoperative Nursing Care as Experienced by Surgical Patients. *AORN Journal*, 63(2), 435-442. doi: 10.1016/S0001-2092(06)63231-6
- Hargie, O. (1994). *Social skills in interpersonal communication* (3., [rev.] uppl.). London: Routledge.
- Hawksworth, C., Asbury, A. J., & Millar, K. (1997). Music in theatre: not so harmonious. *Anaesthesia*, 52(1), 79-83. doi: 10.1111/j.1365-2044.1997.t01-1-012-az012.x
- Higgins, B. L., & Macintosh, J. (2010). Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. *International Nursing Review*, 57(3), 321-327. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00767.x
- Hogg, M. A. (2011). *Social psychology* (6., uppl.). Harlow: Prentice Hall.
- Holmdahl, B. (1997). *Sjuksköterskans historia: från sjuksköterska till omvårdnadsdoktor* (2., [utök.] uppl.). Stockholm: Liber.
- Karam, M. (2016). Communication in operating rooms. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 29(4), 27-28.
- Keith, J. (2004). Florence Nightingale, an introduction to her life and family. *Nursing Inquiry*, 11(3), 206-207.
- Keller, S., Tschann, F., Beldi, G., Kurmann, A., Candinas, D., & Semmer, N. K. (2016). Noise peaks influence communication in the operating room. An observational study. *Ergonomics*, 59(12), 1541-1552. doi: 10.1080/00140139.2016.1159736
- Kirschbaum, K., & McAuliffe, M. S. (2018). Team Communication in the Operating Room: A Measure of Latent Factors From a National Sample of Nurse Anesthetists. *AANA Journal*, 86(1), 11-18.
- Larsson, I. (2016). *Patientkommunikation i praktiken: information, dialog, delaktighet* (2., uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Leach, L. S., Myrtle, R. C., & Weaver, F. A. (2011). Surgical teams: role perspectives and role dynamics in the operating room. *Health Services Management Research*, 24(2), 81-90. doi: 10.1258/hsmr.2010.010018
- Lee, R. M. (1976). Early operating room nursing. *AORN Journal*, 24(1), 124-128. doi: 10.1016/S0001-2092(07)64638-9
- Leksell, J., & Lepp, M. (2013). *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm. Liber.
- Lindh, M. (2012). *Säker vård: att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg* (1., uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

- Lingard, L., Reznick, R., Espin, S., Regehr, G., & Devito, I. (2002). Team Communications in the Operating Room: Talk Patterns, Sites of Tension, and Implications for Novices. *Academic Medicine*, 77(3), 232-237. doi: 10.1097/00001888-200203000-00013
- Magnusson, A-S. (2014). *Om kommunikation: för personal i vårdande yrken* (1., uppl.). Stockholm: Liber.
- Makar, A., Kodera, A., & Bhayani, S. B. (2015). Never Events in Surgery. *European Urology*, 68(6), 919-920. doi: 10.1016/j.eururo.2015.06.038
- Mazzocco, K., Petitti, D. B., Fong, K. T., Bonacum, D., Brookey, J., Graham, S., Thomas, E. J. (2009). Surgical team behaviors and patient outcomes. *The American Journal of Surgery*, 197(5), 678-685. doi: 10.1016/j.amjsurg.2008.03.002
- Mitchell, L., & Flin, R. (2008). Non-technical skills of the operating theatre scrub nurse: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 63(1), 15-24.
- Moore, A., Butt, D., Ellis-Clarke, J., & Cartmill, J. (2010). Linguistic analysis of verbal and non-verbal communication in the operating room. *ANZ Journal of Surgery*, 80(12), 925-929. doi: 10.1111/j.1445-2197.2010.05531.x
- Nationalencyklopedin. (2019a). icke-verbal kommunikation. Hämtad 2019-04-15, från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/icke-verbal-kommunikation>
- Nationalencyklopedin. (2019b). Samarbeta. Hämtad 2019-04-16, från <https://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/samarbeta>
- Nestel, D., & Kidd, J. (2006). Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. *BMC nursing*, 5, 1.
- Nilsson, B. (2016). *Kommunikation: samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, L., Lindberget, O., Gupta, A., & Vegfors, M. (2010). Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personnel attitudes. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54(2), 176-182. doi: 10.1111/j.1399-6576.2009.02109.x
- Polit, D. F. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10., uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Riksföreningen för operationssjukvård, & Svensk sjuksköterskeförening. (2011). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård. Hämtad 2019-04-18, från <http://www.rfop.se/media/1254/kompbeskrivning.pdf>

- Riley, R., & Manias, E. (2006). Governance in operating room nursing: Nurses' knowledge of individual surgeons. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1541-1551. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.08.007
- Riley, R., & Manias, E. (2009). Gatekeeping practices of nurses in operating rooms. *Social Science & Medicine*, 69(2), 215-222. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.04.023
- Rogers, D., Lingard, L., Boehler, M. L., Espin, S., Klingensmith, M., Mellinger, J. D., & Schindler, N. (2011). Teaching operating room conflict management to surgeons: clarifying the optimal approach. *Medical Education*, 45(9), 939-945. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04040.x
- Ruben, B. (2005). Linking Communication Scholarship and Professional Practice in Colleges and Universities. *Journal of Applied Communication Research*, 33(4), 294-304.
- Ruben, B., & Gigliotti, R. (2016). Leadership as Social Influence: An Expanded View of Leadership Communication Theory and Practice. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 23(4), 467-479.
- Rydenfält, C., Johansson, G., Larsson, P. A., Åkerman, K., & Odenrick, P. (2012). Social structures in the operating theatre: how contradicting rationalities and trust affect work. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 783-795. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05779.x
- Saltzberg, W. C. (2011). Balancing in Moments of Vulnerability While Dancing the Dialectic. *Advances in Nursing Science*, 34(3), 229-242. doi: 10.1097/ANS.0b013e31822723b9
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care*, 19 Suppl 1, 132.
- Sandelin, A., & Gustafsson, B. Å. (2015). Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery. *Nordic journal of nursing research (trykt utg.)*, 35, 179-185.
- SBU. (2014). Mall kvalitativ forskningsmetodik. Hämtad 2019-05-05, från https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf
- Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård* (1., uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Silén-Lipponen, M., Tossavainen, K., Turunen, H., & Smith, A. (2005). Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 11(1), 21-32. doi: 10.1111/j.1440-172X.2005.00494.x
- Socialstyrelsen. (2008). Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Hämtad 2019-04-11, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8563/2008-10-17.pdf>

- Socialstyrelsen. (2010). Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659). Hämtad 2019-04-10, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659
- Socialstyrelsen. (2017). Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 2019-04-11, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- Socialstyrelsen. (2018). Mätningar och resultat. Hämtad 2019-04-05, från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/matningar-och-resultat>
- Sørensen, E., Olsen, I., Tewes, M., & Uhrenfeldt, L. (2014). Perioperative nursing in public university hospitals: an ethnography. *BMC Nursing*, *13*(1). doi: 10.1186/s12912-014-0045-7
- Tschan, F., Seelandt, J. C., Keller, S., Semmer, N. K., Kurmann, A., Candinas, D., & Beldi, G. (2015). Impact of case-relevant and case-irrelevant communication within the surgical team on surgical-site infection. *British Journal of Surgery*, *102*(13), 1718-1725. doi: 10.1002/bjs.9927
- Utbildningsdepartementet. (2003). Lag (2003:460) om etikprovning av forskning som avser människor. Hämtad 2019-04-26, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460
- Utbildningsdepartementet. (1998). Högskoleförordning (SFS 1993:100). Hämtad 2019-04-10, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100
- Wade, P. (2014). Developing a culture of collaboration in the operating room: more than effective communication. *ORNAC journal*, *32*(4), 16.
- Wæhle, H. V., Haugen, A. S., Søfteland, E., & Hjälmhult, E. (2012). Adjusting team involvement: a grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as experienced by nurses in the operating room. *BMC Nursing*, *11*(1), 16-16. doi: 10.1186/1472-6955-11-16
- Weldon, S-M., Korkiakangas, T., Bezemer, J., & Kneebone, R. (2015). Music and communication in the operating theatre. *Journal of Advanced Nursing*, *71*(12), 2763-2774. doi: 10.1111/jan.12744
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Wiklund Gustin, L., & Bergbom, I. (2017). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (2., uppl.): Lund : Studentlitteratur.

Willman, A. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad : en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (4., [rev.] uppl.): Lund : Studentlitteratur.

Vincent, K. C., Moorthy, W. K., Sarker, W. S., Chang, W. A., & Darzi, W. A. (2004). Systems Approaches to Surgical Quality and Safety: From Concept to Measurement. *Annals of Surgery*, 239(4), 475-482. doi: 10.1097/01.sla.0000118753.22830.41

Zheng, B., Taylor, M. D., & Swanström, L. L. (2009). An observational study of surgery-related activities between nurses and surgeons during laparoscopic surgery. *The American Journal of Surgery*, 197(4), 497-502. doi: 10.1016/j.amjsurg.2008.01.034

Bilaga 1.

Inklusions- och exklusionskriterierna fastställdes utifrån PEOT-modellen.

PEOT-modellen	Inklusionskriterierna	Exklusionskriterierna
P (population)	Operationssjuksköterska	Övrig personal i operationssal
E (exposure)	Operationssjuksköterskans kommunikation med kirurgen	Operationssjuksköterskans erfarenhet av kommunikation (verbal, non-verbal) med övrig personal i operationssal
O (outcome)	Operationssjuksköterskans erfarenheter	
T (typ av studie)	Kvalitativa studier. Metoder som används för att genomföra studien är fenomenologi, grounded theory, beskrivande samt etnografisk metod.	Enskilda forskarnas reflektion och åsikt om ämnet, litteraturöversikt, diskussionsartiklar, mixmetod samt kvantitativa studier

Bilaga 2. Sökningar gjorda i Cinahl den 29/4 2019.

Databas Cinahl	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
#1	(MH "Perioperative Nursing")		3173			
#2	(MH "Advanced Nursing Practice")		2434			
#3	(MH "Specialties Nursing")		1010			
#4	perioperative nursing OR operating room nursing OR advanced practice nursing OR Specialties nursing OR scrub nurse OR Theatre nurse OR Room nurse		10512			
#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4		10512			
#6	(MH communication")		17851			
#7	(MH "Nonverbal Communication")		1107			
#8	communication OR nonverbal communication OR conversation OR interaction OR collaboration		92957			
#9	#6 OR #7 OR #8		92957			
#10	(MH "Perception")		9528			
#11	(MH "Attitude")		4773			
#12	(MH "Emotions")		9766			
#13	perception OR attitude OR emotions OR experience		177724			

#14	#10 OR #11 OR #12 OR #13		177724			
#15	(MH "Operating Rooms")		2039			
#16	operating room		4049			
#17	#15 OR #16		4049			
#18	#5 AND #9 AND #14 AND #17		50			
#19	#5 AND #9 AND #14 AND #17	Peer reviewed	49			
#20	#5 AND #9 AND #14 AND #17	Peer Reviewed; Published Date: 20090101–20191231	40			
#21	#5 AND #9 AND #14 AND #17	Peer Reviewed; Published Date: 20090101-20191231, skrivna på engelska	37	9	9	3

Bilaga 3. Sökningar i Pubmed 30/4 2019.

Databas Pubmed	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
#1	((Perioperative nursing[MeSH Terms]) OR Advanced practice nursing[MeSH Terms]) OR Specialties Nursing[MeSH Terms]		23206			
#2	(((((Perioperative nursing) OR Advanced practice nursing) OR Specialties Nursing) OR operating room nursing) OR scrub nurse) OR theatre nurse) OR room nurse		38443			
#3	(((((Perioperative nursing[MeSH Terms]) OR Advanced practice nursing[MeSH Terms]) OR Specialties Nursing[MeSH Terms])) OR ((((((Perioperative nursing) OR Advanced practice nursing) OR Specialties Nursing) OR operating room nursing) OR scrub nurse) OR theatre nurse) OR room nurse)		38443			
#4	(communication[MeSH Terms]) OR nonverbal communication[MeSH Terms]		288116			
#5	(((((communication) OR nonverbal communication) OR conversation) OR interaction) OR collaboration		1320834			
#6	(((((communication[MeSH Terms]) OR nonverbal communication[MeSH Terms])) OR ((((((communication) OR nonverbal communication) OR conversation) OR interaction) OR collaboration)		1320834			
#7	((Perception[MeSH Terms]) OR Attitude[MeSH Terms]) OR emotions[MeSH Terms]		1103800			
#8	((((Perception) OR Attitude) OR Emotions) OR experience		1733041			

#9	(((Perception) OR Attitude) OR Emotions) OR experience)) OR (((Perception[MeSH Terms]) OR Attitude[MeSH Terms]) OR emotions[MeSH Terms])		1733041			
#10	operating rooms[MeSH Terms]		13021			
#11	operating rooms		14906			
#12	(operating rooms[MeSH Terms]) OR operating rooms		14906			
#13	(((operating rooms[MeSH Terms]) OR operating rooms)) AND (((Perception) OR Attitude) OR Emotions) OR experience)) OR (((Perception[MeSH Terms]) OR Attitude[MeSH Terms]) OR emotions[MeSH Terms])) AND (((communication[MeSH Terms]) OR nonverbal communication[MeSH Terms])) OR (((communication) OR nonverbal communication) OR conversation) OR interaction) OR collaboration))) AND (((Perioperative nursing[MeSH Terms]) OR Advanced practice nursing[MeSH Terms]) OR Specialties Nursing[MeSH Terms])) OR ((((((Perioperative nursing) OR Advanced practice nursing) OR Specialties Nursing) OR operating room nursing) OR scrub nurse) OR theatre nurse) OR room nurse))		84			
#14	(((operating rooms[MeSH Terms]) OR operating rooms)) AND (((Perception) OR Attitude) OR Emotions) OR experience)) OR (((Perception[MeSH Terms]) OR Attitude[MeSH Terms]) OR emotions[MeSH Terms])) AND (((communication[MeSH Terms]) OR nonverbal communication[MeSH Terms])) OR (((communication) OR nonverbal communication) OR conversation) OR interaction) OR collaboration))) AND (((Perioperative nursing[MeSH Terms]) OR Advanced practice	Senaste 10 år	56			

	nursing[MeSH Terms] OR Specialties Nursing[MeSH Terms]) OR ((((((Perioperative nursing) OR Advanced practice nursing) OR Specialties Nursing) OR operating room nursing) OR scrub nurse) OR theatre nurse) OR room nurse))					
#15	(((operating rooms[MeSH Terms] OR operating rooms)) AND (((Perception) OR Attitude) OR Emotions) OR experience)) OR (((Perception[MeSH Terms] OR Attitude[MeSH Terms]) OR emotions[MeSH Terms])) AND (((communication[MeSH Terms] OR nonverbal communication[MeSH Terms]) OR (((communication) OR nonverbal communication) OR conversation) OR interaction) OR collaboration))) AND (((Perioperative nursing[MeSH Terms] OR Advanced practice nursing[MeSH Terms] OR Specialties Nursing[MeSH Terms])) OR ((((((Perioperative nursing) OR Advanced practice nursing) OR Specialties Nursing) OR operating room nursing) OR scrub nurse) OR theatre nurse) OR room nurse))	Senaste 10 år Engelska	52	10	10	4

Bilaga 4. Tabell över exkluderade artiklar från Cinahl.

NR	Studie	Anledning till exklusion
1	Cordeiro Trajano et al	Uppfyller ej exposure
2	Prati G, Pietrantonio L	Ej relevant studiedesign
3	Affleck	Uppfyller ej exposure
4	Collette et al	Ej relevant studiedesign
5	Lanfranchi	Uppfyller ej exposure
6	Whyte et al	Uppfyller ej exposure

Tabell över exkluderade artiklar i Pubmed.

NR	Studie	Anledning till exklusion
1	Gutierrez et al	Ej relevant studiedesign
2	Weller et al	Uppfyller ej exposure
3	Ugur et al	Ej relevant studiedesign
4	Weldon et al	Ej relevant studiedesign
5	Von Beuzekom et al	Ej relevant studiedesign
6	Gillespie	Ej relevant studiedesign

Bilaga 5. Tabell över de inkluderade artiklarnas innehåll och kvalitet.

	Författare, år, land	Titel	Syfte	Metod/design, urval	Resultat	Kvalitet
1.	Wæhle, H. V., Haugen, A. S., Søfteland, E., & Hjalhmult, E. (2012). Norway	Adjusting team involvement: a grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as experienced by nurses in the operating room	Att utforska koordinerande sjuksköterskornas upplevelse i operationssalen vid införande av WHO:s Surgical Safety Checklist samt vilka utmaningar detta medför.	Grounded theory metod. Data analyserades genom observationer vid användning av WHO:s checklista samt efterföljande intervjuer i fokusgrupp. 14 (n=14) sjuksköterskor som hade erfarenhet av att använda WHO:s checklista delades i fyra fokusgrupper. Etisk godkänd	Operationssjuksköterskan försökte ”justera team involvering” i användning av checklistan genom tre strategier: distansera, moderera samt engagera teamet. Operationssjuksköterskor anpassar sig efter yrkesmässiga förhållandena i sin arbetsmiljö som leder till ofullständig användning av checklistan och låg överensstämmelsen.	Medelhög
2.	Clayton, J., Isaacs, A. N., & Ellender, I. (2016). Australia	Perioperative nurses' experiences of communication in a multicultural operating theatre: A qualitative study	Beskriva operationssjuksköterskornas upplevelse av att arbeta i ett multikulturellt operationsteam.	Hermeneutisk fenomenologisk design. 14 (n=14) operationssjuksköterskor intervjuades med semi-strukturerad intervjumetod. För att undvika selektionsbias har författarna exkluderade de sjuksköterskorna som de kände. Etisk godkänd	Operationssjuksköterskans och kirurgens olika kulturella och lingvistiska bakgrunder försvårar effektiv kommunikation. Olika sociala gemensamma aktiviteter, mentorprogram, språkkurser skapar god relation i teamet och ökar patientsäkerhet.	Medelhög
3.	Sørensen, E. E., Østrup Olsen, I., Tewes, M., & Uhrenfeldt, L. (2014). Denmark	Perioperative nursing in public university hospitals: an ethnography	Undersöka hur högteknologisk operationssalmiljö påverkar kvalitén på perioperativ omvårdnad som operationssjuksköterska ansvarig för.	Etnografisk studie. Under 9-månader genomfördes observationer och intervjuer. 24 operationssjuksköterskor från 9 operationssalar på två universitetssjukhus i Danmark har deltagit i studien.	I en högteknologisk miljö patienten betraktades antingen som en levande människa eller bara som ett objekt. Operationssjuksköterska hanterar högteknologi på tre olika sätt: interagerar och	Medelhög

				Etisk godkänd	förbättrar sina tekniska färdigheter, avstår och vågar inte använda teknik samt hel felaktig användning. Det finns behov i tekniska utbildningar för verksamma operationssjuksköterskor.	
4.	Riley R, & Manias E. (2009). Australia	Gatekeeping practices of nurses in operating rooms	Beskriva hur operationssjuksköterskor hanterar och kontrollerar informationsflöde på operationssal.	Etnografisk studie.Utfördes 230 timmar observationer, 11 individuella samt 4 gruppintervjuer. Bilder tagna av deltagarna användes som katalysator under intervjuerna.11 operationssjuksköterskor deltog. Etisk godkänd	Operationssjuksköterskor hanterar på 4 olika sätt: skyddar kirurgen från störande information; tar ansvar och hjälper sina kollegor med att ta fram rätt utrustning; ger tillgång och hjälper strukturera operationsdagen; använder tillgång till information i sitt eget intresse.	Medelhög
5.	Sandelin, A., & Gustafsson, B. Å. (2015). Sweden	Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery	Beskriva operationssjuksköterskans upplevelse av teamarbete med avseende på patientsäkerhet.	Kvalitativ deskriptiv studiedesign. Data insamlades genom intervjuer av 16 operationssjuksköterskor. Etisk godkänd	Personcentrerad omvårdnad, samarbete med andra yrkesgrupper i teamet samt tillgång till varandras kompetens främjar patientsäkerhet. Dålig interprofessionellt samarbete, kirurgens aggressiva beteende hotar patientsäkerheten.	Medelhög
6.	Higgins, B.L., & MacIntosh, J., (2010). Canada	Operating room nurses' perceptions of physician-perpetrated abuse.	Beskriva operationssjuksköterskans upplevelse av kirurgens maktmissbruk samt hur dem påverkas av detta, den beskriver också operationssjuksköterskans hälsa och förmåga att leverera patientsäker vård.	Kvalitativ deskriptiv studiedesign. 10 (n=10) kvinnliga operationssjuksköterskor som arbetar eller har arbetat inom operation och som kunde flytande engelska deltog i intervjuer. Etisk godkänd	Genererade kategorier: operationssalens kultur (arbetsmiljö, hierarki), katalysator av maktmissbruk (operationssjuksköterskans rangordning, relation mellan kirurger), effekter av maktmissbruk (psykologiska, psykiska, sociala hälsa) Stort behov av utbildning	Medelhög

					inom interprofessionell kommunikation.	
7.	Bezemer, J., Korkiakangas, T., Weldon, S.-M., Kress, G. & Kneebone, R. (2015), UK	Unsettled teamwork: communication and learning in the operating theatres of an urban hospital	Undersöka oönskade effekter av ökad personalomsättning bland operationssjuksköterskor, kirurger på operationssal.	Etnografisk fallstudie. Video inspelning av 20 operationer analyserades. Kommunikationssvårigheterna mellan operationssjuksköterska och kirurg som inte har arbetat tillsammans tidigare identifierades och interactionsanalys genomfördes. 3 kirurger, 5 assistenter av kirurger samt 13 operationssjuksköterskor deltog. Etisk godkänd	Kommunikationssvårigheter identifierades om kirurg och operationssjuksköterska har inte arbetat tillsammans innan då ökade antal avbrott under operationen relaterat till att kirurg/operationssjuksköterska behöver ställa många frågor till varandra om instrumenten, det kirurgiska ingreppet.	Medelhög
8.	Rydenfält, C., Johansson, G., Larsson, P. A., Åkerman, K., & Odenrick, P. (2012). Sweden	Social structures in the operating room theatre: how contradicting rationalities and trust work	Beskriva hur sjukvårdspersonalen arbetade på operation med en gemensam uppgift och hur detta påverkades på social och organisatorisk nivå.	Fenomenografisk studiedesign. Data insamlades genom intervjuer av femton operationspersonal som bestod av kirurg, anestesilog, operationssjuksköterska, anestesijuksköterska och pass på sal. Etiskt godkänd	Yrkessamverkan kan stärkas genom att organisera arbetet så att en gemensam syn skapas, sociala normer och relationer utvecklas. Detta kan bidra till att kommunikationsbrister minskar och förtroendet för varandra ökar.	Hög
9.	Rogers, D., Lingard, L., Boehler, ML., Espin, S., Klingensmith, M., Mellinger, JD., & Schindler, N. (2011). USA	Teaching operating room conflict management to surgeons: clarifying the optimal approach	Studien beskriver den mest lämpliga hanteringen av konflikter som passar i utbildningen för kirurger.	Grounded theory metod. Data samlades genom fokusgrupper som bestod av 31 operationssjuksköterskor, 35 kirurger. 40 berättelser inkluderades i studien. Etiskt godkänd	Hårt språk och negativa känslor reflekterade en genomgående och signifikant effekt på konflikthantering i operationsmiljön.	Medelhög

10.	Gillespie, M. B., Chaboyer, W., Longbottom, P., & Wallis, M. (2009). Australia	The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: A qualitative study	Syfte med detta arbete var att utvidga förståelse för de organisatoriska och individuella faktorer som påverkar teamsamarbete på operation.	Semi-strukturerade intervjuer användes samt gruppintervjuer med 16 deltagare, kirurger, anestesiologer, operationssjuksköterskor. Dataanalysen gjordes med både induktiv och deduktiv ansats. Etiskt godkänd	Tre tema kunde beskrivas: Tvärprofessionell mångfald i teamet bidrog till komplexa interpersonella relationer, organisatorisk inflytande påverkade teamsamarbetet och att utbildning kunde förbättra teamkommunikationen.	Medelhög
-----	--	---	---	---	---	----------

Bilaga 6
PRISMA Flödesdiagram

