



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

OPERATIONSSJUKSKÖTERSORS ERFARENHETER AV KOMMUNIKATION MED KIRURGER INTRAOPERATIVT

En intervjustudie

Linn Johansson och Lisa Karlsson

Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning operationssjukvård - Examensarbete i omvårdnad OM5340
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2021
Handledare:	Sofia Erestam
Examinator:	Ingalill Koinberg

Titel svensk:	Operationssjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med kirurger intraoperativt – en intervjustudie
Titel engelsk:	Operating room nurses' experiences of communication with surgeons intraoperatively – an interview study
Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning operationssjukvård - Examensarbete i omvårdnad OM5340
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/2021
Handledare:	Sofia Erestam
Examinator:	Ingalill Koinberg
Nyckelord:	Intraoperativ omvårdnad, Intraprofessionella relationer, Kirurg, Kommunikation, Operationssjuksköterska.

Sammanfattning

Bakgrund: Vårdskador inom svensk sjukvård är ett problem som skapar mycket lidande för patienter samtidigt som det kostar samhället mycket pengar. En av de faktorer som kan leda till vårdskador är brister i kommunikation. Undvikbara vårdskador relaterat till kirurgi är vanligt förekommande och operationssjuksköterskan behöver goda kunskaper inom kommunikation, då det är grunden för god samverkan i operationsteamet. Gott samarbete underlättar den kirurgiska processen och är en förutsättning för att den vård som levereras är patientsäker. Operationsteamet består av flera olika professioner som arbetar tillsammans mot ett gemensamt mål. Inom operationsteamet ryms det sterillklädda subteamet som består av operationssjuksköterska, kirurg och eventuellt assisterande kirurg. Tidigare forskning visar att kirurger mer ofta upplever en god kvalitet på kommunikationen än vad operationssjuksköterskan gör.

Syfte: Syftet var att undersöka operationssjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med kirurger intraoperativt.

Metod: Metoden som användes var en kvalitativ intervjustudie. Sex stycken semistrukturerade intervjuer med operationssjuksköterskor genomfördes. Data analyserades med en beskrivande, så kallad, manifest innehållsanalys.

Resultat: Ur dataanalysen framkom tre kategorier: *Samarbete i det sterillklädda subteamet*, *Relationer i det sterillklädda subteamet* och *Individens påverkan på kommunikation*. Tillsammans innehöll de tre kategorierna tolv subkategorier.

Slutsats: Etablerade team och goda relationer mellan individerna i teamet ansågs vara att föredra för att skapa en god kommunikation. Att medlemmarna i det sterillklädda subteamet känner varandra sågs som en förutsättning för att vara mer effektiva och minimera undvikbara incidenter. Författarnas konklusion av föreliggande studie är att goda relationer och etablerade team skulle kunna främja arbetsmiljö, produktion och patientsäkerhet.

Nyckelord: Intraoperativ omvårdnad, Intraprofessionella relationer, Kirurg, Kommunikation, Operationssjuksköterska.

Abstract

Background: Healthcare injuries are a problem in Swedish healthcare which leads to great suffering for patients and a great economical cost for the society. A factor that may lead to healthcare injuries is communication failures. Avoidable healthcare injuries related to surgery are common and the operating room nurse needs good knowledge in communication, that is the foundation to good collaboration in the operating room team. Good collaboration facilitates the surgical process and is a qualification needed to deliver safe care for the patient. The operating room team consists of several different professions who work together towards a common goal. Within the operating room team there is a sterile sub team containing operating room nurse, surgeon and sometimes an assisting surgeon. Previous research has shown that surgeons' experiences the quality of communication as good, more often than the operating room nurses' does.

Aim: The aim of the study was to examine operating room nurses' experiences of communication with surgeons intraoperatively.

Method: The method that was utilized was a qualitative interview study. Six semi structured interviews with operating room nurses were conducted. Data was analyzed using a manifest content analysis.

Results: The data analysis resulted in three categories: *Collaborating in the sterile sub team*, *Relationships in the sterile sub team* and *The individual's impact on communication*. Together the three categories contained twelve subcategories.

Conclusion: An established team and good relationships between the individuals in the team are facilitators for a good communication. A precondition for effectiveness in the team and minimizing avoidable incidents, is that members in the sterile sub team knows each other. The authors conclusion of the present study is that good relationships and established teams may promote the working environment, production and the safety of the patient.

Key words: Communication, Interprofessional-relations, Intraoperative care, Operating room nurse, Scrub nurse, Surgeon.

Förord

Vi vill tacka vår handledare Sofia Erestam för all stöttning och tålamod under den här processen. Du har hjälpt oss genom prövande stunder, utan dig hade vi inte klarat det här.

Vi vill även tacka de operationssjuksköterskor som medverkat i studien, era bidrag är ovärderliga.

Stort tack till våra nära och kära som kommit med peppande ord när det varit tufft.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Säker vård.....	1
Säker vård i operationssalen.....	1
Operationsteamet.....	2
Det sterilklädda subteamet.....	2
Kommunikation.....	3
Kommunikation i operationssalen – tidigare forskning.....	4
Problemformulering.....	5
Syfte.....	6
Vetenskapliga frågeställningar.....	6
Metod.....	6
Studiedesign.....	6
Urval.....	6
Datainsamling.....	7
Dataanalys.....	8
Etiska överväganden.....	9
Resultat.....	10
Samarbete i det sterilklädda subteamet.....	11
Känslan av att vara ett team.....	11
Tydlig kommunikation.....	11
Förberedelser.....	12
Våga fråga.....	12
Anpassad kommunikation utefter situation.....	13
Relationer i det sterilklädda subteamet.....	14
Goda relationer mellan teamets medlemmar.....	14
Positiva attityder.....	14
Negativa attityder.....	15
Individens påverkan på kommunikation.....	15
Anpassad kommunikation utefter individ.....	15

Personliga behov	16
Kunskap hos individen.....	17
Stress hos individen	17
Diskussion	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	20
Slutsats och klinisk implikation	24
Förslag på vidare forskning	24
Referenslista	25
Bilagor	
Bilaga A: Brev till verksamheten	
Bilaga B: Forskningspersonsinformation	
Bilaga C: Intervjuguide	
Bilaga D: Intervjumall	

Inledning

Varje år drabbas mellan 93 000 och 110 000 patienter av vårdskador i Sverige (Socialstyrelsen, 2019; Sveriges Kommuner och Regioner [SKR], 2020). Sju till åtta miljarder kronor beräknas det ytterligare vårdbehovet relaterat till vårdskador ha kostat samhället 2019 (SKR, 2020). Vårdpersonalens ansvar är att erbjuda patienten en vård som är säker och av god kvalitet (SFS 2010:659). Bristande kommunikation inom hälso- och sjukvården är en faktor som kan bidra till att vårdskador uppstår (Socialstyrelsen, 2015). Skador till följd av kirurgi är vanligt förekommande och uppskattas av olika instanser uppgå till mellan 10-20 % av totala antalet vårdskador (Socialstyrelsen, 2020a; SKR, 2020) vilka ofta leder till förlängd vårdtid (Socialstyrelsen, 2019). Många vårdskador relaterat till kirurgi beräknas vara undvikbara (SKR, 2020; Socialstyrelsen, 2019). Att förbättra patientsäkerheten är av stor vikt för varje enskild patient men det finns även stora ekonomiska skäl för samhället (SKR, 2020).

Bakgrund

Säker vård

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) ska verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård uppfylla kraven för en god vård. God vård och säker vård kopplas ofta samman i svensk och internationell sjukvård (Socialstyrelsen, 2020b). I syfte att uppfylla kraven för god vård krävs enligt Socialstyrelsen att verksamheter utreder orsaker till brister i säker vård, samt ett förebyggande arbete för att förekomma situationer som kan äventyra patientsäkerheten (Socialstyrelsen, 2020b). Patientsäkerhet definieras som "*skydd mot vårdskada*" (SFS 2010:659, kap. 1, 6§). Enligt Socialstyrelsen (2021) innebär detta att patienten skyddas från skada som uppstår i samband med hälso- och sjukvårdsåtgärder, samt till följd av fördröjd eller utebliven vård (Socialstyrelsen, 2021). Vårdskador definieras 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.*" (SFS 2010:659, kap 1 §5). Grundförutsättningarna för säker vård är en engagerad ledning med en tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens, samt personcentrerad vård (Socialstyrelsen, 2020b). Säker vård innebär även att urskilja och minska risker för att negativa händelser ska uppstå och på så sätt minska både patientlidande och vårdskador som går att förhindra (Von Vogelsang, Swenne, Gustafsson, & Falk Brynhildsen, 2020). Vårdgivare och vårdpersonal har ett gemensamt ansvar att bidra i patientsäkerhetsarbetet och en patientsäker vård (SFS 2010:659). I kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor inom operationssjukvård beskrivs det självständiga ansvaret för omvårdnad med utgångspunkt i sex kärnkompetenser. En av dessa punkter är säker vård som innebär att förebygga vårdskada (Riksföreningen för operationssjukvård [RFOP], 2020a).

Säker vård i operationssalen

För att kunna bedriva säker vård intraoperativt behöver operationssjuksköterskan bedriva ett systematiskt säkerhetsarbete (RFOP, 2020a) och besitta kunskaper i både tekniska och icke-

tekniska färdigheter (Socialstyrelsen, 2020c; Yule, Flin, Paterson-Brown & Maran, 2006). Tekniska färdigheter definieras av Socialstyrelsen (2020c) som kunskap i utförande av undersökningar, ingrepp och procedurer. Begreppet non technical skills [NTS], icke-tekniska färdigheter, definieras som personliga och kognitiva färdigheter som används inom högriskorganisationer, så som sjukvården. Kommunikation och teamwork är en del av NTS (Yule m.fl., 2006) och utöver dessa även stresshantering, situationsmedvetenhet, hantering av trötthet, ledarskap och beslutsfattande (Mitchell m.fl., 2010). Wiegmann, Elbardissi, Dearani, Daly och Sundt (2007) har visat att brister i teamwork är en vanligt förekommande orsak till att incidenter inträffar vid kirurgi. Enligt Yule m.fl. (2006) behöver arbetslaget besitta egenskaper som situationsmedvetenhet, god kommunikation och agera som ett team för att arbetet ska bli effektivt och säkert. För att säkerställa god kommunikation och ett gott teamwork intraoperativt finns kirurgiska checklistor, som WHO:s checklista för säker kirurgi, som är menad att säkerställa att specifika vårdmoment utförs i syfte att öka säkerheten vid kirurgi (Haynes m.fl., 2009; Singer m.fl., 2016; Socialstyrelsen, 2020d). Forskning har visat att mortaliteten och komplikationsfrekvensen minskar vid användandet av WHO:s checklista (Haynes m.fl., 2009).

Operationsteamet

Operationsteamet är ett multiprofessionellt team som ofta består av operationssjuksköterska, cirkulerande operationspersonal, kirurg, assisterande kirurg, anestesijüksköterska och anestesiläkare (Hull, Arora, Kassab, Kneebone & Sevdalis, 2011). Medlemmarna är beroende av varandras yrkeskompetens för att säkerställa att patienten erhåller optimal vård (Törring, Hoffer Gittell, Laursen, Steen Rasmussen, & Elgaard Sörensen, 2019; Abraham, Jeyakumar & Babu, 2016; Von Vogelsang m.fl., 2020; Gillespie m.fl., 2010). Multiprofessionella team kan medföra att de interprofessionella relationerna blir mer komplexa (Gillespie, Chaboyer, Longbottom & Wallis, 2010).

Det sterilklädda subteamet

Inom operationsteamet ryms olika subteam. Det sterilklädda subteamets medlemmar kan variera något men består i grunden av operationssjuksköterska, kirurg och assisterande kirurg. Den cirkulerande personalen assisterar det sterilklädda subteamet och beskrivs av Von Vogelsang m.fl. (2020) som operationssjuksköterskans förlängda arm då denna är sterilklädd.

En operationssjuksköterska är en legitimerad sjuksköterska som är specialiserad inom operationssjukvård och är en skyddad yrkestitel (Socialstyrelsen, 2020e). Operationssjuksköterskans kompetensområde innefattar i stort att uppnå och bibehålla en aseptisk operationsmiljö, ansvara för instrumentering, förebygga infektioner och komplikationer, planera och organisera arbetet intraoperativt, samt hantering av preparat (RFOP, 2019; Von Vogelsang m.fl., 2020). Att planera inför operationerna ger operationssjuksköterskan möjlighet till handlingsberedskap (Von Vogelsang m.fl., 2020). Operationssjuksköterskan ansvarar även för nedräkning av material för att se till att ingenting oavsiktligt kvarlämnas i patienten (Weldon, Korciakangas, Bezemer, & Kneebone, 2013; Von

Vogelsang m.fl., 2020), samt för att ge patienten möjlighet till välmående intraoperativt (Kelvered, Öhlén & Gustafsson, 2011; Von Vogelsang m.fl., 2020). Operationssjuksköterskan har ett ansvar att se till att den perioperativa vården är säker (RFOP, 2020a; Von Vogelsang m.fl., 2020). En studie har visat att operationssjuksköterskor ser det som sin främsta uppgift att värna om patientsäkerheten (Alfredsdottir & Bjornsdottir, 2008). Operationssjuksköterskan behöver ha goda kunskaper inom kommunikation, ledarskap och pedagogik för att säkerställa en god samverkan i operationsteamet (RFOP, 2020a).

Kirurger är legitimerade läkare med specialistkompetens. Kirurgen ansvarar för att bedöma behov av medicinsk behandling och bär det medicinska ansvaret perioperativt. Kirurgen ska bland annat ha kunskap om patofysiologi, diagnostik och behandling. Hen ska behärska den kirurgiska tekniken, ansvara för att den vård som bedrivs bygger på medicinsk vetenskap. Hen ska kunna samarbeta i multiprofessionella team, samt med patient och närstående. Kirurgens arbete innefattar även att undervisa medarbetare och studenter (Socialstyrelsen, 2021). Detta innebär att de som utför ett kirurgiskt ingrepp eller assisterar kan ha olika grader, så som underläkare, AT-läkare, ST-läkare, överläkare och så vidare. Enligt Socialstyrelsen (2021) kan läkare med specialisering inom kirurgi ha subspecialiteter så som ortopedisk kirurgi, neurokirurgi, gynekologisk och obstetrisk kirurgi. Kirurger har också beskrivits ha en central roll i att skapa ett gott klimat i operationsteamet som främjar trygghet (Aveling m.fl., 2018; Singer m.fl., 2016). För att patienten ska erhålla ett bra resultat efter kirurgi, krävs ett gott samarbete intraoperativt mellan operationssjuksköterska och kirurg (Von Vogelsang m.fl., 2020).

Den perioperativa fasen är hela tidsperioden innan, under och efter operation (Karolinska Institutet [KI], 2021a). Den perioperativa fasen delas in i preoperativa fasen, intraoperativa fasen och postoperativa fasen. Den preoperativa fasen är tiden från att patienten får reda på att hen ska opereras tills att hen kommer in till operationssalen (KI, 2021b). Intraoperativa fasen är hela tidsperioden som patienten är inne i operationssalen (KI, 2021c). Den postoperativa fasen är tiden efter operationen (KI, 2021d).

Kommunikation

Kommunikation härstammar från de latinska orden *communicare* och *communicatio* som i grund och botten betyder gemensamt och ömsesidigt utbyte (Sharp, 2012). Kommunikation kan delas in i både verbal och icke-verbal kommunikation som båda används inom operationssjukvården. Verbal kommunikation är det som muntligt sägs och kan vara i form av information. Icke-verbal kommunikation inom operationsteamet beskrivs som olika ögon- och ögonbrynsuttryck samt hand signaler (Mitchell m.fl., 2010). Icke-verbal kommunikation är vanligt förekommande inom operationsteamet, både mellan operationssjuksköterskan och kirurgen, men även mellan operationssjuksköterskan och den cirkulerande personalen (Von Vogelsang m.fl., 2020). Kommunikation är en grundpelare inom vården i stort, men även en del i teamarbetet och är viktig för patientsäkerheten (Weldon m.fl., 2013). Olika professioner lär sig att kommunicera på olika vis (Sharp, 2012). Läkare beskrivs av Sharp (2012) vara mer

tränade att kommunicera kort och koncist medan sjuksköterskors kommunikation beskrivs vara mer beskrivande och detaljrik. Detta kan enligt Sharp (2012) bidra till att det blir missförstånd i kommunikationen mellan dessa yrkesgrupper. Kommunikation är väldigt komplext och kan vid brister leda till vårdskador (Weldon m.fl., 2013). Leonard, Graham och Bonacum (2016) och Von Vogelsang m.fl. (2020) föreslår att effektiv kommunikation och teamarbete är grunden för en patientsäker vård av god kvalitet.

Kommunikation i operationssalen – tidigare forskning

Tidigare forskning har visat att bristfällig kommunikation och teamarbete ligger till grund för en stor andel undvikbara incidenter under operationer (Siu, Maran, & Paterson-Brown, 2014; Gillespie m.fl., 2010). Kommunikationsfel och brister i teamarbetet finns inom alla professionskategorier på operationsavdelningar (Siu m.fl., 2014). Gillespie, Gwinner, Chaboyer och Fairweather (2013) visar att kommunikationsbrister i operationsteamet existerar vid 30 % av alla ingrepp som utförs. I en studie av Lingard m.fl. (2004) visar resultatet att en tredjedel av kommunikationsbristerna, i operationsteamet, hotar patientsäkerheten genom ökad kognitiv belastning, avbrutna rutiner och ökad spänning i operationssalen. Kommunikationsträning kan vara utvecklande för operationsteamet och bidra till att minska kommunikationsbrister (Weldon m.fl., 2013; Lingard m.fl. 2004). Liknande visar en interventionsstudie av Halverson m.fl. (2011), att teamet mer än halverade deras kommunikationsbrister efter att de genomgått specifik träning i kommunikation.

God kommunikation har beskrivits vara grunden för effektivt teamarbete och säker kirurgi (Kelvered m.fl., 2012; Weldon m.fl., 2013; Gillespie m.fl., 2013), och kan leda till både kortare operationstider och färre misstag (Törning m.fl., 2019). Med ett välfungerande team kan negativa händelser undvikas (Wiegmann m.fl., 2007), den anställdes upplevelse av välbefinnande öka och resultatet för patienten förbättras (Silén-Lipponen, Turunen & Tossavainen, 2002). Enligt Gillespie m.fl. (2013) bidrar öppen kommunikation inom teamet till en gemensam förståelse för uppgiften som ska utföras och ger en förbättrad prestation. I ett etablerat team kan det räcka med en gest eller enstaka ord för att teamarbetet ska flyta på smidigt. De gånger som teammedlemmarna inte tidigare har arbetat tillsammans finns risk för tvekan inför att kommunicera med övriga teammedlemmar, som gör att viktig information missas. En annan aspekt som gör att teammedlemmarna avstår från att kommunicera kan vara att de inte kan varandras namn (Gillespie m.fl., 2013). Icke fungerande kommunikation kan ge motsatt effekt och äventyra patientsäkerheten (Gillespie m.fl., 2013), samt leda till en ineffektivitet, fördröjning och irritation mellan teammedlemmarna (Halverson m.fl., 2011). Operationsteamets sammansättning med många olika yrkeskategorier bidrar till att kommunikationen många gånger kompliceras (Weldon m.fl., 2013)

Enligt Weldon m.fl. (2013) är god kommunikation inom operationsteamet lika viktig som teamets tekniska färdigheter. Debriefing pre- och postoperativt upplever operationssjuksköterskor bidra till en patientsäker vård (Von Vogelsang et al., 2020).

Debriefing i syfte att utvärdera teamets NTS kan klargöra avsikten och effekten av ett beteende, samt utveckla ledarskap och teammedlemmar (Aveling m.fl., 2018). Det är önskvärt att teammedlemmarna känner varandra och tidigare har arbetat tillsammans för att uppnå ett bra teamarbete (Gillespie m.fl., 2013; Gillespie m.fl., 2010). Teamarbetet kan förbättras genom utbildning och därmed påverka teamets effektivitet (Gillespie m.fl., 2010), sammanhållning, trygghet och ökad produktion (Singer m.fl., 2016). Fokus bör vara att skapa förståelse för övriga professioner och därmed påverka värderingar och attityder hos teamets medlemmar vilket har visat sig leda till god kommunikation och goda relationer inom teamet, vilket i sin tur är en facilitator till att vården som levereras är patientsäker (Gillespie m.fl., 2013).

Hierarkier beskrivs som ett hinder inom teamarbete, som kan leda till brister i kommunikation och därmed äventyra patientsäkerheten (Weldon m.fl., 2013; Gillespie m.fl., 2013; Leonard, Graham & Bonacum, 2016). Hierarkier kan exempelvis leda till att viktig information missas när teammedlemmarna inte vågar framföra sina tankar och säga ifrån om man har något viktigt att säga, vilket Gillespie m.fl. (2013) benämner som 'speak up'. Klimatet i operationssalen behöver vara tillåtande, så att individen vågar säga ifrån om en säkerhetsrisk uppmärksammas (Leonard m.fl., 2016). Kirurgen behöver enligt Singer m.fl. (2016) inse sin ledande roll och ta avstånd från den hierarkiska kulturen som länge varit närvarande inom sjukvården. Detta kan medföra att övriga medlemmar i operationsteamet inspireras att kommunicera öppet, vara aktiva i samordning, samt vara bidragande till ömsesidig respekt (Ziman, Espin, Grant & Kitto, 2018). Avståndstagande från hierarkier är en förutsättning för att checklistor för säker kirurgi ska vara välfungerande (Singer m.fl., 2016).

Flera studier har visat att det är skillnad på operationssjuksköterskans och kirurgens upplevelse av kommunikation och teamarbete (Mills, Neily & Dunn, 2008; Erestam, Haglind, Bock, Erichsen Andersson & Angenete, 2017; Makary m.fl., 2006; Carney, West, Neily, Mills & Bagian, 2010; Wauben m.fl., 2011). Kirurgen upplever mer ofta en god kommunikation och ett gott teamarbete än vad operationssjuksköterskan gör (Mills m.fl., 2008; Makary m.fl., 2006; Carney m.fl., 2010; Erestam m.fl., 2017). Erestam m.fl. (2017) har i sin studie visat att teammedlemmarna ofta är mest positiva till sin egen professions teamarbete och kommunikation, samt att det finns mer att önska när det kommer till teamarbete och kommunikation mellan professionerna. Av operationssjuksköterskorna ansåg 36% att kvalitén på kommunikationen med kirurger av grad överläkare eller specialist var hög eller mycket hög, medan 64% av kirurgerna ansåg att kvalitén på kommunikationen med operationssjuksköterskor var hög eller mycket hög. Alla professioner var dock eniga i att det behövs en bättre kommunikation i operationssalen där att alla vågar framföra sina tankar (Erestam m.fl., 2017).

Problemformulering

Kommunikationen mellan operationsteamets medlemmar och dess påverkan på säkerheten för patienter i och utanför operationssalen har tidigare studerats. Med en bättre kommunikation

hade andelen vårdrelaterade skador kunnat minska. Kommunikation är en del av det som benämns som icke tekniska färdigheter inom operationssjukvården. Studier har visat att icke tekniska färdigheter är lika viktiga som tekniska färdigheter hos operationsteamet för att säkerställa patientsäker vård. För att arbeta patientsäkert krävs teamarbete av hög kvalitet mellan operationssjuksköterska och kirurg där kommunikationen är av yttersta vikt. Det finns dock studier som beskriver att kvalitén på kommunikationen mellan operationssjuksköterska och kirurg upplevs som låg och kirurgen oftare har en mer positiv uppfattning om kommunikationen intraoperativt än vad operationssjuksköterskan har. Få studier är utförda med inriktning mot operationssjuksköterskans erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen. Mot bakgrund av detta finns anledning att genom en kvalitativ intervjustudie, studera operationssjuksköterskors erfarenhet av att kommunicera med kirurger intraoperativt.

Syfte

Syftet var att undersöka operationssjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med kirurger intraoperativt.

Vetenskapliga frågeställningar

- Vilka barriärer och facilitatorer finns för god kommunikation intraoperativt?
- Hur upplever operationssjuksköterskor att kommunikationen skiljer sig åt beroende på kirurgens erfarenhet och olika roller?

Metod

Studiedesign

Studiens syfte var att undersöka operationssjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med kirurger intraoperativt. Enligt Polit och Beck (2021) är kvalitativ ansats en lämplig metod att använda när syftet med studien är att undersöka erfarenheter av ett fenomen och därför användes kvalitativ ansats för denna studie. Förhållningssättet har under processen varit induktiv och i enlighet med Polit och Becks (2021) beskrivning av kvalitativ forskning var syftet med studien inte att generalisera utan att skapa en djupare och mer detaljrik förståelse för fenomenet. Analysen har skett i enlighet med Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys och det som legat till grund är datans manifesta innehåll i enlighet med den definition som erbjuds av forskarna.

Urval

Deltagare till studien rekryterades genom att två operationsenheter i västra Sverige, som författarna hade koppling till genom tidigare verksamhetsförlagd utbildning. De fick information om studien efter godkännande av verksamhetschefen, som även hade mottagit ett brev till verksamheten (Bilaga A). Forskningspersonsinformation (Bilaga B) fanns tillgänglig för samtliga operationssjuksköterskor via anslagstavlor eller som personligt mejl. De operationssjuksköterskor som var intresserade av att delta i studien tog kontakt med författarna

direkt eller via sin vårdenhetschef. Detta genererade ytterligare en kontakt mellan författarna och den eventuella deltagaren för att ge en muntlig information om studiens syfte och förfarande. Inklusionskriteriet som användes vid rekrytering var att deltagarna var operationssjuksköterskor. För att få en så omfattande bild som möjligt av fenomenet som menades att studeras, var ambitionen att utföra ett strategiskt urval i syfte att få ett varierat urval (Polit & Beck, 2021; Graneheim & Lundman, 2004). Vid rekrytering hade forskarna för avsikt att maximera variationen hos deltagarna genom att inkludera män och kvinnor, med olika ålder, samt varierat antal yrkesverksamma år. Sju personer anmälde sitt intresse till att delta i studien, varav en av dessa anmälde sig när datainsamlingen redan var klar. De sex som anmält intresse i tid inkluderades i studien. Således blev urvalet mer av ett bekvämlighetsurval på grund av det låga antalet intresserade deltagare. I studien ingick två män och fyra kvinnor. Fördelningen över deltagarnas ålder och antal yrkesverksamma år presenteras i Tabell 1 och Tabell 2.

Tabell 1

Deltagarnas åldersfördelning

31-40 år	41-50 år	51-60 år	61-70 år
1 person	1 person	3 personer	1 person

Tabell 2

Deltagarnas fördelning över antal år i yrket

<10 år	10-20 år	>20 år
1 person	2 personer	3 personer

Datainsamling

Den kvalitativa forskningsintervjun har för avsikt att förstå undersökningspersonens synvinkel genom att denna ges möjlighet att beskriva sin livsvärld och utveckla mening ur deras erfarenheter (Polit & Beck, 2021). Den intervjumetod som har använts under studien är semistrukturerade intervjuer, vilket innebär att frågorna som ställs är av öppen karaktär med en viss struktur, men ordningsföljden kan variera. Med denna datainsamlingsmetod var meningen att de intervjuade personerna skulle få berätta fritt om fenomenet, men samtidigt säkerställa att studiens syfte besvarades (Polit & Beck, 2021). På grund av rådande pandemi fanns ej möjlighet till fysiskt möte. Deltagarna valde själva om de ville genomföra intervjuerna via telefonsamtal eller digitalt forum. Samtliga deltagare valde att genomföra intervjun via det digitala forumet Teams. Hill, Bleicher och Farma (2021) menar att det är att föredra att intervjuerna sker via ett digitalt forum som deltagarna är kända med. Deltagarna var kända med Teams genom sin arbetsplats. I enlighet med Hill m.fl. (2021) fick deltagarna ett mejl med information inför intervjuerna som innefattade tidpunkt och länk till mötet, samt tillvägagångssätt vid förhinder.

Muntligt samtycke rörande deltagande i studien samt godkännande av ljudinspelning under intervjuerna inhämtades innan intervjustart. Ljudinspelning gjordes med hjälp av diktafon i mobiltelefon. Deltagarna ombads först och främst svara på demografiska frågor för att sedan påbörja intervjun. En intervjuguide (Bilaga C) användes som stöd under intervjuerna i enlighet med rekommendationer från Polit & Beck (2021). Huvudfrågan var av generell karaktär och följdfrågorna var av mer specifik karaktär. Frågor för att få deltagarna att utveckla sina svar användes när det bedömdes nödvändigt. Inför studiens start genomfördes en provintervju i syfte att testa lämpligheten på de frågorna som planerades att ligga till grund för de semistrukturerade intervjuerna samt även kontrollera den tekniska utrustningen (Polit & Beck, 2021). Frågorna i intervjuguiden ändrades inte efter provintervjun och författarna valde därför att inkludera data från den genomförda intervjun i studien. Intervjuernas duration varierade mellan 23-43 minuter.

Dataanalys

Datan analyserades med kvalitativ manifest innehållsanalys, i enlighet med den systematik och struktur som beskrivs av Graneheim och Lundman (2004). Ljudupptagning från intervjuerna transkriberades i sin helhet och strukturerades med hjälp av en intervjumall (Bilaga D). Intervjuerna pseudonymiserades och kodades (Polit & Beck, 2021). Transkriberingarna genomlästes av författarna med avsikt att skapa förståelse för dess helhet. Ur transkriberingarna identifierades meningsbärande enheter som svarade på syftet. De meningsbärande enheterna kondenserades sedan, för att förtydliga dess centrala innehåll, och kodades, se exempel i Tabell 3. Koderna grupperades utifrån likheter och skillnader till subkategorier och kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Under hela processen diskuterades analysprocessen mellan författarna och vid osäkerhet kring tolkning återgick författarna till ursprungsdatan.

Tabell 3 - Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserade meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
“Mycket tycker jag hänger på vem som är operatör om kommunikationen fungerar bra eller dåligt. Jag tycker liksom att det är väldigt operatörsbundet hur kommunikationen fungerar.”	Beror på vem som är operatör om kommunikationen är fungerar bra eller dåligt. Kommunikationens funktion är operatörsbunden.	Kommunikationen är individbunden	Anpassad kommunikation utefter individ	Individens påverkan på kommunikationen

Etiska överväganden

Godkännande av studiens genomförande erhöles av Göteborgs universitets etikgrupp innan rekrytering av deltagare. Helsingforsdeklarationen säger att forskning och generering av ny evidensbaserad kunskap inte får äventyra mänskliga rättigheter. Forskningspersonens hälsa, självbestämmande och värdighet behöver skyddas och information från forskningspersonen måste hanteras konfidentiellt (World Medical Association [WMA], 2008). Under hela studiens gång hade författarna för avsikt att arbeta aktivt med forskningsetik, vilket innefattar att skydda forskningspersonens integritet och förtroendet för vetenskapen (Cöster, 2014).

Enligt lagen om etikprövning för forskning som avser människor (SFS 2003:430) skall forskningspersonsinformation ges skriftligt. Informationen, som skickades till operationssjuksköterskor som eventuellt ville medverka i studien, bestod av studiens syfte, bakgrund för studien, metod för datainsamling, vilka konsekvenser som kan uppstå och information om forskningshuvudmannen, i enlighet med lagen om etikprövning för forskning som avser människor (SFS 2003:430). I enlighet med Etikprövningsmyndigheten (2021) innehöll forskningspersonsinformationen hur kontaktuppgifter till deltagaren hittades för att kunna göra förfrågan om deltagande i studien och även hur forskningspersonen går tillväga för att se resultatet av studien senare. Forskningspersonsinformationen var enkelt formulerad och innefattade kontaktuppgifter till författarna för att deltagaren skulle kunna ställa eventuella frågor, utifrån Etikprövningsmyndighetens (2021) beskrivning om vad forskningspersonsinformationen ska innefatta. Forskningspersonerna informerades om att det var helt frivilligt att vara med samt att de hade möjlighet att ångra sig, och därmed avbryta sin medverkan när som helst (SFS 2003:430). Informerat samtycke lämnades muntligt innan intervjuernas start och dokumenterades via ljudinspelning (SFS 2003:430).

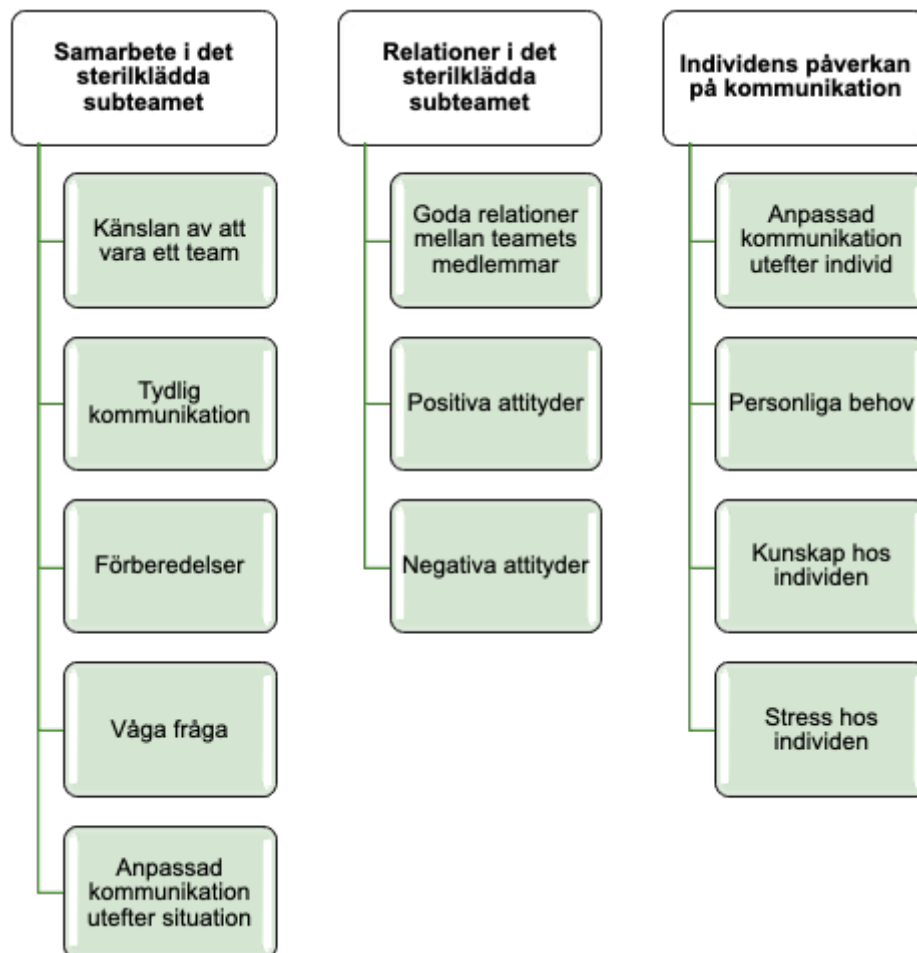
Risker med forskningen måste alltid vägas mot nyttan som kommer med kunskapen (WMA, 2008; Cöster, 2014). I denna studie fick deltagarna gedigen forskningspersonsinformation för att själva kunna göra ett eget val om de ville delta eller ej. Detta för att undvika risken att någon av deltagarna skulle känna sig påtvingade att delta och ha all fakta om studien. Förhoppningen och nyttan med denna studie är att den kan bidra med ökad kunskap om operationssjuksköterskors erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen med kirurger, samt vilka hinder och facilitatorer som kan finnas för en god kommunikation. Genom detta kan operationssjuksköterskor och kirurger få en djupare förståelse för brister i intraoperativ kommunikation. Deltagarna får alltså chans att vara med och bidra för att utveckla professionen. De får även chans till personlig reflektion. De frågor som användes i denna studie övervägdes noga och hade för avsikt att vara neutrala. Meningen var inte att dessa skulle kunna tolkas som ifrågasättande mot arbetssättet eller kränkande för deltagaren. Författarna hade inte för avsikt att forcera fram några svar. I denna studie fanns ingen risk för fysisk skada av forskningspersonen. Däremot fanns en mindre risk för att forskningspersonen kunde få en psykisk negativ reaktion, i de fall då operationssjuksköterskor hade obearbetade negativa erfarenheter av intraoperativ kommunikation med kirurger. Författarna hade som handlingsplan

att hänvisa forskningspersoner till sjukhusets företagshälsovård för hjälp, om behov hade uppstått. Riskerna för deltagarna bedömdes som låga i förhållande till nyttan som deras deltagande kunde innebära.

För att inte röja deltagarnas identitet kodades all data och filerna låstes med säkerhetskod. Ett icke digitaliserat dokument förvarades oåtkomligt för obehöriga med koderna som visade vilket transkriberat material som kunde kopplas till vilken deltagare och ljudupptagning. Efter att magisterarbetet godkänts kommer det insamlade materialet att kasseras.

Resultat

I syfte att undersöka operationssjuksköterskors erfarenhet av kommunikation med kirurger intraoperativt genomfördes sex stycken semistrukturerade intervjuer. Ur den dataanalys som ligger till grund för resultatet framträdde tre kategorier och tolv subkategorier (Figur 1). Resultatet redovisas utifrån kategorierna *Samarbete i det sterillklädda subteamet*, *Relationer i det sterillklädda subteamet* och *Individens påverkan på kommunikation*, samt subkategorier.



Figur 1 - Kategorier och subkategorier

Samarbete i det sterilkädda subteamet

Känslan av att vara ett team

Operationssjuksköterskornas erfarenheter av god kommunikation med kirurgen beskrevs bygga på ett öppet klimat där man accepterade varandras roller samt hade inställningen att alla i operationsteamet var lika värda och inte klarar sig utan varandra. Känslan av att inte känna sig så mycket värd och endast finnas där för att instrumentera upplevde operationssjuksköterskorna som otacksamt.

“...låt oss känna att vi liksom är en i laget och inte bara du står här och jag står där. Liksom att man känner en samhörighet och att man känner att man hör ihop tillsammans liksom... Det tror jag kan främja kommunikationen oavsett vad det är för kommunikation...”

“På något sätt så är man ett team, ingen av oss klarar oss utan den andra.”

Det framkom att varken operationssjuksköterska eller kirurg bör lägga värderingar i varandras arbete då det kunde medföra att personen hamnade i obalans och kom av sig. Att ha en god förmåga att samarbeta samt allas medvetenhet om att vara där för patientens skull sas vara viktigt. En annan främjande faktor för god kommunikation som lyftes var känslan av samhörighet och att vara en del i teamet. Positiv feedback från kirurger fick operationssjuksköterskan att känna sig uppskattad.

Tydlig kommunikation

Operationssjuksköterskornas erfarenheter var att klar och tydlig kommunikation som var kort, koncis, rak och i adekvat ljudvolym främjade god kommunikation. Vikten av att prata i en lagom hög ljudnivå och undvika brus på sal framhävdes. Brus på sal kunde vara musik eller mycket personal som samtalade utanför det sterilkädda subteamet. Att viska ansågs vara direkt negativt. Vana kirurger upplevdes mer trygga i sin roll, visste vad de behövde och kunde förmedla det på ett tryggt och lugnt sätt. De talade långsamt, med hög ljudnivå, var informativa och kunde svara på frågor.

“Ja alltså det är ju naturligtvis om operatören pratar väldigt tyst. Så de det är ju, då får man ju bara be att de pratar lite högre så man hör vad dom säger.”

Det sas vara viktigt för operationssjuksköterskorna att veta vem som var huvudoperatör och bestämde under operationen för att det skulle finnas en tydlig struktur och ett tydligt ledarskap. I akuta situationer var det viktigt att vara tydlig och klar med vad som skulle göras och vad som inte skulle göras. Två aspekter som skapade en tydlighet i kommunikationen beskrevs vara vetskap om varandras namn och bekräftande av kirurgens instruktioner. Genom att benämna varandra vid namn tydliggjordes vem kommunikationen var riktad till.

“...kommunikation och att den ska vara kort och koncis och innehålla det den behöver och inte massa annan babbel.”

Bristande kunskaper vad gäller svenska språket var en faktor som uppgavs hindra god kommunikation. Att som operationssjuksköterska kommunicera med kirurger på engelska kunde upplevas svårt. Fokus blev då mer på språket, istället för på arbetsuppgiften.

Förberedelser

Goda förberedelser preoperativt beskrevs underlätta för den intraoperativa kommunikationen då det ledde till att operationssjuksköterskan inte behövde ställa lika många frågor mitt under operationen. En väg till goda förberedelser var att kirurgen kommunicerade via en korrekt och detaljrik operationsanmälan som operationssjuksköterskan kunde ta del av inför operationen. Det upplevdes också positivt att kirurgen kom in på operationssalen för att i förväg se över det material som skulle användas. Vid oklarheter var det uppskattat när operationssjuksköterskan kunde ringa kirurgen inför operationen för att stämna av. Blev kirurgen irriterad av telefonsamtalet upplevdes det vara ett hinder. Om kirurgens plan för operationen ändrades var det av vikt att kommunicera detta till operationssjuksköterskan och gjordes inte det så skapades en frustration i det sterilklädda subteamet. Vid tillfälle då operationssjuksköterskan upplevde att det inte fanns någon strukturerad plan skapade det också frustration.

“För mig är det ju när jag har förberett mig, förberett mig bra och att jag kan kommunicera med operatör. Om det är någonting som är oklart så kommunicerar jag med operatören. Jag tycker det är väldigt viktigt att kommunicera väldigt mycket innan för då behöver man inte kommunicera så mycket mitt under, för det är ingen bra kommunika....Det är om man har förberett sig bra innan och vet ingreppets art så, så blir det en bra kommunikation under arbetets gång.”

Våga fråga

Operationssjuksköterskorna framhävde att främjande faktorer för god kommunikation var att operationssjuksköterskan både vågade och hade möjligheter att ställa frågor både preoperativt och intraoperativt till kirurgen. Operationssjuksköterskan behövde känna att frågor inte var något att skämmas för och att det var accepterat av kirurgen att fråga. Vid upplevelse av att kirurgen blev irriterad vid frågor kunde det påverka operationssjuksköterskan så denna istället avstod från att ställa sina frågor och blev tyst. Detta ansågs kunna bidra till risk för fel och förväxling. Ett förslag som framkom var att operationssjuksköterskan kunde sprida ut sina frågor till andra om det inte rörde det specifika ingreppet.

Operationssjuksköterskor med många år i yrket nämnde att de förr knappt vågade ställa frågor till kirurgen då det förutsattes att man bara skulle veta. Enligt operationssjuksköterskorna har attityden till att svara på frågor ändrats ju mer nya läkare som kommit. Kommunikationen mellan yngre kirurger och yngre operationssjuksköterskor upplevdes vara mer jämlik och naturlig, vilket ansågs vara positivt. Hierarkier sågs som ett hinder för god kommunikation, men var enligt operationssjuksköterskorna, också det, mer vanligt förekommande förr.

Ett klimat där kommunikationen var lugn och sansad, samt att det gavs möjlighet att ta del av planen för operationen och även chans till frågor upplevdes leda till en god intraoperativ kommunikation. Ett tillfälle då frågor kunde ställas sas vara under timeout vid genomförande av en checklista för säker kirurgi inför operationen. Då kirurgen var ovillig att genomföra timeouten ansågs det vara ett hinder för god kommunikation intraoperativt. Viktigt var även att en fortlöpande kommunikation, mellan kirurg och operationssjuksköterska, tilläts. Vid tillfälle då operationssjuksköterskan upplevt att kirurgen förbjöd kommunikationen intraoperativt, och därmed stälpte den fortlöpande kommunikationen, behövdes en acceptans till att det tog tid att förbereda de material som behövdes.

“Vet jag att det är en operatör som blir jävlig irriterad om jag frågar någonting, ja då väljer jag ju också kanske att inte fråga... Jag behöver ju inte skapa en irritation som kanske inte ens behöver uppstå i såret... frågar jag nu så vet jag att han kommer att bli irriterad då väljer jag att inte fråga för jag vet inte om frågan kommer ens att behövas liksom.”

Anpassad kommunikation utefter situation

Operationssjuksköterskor beskrev att kommunikationen med medlemmarna i det sterilklädda subteamet behövde anpassas efter situationen och spänningsläget. Att följa med i den kirurgiska processen beskrevs ge möjlighet till att få en känsla för när kirurgen behövde koncentrera sig och det inte var läge att prata. Förmågan att känna av stämning, när det lämpade sig att prata och inte, beskrevs vara svår. Uppfattningen var att ju tryggare operationssjuksköterskan var i yrket desto lättare blev förmågan att känna av stämningen. Kommunikationen sas bygga på erfarenhet som förvärvades med åren. Erfarenheten medförde att operationssjuksköterskan visste vad som behövde och inte behövde kommuniceras, där onödiga frågor kunde undvikas. Vid kritiska skeden tystnade man enligt operationssjuksköterskorna. Medlemmarna i det sterilklädda subteamet kunde inte prata om vad som helst, när som helst. Det poängterades att kommunikationen i stressade situationer måste bli bra. Kommunikation kring privata saker kunde ske när såret slöts och det inte behöves lika stort fokus på såret. När uppmärksamheten riktades från operationsområdet så kunde operationssjuksköterskan missa när kirurgen behövde något och detta kunde enligt operationssjuksköterskorna tolkas som att kirurgerna kände att det var ouppmärksam av dem. Vikten av att endast prata när man har något relevant att säga ansågs ge tyngd till det man har att säga vid tillfällena då kommunikation är nödvändig.

“Ah och så står man så och så pratar man och så dissekerar upp och tar sig nära, och så börjar vi närma oss de här farliga området i knäet. Då blir ju att då får man anpassa sig, så får vi koncentrera oss... Så då jobbar vi liksom väldigt koncentrerat och då. Ja alla är koncentrerade och så ser man att ja nu, nu så nu har vi kommit förbi där... då blir det liksom lite lugnare, då är det inget direkt som kan hända och då kan man liksom börja prata lite mer avslappnat igen och så diskutera också vidare då....”

Relationer i det sterilklädda subteamet

Goda relationer mellan teamets medlemmar

Samtliga operationssjuksköterskor belyste goda relationer som en främjande faktor till god kommunikation med kirurgen intraoperativt. Det framhövdes att det krävdes erfarenhet och att medlemmarna i det sterilklädda subteamet tidigare hade arbetat tillsammans för att kunna skapa en god relation. Då blev kommunikationen mer flytande. Det tog ett tag vid en ny relation innan individerna kände av hur de skulle samspela. Även vid längre relationer kunde operationssjuksköterskorna uppleva att kirurgen inte hade förståelse för att de hade många kirurger att förhålla sig till och därav hade svårt att veta vad som gällde för varje specifik kirurg och ingrepp. En god relation uppgavs leda till vetskap om hur den andre personen ville arbeta och moment kunde utföras utan att verbalt kommunicera om vad som skulle göras. Det ledde även till förmåga att läsa av varandras humör och operationssjuksköterskan kunde få en känsla för hur samtalet med kirurgen intraoperativt kunde föras. Exempelvis hur kommunikationen var när kirurgen stötte på problem. Relationen gjorde att samtalet intraoperativt gav utrymme att innefatta annat än det som endast rörde ingreppet. Kommunikationen var då mer avslappnad, lättsam, familjär och kravlös, och diskussioner rörande detaljer i ingreppet minskade.

“Och där kan kommunikationen där man känner sig hemma och man känner kirurgen vara väldigt lättsam och inte något kravfyllt.”

Vid nya eller dåliga relationer upplevdes kommunikationen bli mer strukturell och kirurgen fick berätta vad som behövdes. Om två personer inte gick ihop beskrevs det vara ett hinder för god kommunikation. Vid detta scenario beskrev operationssjuksköterskan att fokuset blev inriktad på att hålla sig professionell, sköta sin uppgift och kommunicera det mest nödvändiga. Kommunikationen med kirurger som upplevdes mindre roliga att arbeta med rörde framförallt arbetet som skulle utföras och kommunikation av privat karaktär berördes ej. Operationssjuksköterskan lät då kirurgen styra samtalet. Hade operationssjuksköterskan eller kirurgen en dålig dag så sas det vara viktigt att våga kommunicera detta till teamet.

“Om man står med en operatör som man kanske har inte träffat så mycket så tar, jag upplever att operationen tar längre tid, innan vi förstår varandra och han eller hon önskar för instrument eller vad det är för stent de vill sätta i magen eller i uretären eller sådär. Det blir lite mer opersonligt och det tar lite längre tid själva operationstiden.”

Positiva attityder

Faktorer som framhövdes ha positiv inverkan på en god relation och därmed vara facilitatorer till en god kommunikation var sunt förnuft och hyfs, trevlig stämning i operationssalen och att teamet var trevliga mot varandra. Förekomsten av trevliga kvinnliga kirurger upplevdes mer vanligt än trevliga manliga. Att uppmärksamma kollegor genom att hälsa trevligt, alternativt att ringa kirurgen inför operation för att stämma av inför dagen, beskrevs som trevligt beteende. Vid telefonsamtal beskrevs det dock vara viktigt att inte störa vid eventuella möten då det kan

skapa irritation istället för en god stämning. Operationssjuksköterskornas erfarenhet var även att korrigerande av en kollegas arbete, fördelaktigt gjordes med en positiv attityd. Humor och glädje beskrevs som främjande för kommunikationen.

“... man är trevlig mot dem man jobbar med, att man är trevlig mot sina kollegor. Och trevlig mot de andra på salen.”

Negativa attityder

Faktorer som uppgavs ha en negativ inverkan på en god relation, och därmed vara hinder för god kommunikation, var ett otrevligt bemötande och användandet av illvilliga kommentarer. Illvilliga kommentarer var dock mer vanligt före. Uppfattningen att kirurgen var negativt inställd till operationssjuksköterskan kunde leda till att denne tyckte illa om kirurgen och medföra att kommunikationen blev tvär. Förutfattade meningar ansågs vara en faktor som påverkade kommunikationen då operationssjuksköterskan fick en inställning till kirurgen och blev mer försiktig och tyst i försök att hålla sig neutral. Fokus uppgavs då bli mer inriktat på arbetet och inte det sociala. Var en kirurg otrevlig så beskrevs det som en fördel att som operationssjuksköterska vara man eller äldre. Äldre kollegor kunde uppleva att yngre kollegor blev mer hackade på av kirurgerna, vilket de äldre operationssjuksköterskorna beskrev som tråkigt. Upplevelsen var att detta minskade i samband med att operationssjuksköterskan fick bättre självförtroendet.

“Och sen liksom kom in på sal på morgonen, säg hej, fråga hur du mår. Alltså kom inte bara in med händerna i luften som någon stolpskott och va tyken.”

Individens påverkan på kommunikation

Anpassad kommunikation utefter individ

Operationssjuksköterskor beskrev den intraoperativa kommunikationen med kirurgen som svår, men som en faktor för att operationen skulle flyta på bra. Kommunikationen sas påverkas mer av hur individen var än av dess roll. Detta gällde både operationssjuksköterska och kirurg. Kommunikationen behövde anpassas utefter individen och dess personlighet, detta kunde exempelvis göras genom mimik, ljudnivå, tonläge, ordval och blickar. Operationssjuksköterskornas erfarenhet var att kirurger ibland reagerade olika även om de mottog samma kommunikation. En främjande faktor uppgavs vara öppenhet för varandras olikheter.

“Det är väldigt personbundet tycker jag. Och äh både hur jag är som person och hur kirurgen är som person...Det är personbundet kan jag säga.”

Kommunikationen med äldre läkare uppgavs kunna beröra ämnen som inte hade koppling till ingreppet, under operationens gång, då kunskapen satt i händerna. Kommunikationen med ST-läkare och AT-läkare sas skilja sig från den med överläkare. ST-läkare upplevdes tryggare än AT-läkarna. Intraoperativa samtal av mer privat karaktär beskrevs komma med erfarenhet, när

läkaren kunde släppa lite på fokuset från såret. AT-läkare upplevdes ha svårare för detta. Då överläkare beskrevs vara mest erfarna och ofta visste bäst så angavs det att operationssjuksköterskan sällan behövde ge samma mängd information till överläkare som de behövde till en ST- eller AT-läkare.

“...de äldre oftast kan prata allmänt under tiden. Dom kan, där sitter kunskapen någonstans i händerna och fingrarna och då kan dom prata om annat och vi kan hjälpas åt mer.”

Kommunikationen ansågs vara annorlunda med yngre kirurger. Den beskrevs som tystare och mer fokuserad på vad de skulle ha. Samtalet uppgavs handla mestadels om det som skulle ske under operationen. Var det en ny kirurg kunde kommunikationen vara av mer omhändertagande karaktär, då de kunde vara i behov av mer stöd och råd utan att de sade det rakt ut. Operationssjuksköterskor uppgav att de fick låta det ta mer tid och inte hetsa. Samtlig kommunikation i operationssalen ansågs påverkas av vem som var kirurg. Kirurgens prestige ansågs vara ett hinder för god kommunikation då det kunde leda till en ovilja att ta emot hjälp från kollegor. Äldre läkare kunde upplevas ha mer prestige medan yngre läkare upplevdes mer ödmjuka.

“Underläkare eller yngre doktorer som inte har så stor erfarenhet brukar vara tämligen tystlåtna. Dom är fullt fokuserade på vad dom ska göra och vad dom läste i instruktionsboken för tio minuter sedan...”

Operationssjuksköterskor beskrev att man på olika sätt kunde anpassa hur man kommunicerade med en kirurg för att denna skulle ta en paus för att tänka, i syfte att leda operationen framåt. I de fall då en operationssjuksköterska upplevde att kommunikationen med en specifik kirurg var komplicerad, då kirurgen upplevdes som icke-kommunicerbar, så angav operationssjuksköterskan att hen försökte undvika att jobba med den individen, i syfte att inte riskera patientsäkerheten.

Personliga behov

Personlig obalans belystes som ett hinder för god kommunikation. Det uppgavs vara av vikt att ta hand om sig själv både fysiskt och psykiskt samt att ha ätit och sovit bra. Att ha besökt toaletten innan operationen och påminna varandra om att dricka angavs vara bra då detta annars kunde leda till huvudvärk och vresighet. Vid en svacka eller instabilitet så krävdes det mer koncentration på uppgiften som skulle utföras för att vara säker på att det blev rätt. Personlig obalans uppgavs även kunna leda till att man viskar, vilket ansågs vara ett hinder för god kommunikation.

“... dålig sömn och dåligt med mat och att alltså man inte tar hand, alltså att du som individ inte tar hand om dig själv. Att du som op syrre inte gick på toaletten innan du gick, tvättade in dig, att du inte åt din frukost, att du, att du har sovit dåligt på natten. Alltså det, det, det är

ju väldigt mycket individens ansvar på något sätt att ta hand om sin egen kropp så att man kan utföra ett optimalt arbete. Det blir ett hinder för god kommunikation.”

Kunskap hos individen

Kunskap hos operationssjuksköterska och kirurg beskrevs vara en främjande faktor för god kommunikation. Det kunde exempelvis vara kunskap om ingreppet. Operationssjuksköterskors erfarenheter var att kirurgen uppskattade när hen var påläst och upplevdes engagerad. Kommunikationen i det sterillklädda subteamet under operationen beskrevs bli mer fackmässig, kantig, tekniskt fokuserad, när operationssjuksköterskan inte var välkänd med ingreppet. Det leder till att kirurgen fick ge mer instruktioner under den kirurgiska processen. Om facktermer som var obekanta för operationssjuksköterskan användes sågs detta vara negativt för kommunikationen. Erkännande av okunskap uppgavs vara något som främjade kommunikationen. Var man inte bekväm med ingreppet som operationssjuksköterska eller kirurg koncentrerades fokus enbart till såret för att säkerställa att moment skedde i korrekt ordning. Ett annat hinder som framhölls var om operationssjuksköterska eller kirurg inte visste vad som behövdes för ingreppet eller vad som skulle göras.

“...operatören inte riktigt har koll på vad det är han ska göra. Eller att han, han tror han kan mer än han kan...”

Stress hos individen

Stress ansågs vara ett hinder för god kommunikation och beskrevs kunna leda till nervositet samt att kommunikationen blev otydlig och rörig. Stressade situationer krävde rak och tydlig kommunikation då stress uppgavs kunna leda till att information missades. Vid stressade situationer kunde kirurgens kommunikation bli av mer befallande karaktär. Då operationssjuksköterskan var medveten om att det skulle bli en stressig situation så kunde hen förbereda sig på sin egen reaktion och då upplevdes stressen lättare att hantera. Att hålla sig lugn trots känsla av stress sas vara bra då stress lätt smittar. Operationssjuksköterskor upplevde att kirurger i en stressad situation kunde kasta ur sig vad som helst. I ett lugnare skede så ansågs det dock vara på plats med en ursäkt och förklaring. Stressen uppgavs kunna uppstå under operationen men även vara något kirurgen burit med sig från tidigare situationer under dagen. Operationen kunde då inledningsvis vara lite spänd.

“Men jag tycker det inte för det att det är okej att kasta ur sig vad som helst. Utan du kanske kan kasta ur dig vad som helst i stundens hetta men när operationen lugnar ner sig och du kanske börjar sy ihop. Då tycker jag att det är på sin plats att operatören då säger att ja men alltså det där som hände jag ber om ursäkt för det ja sa. Jag var stressad.”

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att studera operationssjuksköterskors erfarenhet av kommunikation men kirurger intraoperativt. En kvalitativ ansats med semistrukturerade intervjuer med öppna frågor

valdes som studiedesign. Enligt Polit och Beck (2021) är detta en lämplig metod för att få en djupare och detaljrik förståelse för fenomenet. Semistrukturerade intervjuer är bra att använda för att vara säker på att deltagarens svar berör det aktuella ämnet. Det är då fördelaktigt att ha en intervjuguide för att säkerställa att alla frågor ställs till samtliga deltagare. Genom intervjuguiden uppmuntras deltagaren att prata fritt om sina erfarenheter i ämnet. Intervjuaren behöver vara uppmärksam på vilka svar som givits då svaret på en kommande fråga redan kan ha framkommit spontant från den intervjuade. Öppna frågor är bra för att undvika att den som intervjuas bara svara ja eller nej (Polit & Beck, 2021), men en negativ effekt vid kvalitativ dataanalys kan vara att den genererade mängden data kan bli omfattande och svår att sammanställa (Polit & Beck, 2021). De fördelar författarna såg med att använda sig av semistrukturerade intervjuer och intervjuguide var således att författarna fick svar på det syfte som var menat att belysas. Svårigheter med användandet av en intervjuguide upplevdes vara att följa med i intervjun och samtidigt fundera på vilka frågor som berörts och avgöra vilka frågor som behöver ställas härnäst. Intervjuare med mer erfarenhet hade möjligtvis varit mer rustade för att hantera detta. Då meningen med studien var att belysa ett fenomen utifrån erfarenheter var en kvantitativ metod inte passande. Insamlad data analyserades med en deskriptiv, så kallad manifest, innehållsanalys. Meningen med innehållsanalysen var att titta på likheter och skillnader för att urskilja kategorier och subkategorier. Enligt Graneheim och Lundman (2004) handlar manifest innehållsanalys om att hålla sig så textnära som möjligt utan att tolka på djupet, och presentera innehållet i kategorier och subkategorier. Författarna ansåg att en manifest innehållsanalys var lämpligt då de var noviser i analysmetoden.

Den initiala ambitionen avseende studiens urval var att urvalet skulle vara strategiskt, då ett strategiskt urval enligt Polit och Beck (2021) kan vara lämpligt i en kvalitativ studie då forskarna kan selektera ut de personer som anses ge bredast möjliga bild av fenomenet. Vår förhoppning var att få en spridning mellan arbetsplats, kirurgisk subspecialitet, ålder och tid i yrket. Med detta i åtanke utfördes rekryteringen av deltagare från två olika sjukhus, men det var endast på ett sjukhus det fanns deltagare som var intresserade av att medverka i studien. Då enbart sex personer anmälde sitt intresse av att delta i studien i tid, fanns det inget utrymme för att göra någon typ av strategiskt urval. Vid exkludering av deltagare hade datamaterialet inte blivit tillräckligt omfattande. Dock fanns det i urvalet både män och kvinnor, som arbetat som operationssjuksköterskor i ett varierat antal år, samt i olika åldrar. Deltagarna hade dessutom erfarenhet ifrån flera olika subspecialiteter. En styrka i studien var att deltagarna själva fick anmäla sitt intresse att medverka i studien då detta tyder på att de har erfarenheter av fenomenet att dela med sig av (Kristensson, 2014). Trots att studien endast hade sex stycken deltagare så är det kvaliteten på de utförda intervjuerna som är viktigt och inte enbart antalet genomförda intervjuer (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2021). Tidsbegränsning är också en aspekt som avgör datainsamlingens omfång (Polit & Beck, 2021). Med mer tid hade rekrytering kunnat ske från ett större antal avdelningar och sjukhus, vilket hade kunnat leda till tillämpning av önskad urvalsprocess och genomförande av fler intervjuer.

För att ge möjlighet till en djup och bred data är det viktigt att deltagarna känner sig trygga och inte störs under intervjun. Därför är det önskvärt att deltagarna själva får välja lokalisering för intervjuerna (Polit & Beck, 2021), men på grund av rådande pandemi var det inte möjligt att genomföra intervjuerna på något annat sätt än via digitala forum eller telefonsamtal. Ingen av deltagarna valde att genomföra intervjun via telefonsamtal, men det fanns möjlighet till det. Att intervjuerna genomfördes med samma förfarande och i samma forum får ses som en styrka. Fördelen med digitalt forum framför telefonsamtal är att intervjuaren kan uppmärksamma visuella tecken (Polit & Beck, 2021). Det digitala forum som användes var välkänt hos deltagarna, vilket Hill m.fl. (2021) rekommenderar och därför ansågs det ej nödvändigt med instruktioner i användandet av Teams. Författarna placerade sig under intervjuerna där de visste att de hade god uppkoppling. Under vissa av intervjuerna uppstod ändå tillfälliga uppkopplingsproblem som påverkade ljudet vid enstaka tillfällen. Deltagaren uppmanades då att återupprepa sig, detta bör ej ha påverkat resultatet. Om deltagaren hade fått förhinder fanns en handlingsplan att boka ett nytt möte vid en annan tidpunkt. Vid tekniska problem där anslutningen kunde ha brutits helt informerades deltagarna om att initialt försöka återansluta till mötet. Deltagarna hade tillgång till intervjuernas telefonnummer som kunde användas vid behov. Handlingsplanen behövde dock aldrig tillämpas, men fanns tillgänglig i enlighet med Hill m.fl. (2021).

Intervjuarens färdighet spelar stor roll vid intervjuer (Polit & Beck, 2021). Intervjuaren är redskapet och i kvalitativa forskningsintervjuer är det viktigt att reflektera över ämneskunskap och förmåga att interagera med undersökningspersonen. Författarna hade aldrig tidigare genomfört intervjuer till en kvalitativ studie. Då författarna upplever att de under datainsamlingen utvecklades som intervjuare får detta ses som en faktor som kan ha påverkat insamlingen av data. För att vara konsekventa igenom hela datainsamlingsprocessen användes en intervjuguide som författarna utgick ifrån. Graneheim och Lundman (2004) menar att författarnas förmåga ändras med fler intervjuer och längre gången analysprocess då de får en större insikt om fenomenet. Denna insikt kan leda till att författarna styrs mer vid dataanalys och frågor vid datainsamling. När det funnits tvivel har författarna återgått till ursprungsdatan för att inte förvräda data, samt även diskuterat oklarheter med handledare, vilket ökar *pålitligheten* i studien. Samtliga data som svarat an till syftet har använts i resultatet. Författarna har haft ett induktivt förhållningssätt genom studiens gång och försökt att inte styra intervjuerna åt något håll i enlighet med Rienecker och Stray Jørgensen (2018). Författarnas kliniska erfarenhet av operationssjukvård är begränsad, men de var insatta i miljön som deltagarna arbetade i och hade även mött deltagarna tidigare under utbildningen. Polit och Beck (2021) menar att intervjuer med deltagare som författare känner väl kan vara riskfyllt och försvåra datainsamlingen. Ingen av deltagarna i föreliggande studie hade någon djupare bekantskap med författarna och ingen av dem hade varit handledare till författarna. Då deltagarna själva sökte sig till att medverka i studien så var författarna trygga med att dem skulle vara bekväma med att uttrycka sig utan att hålla tillbaka sina tankar. Genom att vara medvetna om *förförståelse* och tidigare erfarenheter har författarna haft för avsikt att inte låta detta påverka resultatet.

Författarna övervägde att dela upp arbetet mellan sig och då låta en vara intervjuare och den andra sekreterare under intervjuerna, men för att hinna med samtliga intervjuer inom den utsatta tidsramen så fördelades intervjuerna likt mellan författarna. Initialt genomfördes en pilotintervju och en gemensam intervju då författarna observerade varandra med avsikt att vara homogena i sitt förfarande, samt testa intervjuguiden och tekniken. Efter genomförandet av pilotintervjun diskuterade författarna förfarandet av intervjun inklusive de frågor som ställdes. Data som framkom svarande an på syftet och deltagaren genom frågorna gavs utrymme att berätta fritt om sina erfarenheter av fenomenet. Intervjuguiden ändrades inte efter pilotintervjun, då data svarade an till syftet. Detta stärker tillförlitligheten för de använda frågorna och pilotintervjun valdes att inkluderas i resultatet. Efter de två gemensamma intervjuerna utförde författarna två intervjuer var självständigt. Tillförlitligheten stärktes även genom att samtliga semistrukturerade frågor ställdes vid de olika intervjuerna (Graneheim & Lundman, 2004). *Trovärdigheten* i studien kan tänkas stärkas av att författarna transkriberat sina egna intervjuer för att minska risken för felaktigheter i dessa moment (Polit & Beck, 2021). Initialt tog författarna enskilt del av analysmaterialet, för att sedan tillsammans ta ut meningsbärande enheter, kondensera och koda för att slutligen hitta kategorier och subkategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Att författarna arbetade tillsammans genom hela analysprocessen är en typ av triangulering som stärker kvaliteten i studien och minskar risken för bias (Polit & Beck, 2021). Att deltagarna varit av varierande kön och ålder stärker även det *trovärdigheten* (Graneheim & Lundman, 2004).

Resultatet i kvalitativ forskning beror på kontext, deltagarna och forskare, dessa faktorer är svåra att replikera. Således blir läsaren den som får avgöra om resultatet är överförbart (Polit & Beck, 2021.) Något som kan stärka en studies *överförbarhet* är att metod, analysprocess och kontext tydligt redovisas (Graneheim & Lundman, 2004). Genom att redovisa intervjuguiden, exempel på hur meningsbärande enheter kondenserats och kodats, samt stärka resultat med citat hoppas författarna kunna bidra till detta. Kontexten vad gäller könsfördelning, enhet, ålder har medvetet valts att inte redovisas tydligt i syfte att inte röja deltagarnas identitet. Detta kan ses som en begränsning av *överförbarhet*.

Resultatdiskussion

Under intervjuerna framkom att när kommunikationen förbjöds under operationen sågs detta som ett hinder för god kommunikation, då det innebar att operationssjuksköterskan inte hade möjlighet att förbereda sig inför nästa moment. Skråmm, Smith Jacobsen och Hanssen (2021) har belyst liknande situationer då operationssjuksköterskor upplevde osäkerhet i situationer som när kirurgen bestämde vem som fick tala eller inte fick tala, gav ordinationer av skällande karaktär, samt kommunicerade för sent till operationssjuksköterskan vilka instrument som skulle vara redo. Denna typ av kommunikation som beskrivs ovan kan enligt Skråmm m.fl. (2021) ses som en envägs kommunikation som är hierarkisk och det kan påverka teamet negativt. Att våga 'speak up' kan enligt Gillespie m.fl. (2013) hindras av hierarkier och kan leda till att information missas, samt enligt Erestam m.fl. (2017) främjas av ett öppet klimat och frihet att kommunicera oavsett status eller profession. Samtidigt som

operationssjuksköterskorna i föreliggande studie ansåg att hierarkier var mer vanligt förekommande förr, kan man ändå uttyda att kommunikationen inom det sterilkädda subteamet även idag påverkas av vissa hierarkiska inslag. Hierarkier inom det sterilkädda subteamet sågs som ett hinder för god kommunikation, samtidigt poängterade operationssjuksköterskorna att det är viktigt att ha en tydlig struktur och en tydlig ledare. Operationssjuksköterskorna upplevde att de behövde veta vem som var ledare för att veta vem de skulle vända sig till. När operationssjuksköterskan inte kan eller vågar fråga så beskrevs det i intervjuerna kunna leda till fel och förväxlingar. Detta kan ses som ett exempel på den dåliga kommunikation som Siu m.fl. (2014) och Gillespie m.fl. (2010) nämner, och även dem menar kan ligga till grund för undvikbara incidenter intraoperativt. Således kan frågor som finns vara viktiga att svara på då dessa påverkar patientsäkerheten genom att undvikbara incidenter avstjälpas. Ziman m.fl. (2018) föreslår att en mindre hierarkisk kultur ger möjlighet för öppen kommunikation och respekt i teamet. Förståelse för både varandras profession och även vikten av de olika medlemmarnas yrkeskompetens ansågs i föreliggande studie vara främjande för god kommunikation, vilket även Skråmm m.fl. (2021) och Gillespie m.fl. (2013) hävdar. Gillespie m.fl. (2013) menar att detta kan stärka patientsäkerheten. Som ovan beskrivet, är ledarskap positivt för teamarbetet men då hierarkiska strukturer skapar envägskommunikation och kommunikationen i värsta fall förbjuds eller är av otrevlig karaktär kan både arbetsmiljön för operationssjuksköterskan och patienten påverkas negativt.

God förberedelse framkom i intervjuerna vara av vikt för en god intraoperativ kommunikation. Operationssjuksköterskorna uppgav att de uppskattade en detaljrik operationsanmälan. Även Skråmm m.fl. (2021) belyste vikten av att operationssjuksköterskan fick ta del av en korrekt preoperativ information, vilket operationsteam i en studie, framhävde kunde vara av vikt för patientsäkerheten (Erestam m.fl., (2017)). En bristfällig förberedelse uppgavs påverka operationens utfall negativt (Skråmm m.fl., 2021). Det uppgavs i föreliggande studie att det ibland fanns en ovilja hos kirurger till användandet av timeout inför operation och det ansåg operationssjuksköterskorna vara negativt. Genomförande av checklistan har operationsteam tidigare beskrivit som en faktor som kan förbättra patientsäkerheten (Erestam m.fl., 2017). Von Vogelsang m.fl. (2020) menar att debriefing inför operation uppskattas av operationssjuksköterskor då detta upplevs främja en patientsäker vård. Möjligen är det så att operationssjuksköterskor uppskattar dessa tillfällen för att det ger möjlighet att kommunicera direkt med kirurgen. Vid den första punkten i WHO:s checklista för säker kirurgi, under timeout, informeras medlemmarna i teamet om varandras namn och roll. I intervjuerna i föreliggande studie framkom att innehållet i denna punkt är viktig för att senare under ingreppet kunna tydliggöra vem man kommunicerar med. Då detta utförs kan kommunikationen öka i teamet enligt Gillespie m.fl. (2013). Operationssjuksköterskan ville gärna förbereda i enlighet med den enskilda kirurgens preferenser (Skråmm m.fl. 2021) och i föreliggande studie framhöll operationssjuksköterskorna att de hade en stor arbetsgrupp att förhålla sig till och att det då var svårt att lära sig kirurgers olika preferenser, vilket ytterligare försvårades om de inte arbetat tillsammans tidigare eller om de inte arbetade så ofta tillsammans. De upplevde en känsla av att kirurgerna ibland var oförstående gällande detta. Bezemer, Korkiakangas, Weldon, Kress

och Kneebone (2016) föreslog att en mindre arbetsgrupp där man arbetade endast med ett fåtal kirurger och liknande ingrepp med stor sannolikhet minskade risken för irritation och obehag. Liknande fynd har Erestam m.fl. (2017) som också menar att regelbundet arbete i samma team förbättrar teamarbetet. Detta hade alla i teamet och patienten kunnat dra fördel av (Bezemer m.fl., 2016). Resultatet i föreliggande studie visar att det kan finnas fördelar med mindre arbetsgrupper men även nackdelar. Exempelvis kan det antagligen bli svårt med mindre arbetsgrupper om individerna inte går ihop.

I resultatet framkom att kommunikationen behövde anpassas efter situationen. Operationssjuksköterskan följde operationen genom att vara uppmärksam i den kirurgiska processen och utläste när situationen blev mer kritisk och krävde kirurgens koncentration. Att samla och förstå information, samt tyda beteenden hos andra i teamet och därigenom kunna förutse och planera framåt i den kirurgiska processen benämner Mitchell m.fl. (2010) som situationsmedvetenhet. Detta möjliggör att ingreppet fortlöper effektivt. Skråmm m.fl. (2021) menar att operationssjuksköterskan gjorde sitt bästa för att inte störa kirurgen vid en komplicerad operation. I intervjuerna framkom att det var svårt att veta när det lämpade sig och inte lämpade sig att prata, men att förmågan utvecklades då operationssjuksköterskan blev tryggare i yrket. Klinisk erfarenhet beskriver RFOP (2020a) som en grund för situationsmedvetenhet som leder till handlingsberedskap. Med ökad situationsmedvetenhet minskar enligt Catchpole, Mishra, Handa och McCulloch (2008) även kirurgiska felaktigheter.

Genom intervjuerna framkom att kommunikationen upplevdes som negativ då kirurgen inte förändrade sitt röstläge, inte behärskade språket eller att ljudnivån på salen var för hög. Dessa faktorer belyser även Skråmm m.fl. (2021) som negativa. I föreliggande studie framhövs att privat kommunikation var något som ökade i samband med att operationssåret slöts, där denna typ av samtal kunde ges utrymme. Privat kommunikation angavs vara en viktig del för att bygga relationer. Detta kan vara problematiskt då en viktig arbetsuppgift som operationssjuksköterskan har, i att räkna ner instrument och material, sker i samband med operationens slutfas (Weldon m.fl., 2013; Von Vogelsang, 2020; Skråmm m.fl., 2021). Skråmm m.fl. (2021) menar att stämningen i operationens slutfas är mer avslappnad och bruset då ökar, vilket kan försvåra nedräkningsprocessen för operationssjuksköterskan. Erestam m.fl. (2017) menade att det är svårare att fokusera vid brus i operationssalen. Rekommendationer från RFOP (2012) säger att operationssjuksköterskan ska ges erforderlig tid till detta moment för att kunna erbjuda patienten en säker vård. Under intervjuerna uppgav operationssjuksköterskorna att de blev mer bekväma i arbetet med mer erfarenhet. Möjligtvis kan tiden som behövs för nedräkning då skilja sig åt beroende på operationssjuksköterskan som individ men även dennes erfarenhet. Kanske kan detta då bli än mer problematiskt när det är en operationssjuksköterska som är ny i sin profession och eventuellt mer känslig för att bli störd. I resultatet framkom att även språket är en faktor som kan hindra en god kommunikation. Clayton, Isaacs och Ellender (2016) beskriver att operationssjuksköterskorna fick anstränga sig mer för att förstå den verbala kommunikationen mellan personer som inte hade samma modersmål. De kunde inte se någon skillnad i om det var en erfaren eller oerfaren

operationssjuksköterska, då de oavsett erfarenhet tyckte att det var lika svårt med kommunikationen i dessa lägen. I föreliggande studie framkom dock att med erfarenhet blev operationssjuksköterskan tryggare i sin roll. Mitchell m.fl. (2010) säger att situationsmedvetenheten möjliggör för operationssjuksköterskan att ligga steget före kirurgen. Vid kommunikationssvårigheter på grund av språket kan eventuellt situationsmedvetenheten hos en erfaren operationssjuksköterska ändå underlätta, då denne har mer goda kunskaper om ingrepp, är mer trygg i sin profession, och därmed kan förstå den kirurgiska processen utan att höra så bra.

Författarna såg att en främjande faktor för god kommunikation, enligt operationssjuksköterskorna, var goda relationer i det sterilkädda subteamet. Att teammedlemmarna kände varandra har tidigare forskning belyst som en förutsättning för gott teamarbete (Gillespie m.fl., 2010; Gillespie m.fl., 2013). Ett trevlig bemötande och att känna sig värdefull i teamet sågs i föreliggande studie som bidragande till en god kommunikation. Skråmm m.fl. (2021) hävdade att en vänlig atmosfär ledde till att operationssjuksköterskan kände sig uppskattad, vilket skapade en positiv känsla i teamet. Silén-Lipponen m.fl. (2002) menade att utfallet för patienten kunde förbättras när den anställde upplevde välbefinnande. Vidare framkom i intervjuerna att då teammedlemmarna kände varandra och varandras sätt att arbeta ledde det till en effektivitet och en god stämning, samt möjlighet till att utföra moment utan verbal kommunikation. Tidigare forskning menar på att möjligheten till icke-verbal kommunikation främjas i ett etablerat team (Gillespie m.fl., 2013; Skråmm m.fl., 2021; Weldon m.fl., 2013) och kan göra kommunikationen i operationsteamet mer effektiv (Weldon m.fl., 2013). Icke-verbal kommunikation kan enligt Weldon m.fl. (2013) vara ögonuttryck, rörelsemönster och kroppspositionering. Korkiakangas, Weldon, Bezemer & Kneebone (2014) menar att när operationssjuksköterskan var uppmärksam på icke-verbal kommunikation, som kropps rörelser, kunde snabb instrumentering förenklas och vara lika viktig som den verbala kommunikationen. Avsaknad av goda relationer uppgavs i intervjuerna leda till en mer strukturell kommunikation och mindre inbjudande atmosfär för exempelvis frågor. Kommunikationen upplevdes vara lättare när operationssjuksköterskan kände till kirurgens arbetsflöde (Skråmm m.fl., 2021) och enligt Gillespie m.fl. (2013) kunde detta medföra att medlemmarna i teamet blev mindre tveksamma till att kommunicera med varandra. Erfarenheten hos deltagarna i föreliggande studie var att team med goda relationer upplevdes vara mer effektiva och Törring m.fl. (2019) menar att effektiviteten kan leda till kortare operationstider, färre misstag och därmed förbättra patientsäkerheten.

Resultatet har belyst operationssjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med kirurger intraoperativt. Det har även framkommit vilka barriärer och facilitatorer som operationssjuksköterskorna upplevde finns för god kommunikation. Skillnader kring hur operationssjuksköterskan kommunicerar med vana och mindre vana kirurger har framkommit men framförallt anses kommunikationen vara individbunden.

Slutsats och klinisk implikation

Kommunikationens kvalitet intraoperativt har beskrivits vara en aspekt som påverkar patientsäkerheten. Föreliggande studie har som flera andra studier visat på att etablerade team med goda relationer är att föredra då detta främjar en god kommunikation. Känner medlemmarna i det sterilklädda subteamet varandra kan förutsättningarna bättre för en mer effektiv kommunikation där undvikbara incidenter intraoperativt minimeras. Operationsavdelningar kan idag vara väldigt stora och man har då många individer att förhålla sig till, vilket kan försvåra kommunikationen. Att skapa etablerade team med god kommunikation och goda relationer, är något som alla operationsenheter bör satsa på. Genom att verka för detta främjas både arbetsmiljö, produktion och inte minst säkerheten för patienten.

Utifrån föreliggande studie är rekommendationer för verksamheter att:

- Skapa etablerade team med goda relationer.
- Verka för ett öppet klimat med acceptans för frågor.

Förslag på vidare forskning

Denna studie har undersökt operationssjuksköterskans erfarenheter av att kommunicera med kirurger intraoperativt. Intressanta aspekter har framkommit. Författarna ser att det hade varit intressant att genomföra en liknande studie ur kirurgens perspektiv för att finna eventuella likheter eller skillnader för att med bådars perspektiv kunna optimera kommunikationen intraoperativt. Vidare ser författarna att det kan vara intressant att skapa förståelse för fenomenet i en större kontext. Föreliggande studie kan agera grund för utveckling av en enkät- eller interventionsstudie.

Referenslista

- Abraham, S., Jeyakumar, A., & 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
- Alfredsdottir, H., & Bjornsdottir, 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
- Aveling, E., Stone, J., Sundt, T., Wright, C., Gino, F., & Singer, S. (2018). Factors Influencing Team Behaviors in Surgery: A Qualitative Study to Inform Teamwork Interventions. *The Annals of Thoracic Surgery*, 106(1), 115-120. doi: 10.1016/j.athoracsur.2017.12.045
- Bezemer, J., Korkiakangas, T., Weldon, S., 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.12835
- Carney, B., West, P., Neily, J., Mills, P., & Bagian, J. (2010). Differences in nurse and surgeon perceptions of teamwork: Implications for use of a briefing checklist in the OR. *AORN Journal*, 91(6), 722-729. doi: 10.1016/j.aorn.2009.11.066
- Catchpole, K., Mishra A., Handa A., & McCulloch, P. (2008). Teamwork and error in the operating room: analysis of skills and roles. *Ann Surg*, 247(4), 699-706. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181642ec8
- Clayton, J., Isaacs, A., & Ellender, I. (2016). Perioperative nurses' experiences of communication in a multicultural operating theatre: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 54(2016), 7-15. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.02.014
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet: Vård, social omsorg och skola*. Stockholm: Liber.
- Erestam, S., Haglind, E., Bock, D., Andersson, A. E., & Angenete, E. (2017). Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a revised WHO checklist: a prospective interventional study. *Patient safety in surgery*, 11(4), 1-10. doi: 10.1186/s13037-017-0120-6
- Etikprövningsmyndigheten. (2021). *Värnar människan i forskning*. Hämtad: 2021-01-07 från <https://etikprovningmyndigheten.se/>
- Gillespie, B., 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., 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
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

- Halverson, A., Casey, J., Andersson, J., Anderson, K., Park, C., Rademaker, A., & Moorman, D. (2011). Communication failure in the operating room. *Surgery, 149*(3), 305-310. doi: 10.1016/j.surg.2010.07.051
- Haynes, A., Weiser, T., Berry, W., Lipsitz, S., Breizat, A., Dellinger, E., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P., Lapitan, M., Merry, A., Moorthy, K., Reznick, R., Taylor, B., & Gawande, A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine, 360*(5), 491-499. doi: 10.1056/NEJMsa0810119
- Hill, M., Bleicher, R., & Farma, J. (2021). A How-To Guide: Virtual Interviews in the Era of Social Distancing. *Journal of surgical education, 78*(1), 321–323. doi: 10.1016/j.jsurg.2020.07.016
- Hull, L., Arora, S., Kassab, E., Kneebone, R., & Sevdalis, N. (2011). Assessment of stress and teamwork in the operating room: An exploratory study. *The American Journal of Surgery, 201*(1), 24-30. doi: 10.1016/j.amjsurg.2010.07.039
- Karolinska Institutet. (2021a). *Perioperative period*, hämtad 2021-04-14 från <https://mesh.kib.ki.se/term/D059035/perioperative-period>
- Karolinska Institutet. (2021b). *Preoperative period*, hämtad 2021-04-14 från <https://mesh.kib.ki.se/term/D057234/preoperative-period>
- Karolinska Institutet. (2021c). *Intraoperative period*, hämtad 2021-04-14 från <https://mesh.kib.ki.se/term/D007432/intraoperative-period>
- Karolinska Institutet. (2021d). *Postoperative period*, hämtad 2021-04-14 från <https://mesh.kib.ki.se/term/D011184/postoperative-period>
- Kelvered, M., Öhlén, J., & Gustafsson, B. (2011). Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26*(3), 449-457. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00947.x
- Korkiakangas, T., Weldon, S., Bezemer, J., & Kneebone, R. (2014). Nurse–surgeon object transfer: Video analysis of communication and situation awareness in the operating theatre. *International Journal of Nursing Studies, 51*(9), 1195-1206. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.01.007
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och Kultur
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality & Safety in Health Care, 13*(Suppl 1), i85-i90. doi: 10.1136/qshc.2004.010033
- Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G R., Reznick, R., Bohnen, J., Orser, B., Doran, D., & Grober, E. (2004). Communication failures in the operating room: An observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety in Health Care, 13*(5), 330-334. doi: 10.1136/qshc.2003.008425
- Makary, M.A., Sexton, J. B., Freischlag, J.A., Holzmueller, C.G., Millman, E.A., Rowen, L., & Pronovost, P.J. (2006). Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American College of Surgeons, 202*(5), 746-752. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2006.01.017

- Mills, P., Neily, J., & Dunn. (2008). Teamwork and communication in the surgical teams: Implications for patient safety. *American college of surgeons*, 206(1), 107-112. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2007.06.281
- Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K., & Youngson, G. (2010). Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2011), 818-828. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.11.005
- Polit, D., & Beck, C. (2021). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Riksföreningen för operationssjukvård. (2012). *Riksföreningen anser och rekommenderar – om åtgärder mot oavsiktligt kvarlämnat material*. Hämtad 2021-05-11 från https://moodle.med.lu.se/pluginfile.php/116141/mod_resource/content/2/Kvarl%C3%A4mnat%20material.pdf
- Riksföreningen för operationssjukvård. (2019). *Riksföreningen anser och rekommenderar: angående växling av operationssjuksköterskans arbetsuppgifter med bibehållen patientsäkerhet*. Hämtad 2021-04-08 från <http://www.rfop.se/media/nnihvh2r/angående-va-xling-av-operationssjuksko-terskans-arbetsuppgifter-med-bibehallen-patientsa-kerhet.pdf>
- Riksföreningen för operationssjukvård (2020a). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå för specialistsjuksköterska inom operationssjukvård*, hämtad 2021-04-09 från http://www.rfop.se/media/nrpdvt1e/kompetensbeskrivning-2020_webb.pdf
- Riksföreningen för operationssjukvård. (2020b). *Samverkan i team*, hämtad 2020-12-22 från <http://www.rfop.se/media/y5dlehcb/samverkan-i-team.pdf>
- Rienecker, L., & Stray Jørgensen, P. (2018). *Att skriva en bra uppsats*. Stockholm: Liber.
- SFS 2003:430. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. (SFS 2003:430). Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sharp, L. (2012). *Effektiv kommunikation för säkrare vård*. Studentlitteratur: Lund.
- Silén-Lipponen, M., Turunen, H. & Tossavainen, K. (2002). Collaboration in the Operating Room, *JONA: The Journal of Nursing Administration*: 32(1), 16-19. doi: 10.1097/00005110-200201000-00006
- Singer, S., Molina, G., Li, Z., Jiang, W., Nurudeen, S., Kite, J., Edmondson, L., Foster, R., Haynes, A., Berry, W. (2016). Relationship Between Operating Room Teamwork, Contextual Factors, and Safety Checklist Performance. *Journal of the American College of Surgeons*, 223(4), 568-580. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2016.07.006
- Siu, J., Maran, N., & Paterson-Brown, S. (2014). Observation of behavioural markers and non-technical skills in the operating room and their relationship to intra-operative incidents. *The surgeon*, 14(2016), 119-128. doi: 10.1016/j.surge.2014.06.005
- Skråmm, S., Smith Jacobsen, I., & Hanssen, I. (2021). Communication as a non-technical skill in the operating room: A qualitative study. *Nursing Open*, 2021(00), 1-7. doi: 10.1002/nop2.830

- Socialstyrelsen. (2015). *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2015*. Hämtad 2021-04-14 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2015-4-1.pdf?fbclid=IwAR2baJXsUi8PUHefld8nq2igx3qGBXUgvTozGYVZjbKz-5DZ8i016AqvkgE>
- Socialstyrelsen. (2019). *Allvarliga skador och vårdskador: Fördjupad analys av skador och vårdskador i somatisk vård av vuxna vid akutsjukhus*. Hämtad 2021-04-14 från, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-4-3.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020a). *Skador till följd av kirurgisk behandling*. Hämtad 2021-04-09 från, <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varriskador/varriskador/skador-till-foljd-av-kirurgisk-behandling/>
- Socialstyrelsen. (2020b). *Agera för säker vård*. Hämtad 2021-04-06, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020c). *Kompetens och bemanning*. Hämtad 2021-04-21 från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varriskador/riskomraden/kompetens-och-bemanning/>
- Socialstyrelsen. (2020d). *Förebygga skador till följd av kirurgisk behandling*. Hämtad 2021-04-16 från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varriskador/varriskador/skador-till-foljd-av-kirurgisk-behandling/minska-risken-for-skador-till-foljd-av-kirurgisk-behandling/>
- Socialstyrelsen. (2020e). *Specialistsjuksköterska utbildad inom eu eller eus*. Hämtad 2021-04-07 från <https://legitimation.socialstyrelsen.se/specialistkompetens/utbildad-inom-euees/specialistsjukskoterska-utbildad-inom-eu-eller-ees/>
- Socialstyrelsen. (2021). *Läkarnas specialiseringstjänstgöring - målbeskrivningar 2021*. Hämtad 2021-04-08 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2021-2-7194.pdf>
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2020). *Markörbaserad journalgranskning: Skador i somatisk vård januari 2013 - december 2019*. Hämtad 2021-04-14 från, https://skr.se/download/18.4829a209177db4e31aa397e1/1615555282121/SKR_A4_Skador-i-varden_kortversion2020.pdf
- Törning, B, Hoffer Gittell, J, Laursen, M, Steen Rasmussen, B, & Elgaard Sörensen, E. (2019). Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: An ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 19(528), 1-16. doi: 10.1186/s12913-019-4362-0
- Von Vogelsang, A., Swenne, C., Gustafsson, B., & Falk Brynhildsen, K. (2020). Operating theatre nurse specialist competence to ensure patient safety in the operating theatre: A discursive paper. *Nursing Open*, 7(2), 495-502. doi: 10.1002/nop.2.424
- Wauben, L., Dekker-van Doorn, C., Wijngaarden, J., Goossens, R., Huijsman, R., Klein, J. & Lange, J. (2011). Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation

- awareness among surgical team members. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(2), 159-166. doi: 10.1093/intqhc/mzq079
- Weldon, S., Korkiakangas, T., Bezemer, J., & Kneebone, R. (2013). Communication in the operating theatre. *British Journal of Surgery*, 100(13), 1677-1688. doi: 10.1002/bjs.9332
- Wiegmann, D., Elbardissi, A., Dearani, J., Daly, R., & Sundt, T. (2007). Disruptions in surgical flow and their relationship to surgical errors: An exploratory investigation. *Surgery*, 142(5), 658-665. doi: 10.1016/j.surg.2007.07.034
- World Medical Association. (2008). *Declaration of Helsinki*. Hämtad: 2021-01-07 från <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2018/07/DoH-Oct2008.pdf>
- Yule, S., Flin, R., Paterson-Brown, S., & Maran, N. (2006). Non-technical skills for surgeons in the operating room: A review of the literature. *Surgery*, 139(2), 140-149. doi: 10.1016/j.surg.2005.06.017
- Ziman, R., Espin, S., Grant, R., & Kitto, S. (2018). Looking beyond the checklist: An ethnography of interprofessional operating room safety cultures. *Journal of Interprofessional Care*, 32(5), 575-583. doi: 10.1080/13561820.2018.1459514



SAHLGRENSKA AKADEMIN, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

INFORMATION OM EXAMENSARBETEN 2020-11-03

Till berörda verksamhetschefer

Studenters examensarbete på grund- och avancerad nivå

Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg universitet ingår ett examensarbete på såväl grundnivå till sjuksköterska och röntgensjuksköterska som på avancerad nivå inom ramen för akademisk yrkesexamen till specialistsjuksköterska och barnmorska. Institutionen erbjuder också fristående kurser i genomförande av självständigt arbete på avancerad nivå. Det självständiga examensarbetet omfattar 15 respektive 30 högskolepoäng och ingår i en generell kandidat- magister- eller masterexamen i huvudområdena omvårdnad, radiografi, vårdpedagogik och reproduktiv och perinatal hälsa

Examensarbetet kan utgöras av en litteraturstudie eller en empirisk studie med datainsamling inom valt verksamhetsområde. Datainsamling kan komma att ske i vårdverksamheten, vilket ställer krav på rutiner för etisk prövning. Etikprövningslagen (EPL) gäller dock inte sådant arbete eller sådana studier som endast utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå.

Fakultetsstyrelsen för Sahlgrenska akademien har därför beslutat att fastställa rutiner för etisk prövning gällande examensarbeten på grundnivå och avancerad nivå enligt bilaga: "Protokollsutdrag från Fakultetsstyrelsen för Sahlgrenska akademien den 29 januari 2020" med bilagd underbilaga, blankett för "Uppdragstilldelning – tilldelning av särskilda uppdrag". Studenterna använder denna blankett inom SU och dokument med motsvarande rubriker vid verksamhet utanför SU för att inhämta godkännande från verksamhetschef eller motsvarande.

Studenter som genomför ett empiriskt examensarbete skall först inhämta godkännande av etikprövningsgrupp på institutionen som på prefektens uppdrag genomfört etisk granskning av studentens forskningsetiska övervägande samt forskningspersoninformation (FPI). Därefter inhämtar studenten tillstånd från verksamhetschef eller motsvarande med ovan beskrivna dokument för att kunna genomföra sin planerade studie. Studenten skall efter inhämtat tillstånd lämna den godkända FPI:n till tilltänkta deltagare, vanligen i samband med muntlig information. Forskningspersoner som väljer att delta i studien skall ge muntligt alt skriftlig samtycke och vara klara över att deltagandet är frivilligt och när som helst avbrytas utan att forskningspersonen behöver förklara varför. Data förvaras inlåst så att ingen obehörig kommer åt data, och förstörs/raderas när uppsatsen är godkänd.

Examensarbetet kan också ske som ett delarbete i ett pågående forskningsprojekt. I de fall där examensarbetet är en del av ett pågående forskningsprojekt gäller inte ovan utan räknas som forskning och studenten skall uppvisa beslut från etikprövningsnämnden.

Med vänliga hälsningar

Inger Jansson
Vice prefekt för utbildning
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Telefon: +46 31 786 6013
E-post: Inger.Jansson@gu.se

Information till forskningspersonerna

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett magisterarbete inom ramen för utbildningen till specialistsjuksköterska inom operationssjukvård. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

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

Det har gjorts flera studier av forskare kring hur kommunikationen mellan olika professioner inom sjukvården påverkar säkerheten för patienter i och utanför operationssalen. Med en bättre kommunikation hade många vårdrelaterade skador kunnat avvärras. För att arbeta patientsäkert krävs ett bra teamarbete mellan operationssjuksköterska och kirurg där kommunikationen är av yttersta vikt. Det finns dock studier som visar på att kommunikationen mellan operationssjuksköterska och kirurg upplevs låg och därmed finns även ett område att förbättra för att öka patientsäkerheten. Det har även visat sig att kirurgen oftare har en mer positiv uppfattning om kommunikationen intraoperativt än vad operationssjuksköterskan har. Få studier är utförda med inriktning på operationssjuksköterskans erfarenheter av den intraoperativa kommunikationen. Mot bakgrund av detta finns anledning att studera operationssjuksköterskors erfarenhet av att kommunicera med kirurger intraoperativt.

Syftet med studien är att undersöka operationssjuksköterskors erfarenheter av kommunikation med kirurger intraoperativt.

Du får denna förfrågan då du är operationssjuksköterska och arbetar på en enhet som forskarna i studien har anknytning till. Forskningshuvudman för projektet är Göteborgs universitet. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går studien till?

Ditt deltagande i studien innebär att du kommer delta i en intervju och få ett antal frågor att svara på. Dessa frågor ska du försöka besvara så ingående du kan utifrån dina egna erfarenheter. Intervjun kommer uppskattningsvis att ta 30-60 minuter och ske över en mötesplattform på nätet så som Zoom eller Teams, alternativt via telefon om så önskas och du kommer att få delta i intervjun under betalt arbetstid efter överenskommelse med vårdenhetschefen på din avdelning. Under intervjun kommer du att tala med en av studiens författare.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Det finns risk att denna intervju kan påverka dig psykiskt genom att känslor du tidigare upplevt i specifika situationer kan komma tillbaka. Om du upplever att du behöver prata med någon efter denna intervju så hänvisar vi till företagshälsovården. Det finns ingen risk för fysisk skada eller obehag.

Vad händer med mina uppgifter?

Projektet kommer att samla in och registrera information om dig. Ljudupptagning kommer ske för att senare transkriberas. Resultatet kommer sammanställas med de andra

forskningspersonernas svar för att analyseras och redovisas i form av kategorier och subkategorier. Materialet du bidrar med kommer att kodas för att inte kunna spåras tillbaka till dig. Det avkodade materialet kommer att förvaras vid Göteborgs universitet och dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Insamlad data kommer att kasseras efter att studentarbetet är genomfört och godkänt.

Ansvarig för dina personuppgifter är Göteborgs universitet. Du rätt att få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Rätten till radering och till begränsning av behandling av personuppgifter gäller dock inte när uppgifterna är nödvändiga för den aktuella forskningen. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta Linn och Lisa. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen/Integritetsskyddsmyndigheten, som är tillsynsmyndighet (from 1 januari 2021 heter Datainspektionen istället Integritetsskyddsmyndigheten).

Hur får jag information om resultatet av studien?

Du är fri att välja om vill ta del av resultatet. Om du är intresserad av att ta del av din individuella data kan du kontakta Linn och Lisa. Om du är intresserad av det slutliga resultatet av studien så kan du vid intervjutillfället delge din mejladress till intervjuaren. Intervjuaren kommer att skicka fullständiga studien när den är avslutad. Studien kommer att publiceras på GUPEA när den är klar.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför. Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta de ansvariga för studien (se nedan).

Ansvariga för studien

Lisa Karlsson, guskarliff@student.gu.se, 0702-XX XX XX och Linn Johansson, gusjohlict@student.gu.se, 0703-XX XX XX. Studerande vid specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operationssjukvård.

Sofia Erestam, handledare, sofia.erestam@gu.se.

Göteborgs universitet har ett dataskyddsombud som du kan nå via e-post: dataskydd@gu.se, eller telefon: 031-7860000.

Intervjuguide

Kartläggning av demografin:

Hur länge har du arbetat som operationssjuksköterska?

Hur gammal är du?

Notera om personen är

Man

Kvinna

Huvudfråga:

Vill du berätta om dina erfarenheter av att kommunicera med kirurger intraoperativt?

Följdfrågor:

Vad fungerar bra med kommunikationen?

Har du exempel på situationer då kommunikationen fungerar optimalt?

Vilka faktorer främjar (facilitatorer) en bra kommunikation?

Vad fungerar dåligt med kommunikationen?

Har du exempel på situationer då kommunikationen fungerar dåligt?

Vilka hinder finns det för bra kommunikation?

Vad anser du kan förbättra kommunikationen?

Hur upplever du att kommunikationen skiljer sig åt beroende på kirurgens roll? (*Grad, så som överläkare, ST-läkare, AT-läkare, samt kirurgen som huvudoperatör eller assistent.*)

Exempel på frågor för utveckling av svar?

Kan du ge fler exempel?

Kan du berätta mer i detalj?

Vad menar du då?

Vad tänker du om detta?

Vad innebär detta?

Vad känner du då?

Intervjumall

Intervju nr: x

Datum 20xx-xx-xx

Intervjuare: xx

Intervjuns längd: xx min

I: Intervjuare

IP: Intervjuperson

I: ...

IP: ...

I: ...

IP: ...